

A. C. CAMARGO CANCER CENTER

FUNDAÇÃO ANTÔNIO PRUDENTE

MARIA CRISTINA FRANÇA DE OLIVEIRA

**CARACTERIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPERADAS DE INTENSIVISTAS NO CUIDADO DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS.**

Tese de Doutorado, apresentada à Fundação
Antônio Prudente como requisito para obtenção
do título de Doutor em Ciências da Saúde. Área
de concentração: Oncologia.

Orientador: Dr. Pedro Caruso

São Paulo

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Maria Cristina França de.

Caracterização das competências esperadas de intensivistas no cuidado de pacientes oncológicos através da aplicação de questionários. / Maria Cristina França de Oliveira. São Paulo, 2025.

95f.

Tese de Doutorado - Fundação Antônio Prudente. Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientador: Pedro Caruso.

1. Câncer , 2. Terapia Intensiva, 3. Competências

CDU 616

Maria Cristina França De Oliveira

Caracterização das competências esperadas de intensivistas no cuidado de pacientes oncológicos através da aplicação de questionários.

Aprovada em: 24/11/2025

Banca examinadora:

Orientador: Dr. Pedro Caruso

Instituição: A. C. Camargo Cancer Center

Membro: Dra. Carla Marchini Dias da Silva

Instituição: Rede D'Or de Ensino e Pesquisa

Membro: Dr. Fabrício Rodrigues Torres de Carvalho

Instituição: Hospital Israelita Albert Einstein

Membro: Dr. Aldo Lourenço Abbade Dettino

Instituição: A. C. Camargo Cancer Center

Membro: Dr. Stenio de Cássio Zequi

Instituição: A. C. Camargo Cancer Center

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Maria Elia, sempre zelando por mim nesta jornada da vida;

Ao meu pai, José Messias (in memoriam), que foi sempre um grande incentivador de meus estudos;

Ao Jorge, que esteve ao meu lado ao longo deste caminho;

Ao Prof. César Timo-laria (in memoriam), uma grande inspiração no período da minha formação médica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Dr. Pedro Caruso, pela oportunidade de desenvolver este estudo.

Agradeço aos investigadores dos demais centros participantes: Renata Rego Lins Fumis, Marcos Tavares e Joice Heloíse Siqueira, pelo interesse e dedicação.

Agradeço Dr. Aldo Lourenço Abbade Dettino, Dr. Jefferson Luiz Gross, Dr. Genival Barbosa de Carvalho, Dr. Stenio de Cássio Zequi e Dr. Glauco Baiocchi Neto, que me auxiliaram na divulgação dos questionários entre os médicos das equipes de Oncologia e Cirurgia Oncológica do A.C. Camargo Cancer Center.

Agradeço a todo o time da Pós Graduação da Fundação Antônio Prudente, que sempre me auxiliou quando foi necessário.

Agradeço ao Rafael Vanhoz Ribeiro, especialista em RedCap, sempre ágil e gentil quando dele precisei.

Agradeço imensamente a todos que responderam aos questionários: pacientes, familiares e médicos. Essas pessoas cederam seu tempo e energia neste trabalho tão importante para mim.

Nada na vida deve ser temido, somente compreendido.

Marie Curie

RESUMO

Oliveira MCF. **Caracterização das competências esperadas de intensivistas no cuidado de pacientes oncológicos através da aplicação de questionários.** [Tese-Doutorado]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente: 2025.

INTRODUÇÃO: Há um crescente número de pacientes oncológicos sendo internados em UTI. São pacientes complexos, com altas taxas de complicações e mortalidade, e requerem conhecimento por parte do intensivista que vão além das competências básicas de medicina intensiva. **OBJETIVO:** Caracterizar quais são as competências (conhecimento, habilidades e atitudes) que os intensivistas que cuidam de pacientes oncológicos precisam ter, sob a perspectiva dos próprios intensivistas, dos oncologistas (clínicos e cirurgiões oncológicos), e dos pacientes com câncer e seus familiares.

METODOLOGIA: Estudo multicêntrico com aplicação de questionário estruturado no formato Likert para intensivistas, oncologistas, pacientes com câncer internados em UTI e seus familiares, com as questões mais relevantes no tema estudado, conforme levantamento prévio. Outros três centros além do AC Camargo Cancer Center integraram o estudo: Hospital Nove de Julho, Hospital São Luiz Itaim e Hospital Sírio Libanês. Foi realizada análise descritiva dos dados obtidos, bem como a comparação das respostas de pacientes e familiares.

RESULTADOS: Foram obtidas respostas de 89 intensivistas, 92 oncologistas, 65 pacientes e 74 familiares. Habilidades de comunicação foram consideradas tão importantes quanto as habilidades clínicas para os intensivistas que cuidam de pacientes com câncer. Houve uma diferença na conduta esperada do intensivista quanto à comunicação de más notícias aos pacientes quando comparadas as respostas de pacientes e familiares: os pacientes solicitam total transparência e informações, enquanto os familiares pedem que informações dolorosas não sejam transmitidas aos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Câncer, 2. Terapia Intensiva, 3. Habilidades, 4. Comunicação, 5. Competências, 6. Questionário

ABSTRACT

Oliveira MCF. **Characterization of the skills expected of intensivists in the care of oncologic patients through the application of questionnaires.** [Tese- Doutorado]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente: 2025

INTRODUÇÃO: There's a rising number of oncologic patients being admitted in ICUs. They're complex patients, with high complications and mortality rates, and require knowledge on the part of the intensivist that goes beyond the basic skills of intensive care medicine. **AIMS:** To characterize the skills (knowledge, abilities and attitudes) that intensivists taking care of oncologic patients must have, from the perspective of the intensivists themselves, oncologists (clinicians and oncologic surgeons), cancer patients and their family members. **METHODS:** Multicentric study with the application of a structured Likert format questionnaire for intensivists, oncologists, cancer patients admitted to the ICU and their family members, with the most relevant issues on the studied subject, according to previous research. Three other centers in addition to AC Camargo Cancer Center participated in the study: Hospital Nove de Julho, Hospital São Luiz Itaim and Hospital Sírio Libanês. A descriptive analysis of the data obtained was performed, as well as a comparison of the responses of patients and family members. **RESULTS:** Responses were obtained from 89 intensivists, 92 oncologists, 65 patients, and 74 family members. Communication skills were considered as important as technical skills for the intensivist caring for cancer patients. There was a difference in the expected conduct of intensivists regarding the communication of bad news to patients when comparing the responses of patients and family members: the patients request total transparency and information, while family members request that painful information not be transmitted to patients.

KEYWORDS: 1. Cancer, 2. Intensive Care, 3. Skills, 4. Communication, 5. Competencies, 6. Questionnaire

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de questionários respondidos por cada centro participante.....	18
Tabela 2. Dados demográficos – Intensivistas.....	19
Tabela 3. Dados demográficos – Oncologistas.....	24
Tabela 4. Dados demográficos – Pacientes.....	29
Tabela 5. Dados demográficos – Familiares.....	33

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Incidência e mortalidade geral e por sexo dos cânceres no mundo	2
Figura 2. Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2023 por sexo, exceto pele não melanoma	3
Figura 3. Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2023, segundo Unidade da Federação (todas as neoplasias malignas, exceto as de pele não melanoma)	4
Figura 4. Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2023, segundo Unidade da Federação (todas as neoplasias malignas, exceto as de pele não melanoma)	4
Figura 5. Respostas com números absolutos e frequências – Intensivistas.....	20
Figura 6. Respostas com números absolutos e frequências – Oncologistas.....	25
Figura 7. Respostas com números absolutos e frequências – Pacientes.....	30
Figura 8. Respostas com números absolutos e frequências – Familiares.....	34
Figura 9. Comparações das respostas de pacientes e familiares, utilizando-se o Teste de Mann-Whitney	37

LISTA DE ABREVIATURAS

ICU: *Intensive Care Unit*

TCLE: Termo de consentimento livre e esclarecido

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE SIGLAS

AMIB: Associação de Medicina Intensiva Brasileira

CAR-T Cell: *Chimeric Antigen Receptor – T Cell*

IARC: *International Organization for Research in Cancer*

INCA: Instituto Nacional de Câncer

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	1
1.1.	Incidência de câncer no Brasil e no mundo	1
1.2.	O impacto econômico do câncer	5
1.3.	O câncer na UTI	5
1.4.	Desafios no cuidado do paciente com câncer na UTI	8
2.	JUSTIFICATIVA.....	13
3.	OBJETIVOS.....	14
3.1.	Objetivo principal	14
3.2.	Objetivo secundário	14
4.	METODOLOGIA.....	14
4.1.	Tipo de estudo.....	14
4.2.	Critérios de inclusão.....	14
4.3.	Critérios de exclusão.....	15
4.4.	Levantamento bibliográfico e geração de questionários.....	15
4.5.	Inclusão dos centros participantes.....	16
4.6.	Locais do estudo	16
4.7.	Aplicação dos questionários.....	17
4.8.	Análise estatística.....	17
4.9.	Aspectos éticos.....	17
5.	RESULTADOS.....	18
5.1.	Intensivistas	19
5.2.	Oncologistas	24
5.3.	Pacientes	28
5.4.	Familiares	32
5.5.	Comparação das repostas de pacientes e familiares	36
6.	DISCUSSÃO	40
6.1.	Visão dos médicos	40
6.2.	Visão dos pacientes e familiares.....	44
7.	CONCLUSÕES	46

8. REFERÊNCIAS.....	47
ANEXOS	
Anexo A. Questionário para intensivistas.....	58
Anexo B. Questionário para oncologista/cirurgiões oncológicos.....	63
Anexo C. Questionário para pacientes.....	68
Anexo D. Questionário para familiares.....	71
Anexo E. TCLE para médicos.....	76
Anexo F. TCLE para pacientes/familiares.....	80
Anexo G. Carta de aprovação do CEP.....	84

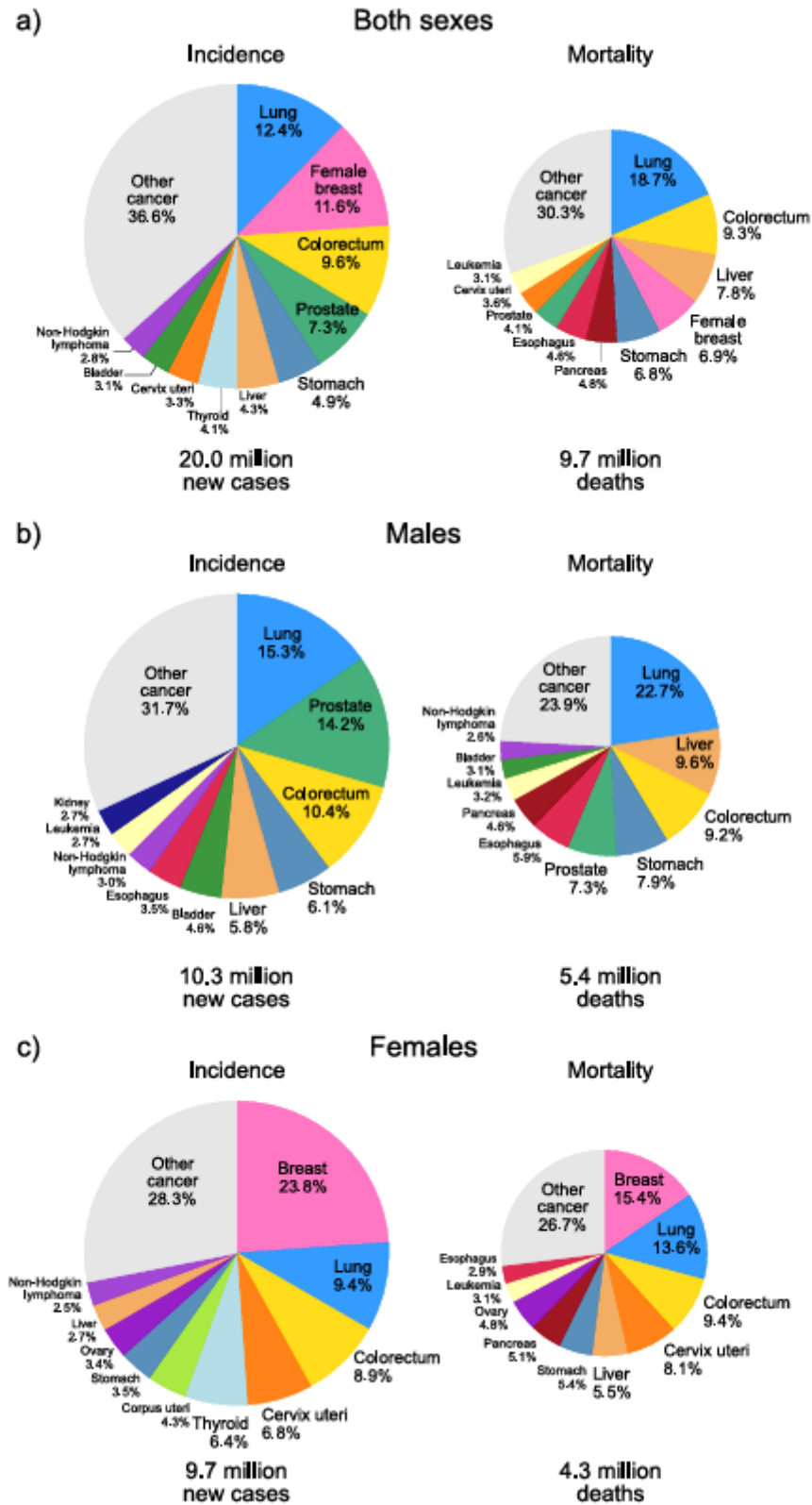
1. INTRODUÇÃO

A terapia intensiva nos moldes que conhecemos hoje teve início em 1958, quando Peter Safar (1924-2003) abriu a primeira unidade de cuidado intensivo no Johns Hopkins Bayview Medical Center em Baltimore (EUA) ¹. Desde então os progressos nessa área médica têm sido constantes, com um extenso arsenal para suporte orgânico. A Oncologia também apresentou um contínuo progresso nas áreas clínicas e cirúrgicas, contando hoje com terapias que vão além da quimioterapia e radioterapia convencionais, como as imunoterapias, terapias alvo e terapia com células CAR-T. Concomitantemente, o envelhecimento da população e as mudanças nos hábitos de vida têm levado a um aumento nos casos de câncer no mundo, e uma porcentagem significativa destes pacientes com câncer precisará de cuidados intensivos após o diagnóstico de câncer ².

1.1. Incidência de câncer no Brasil e no mundo

A IARC (*International Organization for Research in Cancer*) disponibilizou estimativas relativas a 2022 em 185 países para 36 sítios primários de câncer divididos por sexo e idade ³. Em homens, o câncer de pulmão foi o câncer mais frequentemente diagnosticado em todo o mundo (1,57 milhão de novos casos), seguido pelo câncer de próstata (1,47 milhão). Em mulheres, o câncer de mama foi o câncer mais diagnosticado, com 2,30 milhões novos casos estimados em 2022, seguido pelo câncer de pulmão (0,91 milhão) e câncer cervical (0,66 milhão). As causas mais comuns de morte por câncer em homens e mulheres foram câncer de pulmão (1,23 milhão) e câncer de mama (0,67 milhão), respectivamente (Figura 1).

Figura 1. Incidência e mortalidade geral e por sexo dos cânceres no mundo.



Fonte: Filho AM et al (2025).

No Brasil, a estimativa para o triênio de 2023 a 2025 prevê 704 mil casos novos de câncer, sendo 483 mil quando excluídos os casos de câncer de pele não melanoma ⁴. Este é estimado como o mais incidente, com 220 mil casos novos (31,3%), seguido pelos cânceres de mama, com 74 mil (10,5%); próstata, com 72 mil (10,2%); cólon e reto, com 46 mil (6,5%); pulmão, com 32 mil (4,6%); e estômago, com 21 mil (3,1%) casos novos. Em homens, os tipos estimados de câncer mais frequentes serão pele não melanoma, com 102 mil (29,9%); próstata, com 72 mil (21,0%); cólon e reto, com 22 mil (6,4%); pulmão, com 18 mil (5,3%); estômago, com 13 mil (3,9%); e cavidade oral, com 11 mil (3,2%). Nas mulheres, os tipos estimados de câncer mais frequentes são: pele não melanoma, com 118 mil (32,7%); mama, com 74 mil (20,3%); cólon e reto, com 24 mil (6,5%); colo do útero, com 17 mil (4,7%); pulmão, com 15 mil (4,0%); e tireoide, com 14 mil (3,9%) (Figura 2). A taxa ajustada de incidência no Brasil é considerada intermediária e compatível com as taxas apresentadas para países em desenvolvimento: excluído o câncer de pele não melanoma, foi 17% maior em homens (185,61/100.000 habitantes) do que em mulheres (154,08/100.000 habitantes). As Regiões Sul e Sudeste concentram cerca de 70% da incidência, sendo metade dos casos no Sudeste. Há grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes Regiões do Brasil (Figuras 3 e 4).

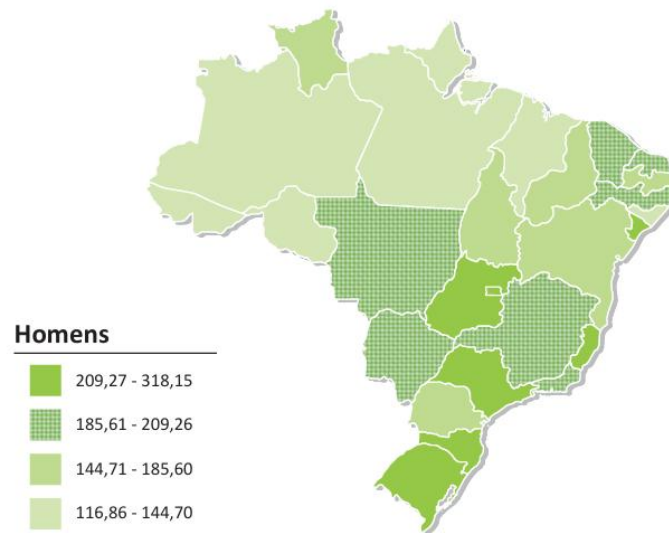
Figura 2. Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2023 por sexo, exceto pele não melanoma.

Localização Primária	Casos	%	Homens	Mulheres	Localização Primária	Casos	%
Próstata	71.730	30,0%			Mama feminina	73.610	30,1%
Cólon e reto	21.970	9,2%			Cólon e reto	23.660	9,7%
Traqueia, brônquio e pulmão	18.020	7,5%			Colo do útero	17.010	7,0%
Estômago	13.340	5,6%			Traqueia, brônquio e pulmão	14.540	6,0%
Cavidade oral	10.900	4,6%			Glândula tireoide	14.160	5,8%
Esôfago	8.200	3,4%			Estômago	8.140	3,3%
Bexiga	7.870	3,3%			Corpo do útero	7.840	3,2%
Laringe	6.570	2,7%			Ovário	7.310	3,0%
Linfoma não Hodgkin	6.420	2,7%			Pâncreas	5.690	2,3%
Fígado	6.390	2,7%			Linfoma não Hodgkin	5.620	2,3%

*Números arredondados para múltiplos de 10.

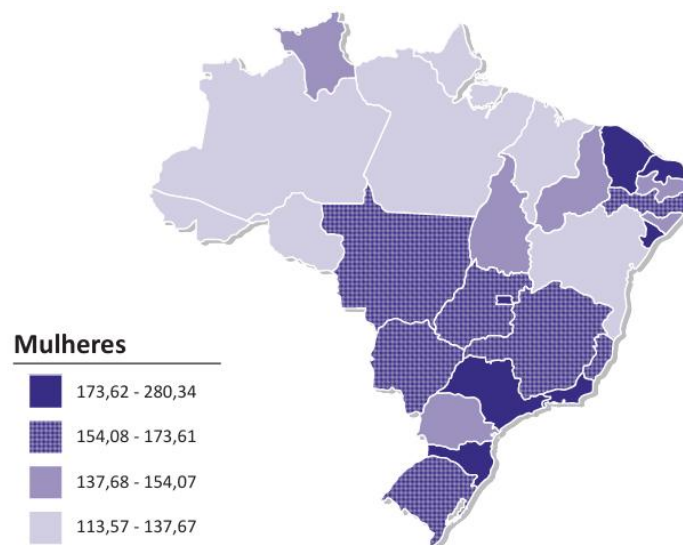
Fonte: INCA (2022).

Figura 3. Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2023, segundo Unidade da Federação (todas as neoplasias malignas, exceto as de pele não melanoma).



Fonte: INCA (20220).

Figura 4. Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2023, segundo Unidade da Federação (todas as neoplasias malignas, exceto as de pele não melanoma).



Fonte: INCA (2022)

1.2. O impacto econômico do câncer

O impacto econômico do câncer também é expressivo. Foi feita uma estimativa global do custo do câncer relativo a 29 tumores em 204 países, de 2020 a 2025 ⁵. Estima-se um custo econômico global de US\$ 25,2 trilhões em dólares americanos (a preços constantes de 2017), equivalente a um imposto anual de 0,55% sobre o PIB global, ou um custo per capita de US\$ 2857 nesse período. Os cinco cânceres com os maiores custos econômicos são câncer de pulmão (15,4%); câncer de cólon e reto (10,9%); câncer de mama (7,7%); câncer de fígado (6,5%); e leucemia (6,3%). China e EUA têm os maiores custos econômicos de cânceres em termos absolutos, respondendo por 24,1% e 20,8% do ônus global total, respectivamente. 75,1% das mortes por câncer ocorram em países de baixa e média renda, mas sua parcela do custo econômico dos cânceres é menor, 49,5%. Globalmente, o custo macroeconômico estimado do câncer é de US\$ 25.2 trilhões de 2020 a 2050. Na Europa, o custo do câncer em 2018 foi de €199 bilhões. As despesas de saúde totalizaram €103 bilhões, sendo €32 bilhões em medicamentos contra o câncer. Os custos informais com tratamento foram de €26 bilhões. A perda total de produtividade foi de €70 bilhões, sendo €50 bilhões de mortalidade prematura e €20 bilhões de morbidade ⁶.

No Brasil, um estudo estimou 2.3 milhões de mortes prematuras por câncer entre 2001 e 2030 (57% em homens e 43% em mulheres), correspondendo a 32 milhões de anos perdidos de potencial vida produtiva e US\$ 141.3 bilhões de perdas em produtividade (US\$ 102.5 bilhões para homens e US\$ 38.8 bilhões para mulheres). Entre homens, a maior contribuição para tais perdas são dos cânceres de pulmão (US\$ 12.6 bilhões), estômago (US\$ 10.6 bilhões) e colorretal (US\$ 9.4 bilhões), enquanto entre mulheres temos os cânceres de mama (US\$ 10 bilhões), colo uterino (US\$ 6.4 bilhões) e colorretal (US\$ 3.2 bilhões). Muitos desses cânceres são preveníveis e podem ter sua incidência reduzida com medidas de rastreio e ou vacina ⁷.

1.3. O câncer na UTI

Quando voltamos nosso olhar para a Terapia Intensiva, vemos que em todo o mundo tem havido um crescimento no número de leitos de UTI. Dados mostram que nos EUA, entre 2000 e 2010, a taxa de leitos de UTI para o número total de leitos hospitalares cresceu 20,4% ⁸. Em

2005 os leitos de UTI correspondiam a 15% de todos os leitos hospitalares e em 2010 sua taxa de ocupação era de 66%.

No Brasil, de acordo com o Censo 2024 da AMIB, existem 73.160 leitos de terapia intensiva, sendo 51,7% operados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 48,3% pelos operadores privados de saúde e seus planos e seguros de assistência. Ao longo dos últimos dez anos, houve um aumento superior a 50% no número de leitos de UTI no país ⁹.

Se outrora o diagnóstico de câncer era uma causa frequente de recusa de vagas de UTI ¹⁰, o progresso no tratamento oncológico e a consequente melhora na sobrevida dos pacientes ¹¹⁻¹⁴ trouxeram uma outra realidade, com cada vez mais pacientes oncológicos internados em UTI. Estima-se que 15% das vagas de uma UTI geral sejam ocupadas por pacientes com câncer ¹⁴, seja por complicações da neoplasia ou dos novos tratamentos instituídos ^{15,16}. Rosolem et al calculou que 1 em cada 5 pacientes admitidos em uma UTI geral por causas variadas, tem um diagnóstico oncológico de base ¹⁷. O estudo ORCHESTRA, publicado em 2015, que descreveu um extenso panorama das características organizacionais de 78 UTIs brasileiras (totalizando 59.693 pacientes), mostrou que 17% dos leitos são ocupados por pacientes com câncer ¹⁸.

As admissões de pacientes oncológicos na UTI se dão por diversas razões: infecções, complicações relacionadas ao tratamento oncológico ou ao próprio câncer, cirurgias, necessidade de terapêuticas específicas, ou controle de sintomas ^{19 - 20}. Por vezes um hospital que não é um centro especializado pode não prover todas as necessidades desse paciente. A expertise dos profissionais, aliada à estrutura de tratamentos como aférese, suporte transfusional, logística da dispensação de medicamentos específicos e suporte nutricional são determinantes no manejo de pacientes oncológicos de alta complexidade.

Novos tratamentos para tumores sólidos e hematológicos trazem diversos efeitos colaterais e desafios no seu manejo também no ambiente da terapia intensiva. Um estudo mostrou que em 115 pacientes em uso de terapia com inibidores de checkpoint (imunoterapia) admitidos na UTI, foi considerado que em 48% (55 pacientes) a admissão na UTI foi provavelmente devida a efeitos adversos imunomediados relacionados aos medicamentos ²¹. O estudo de L. Lin et al ²² analisou 5.561 pacientes que receberam ao menos uma administração de inibidores

de checkpoint, sendo que 32 (0,6%) foram admitidos na UTI por efeitos adversos imunomediados. A mediana de tempo de internação na UTI foi de 3 dias.

Outra terapia inovadora que avança no tratamento de neoplasias hematológicas é a terapia com células CAR-T (*chimeric antigen receptor T cell*), que carrega importantes efeitos colaterais, em especial a síndrome de liberação de citocinas e a neurotoxicidade. Em um artigo publicado em 2020 por Gutierrez C et al ²³, realizou-se um levantamento envolvendo UTIs de 11 centros que realizavam terapia com células CAR-T, a fim de compreender e delinear quais práticas de suporte orgânico eram realizadas. Enquanto havia uma homogeneidade nos critérios de admissão em UTI para a síndrome de liberação de citocinas, o mesmo não ocorria para a neurotoxicidade. Práticas relativas ao suporte vasopressor, monitoramento com eletroencefalograma e uso de Tocilizumabe foram comparáveis. Já as práticas de fluidoterapia, suporte respiratório, manejo de edema cerebral e uso de corticoides e outras drogas anticitocinas variaram entre os centros. Isso mostrou possíveis áreas de melhorias no manejo das complicações da terapia com células CAR-T e a importância de se ter uma equipe treinada no seu manejo. O estudo de Valade S ²⁴ analisou 71 pacientes admitidos na UTI após a infusão de células CAR-T. O principal motivo de admissão foi choque (n=40, 48%). A síndrome de liberação de citocinas isolada foi a complicação mais comum (n = 33, 46%), e 21 pacientes (30%) tiveram infecção bacteriana documentada microbiologicamente. A neurotoxicidade ocorreu em 26 (37%) pacientes. Uso de vasopressores foi necessário em 18 pacientes (25%) e ventilação mecânica invasiva em 2. Uma metanálise publicada em 2023 ²⁵ incluiu 4 estudos e mostrou que do total de receptores de células CAR-T, 4% morrem no hospital, e 6% dos admitidos na UTI morrem posteriormente. Dentre os motivos para admissão na UTI a lesão renal aguda ocorreu em 15% dos casos e insuficiência respiratória aguda em 10%. Em relação às intervenções na UTI, 18% necessitaram de ventilação mecânica invasiva, 23% de drogas vasoativas e 1% de terapia de substituição renal.

Embora os progressos nos tratamentos oncológicos e no suporte orgânico tenham ocasionado uma maior sobrevida nos pacientes com câncer ¹⁰⁻¹³, sua mortalidade ainda é alta quando comparada a outros grupos de pacientes sem câncer. Um estudo multicêntrico em Portugal encontrou taxas de mortalidade de 16,1% nos pacientes de UTI e de 76% de sobrevida até alta hospitalar ²⁶. Porém esses números são diferentes nos pacientes com câncer, em especial naqueles com neoplasias hematológicas. Um estudo alemão mostrou uma mortalidade de

45,6% em pacientes hematológicos admitidos na UTI ²⁷. Uma revisão sistemática publicada em 2014 mostrou uma taxa de mortalidade de 31,2% em pacientes com tumores sólidos admitidos na UTI ²⁸. Pacientes com câncer de pulmão admitidos em UTI apresentam uma alta mortalidade em 90 dias (58,7%), e esta é moldada pelo status oncológico e pela gravidade da doença aguda ²⁹.

1.4. Desafios no cuidado do paciente com câncer na UTI

O paciente oncológico é complexo, e apresenta altas taxas de complicações e necessidades que vão além da competência geral do intensivista. Dessa maneira, novas discussões surgem, relacionadas a não se postergar a admissão do paciente na UTI ^{30 - 31}, a fatores prognósticos ^{28, 32 - 33} e à comunicação entre equipes, pacientes e familiares ^{30, 34}. Conceitos como proporcionalidade, *trial* de UTI ³⁵ e cuidados em fim de vida são igualmente importantes.

Essa complexidade do cuidado impacta na interação entre os profissionais envolvidos nos cuidados dos pacientes. Em um estudo de Nassar et al ³⁴ foram aplicados questionários para oncologistas e intensivistas sobre o tratamento de dois pacientes hipotéticos com diferentes tipos de câncer (câncer pancreático metastático e câncer de mama metastático com receptores positivos para estrogênio, progesterona e HER-2) que desenvolvem choque séptico e falência múltipla de órgãos. Sessenta intensivistas e 46 oncologistas responderam à pesquisa. Oncologistas e intensivistas favoreceram de maneira semelhante a retirada de medidas de suporte de vida para o paciente com câncer pancreático (72% e 80%, respectivamente). Entretanto, para o paciente com câncer de mama os intensivistas foram mais favoráveis à retirada de suporte de vida em comparação com oncologistas de maneira significativa (54% vs 21%, $P < .001$). Isso nos mostra que oncologistas e intensivistas apresentam visões diferentes sobre medidas de suporte de vida em pacientes críticos com câncer. Enquanto oncologistas tendem a se concentrar nas características do câncer, os intensivistas focam na falência de múltiplos órgãos ao ponderar as mesmas decisões. A interação entre intensivistas e oncologistas é de extrema importância, como demonstrado no estudo de Soares et al ³⁶, que em uma análise das características organizacionais e desfechos de pacientes com câncer na UTI, mostrou que a realização de reuniões diárias entre

intensivistas e oncologistas para planejamento de plano de cuidados foi um dos fatores associados a menor mortalidade hospitalar.

A resolução de conflitos também é uma habilidade que pode ser aprendida, e há diferenças nas atuações dos profissionais a depender do treinamento que receberam ³⁷, bem como diversas barreiras relatadas por médicos que dificultam uma comunicação efetiva ³⁸.

A UTI segue sendo uma fonte de estresse para os pacientes, familiares e profissionais que nela trabalham ³⁹⁻⁴¹, além de um ambiente propício ao conflito pela presença de situações extremas e diferentes visões entre equipes envolvidas nos cuidados ³⁴, ⁴¹. As experiências vividas por familiares de pacientes que ficaram em UTI podem perdurar por anos, tendo inclusive sido cunhado o termo “*Postintensive care syndrome–Family*” ⁴². Eliotte L Hirshberg explorou em seu artigo a persistência das experiências de familiares de pacientes que ficaram em UTI nos 10 anos anteriores ⁴³. Temas como vivência pessoal, participação na tomada de decisão, ajuste da vida pós UTI, confiança no time de profissionais e decisões sobre fim de vida foram abordados, e foi verificado um desalinhamento entre o sistema médico e as prioridades e valores das famílias.

Outros aspectos de crucial importância na dinâmica da UTI e que estão diretamente ligados à temática do presente estudo são a decisão compartilhada e o cuidado centrado no paciente. O modelo de relação médico-paciente ou médico-família (quando o paciente não pode responder por si) vem sofrendo profundas transformações, com uma transição do modelo paternalista, em que o médico é detentor do conhecimento e apenas comunica o que será feito ⁴⁴, para um modelo de decisão compartilhada, em que o médico explana as questões técnicas (características e prognóstico da doença, implicações do tratamento, complicações) e, baseado nos valores e preferências do paciente, a melhor decisão é tomada em conjunto ^{45 - 46}. Na UTI frequentemente o paciente se encontra em estado crítico, e as decisões serão compartilhadas com a família. Disse Azoulay E., em seu artigo publicado em 2014: “As famílias dos pacientes não são simples visitantes na UTI.” ⁴⁷. Nessa revisão alguns pontos-chaves são citados para a melhoria da interação com a família na UTI: parceria de médicos e enfermeiros (com discussão de caso e interação de ambos com a família), horário de visitas flexíveis, comunicação com família (e não apenas informação), conversa com família à entrada do paciente na UTI, conferências familiares agendadas, conversa sobre fim de vida, visita pós alta da UTI e educação contínua em habilidades de comunicação para os profissionais. Grandes

esforços vêm sendo feitos no sentido de aprimorar a comunicação e a interação com as famílias, mas esse ainda é um campo vasto para adequações e melhorias ^{37, 48 - 49}.

Sabendo da importância da decisão compartilhada e centrada no paciente, há tempos as sociedades de Medicina Intensiva preconizam treinamento específico em competências ligadas a comunicação e manejo de conflitos para médicos em formação na área. Tais competências são denominadas “*Soft skills*” para diferenciar das competências exclusivas para diagnóstico, tratamento e prognóstico das doenças, e devem fazer parte do programa de treinamento da residência médica ou especialização ^{50 - 51}. Estudos mostram resultados positivos desse tipo de treinamento, como maior satisfação familiar com a forma de comunicação ⁵².

Estudos também mostram benefício no treinamento de médicos intensivistas em cuidados paliativos ⁵³. You JY ⁵⁴ mostrou resultados da implementação de um programa de treinamento de cuidados paliativos de seis sessões, focado em habilidades de comunicação e reuniões de metas de cuidados para equipes de UTI. 49 de 177 (28%) e 63 de 173 (38%) pacientes foram identificados como de alto risco de morte nos períodos pré e pós-intervenção, respectivamente, e foram incluídos com base nos critérios do estudo. A proporção de pacientes nos quais a decisão de não iniciar a terapia de substituição renal foi tomada devido ao mau prognóstico foi significativamente maior na população pós-intervenção (14% vs 67%, $P=0,05$). Houve uma tendência não estatisticamente significativa em direção a discussões de metas de cuidados mais precoces (4 vs 3 dias pós admissão na UTI) e menos intervenções de cuidados intensivos, como traqueostomias (17% vs 4%, $P=0,19$).

Na Austrália, realizou-se um estudo prospectivo antes e depois de um curso de 2 dias para melhora das habilidades de comunicação e manejo de pacientes com doenças ameaçadoras à vida em um hospital universitário terciário ⁵⁵. Foram incluídos 222 pacientes adultos encaminhados para a UTI. A intervenção foi associada ao aumento da documentação de uma discussão de metas de cuidado centrada no paciente em até 48h após admissão na UTI de 50% para 69% ($p=0,004$).

Porém ainda há muitos pontos a serem melhorados no âmbito da comunicação. Um estudo realizado nos EUA e publicado em 2019 ⁵⁶ avaliou com que frequência os médicos trocam informações sobre os valores e preferências previamente expressos pelos pacientes e

planejam o tratamento com base nesses fatores quando os pacientes se encontram incapacitados de se expressar. Entre as 244 conferências que abordaram uma decisão sobre objetivos de tratamento, 63 (25,8%) não continham troca de informações ou deliberação sobre valores e preferências dos pacientes. Os médicos e familiares trocaram informações sobre os valores e preferências dos pacientes em 167 (68,4%) das conferências e deliberaram especificamente sobre como os valores dos pacientes se aplicavam à decisão em 108 (44,3%). Considerações importantes sobre o fim da vida, como funcionalidade física, cognitiva e social ou espiritualidade, foram discutidas em 87 (35,7%) ou menos das conferências; os familiares forneceram um julgamento em 33 (13,5%); e os médicos fizeram recomendações de tratamento com base nos valores e preferências dos pacientes em apenas 20 conferências (8,2%).

Temos na UTI, portanto, uma junção de dois extremos da Medicina: o suporte orgânico avançado a fim de manter o paciente vivo e o cuidado paliativo, focado este no controle de sintomas, na priorização do conforto e no acolhimento da família, em detrimento de medidas distanásicas. Diversos estudos explicitaram a importância dessa atuação conjunta, colocando os dois cuidados como complementares ⁵⁷⁻⁶⁰. Os cuidados paliativos na UTI podem ser realizados de modo integrativo ou de modo consultivo ^{57, 60 - 61}. No modo integrativo o próprio intensivista atua nos cuidados paliativos do paciente crítico. No modo consultivo o paliativista atua nas necessidades de caráter paliativo do paciente crítico. Há ainda a possibilidade de um modelo misto, em que há uma colaboração entre os dois times. Ainda assim, há muitas lacunas no conhecimento da abordagem ideal ⁶² e deficiências graves na atuação diária na UTI quando falamos em cuidados paliativos e fim de vida. Hill et al ⁵⁷ mostrou que o processo de morte foi reconhecido em 88% dos casos, com conferência familiar em 97% dos casos, mas com baixa oferta de diversos suportes (9% para suporte religioso/espiritual, 11% para revisão de nutrição e hidratação e 6% para registro de preferência de local para morrer). Conceitos como futilidade, proporcionalidade, não escalonamento de suporte ou retirada de suporte podem não ser familiares a todos os profissionais, além de serem temas sujeitos a ampla variabilidade interpessoal e regional ^{63 - 64}.

Há uma tendência global de se discutir o cuidado centrado no paciente, ou o cuidado centrado na pessoa ⁶⁵. Embora não haja uma única definição desses conceitos ^{66 - 67}, podemos descrevê-los como um cuidado que leva em conta a individualidade do paciente, seus valores

e necessidades nas tomadas de decisão. Para isso tal cuidado deve se basear em empatia, respeito, cuidado biopsicossocial e decisões compartilhadas. Esse formato de cuidado é especialmente importante e ao mesmo tempo difícil na UTI, onde muitas vezes decisões precisam ser tomadas de forma rápida ou o paciente não consegue responder por si, cabendo à equipe compartilhar as decisões com familiares. Embora o cuidado centrado na pessoa deva permear cada vez mais a prática dos profissionais de saúde, ainda há muitas lacunas sobre as expectativas de pacientes e familiares quando internados em UTI. No intuito de caracterizar melhor a interação UTI – família e mensurar a satisfação de familiares de pacientes em UTI, diversos estudos foram conduzidos, revelando interessantes resultados ⁶⁸⁻⁷³. Um estudo conduzido em oito países europeus obteve a opinião de 1.398 familiares de pacientes internados em UTI, e viu-se que eles valorizam tanto as competências técnicas quanto as habilidades de comunicação dos médicos intensivistas ⁷².

Um estudo suíço publicado em 2009, avaliou a satisfação de familiares de pacientes internados em UTI ⁷¹. Seus resultados mostraram que suporte emocional, fornecimento de informações compreensíveis, completas e consistentes e coordenação do cuidado foram itens que tiveram baixa satisfação.

Uma revisão sistemática de 14 estudos avaliou a satisfação dos familiares no cenário de fim de vida em UTI ⁶⁸. Expressões de empatia, não abandono e garantias de conforto e fornecimento de informações escritas, além de apoio à tomada de decisão compartilhada, presença da família no momento da morte e extubação antes da morte, foram todos fatores associados a maior satisfação da família. Outro estudo europeu avaliou 624 respostas a questionários que avaliavam a satisfação quanto ao atendimento na UTI ⁶⁹. Os maiores níveis de satisfação vieram das habilidades e dos cuidados prestados ao paciente, ao passo que os menores vieram da atmosfera da sala de espera e da frequência da comunicação médica.

As habilidades de comunicação dos profissionais e o envolvimento dos familiares nas tomadas de decisão são tópicos muito valorizados. Em contrapartida, alguns estudos puderam identificar os pontos de descontentamento, como a atmosfera da UTI e falta de envolvimento na tomada de decisão ⁷⁴. O estudo de Kinoshita S, publicado em 2013, revelou maior insatisfação de familiares de pacientes oncológicos que faleceram em UTI quando comparados a familiares de pacientes não oncológicos ⁷⁵, sugerindo uma maior demanda tanto no controle de sintomas quanto no apoio à família.

2. JUSTIFICATIVA

A maior parte dos estudos citados avaliou pacientes em UTI sem o foco específico no paciente oncológico. E com o crescimento dos casos de câncer, é esperado que grande parte dos intensivistas tenha contato com pacientes oncológicos e as diversas complicações decorrentes do câncer e seus tratamentos.

Esses pacientes são complexos e com frequência apresentam quadros desafiadores, tanto no aspecto técnico quanto na aplicação das competências de comunicação e empatia. Mas ainda não há um completo entendimento das necessidades do paciente com câncer, bem como de seus valores e expectativas em relação ao tratamento quando internados na UTI.

Para desenvolver o cuidado centrado no paciente oncológico e facilitar o processo de decisão compartilhada, devemos compreender quais são seus valores e quais aspectos são importantes em sua jornada. A percepção e opinião dos pacientes e de seus familiares quando ocorre uma internação na UTI precisa ser explorada para um melhor delineamento do plano de cuidados.

Tampouco se tem uma compreensão detalhada de como os próprios intensivistas veem o paciente com câncer, tanto em relação aos critérios de admissão na UTI, quanto ao manejo do tratamento, incluindo proporcionalidade no tratamento, indicações de limitação de suporte e abordagem de temas como fim de vida com pacientes e familiares. A relação entre as equipes que tratam do paciente, em especial a dinâmica entre oncologistas e intensivistas, precisa ser melhor explorada a fim de se compreender os pontos que carecem de melhoria para um cuidado mais amplo e completo do paciente com câncer.

Com este estudo pretendemos preencher lacunas desse conhecimento e levantar o debate do cuidado centrado na pessoa em pacientes oncológicos na UTI. Delinear esse panorama sob a perspectiva tanto dos pacientes com câncer e seus familiares quanto das equipes médicas envolvidas no cuidado durante a internação na UTI é essencial para compreender as necessidades desses pacientes e estruturar uma abordagem de cuidados adequada.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo principal

Caracterizar as competências esperadas do intensivista no cuidado do paciente com câncer, na visão dos próprios intensivistas, dos oncologistas, dos pacientes e familiares.

3.2. Objetivo secundário

Comparar as respostas de pacientes e familiares a fim de compreender os valores destes dois grupos.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Estudo multicêntrico, observacional, prospectivo, com aplicação de questionários para intensivistas, oncologistas, pacientes com câncer internados em UTI e seus familiares, a fim de caracterizar as competências esperadas do intensivista que cuida do paciente com câncer.

4.2. Critérios de inclusão

- Para intensivistas: todos os médicos intensivistas que trabalham nas UTIs dos hospitais incluídos.
- Para oncologistas: todos os oncologistas clínicos ou cirurgiões que acompanham frequentemente (> 6 vezes por ano) seus pacientes com câncer quando internados em UTI.
- Para pacientes e familiares: a amostra foi constituída por conveniências, com recrutamento consecutivo de pacientes e familiares de pacientes internados há pelo menos 48h na UTI. Todos deviam ser maiores de 18 anos.

4.3. Critérios de exclusão

- Para intensivistas: estar em processo de formação (residente ou estagiário).
- Para oncologistas: estar em processo de formação (residente ou estagiário).
- Para pacientes e familiares: ausência de condições neuropsíquicas de responder ao questionário, como sedação, demência, delirium, ansiedade grave, ou falta de compreensão do idioma português.

4.4. Levantamento bibliográfico e geração de questionários

Foi realizado levantamento bibliográfico para a geração de questionários com perguntas abertas. Nessa fase, através do PubMed, foram pesquisados temas relativos às competências em terapia intensiva, cuidados de pacientes oncológicos em UTI e relacionamento entre equipes: *“Soft skills”*, *“Family satisfaction in ICU”*, *“Communication skills in ICU”*, *“End of life care”*, *“Paliative care in ICU”*. Os temas mais relevantes relacionados às competências de intensivistas foram levantados, fornecendo substrato para a geração de três questionários com perguntas abertas que foram aplicadas aos três grupos estudados: intensivistas, oncologistas e familiares/pacientes. Dez pessoas em cada grupo responderam, todas no Hospital AC Camargo Cancer Center. As respostas foram analisadas independentemente e depois conjuntamente por dois pesquisadores que por consenso elegeram os temas mais citados, e a partir deles, geraram questionários com perguntas estruturadas no formato Likert com 5 opções de respostas (não é importante, pouco importante, indiferente, importante, muito importante; ou discordo completamente, discordo parcialmente, indiferente, concordo parcialmente, concordo completamente). Portanto, quatro questionários no formato Likert (para intensivistas, oncologistas, pacientes e familiares) foram gerados para serem distribuídos amplamente nos serviços participantes. O questionário para os intensivistas contém 29 perguntas, para os oncologistas/cirurgiões oncológicos contém 27 perguntas e para os pacientes e familiares contém 22 perguntas. As perguntas foram classificadas como relativas a conhecimento (C), habilidades (H) ou atitudes (A) do médico intensivista. Todos os questionários têm escala Likert com 5 níveis e estão incluídos nos anexos desta tese, com a classificação de cada uma das perguntas.

Anexo 1. Questionário para intensivistas.

Anexo 2. Questionário para oncologista/cirurgiões oncológicos.

Anexo 3. Questionário para pacientes.

Anexo 4. Questionário para familiares.

Os questionários foram inseridos na plataforma RedCap juntamente com o TCLE digital. Os médicos intensivistas e oncologistas participantes poderiam responder ao questionário de maneira digital, através de um link que já os direcionava à plataforma RedCap ou ao questionário impresso. O questionário e TCLE para os pacientes e familiares foi aplicado na forma impressa. Não houve pareamento de pacientes e seus respectivos familiares. Questionários que foram respondidos na forma impressa foram posteriormente transcritos para o banco de dados do RedCap.

4.5. Inclusão dos centros participantes

Além do Hospital AC Camargo Cancer Center, também participaram da pesquisa: Hospital São Luiz Itaim, Hospital Nove de Julho e Hospital Sírio Libanês. Foram geradas emendas para a inclusão dos centros, devidamente aprovadas pelo CEP do Hospital AC Camargo Cancer Center. A partir de então, os centros participantes submeteram o projeto aos seus respectivos CEPs.

4.6. Locais do estudo

O AC Camargo Cancer Center é um hospital oncológico que tem 419 leitos sendo 51 de UTI Adulto.

O Hospital Nove de Julho é um hospital geral com 391 leitos sendo 97 de UTI Adulto.

O Hospital São Luiz Itaim é um hospital geral com 372 leitos sendo 91 de UTI Adulto.

O Hospital Sírio Libanês é um hospital geral com aproximadamente 500 leitos sendo 32 de UTI Adulto.

Todos os centros participantes pertencem à rede suplementar de saúde e raramente atendem pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.7. Aplicação dos questionários

Nos centros participantes o questionário foi distribuído para os médicos na forma digital como um link que direcionava o participante para a plataforma RedCap ou na forma impressa, conforme melhor conveniência. E foi entregue na forma impressa para todos os pacientes ou familiares que preenchiam critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo. Questionários com mais de duas respostas faltantes foram excluídos da análise.

4.8. Análise estatística

Dados demográficos são apresentados como números absolutos e frequências, média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil conforme apropriado. Foi realizada análise descritiva com o cálculo da distribuição das frequências das respostas apresentadas na escala de Likert.

As respostas dos questionários de pacientes e familiares, que continham perguntas idênticas, foram comparadas e submetidas a análise estatística utilizando o Teste de Mann-Whitney.

Todas as análises de dados foram feitas usando o programa RStudio 2024.12.0+467 "Kousa Dogwood" Release (cf37a3e5488c937207f992226d255be71f5e3f41, 2024-12-11) for Windows Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) RStudio/2024.12.0+467 Chrome/126.0.6478.234 Electron/31.7.6 Safari/537.36, Quarto 1.5.57.

4.9. Aspectos éticos

Os questionários foram distribuídos após a aprovação do Comitê de Ética do AC Camargo Câncer Center (CAAE: 46181421.0.0000.5432). Os TCLEs foram formulados de acordo com as normas de CEP da FAP (Anexos 5 e 6).

Os outros centros participantes tiveram o projeto submetidos e aprovados pelos seus respectivos CEPs.

5. RESULTADOS

Os questionários no formato Likert foram aplicados no período de março de 2023 a agosto de 2024. Foram obtidas 89 respostas de intensivistas, 92 respostas de oncologistas, 65 respostas de pacientes e 74 respostas de familiares. A Tabela 1 mostra a distribuição dos questionários respondidos por centro participante. Por questões operacionais e de dificuldade de acesso aos potenciais participantes, não houve respostas de médicos no Hospital São Luiz Itaim e de pacientes e familiares no Hospital Sírio Libanês.

Tabela 1. Número de questionários respondidos por cada centro participante.

	Intensivistas	Oncologistas	Pacientes	Familiares
AC Camargo	46	59	44	45
Hospital Nove de Julho	29	14	8	14
Hospital Sírio Libanês	14	19	0	0
Hospital São Luiz Itaim	0	0	13	15
Total	89	92	65	74

Fonte: Autoria própria

5.1. Intensivistas

Foram incluídos 89 questionários válidos, sendo 34 (38,2%) participantes mulheres. As medianas de idade e de anos de formado são de 42 e 17 anos, respectivamente. A quase totalidade dos participantes possui residência ou título em Medicina Intensiva (91%). 17 (19,1%) trabalham em hospital oncológico apenas, 28 (31,5%) em hospital geral apenas, e 44 (49,4%) em ambos (Tabela 2).

Tabela 2. Dados demográficos - Intensivistas (N=89)

Idade (87)	42 (28 – 63)
Sexo Masculino	55 (61,8%)
Anos de formado	17 (2 – 42)
Título em Medicina Intensiva	81 (91,0%)
Anos com Título em Medicina Intensiva	11 (1-39)
Hospital Oncológico	17 (19,1%)
Hospital Geral	28 (31,5%)
Ambos	44 (49,4%)

Fonte: Autoria própria

Nota: o número total de respostas encontra-se entre parênteses ao lado do dado demográfico, em caso de dados faltantes.

A distribuição das respostas dos intensivistas a cada pergunta do questionário, com números absolutos e porcentagens está descrita na Figura 5.

Figura 5. Respostas com números absolutos e frequências – Intensivistas.					
Como intensivista, qual sua opinião sobre as questões a seguir:					
	Não é importante	Pouco importante	Indiferente	Importante	Muito importante
1. Conhecimento da epidemiologia e prognóstico dos principais cânceres.	0 (0%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	34 (38,2%)	53 (59,6%)
2. Conhecimento dos fatores prognósticos de pacientes oncológicos na UTI.	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,1%)	13 (14,6%)	75 (84,3%)
3. Conhecimento dos cuidados específicos de transplante de medula.	0 (0%)	0 (0%)	6 (6,7%)	40 (44,9%)	43 (48,3%)
4. Conhecimento do manejo do pós operatório de grandes cirurgias oncológicas.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (7,9%)	82 (92,1%)
5. Monitorizar e fazer o suporte de disfunções orgânicas.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,2%)	87 (97,8%)
6. Conhecimento das complicações dos tratamentos oncológicos.	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,2%)	24 (27,0%)	63 (70,8%)
7. Conhecimento de emergências oncológicas.	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,1%)	9 (10,1%)	79 (88,8%)

8.Conhecimento de todo histórico do tratamento do câncer.	0 (0%)	4 (4,5%)	9 (10,1%)	48 (53,9%)	28 (31,5%)
9.Habilidade em gerenciamento de conflitos.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (12,4%)	78 (87,6%)
10.Habilidades na comunicação de más notícias.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (6,7%)	83 (93,3%)
11.Habilidades no acolhimento do paciente e seus familiares e acompanhantes.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (13,5%)	77 (86,5%)
12.Especialização em cuidados paliativos	1 (1,1%)	4 (4,5%)	23 (25,8%)	46 (51,7%)	15 (16,9%)
13.Evitar distanásia / suporte avançado desproporcional.	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,2%)	11 (12,4%)	76 (85,4%)
14.Conhecer as expectativas do paciente e seus familiares sobre o tratamento do câncer. (N = 88)	1 (1,1%)	0 (0%)	0 (0%)	18 (20,2%)	69 (77,5%)
15.Estímulo à participação da equipe multidisciplinar	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	19 (21,3%)	70 (78,7%)
16.Reconhecer e procurar ajuda para burnout no time multiprofissional da UTI e para si.	0 (0%)	2 (2,2%)	1 (1,1%)	19 (21,3%)	67 (75,3%)

17. Relacionamento com equipes oncologistas e cirurgiões oncológicos.	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,2%)	18 (20,2%)	69 (77,5%)
18. Alinhar discurso com o oncologista para evitar desentendimentos com a família.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (12,4%)	78 (87,6%)
Em relação às seguintes condutas e atitudes tomadas pelo intensivista, marque o quanto você concorda ou discorda:					
	Discordo completa/	Discordo parcial/	Indiferente	Concordo parcial/	Concordo completa/
19. Pacientes com doença oncológica avançada não devem ser internados na UTI.	26 (29,2%)	38 (42,7%)	1 (1,1%)	20 (22,5%)	4 (4,5%)
20. O intensivista pode assumir isoladamente as condutas do paciente	37 (41,6%)	25 (28,1%)	1 (1,1%)	25 (28,1%)	1 (1,1%)
21. Sinto-me confortável com a prática de <i>withholding</i> na UTI	2 (2,2%)	3 (3,4%)	8 (9,0%)	22 (24,7%)	54 (60,7%)
22. Sinto-me confortável com a prática de <i>withdrawing</i> na UTI	0 (0%)	3 (3,4%)	5 (5,6%)	21 (23,6%)	60 (67,4%)
23. Os meios não presenciais (telefone, Whatsapp) substituem a discussão presencial com a equipe	32 (36,0%)	35 (39,3%)	3 (3,4%)	16 (18,0%)	3 (3,4%)
24. A visita e discussão com equipe	1 (1,1%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	21 (23,6%)	65 (73,0%)

assistente/titular deve ser diária.					
25. A UTI também pode admitir pacientes não candidatos a medidas invasivas, com intuito de controlar sintomas e otimizar outros tratamentos	3 (3,4%)	7 (7,9%)	2 (2,2%)	41 (46,1%)	36 (40,4%)
26. Deve abordar o tema "fim de vida" com paciente/familiares, independentemente de contato prévio com oncologista	18 (20,2%)	31 (34,8%)	1 (1,1%)	26 (29,2%)	13 (14,6%)
27. Se julgar necessário, deve iniciar o tema "fim de vida" com o oncologista	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0 (0%)	18 (20,2%)	69 (77,5%)

Nota: Questões que não foram respondidas por todos os participantes contêm o N total de resposta ao lado.

Fonte: Autoria própria

5.2. Oncologistas

Foram incluídos 92 questionários válidos, sendo 33 (35,9%) respondidos por oncologistas mulheres. As medianas de idade e de anos de formado são de 40 e 15 anos, respectivamente. 54 (58,7%) trabalham em hospital oncológico apenas, 12 (13%) em hospital geral e 54 (58,7%) em ambos (Tabela 3).

Tabela 3. Dados demográficos – Oncologistas (N=92)

Idade (87)	40 (29 – 63)
Sexo Masculino (91)	58 (63,0%)
Anos de formado	15 (4 – 42)
Anos de formação em Oncologia	9 (1-37)
Hospital Oncológico	54 (58,7%)
Hospital Geral	12 (13,0%)
Ambos	26 (28,3%)

Fonte: Autoria própria

Nota: o número total de respostas encontra-se entre parênteses ao lado do dado demográfico, em caso de dados faltantes.

A distribuição das respostas dos oncologistas a cada pergunta do questionário está descrita na Figura 6.

Figura 6. Respostas com números absolutos e frequências – Oncologistas.					
Em relação ao intensivista, qual sua opinião sobre as questões a seguir:					
	Não é importante	Pouco importante	Indiferente	Importante	Muito importante
1. Conhecer o tratamento oncológico do paciente e suas complicações.	0(0%)	0(0%)	1 (1,1%)	39 (42,4%)	52 (56,5%)
2. Conhecer os cuidados pós operatórios de cirurgias oncológicas.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	25 (27,2%)	67 (72,8%)
3. Conhecer o estadiamento dos principais cânceres.	0 (0%)	10 (10,9%)	19 (20,7%)	35 (38,0%)	28 (30,4%)
4. Conhecer a sobrevida dos principais cânceres.	0 (0%)	3 (3,3%)	4 (4,3%)	39 (42,4%)	46 (50,0%)
5. Individualizar o cuidado do paciente.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (10,9%)	82 (89,1%)
6. Conhecer as diretrizes de tratamento estabelecidas pelo oncologista.	1 (1,1%)	2 (2,2%)	10 (10,9%)	20 (21,7%)	59 (64,1%)
7. Saber tratar as principais complicações do câncer ou do seu tratamento oncológico.	0 (0%)	0 (0%)	4 (4,3%)	26 (28,3%)	62 (67,4%)
8. Compartilhar decisões com oncologista.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (15,2%)	78 (84,8%)
9. Acolher os familiares e acompanhantes.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (9,8%)	83 (90,2%)

10. Ter uma boa técnica de comunicação.(N = 91)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (8,7%)	83 (90,2%)
11. Estimular o tratamento multidisciplinar.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	13 (14,1%)	79 (85,9%)
12. Sempre comunicar a admissão do paciente na UTI ao oncologista.	0 (0%)	1 (1,1%)	9 (9,8%)	30 (32,6%)	52 (56,5%)
13. Comunicar em tempo real as mudanças no quadro do paciente na UTI ao oncologista.	0 (0%)	5 (5,4%)	16 (17,4%)	35 (38,0%)	36 (39,1%)
14. Formalizar em prontuário as discussões entre intensivista e oncologista.	0 (0%)	0 (0%)	3 (3,3%)	24 (26,1%)	65 (70,7%)
15. Ter treinamento em Cuidados Paliativos	2 (2,2%)	1 (1,1%)	3 (3,3%)	42 (45,7%)	44 (47,8%)
Em relação às seguintes condutas e atitudes tomadas pelo intensivista, marque o quanto você concorda ou discorda:					
	Discordo completa/	Discordo parcial/	Indiferente	Concordo parcial/	Concordo completa/
16. Intensivista pode definir diretriz de tratamento sozinho.	48 (52,2%)	35 (38,0%)	0 (0%)	7 (7,6%)	2 (2,2%)
17. Paciente com câncer metastático e má performance status não tem indicação de suporte avançado.	11 (12,0%)	36 (39,1%)	0 (0%)	33 (35,9%)	12 (13,0%)

18. Intensivista deve iniciar o tema “fim de vida” com pacientes e/ou familiares.	11 (12,0%)	24 (26,1%)	5 (5,4%)	39 (42,4%)	13 (14,1%)
19. A decisão sobre o tipo de suporte avançado é exclusiva do intensivista.	54 (58,7%)	26 (28,3%)	0 (0%)	8 (8,7%)	4 (4,3%)
20. O intensivista deve participar do planejamento de diretrizes de tratamento do teu paciente internado na UTI. (N = 91)	3 (3,3%)	0 (0%)	1 (1,1%)	20 (21,7%)	67 (72,8%)
21. Conflitos na decisão sobre diretrizes são frequentes entre oncologistas e intensivistas. (N = 91)	2 (2,2%)	28 (30,4%)	18 (19,6%)	32 (34,8%)	11 (12,0%)
22. A UTI não é apenas para suporte avançado e pode ser o melhor local para controle de sintomas em pacientes paliativos.	15 (16,3%)	21 (22,8%)	7 (7,6%)	31 (33,7%)	18 (19,6%)
23. O distanciamento entre você e o paciente/família é um problema quando seu paciente está na UTI.	19 (20,7%)	21 (22,8%)	9 (9,8%)	28 (30,4%)	15 (16,3%)
24. Não ter acompanhamento em tempo real é um problema	20 (21,7%)	28 (30,4%)	13 (14,1%)	26 (28,3%)	5 (5,4%)

que você enfrenta quando o paciente está na UTI.					
25. Sinto-me confortável com as práticas de <i>withholding</i> decididas conjuntamente (não instituição ou progressão de suporte avançado)	0 (0%)	10 (10,9%)	10 (10,9%)	45 (48,9%)	27 (29,3%)
26. Sinto-me confortável com as práticas de <i>withdrawing</i> decididas conjuntamente (retirada de suporte avançado)	2 (2,2%)	12 (13,0%)	8 (8,7%)	41 (44,6%)	29 (31,5%)
27. A comunicação entre oncologista e intensivista deve ser diária.	0 (0%)	2 (2,2%)	1 (1,1%)	19 (20,7%)	70 (76,1%)

Nota: Questões que não foram respondidas por todos os participantes contêm o N total de resposta ao lado.

Fonte: Autoria própria

5.3. Pacientes

Foram incluídos 65 questionários válidos, sendo 35 (53,8%) de participantes do sexo feminino. A mediana de idade é de 62 anos. 56 (86,2%) possuem nível superior. 58 (89,2%) são pacientes com tumores sólidos e 7 (10,8%) com neoplasias hematológicas. A mediana de tempo do diagnóstico do câncer do paciente foi de 15 (1-288) meses, e 44 (67,7%) pacientes já tinham passagem prévia pela UTI (Tabela 4).

Tabela 4. Dados demográficos – Pacientes**(N = 65)**

Idade	62 (24 – 87)
Sexo Masculino	30 (46,2%)
Escolaridade (64)	
Fundamental ou Médio	8 (12,3%)
Superior	56 (86,2%)
Tipo de câncer	
Sólido	58 (89,2%)
Hematológico	7 (10,8%)
Tempo de diagnóstico (em meses)	15 (1 – 288)
Passagem prévia em UTI (64)	Sim 44 (67,7%)

Nota: o número total de respostas encontra-se entre parênteses ao lado do dado demográfico, em caso de dados faltantes.

Fonte: Autoria própria

A distribuição das respostas dos pacientes a cada pergunta do questionário está descrita na Figura 7.

Figura 7. Respostas com números absolutos e frequências – Pacientes.

Em relação às práticas e atitudes do médico intensivista (médico da UTI), qual sua opinião sobre as questões abaixo:

	Não é importante	Pouco importante	Indiferente	Importante	Muito importante
1. Conhecer o histórico de saúde do paciente.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (10,8%)	58 (89,2%)
2. Explicar o quadro clínico do paciente em detalhes.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	16 (24,6%)	49 (75,4%)
3. Explicar os procedimentos que serão feitos na UTI.	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,1%)	16 (24,6%)	47 (72,3%)
4. Comunicar as complicações dos tratamentos do câncer. (N = 64)	2 (3,1%)	3 (4,6%)	2 (3,1%)	12 (18,5%)	45 (69,2%)
5. Explicar a gravidade da doença que levou à UTI.	1 (1,5%)	0 (0%)	1 (1,5%)	14 (21,5%)	49 (75,4%)
6. Explicar a gravidade do câncer. (N = 63)	2 (3,1%)	2 (3,1%)	3 (4,6%)	19 (29,2%)	37 (56,9%)
7. Saber a religião do paciente (N= 64)	14 (21,5%)	7 (10,8%)	17 (26,2%)	24 (36,9%)	2 (3,1%)
8. Falar sobre o quadro clínico na frente do paciente. (N = 64)	4 (6,2%)	4 (6,2%)	4 (6,2%)	27 (41,5%)	25 (38,5%)
9. O médico da UTI deve ser sempre o mesmo. (N = 63)	6 (9,2%)	9 (13,8%)	19 (29,2%)	23 (35,4%)	6 (9,2%)

10. Médico da UTI deve ser otimista, mesmo com quadro clínico grave.	3 (4,6%)	3 (4,6%)	9 (13,8%)	29 (44,6%)	21 (32,3%)
11. Deve perguntar ativamente se o paciente tem dor ou outro desconforto físico.	0 (0%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)	25 (38,5%)	38 (58,5%)
12. Deve perguntar ativamente se o paciente tem desconforto emocional ou psíquico. (N = 64)	1 (1,5%)	2 (3,1%)	4 (6,2%)	28 (43,1%)	29 (44,6%)
Em relação às práticas e atitudes do médico intensivista (médico da UTI), quanto você concorda com as afirmações abaixo:					
	Discordo total/	Discordo parcial/	Indiferente	Concordo parcial/	Concordo total/
13. Deve passar informações iguais ao paciente e aos familiares.	1 (1,5%)	4 (6,2%)	1 (1,5%)	14 (21,5%)	45 (69,2%)
14. Más notícias devem ser dadas ao paciente.	8 (12,3%)	2 (3,1%)	2 (3,1%)	20 (30,8%)	33 (50,8%)
15. Más notícias devem ser dadas somente à família (N = 64)	24 (36,9%)	10 (15,4%)	4 (6,2%)	14 (21,5%)	12 (18,5%)
16. O intensivista deve tratar a ansiedade, angústia ou depressão do paciente (N = 64)	5 (7,7%)	3 (4,6%)	4 (6,2%)	15 (23,1%)	37 (56,9%)
17. O médico da UTI deve abordar o tema fim de	17 (26,2%)	4 (6,2%)	3 (4,6%)	24 (36,9%)	15 (23,1%)

vida com o paciente (N = 63)					
18. O médico da UTI deve abordar o tema fim de vida apenas com a família	18 (27,7%)	13 (20,0%)	4 (6,2%)	12 (18,5%)	18 (27,7%)
19. O médico da UTI deve explicar o tratamento do câncer ao paciente (N = 63)	3 (4,6%)	4 (6,2%)	2 (3,1%)	9 (13,8%)	46 (70,8%)
20. Pode decidir tratamentos sem conversar com Oncologista	48 (73,8%)	9 (13,8%)	1 (1,5%)	4 (6,2%)	3 (4,6%)
21. A dor do paciente com câncer é mais intensa que a dor de pacientes com outras doenças	18 (27,7%)	10 (15,4%)	11 (16,9%)	15 (23,1%)	11 (16,9%)
22. O paciente com câncer é psicologicamente sensível de maneira mais intensa do que pacientes com outras doenças	10 (15,4%)	7 (10,8%)	5 (7,7%)	23 (35,4%)	20 (30,8%)

Nota: Questões que não foram respondidas por todos os participantes contêm o N total de resposta ao lado.

Fonte: Autoria própria

5.4. Familiares

Foram incluídos 74 questionários válidos. 52 (70,3%) participantes eram mulheres. A mediana de idade foi 55 anos (26-80). 57 (77,0%) possuíam nível superior. 59 (79,7%) eram familiares de pacientes com neoplasia sólida, 14 (18,9%) eram familiares de pacientes com neoplasia hematológica e 1 (1,4%) participante não respondeu. A mediana de tempo do diagnóstico da

neoplasia do paciente foi de 21 (1-288) meses, e 48 (64,9%) já tinha passagem prévia pela UTI. Os dados demográficos dos familiares estão descritos na Tabela 5.

Tabela 5. Dados demográficos – Familiares (N = 74)

Idade	55 (26 – 80)
Sexo Masculino	22 (29,7%)
Escolaridade	
Fundamental ou Médio	17 (23,0%)
Superior	57 (77,0%)
Tipo de câncer	
Sólido	59 (79,7%)
Hematológico	14 (18,9%)
Tempo de diagnóstico (em meses) (72)	21 (1 – 288)
Passagem prévia em UTI (71)	Sim 48 (64,9%)

Nota: o número total de respostas encontra-se entre parênteses ao lado do dado demográfico, em caso de dados faltantes.

Fonte: Autoria própria

A distribuição das respostas dos familiares a cada pergunta do questionário está descrita na Figura 8.

Figura 8. Respostas com números absolutos e frequências – Familiares.

Em relação às práticas e atitudes do médico intensivista (médico da UTI), qual sua opinião sobre as questões abaixo:					
	Não é importante	Pouco importante	Indiferente	Importante	Muito importante
1.Conhecer o histórico de saúde do paciente.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (13,5%)	64 (86,5%)
2.Explicar o quadro clínico do paciente em detalhes.	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,4%)	20 (27,0%)	53 (71,6%)
3.Explicar os procedimentos que serão feitos na UTI.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	18 (24,3%)	56 (75,7%)
4.Comunicar as complicações dos tratamentos do câncer. (N=73)	0 (0%)	1 (1,4%)	0 (0%)	13 (17,6%)	59 (79,7%)
5.Explicar a gravidade da doença que levou à UTI.	0 (0%)	2 (2,7%)	1 (1,4%)	15 (20,3%)	56 (75,7%)
6.Explicar a gravidade do câncer. (N = 73)	2 (2,7%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	19 (25,7%)	50 (67,6%)
7.Saber a religião do paciente	10 (13,5%)	5 (6,8%)	23 (31,1%)	24 (32,4%)	12 (16,2%)
8.Falar sobre o quadro clínico na frente do paciente. (N = 72)	16 (21,6%)	11 (14,9%)	5 (6,8%)	28 (37,8%)	12 (16,2%)
9. O médico da UTI deve ser sempre o mesmo.	8 (10,8%)	3 (4,1%)	30 (40,5%)	25 (33,8%)	8 (10,8%)
10. Médico da UTI deve ser otimista, mesmo com quadro clínico grave.	4 (5,4%)	8 (10,8%)	7 (9,5%)	24 (32,4%)	31 (41,9%)

11.Deve perguntar ativamente se o paciente tem dor ou outro desconforto físico.	0 (0%)	1 (1,4%)	0 (0%)	20 (27,0%)	53 (71,6%)
12.Deve perguntar ativamente se o paciente tem desconforto emocional ou psíquico.	1 (1,4%)	0 (0%)	5 (6,8%)	26 (35,1%)	42 (56,8%)
Em relação às práticas e atitudes do médico intensivista (médico da UTI), quanto você concorda com as afirmações abaixo:					
	Discordo total/	Discordo parcial/	Indiferente	Concordo parcial/	Concordo total/
13.Deve passar informações iguais ao paciente e aos familiares.	9 (12,2%)	16 (21,6%)	0 (0%)	28 (37,8%)	21 (28,4%)
14. Más notícias devem ser dadas ao paciente. (N = 72)	20 (27,0%)	24 (32,4%)	1 (1,4%)	20 (27,0%)	7 (9,5%)
15. Más notícias devem ser dadas somente à família (N = 72)	5 (6,8%)	7 (9,5%)	1 (1,4%)	23 (31,1%)	36 (48,6%)
16.O intensivista deve tratar a ansiedade, angústia ou depressão do paciente (N = 73)	4 (5,4%)	3 (4,1%)	1 (1,4%)	20 (27,0%)	45 (60,8%)
17. O médico da UTI deve abordar o tema fim de vida com o paciente (N= 73)	34 (45,9%)	16 (21,6%)	0 (0%)	20 (27,0%)	3 (4,1%)

18. O médico da UTI deve abordar o tema fim de vida apenas com a família	8 (10,8%)	6 (8,1%)	2 (2,7%)	27 (36,5%)	31 (41,9%)
19. O médico da UTI deve explicar o tratamento do câncer ao paciente (N = 73)	2 (2,7%)	3 (4,1%)	1 (1,4%)	12 (16,2%)	55 (74,3%)
20. Pode decidir tratamentos sem conversar com o Oncologista (N = 73)	45 (60,8%)	15 (20,3%)	0 (0%)	11 (14,9%)	2 (2,7%)
21. A dor do paciente com câncer é mais intensa que a dor de pacientes com outras doenças (N = 73)	13 (17,6%)	13 (17,6%)	11 (14,9%)	22 (29,7%)	14 (18,9%)
22. O paciente com câncer é psicologicamente sensível de maneira mais intensa do que pacientes com outras doenças (N = 73)	5 (6,8%)	14 (18,9%)	1 (1,4%)	18 (24,3%)	35 (47,3%)

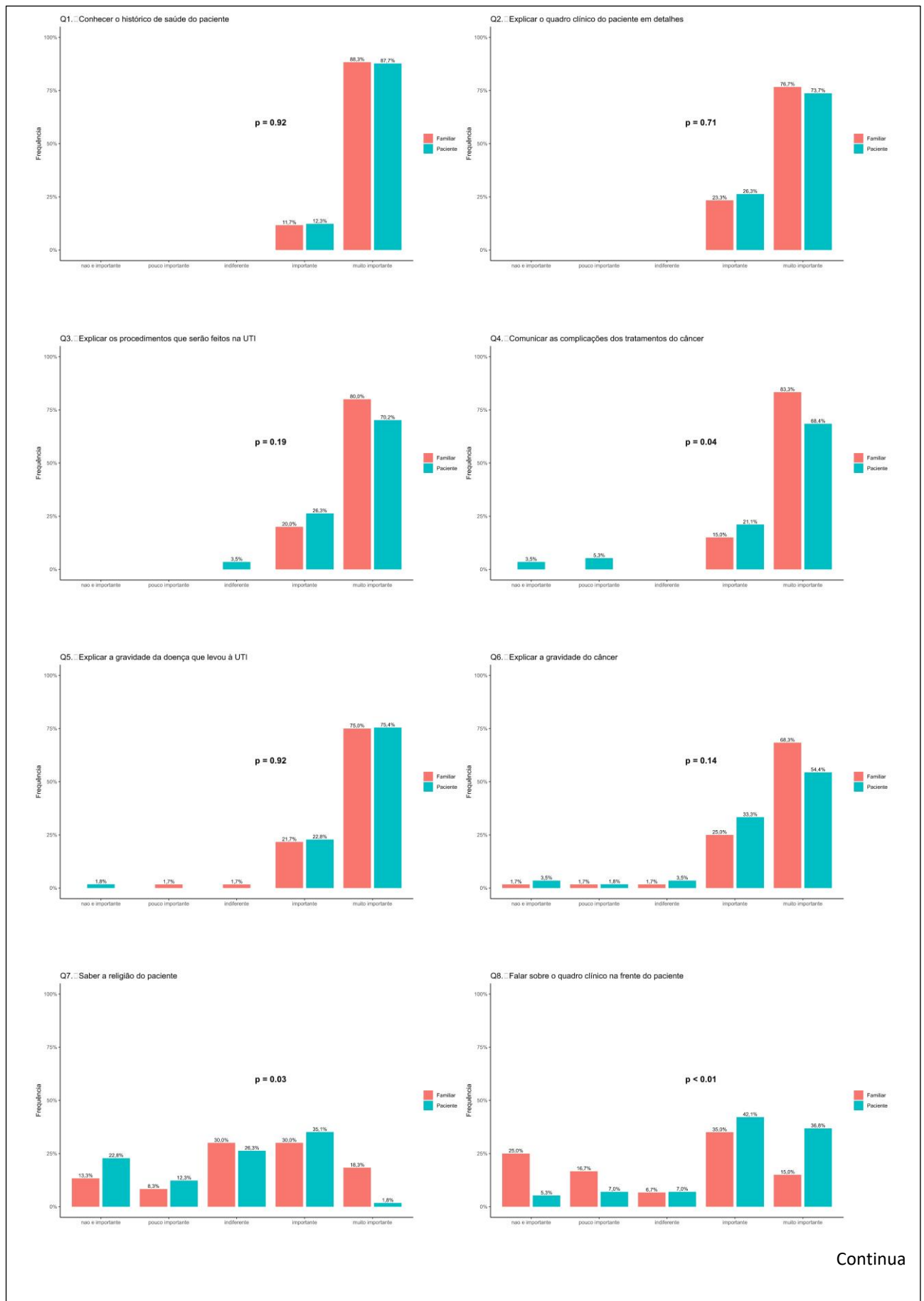
Nota: Questões que não foram respondidas por todos os participantes contêm o N total de resposta ao lado.

Fonte: Autoria própria

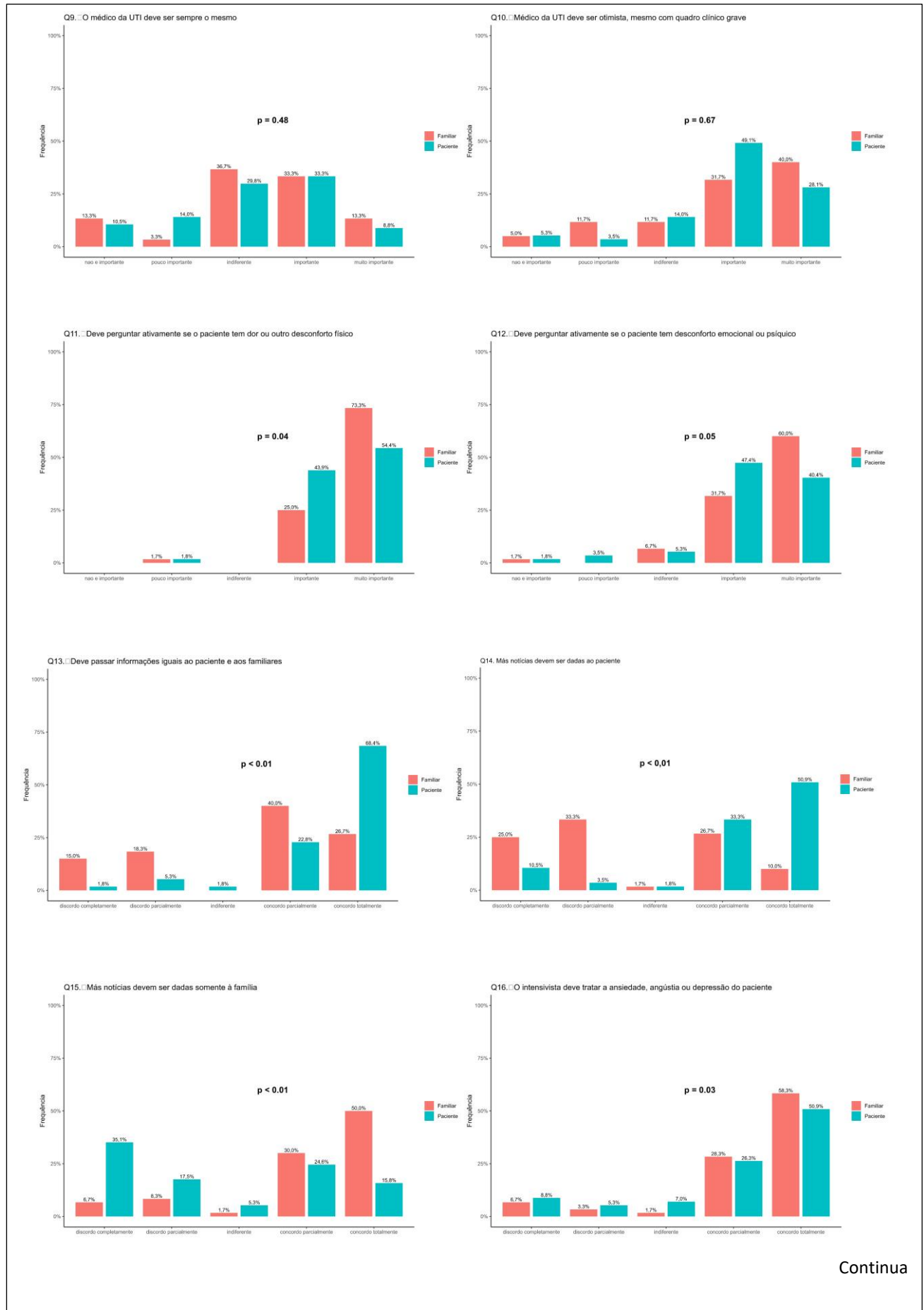
5.5. Comparação das respostas de pacientes e familiares

Foi realizada a comparação das respostas que eram iguais nos questionários respondidos por pacientes e familiares (Figura 9).

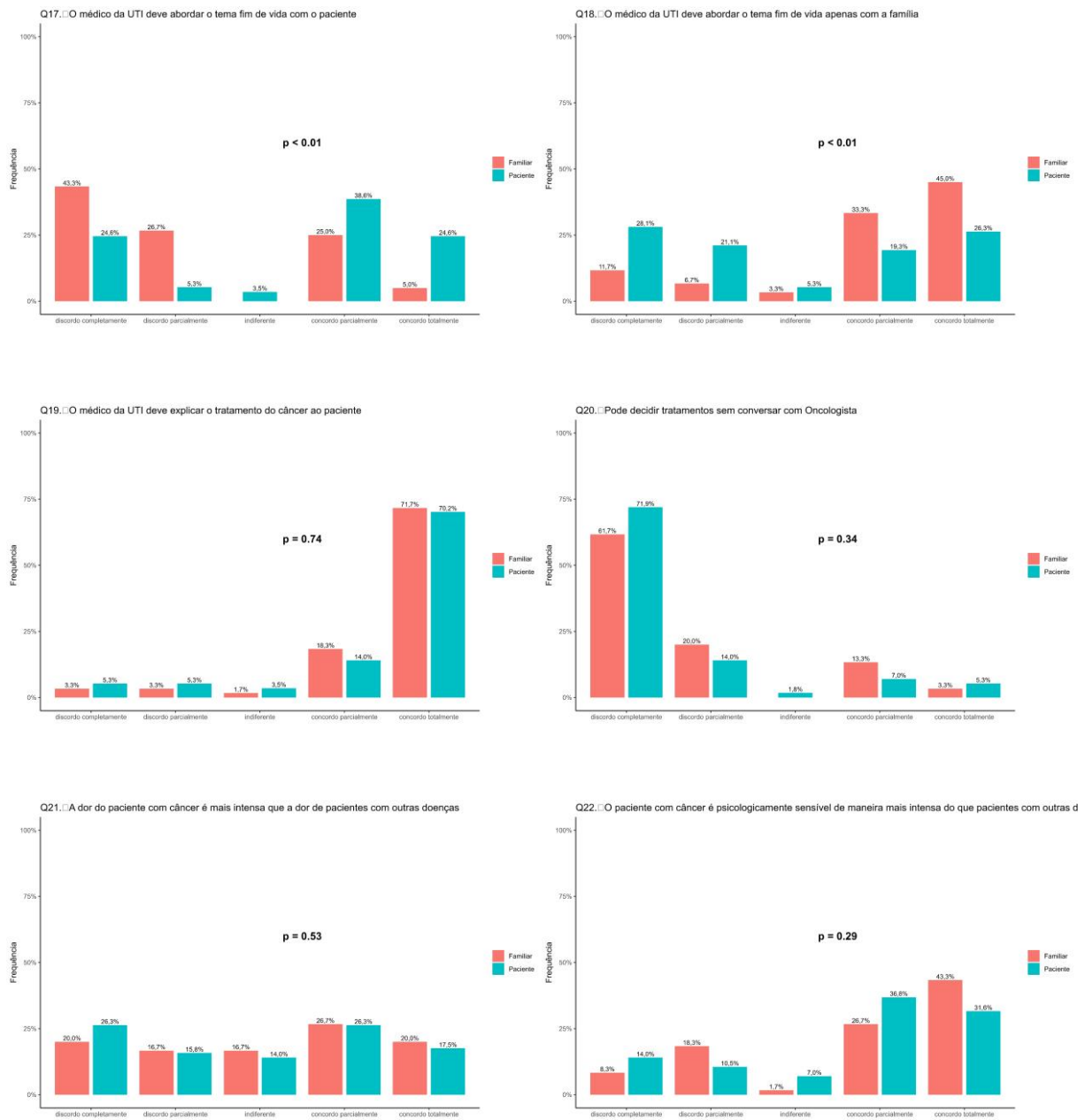
Figura 9. Comparações das respostas de pacientes e familiares, utilizando-se o Teste de Mann-



Continua



Continua



Fonte: Autoria própria

6. DISCUSSÃO

O cuidado de saúde caminha cada vez mais para um modelo individualizado e centrado no paciente, e isso não é diferente na Oncologia. Programas de tratamento de câncer não devem seguir um modelo padronizado com o intuito de servir a todos, mas sim dialogar com todos os envolvidos no cuidado a fim de suprir as diferentes necessidades dos pacientes.

O presente estudo busca delinear as competências que o médico intensivista que cuida do paciente com câncer deve ter. As perguntas foram formuladas a fim de compreender a visão dos médicos envolvidos nos cuidados, bem como a dos próprios pacientes e seus familiares, criando assim uma visão abrangente das opiniões dos envolvidos na jornada do paciente com câncer.

6.1. Visão dos médicos

Em relação às habilidades técnicas relacionadas ao manejo de pacientes com câncer, os questionários mencionaram conhecimento da epidemiologia e prognóstico dos principais cânceres, conhecimento dos fatores prognósticos de pacientes oncológicos na UTI, além de conhecimentos específicos em transplante de medula óssea, manejo pré e pós operatório de cirurgias oncológicas, complicações de tratamentos e manejo de emergências oncológicas como habilidades esperadas do intensivista. Tanto os intensivistas quanto os oncologistas, em sua maioria as classificaram como importantes ou muito importantes. O aumento na incidência do câncer e consequentemente nas internações desses pacientes na UTI, justifica a necessidade de treinamento específico dos médicos intensivistas nessa área do conhecimento. De fato, tanto a proposta da AMIB de matriz de competências de medicina intensiva, quanto o Cobatrice (*Competency Based Training programme in Intensive Care Medicine for Europe*) listam os conhecimentos teóricos relacionados ao paciente oncológicos como necessários à formação do intensivista^{50, 51}. Considerando o crescente desenvolvimento da área e o crescente número de tratamentos disponíveis, compreendemos que uma constante atualização dos médicos envolvidos no cuidado desses pacientes se faz necessária.

O questionário também abordou o tema da comunicação com familiares e habilidades em gerenciamento de conflitos, que foram considerados importantes ou muito importantes pela totalidade dos médicos participantes. Isso reafirma a crescente importância dada às *soft skills*. Tais habilidades são hoje esperadas dos médicos que atuam na UTI, ainda mais considerando a decisão compartilhada, modelo de cuidado cada vez mais vigente. A comunicação com pacientes e familiares é uma tarefa estressante para todos os envolvidos, mas comum na rotina do intensivista. Ela não se resume apenas à entrega de uma informação, mas sim a uma troca de percepções de ambos os lados, levando a uma decisão compartilhada. Envolve também habilidades de escuta ativa de pessoas que se encontram sob o intenso estresse psíquico de uma situação ameaçadora à vida. Técnicas para comunicação de más notícias foram desenvolvidas, como os protocolos SPIKES ⁷⁶, ABCD ⁷⁷ ou BREAKS ⁷⁸, com o intuito de pontuar aspectos que não podem ser ignorados e de delinear técnicas de comunicação. Sabemos que essa interação é complexa e requer constante treinamento e melhoria a fim de se estabelecer uma comunicação efetiva entre médicos, pacientes e familiares.

Mesmo com o reconhecimento da importância das habilidades em comunicação com pacientes e familiares, a necessidade de especialização em cuidados paliativos não foi considerada importante por todos. Dentre os intensivistas, 51,7% consideraram importante e 16,9% muito importante, mas 25,8% a julgaram indiferente. Entre os oncologistas houve maior concordância, sendo que 45,7% a consideraram importante e 47,8% muito importante. Com o crescimento da aplicação dos cuidados paliativos na UTI, seu treinamento passou a ser obrigatório nos programas de formação em Medicina Intensiva, portanto os intensivistas podem não julgar necessário um treinamento específico na área. O que notamos na prática é uma tendência à integração da Medicina Intensiva com os Cuidados Paliativos, mais do que uma abordagem separada. De todo modo, algum grau de treinamento na área deve ser feito, e seu benefício já foi demonstrado ⁷⁹.

Quando perguntados sobre a importância de se alinhar discurso com o oncologista para evitar desentendimentos com a família, 12,4% dos intensivistas responderam que é importante e 87,6% que é muito importante. Porém, quando perguntados se podem assumir isoladamente as condutas do paciente, verificamos uma maior heterogeneidade nas respostas, com 28,1% concordando parcialmente e 1,1% concordando completamente. Embora esse resultado possa parecer contraditório, ele poderia ser explicado pela dificuldade em se estabelecer uma

clara fronteira entre a atuação do oncologista e do intensivista quando o paciente se encontra na UTI. UTIs de diferentes hospitais têm funcionamentos distintos. UTI chamadas abertas têm as decisões predominantemente guiadas pelo médico assistente externo, ao passo que nas UTIs ditas fechadas as condutas são tomadas predominantemente pelo intensivista, havendo também modelos intermediários. Isso pode explicar a variação nas práticas adotadas. Além disso, condutas específicas de terapia intensiva, ou eventualmente em um contexto de urgência, tendem a ser tomadas pelo intensivista sem consulta prévia ao oncologista. Porém, quando perguntados se a decisão sobre o tipo de suporte avançado é exclusiva do intensivista, a maioria dos oncologistas pontua que não (58,7% discordam totalmente e 28,3% discordam parcialmente), mais uma vez reforçando a dificuldade em se estabelecer claras fronteiras nas atuações dos dois tipos de profissionais. Desse modo, quando buscamos entender se conflitos na decisão sobre diretrizes são frequentes entre oncologistas e intensivistas, há uma grande variabilidade nas respostas, refletindo diferentes experiências pessoais. Essa é uma área que merece um olhar mais cuidadoso, pois reflete duas visões de cuidado diferentes de um mesmo paciente com uma doença ameaçadora à vida. Oncologistas tendem a focar no prognóstico da doença oncológica, ao passo que intensivistas focam no prognóstico da doença aguda grave e das disfunções orgânicas³⁴, porém o ideal é a união de ambas as visões para a tomada de decisões⁸⁰.

Quanto à forma de se estabelecer essa comunicação entre os profissionais, intensivistas julgaram que deve ser preferencialmente através da visita diária, e que a comunicação por telefone ou aplicativos de mensagem não substitui a visita presencial.

A temática do paciente com câncer avançado na UTI ainda é um ponto de divergência e de opiniões variáveis, embora a ideia da UTI como local para controle de sintomas tenha boa aceitação entre os médicos, em especial entre os intensivistas. No cenário brasileiro de assistência à saúde, raramente dispomos de unidades destinadas a pacientes em fase final de vida⁸¹, tornando muitas vezes a UTI o local onde o paciente será melhor assistido no contexto de sintoma de difícil controle. Por outro lado, ter um paciente com câncer nos últimos trinta dias de vida internado na UTI é um marcador de baixa qualidade no cuidado⁸². Diretrizes de triagem de pacientes críticos foram formuladas pela Society of Critical Care Medicine (SCCM) em 2016⁸³, dividindo os pacientes em cinco categorias de acordo com seu prognóstico e reversibilidade da doença. Nesta classificação, as admissões inadequadas são as dos pacientes

que não se beneficiarão das intervenções na UTI pelo estado avançado de sua doença e impossibilidade de recuperação. Estima-se que entre 13,4% a 37% das internações de pacientes com câncer na UTI sejam inapropriadas ou potencialmente inapropriadas ⁸⁴⁻⁸⁶. Ainda assim, não há um consenso claro de indicações ou restrições de pacientes com câncer em UTI, levando à admissão em unidades críticas de pacientes já tiveram discussão de diretivas prévias ⁸⁴, ou por vezes admissões tardias que resultam em maior mortalidade ⁸⁷. Isso gera um aumento nas condutas distanásicas, além de má utilização de recursos ^{85, 86}. Nitidamente este é um tema que requer mais estudos a fim de unir o melhor cuidado ao paciente com câncer com a melhor alocação de recursos.

As práticas de *withholding*, que consiste em não iniciar uma terapia de suporte à vida; e de *withdrawing*, que consiste em retirar uma terapia de suporte à vida, quando esta é considerada fútil ou distanásica, também foram avaliadas. Tais práticas não foram julgadas como fonte de desconforto pela maioria dos médicos participantes, tanto intensivistas como oncologistas. Tal achado é semelhante ao que já foi verificado anteriormente com intensivistas, mas dados de como oncologistas agem frente a esse tipo de decisão ainda são conflitantes ^{88, 89}. Vale lembrar que dados mostram que decisões relativas a *withholding* e *withdrawing* são bastante heterogêneas quando pesquisadas em diversos grupos de médicos ^{90, 91}. A maior concordância encontrada no presente estudo pode se dever ao fato de termos analisado grupos de médicos de hospitais de perfis semelhantes (hospitais terciários da rede privada de saúde), de apenas uma cidade (São Paulo). Ainda assim verificamos temas mais sensíveis na comunicação entre médicos, como o início da discussão do tema “fim de vida” pelo intensivista, seja com paciente e familiares ou com os próprios oncologistas. Houve grande variabilidade nas respostas de ambas as categorias de médicos, o que pode tanto refletir as diferentes visões na abordagem desse tema e as dinâmicas dos hospitais, quanto as diversas situações em que a situação de “fim de vida” se apresenta na UTI. Situações de evolução rápida ou de ausência de discussão prévia de diretivas podem levar à necessidade de conversas difíceis de maneira abrupta, sem o envolvimento de todas as equipes envolvidas nos cuidados.

Observando as respostas obtidas, podemos afirmar que a comunicação efetiva entre intensivistas e oncologistas é essencial ao bom cuidado do paciente com câncer. Os oncologistas desejam estar presentes nas discussões que surgem no momento de doença

crítica, participando do processo de tomada de decisão. Temas que envolvem diferentes visões do paciente, como o prognóstico da doença oncológica versus a morbimortalidade da doença crítica podem ser fontes de conflito e merecem discussões mais frequentes durante a permanência do paciente na UTI.

6.2. Visão dos pacientes e familiares

A vivência do paciente com câncer ao longo de sua jornada de tratamento é muito individual e varia de acordo com as experiências acumuladas. Fatores étnicos, socioeconômicos e de relacionamentos interpessoais, bem como tipo, estadiamento e prognóstico do câncer, além de comunicação eficaz e tratamento efetivo são condições individuais e da estrutura do atendimento que influenciam na experiência do paciente e que podem resultar em uma experiência melhor ou pior, como concluiu uma revisão sistemática publicada em 2022 ⁹². No presente estudo vimos que questões relativas à interação do médico intensivista com o paciente no intuito de informar sobre o quadro clínico e procedimentos a serem feitos foram consideradas importantes ou muito importantes quase por completo. Uma postura proativa na busca de sintomas físicos ou psíquicos também foi considerada importante. Isso é um dado relevante pois por vezes o foco apenas nos sintomas e na doença oncológica não considera uma estratégia mais acolhedora que trate também questões psíquicas e de dor total. Uma postura otimista do intensivista mesmo diante de um quadro clínico grave foi considerada importante ou muito importante pela maior parte dos pacientes e dos familiares, o que corrobora achados prévios ⁹³.

Nas duas questões formuladas sobre a percepção dos pacientes e seus familiares, o sofrimento psíquico foi avaliado como mais intenso que o sofrimento físico de dor, destacando o impacto que o diagnóstico do câncer tem na vida do paciente e dos seus familiares. Pacientes com câncer avançado e dor oncológica crônica apresentam dificuldades em lidar com tal sintoma muitas vezes por questões psíquicas, e há uma carência de educação em saúde e intervenções que lhes deem recursos para amenizar esse aspecto da jornada ⁹⁴. Um estudo chinês avaliou as preferências de pacientes com câncer e seus familiares na comunicação de más notícias e as comparou com a prática clínica dos médicos assistentes ⁹⁵.

Houve uma lacuna entre as preferências citadas pelos pacientes e familiares e o que as equipes médicas consideravam importante, mostrando uma falha na compreensão da expectativa dos pacientes e familiares. O resultado encontrado neste estudo joga uma luz neste tema, e os profissionais envolvidos em todas as etapas do cuidado devem ter em mente que fornecer suporte psíquico e viabilizar recursos para melhor enfrentamento da doença crônica e grave é tão importante quanto o próprio tratamento anticâncer.

Entendemos que um tratamento humanizado, individualizado e com uma comunicação efetiva e que passe segurança ao paciente é um fator essencial na jornada do paciente com câncer, e essa filosofia deve ser aplicada em todos os setores de assistência à saúde frequentados pelo paciente, inclusive na UTI.

Saber a religião do paciente não foi considerado importante por todos, e apresentou uma grande variabilidade nas respostas. Embora o Brasil seja um país religioso, há grande heterogeneidade na relação que as pessoas tem com sua espiritualidade, o que explica o padrão de resposta encontrado ⁹⁶. O tema da religiosidade/espiritualidade no paciente internado, em especial no ambiente de UTI, ainda não teve o merecido enfoque pela literatura científica, e é uma área que ainda necessita de melhor compreensão.

O ponto de discordância entre as opiniões de pacientes e familiares foi observado quando perguntados se os pacientes devem receber más notícias e se podem ser abordados sobre o tema fim de vida. A maioria dos pacientes deseja receber tais informações, ao passo que a maioria dos familiares expressa a opinião de que tais temas não devem ser abordados com os pacientes. Esse é um ponto de extrema relevância no estudo, pois reflete uma condição que impacta em todos os envolvidos no cuidado do paciente. Cada vez mais vem se caminhando para o empoderamento do paciente com câncer, com estímulo ao conhecimento sobre sua doença e à participação na tomada de decisões. Porém, em algumas culturas, a família adota uma postura paternalista e participa mais da tomada de decisão do que o próprio paciente, especialmente se considerados frágeis (extremos de idade, pessoas com transtornos psíquicos). Zekri J ⁹⁷ realizou um estudo na Arábia Saudita em que perguntava a pacientes com câncer, seus familiares e pessoas da comunidade se caso estivessem no lugar de um paciente ou de um familiar o quanto de más notícias gostariam de receber. 85% dos pacientes gostariam de receber más notícias e apenas 52% dos familiares preferiam que os pacientes recebessem essas mesmas más notícias. Nas cortes da população, 91% gostariam de receber

más notícias se estivessem na condição de paciente e 63% preferiam que os pacientes recebessem as más notícias se estivessem na condição de familiar. Um estudo italiano entrevistou 1271 cuidadores de pacientes com câncer já falecidos, e mostrou que apenas 37% dos pacientes tinham sido informados do diagnóstico oncológico ⁹⁸.

Os resultados encontrados no presente estudo refletem a mudança da relação das pessoas com a sua doença, com a crescente apropriação de sua condição e desejo de participação nas tomadas de decisão. Contudo, há um descompasso entre a opinião dos pacientes e seus familiares, o que gera estresse para todos os envolvidos, podendo levar ao cerco de silêncio, conflitos e entraves para oferecer o melhor cuidado ao paciente, especialmente na fase final de vida. A atuação do intensivista visa respeitar a autonomia do paciente sem diminuir a importância da participação familiar, conduzindo a decisão compartilhada da melhor forma possível.

Como limitações do estudo temos o fato de termos incluído apenas hospitais da rede privada de saúde e de uma única cidade do país (São Paulo), não abrangendo, portanto, possíveis diferenças culturais e de práticas profissionais.

7. CONCLUSÕES

O presente estudo buscou delinear as competências necessárias ao intensivista que cuida do paciente com câncer, unindo três importantes pontos de vista: os próprios intensivistas, os oncologistas e os pacientes e seus familiares.

As habilidades de comunicação foram tão valorizadas quanto o conhecimento técnico. A interação entre intensivistas e oncologista foi valorizada por todos os grupos participantes.

Os pacientes expressaram o desejo de serem informados sobre seu estado de saúde, enquanto seus familiares preferem que más notícias e informações dolorosas não sejam transmitidas aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Giffhorn H. Breve História da Terapia Intensiva. *Rev. Méd. Paraná*, Curitiba, 2012;70(1):30-33
2. Zampieri FG, Romano TG, Salluh JIF, Taniguchi LU, Mendes PV, Nassar AP Jr, Costa R, Viana WN, Maia MO, Lima MFA, Cappi SB, Carvalho AGR, De Marco FVC, Santino MS, Perecmanis E, Miranda FG, Ramos GV, Silva AR, Hoff PM, Bozza FA, Soares M. Trends in clinical profiles, organ support use and outcomes of patients with cancer requiring unplanned ICU admission: a multicenter cohort study. *Intensive Care Med*. 2021 Feb;47(2):170-179.
3. Filho AM, Laversanne M, Ferlay J, Colombet M, Piñeros M, Znaor A, Parkin DM, Soerjomataram I, Bray F. The GLOBOCAN 2022 cancer estimates: Data sources, methods, and a snapshot of the cancer burden worldwide. *Int J Cancer*. 2025 Apr 1;156(7):1336-1346. doi: 10.1002/ijc.35278.
4. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2022.
5. Chen S, Cao Z, Prettner K, Kuhn M, Yang J, Jiao L, Wang Z, Li W, Geldsetzer P, Bärnighausen T, Bloom DE, Wang C. Estimates and Projections of the Global Economic Cost of 29 Cancers in 204 Countries and Territories From 2020 to 2050. *JAMA Oncol*. 2023 Apr 1;9(4):465-472. doi: 10.1001/jamaoncol.2022.7826.
6. Hofmarcher T, Lindgren P, Wilking N, Jönsson B. The cost of cancer in Europe 2018. *Eur J Cancer*. 2020 Apr;129:41-49. doi: 10.1016/j.ejca.2020.01.011. Epub 2020 Feb 28.
7. De Camargo Cancela M, Monteiro Dos Santos JE, Lopes de Souza LB, Martins LFL, Bezerra de Souza DL, Barchuk A, Hanly P, Sharp L, Soerjomataram I, Pearce A. The economic impact of cancer mortality among working-age individuals in Brazil from 2001 to 2030. *Cancer Epidemiol*. 2023 Oct;86:102438. doi: 10.1016/j.canep.2023.102438. Epub 2023 Aug 12.
8. Halpern NA, Goldman DA, Tan KS, Pastores SM. Trends in critical care beds and use among population groups and medicare and medicaid beneficiaries in the United States: 2000–2010. *Crit Care Med*. 2016;44(8):1490-1499

9. Cassenote A et al. A Medicina Intensiva no Brasil: perfil dos profissionais e serviços de saúde. São Paulo, SP: DOC; 2024.
10. Medicine TFotACoCC (1999) Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Task force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 27(3):633–638
11. Miller KD, Siegel RL, Lin CC, Mariotto AB, Kramer JL, Rowland JH, Stein KD, Alteri R, Jemal A (2016) Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. CA Cancer J Clin 66:271–289.
12. Shimabukuro-Vornhagen A, Boll B, Kochanek M, Azoulay E, von Bergwelt-Baildon MS (2016) Critical care of patients with cancer. CA Cancer J Clin 2016:21351
13. Peigne V, Rusinova K, Karlin L, Darmon M, Femand JP, Schlemmer B, Azoulay E (2009) Continued survival gains in recent years among critically ill myeloma patients. Intensive Care Med 35:512–518.
14. Taccone FS, Artigas AA, Sprung CL, Moreno R, Sakr Y, Vincent JL (2009) Characteristics and outcomes of cancer patients in European ICUs. Crit Care 13:R15.
15. Joseph A, Lafarge A, Mabrouki A, Abdel-Nabey M, Binois Y, Younan R, Azoulay E. Severe infections in recipients of cancer immunotherapy: what intensivists need to know. Curr Opin Crit Care. 2022 Oct 1;28(5):540-550.
16. Lee DW, Gardner R, Porter DL, Louis CU, Ahmed N, Jensen M, Grupp SA, Mackall CL (2014) Current concepts in the diagnosis and management of cytokine release syndrome. Blood 124:188–195
17. Rosolem MM, Rabello LS, Lisboa T, et al. Critically ill patients with cancer and sepsis: Clinical course and prognostic factors. J Crit Care. 2012 Jun;27(3):301-307.
18. Soares M, Bozza FA, Angus DC, Japiassú AM, Viana WN, Costa R, Brauer L, Mazza BF, Corrêa TD, Nunes AL, Lisboa T, Colombari F, Maciel AT, Azevedo LC, Damasceno M, Fernandes HS, Cavalcanti AB, do Brasil PE, Kahn JM, Salluh JJ. Organizational characteristics, outcomes, and resource use in 78 Brazilian intensive care units: the ORCHESTRA study. Intensive Care Med. 2015 Dec;41(12):2149-60.
19. 19. Martos-Benítez FD, Soto-García A, Gutiérrez-Noyola A. Clinical characteristics and outcomes of cancer patients requiring intensive care unit admission: a prospective study. J Cancer Res Clin Oncol. 2018 Apr;144(4):717-723.

20. Vigneron C, Charpentier J, Valade S, Alexandre J, Chelabi S, Palmieri LJ, Franck N, Laurence V, Mira JP, Jamme M, Pène F. Patterns of ICU admissions and outcomes in patients with solid malignancies over the revolution of cancer treatment. *Ann Intensive Care*. 2021 Dec 24;11(1):182.
21. Toffart AC, Meert AP, Wallet F, Gibelin A, Guisset O, Gonzalez F, Seguin A, Kouatchet A, Delaunay M, Debieuvre D, Duchemann B, Rousseau-Bussac G, Nyunga M, Grimaldi D, Levrat A, Azoulay E, Lemiale V. ICU admission for solid cancer patients treated with immune checkpoint inhibitors. *Ann Intensive Care*. 2023 Apr 18;13(1):29.
22. Lin L, Houwink API, van Dieren JM, Wolthuis EK, van Thienen JV, van der Heijden MS, Haanen JBAG, Beijnen JH, Huitema ADR. Treatment patterns and survival outcomes of patients admitted to the intensive care unit due to immune-related adverse events of immune checkpoint inhibitors. *Cancer Med*. 2024 Jun;13(12):e7302.
23. Gutierrez C, Brown ART, Herr MM, Kadri SS, Hill B, Rajendram P, Duggal A, Turtle CJ, Patel K, Lin Y, May HP, Gallo de Moraes A, Maus MV, Frigault MJ, Brudno JN, Athale J, Shah NN, Kochenderfer JN, Dharshan A, Beitinjaneh A, Arias AS, McEvoy C, Mead E, Stephens RS, Nates JL, Neelapu SS, Pastores SM. The chimeric antigen receptor-intensive care unit (CAR-ICU) initiative: Surveying intensive care unit practices in the management of CAR T-cell associated toxicities. *J Crit Care*. 2020 Aug;58:58-64.
24. Valade S, Darmon M, Zafrani L, Mariotte E, Lemiale V, Bredin S, Dumas G, Boissel N, Rabian F, Baruchel A, Madelaine I, Larghero J, Brignier A, Lengliné E, Harel S, Arnulf B, Di Blasi R, Thieblemont C, Azoulay E. The use of ICU resources in CAR-T cell recipients: a hospital-wide study. *Ann Intensive Care*. 2022 Aug 17;12(1):75.
25. Constantinescu C, Moisiu V, Tigu B, Kegyes D, Tomuleasa C. Outcomes of CAR-T Cell Therapy Recipients Admitted to the ICU: In Search for a Standard of Care-A Brief Overview and Meta-Analysis of Proportions. *J Clin Med*. 2023 Sep 21;12(18):6098.
26. Gonçalves-Pereira J, Oliveira A, Vieira T, Rodrigues AR, Pinto MJ, Pipa S, Martinho A, Ribeiro S, Paiva JA. Critically ill patient mortality by age: long-term follow-up (CIMbA-LT). *Ann Intensive Care*. 2023 Feb 11;13(1):7.
27. Horster S, Stemmler HJ, Mandel PC, et al. Mortality of patients with hematological malignancy after admission to the intensive care unit. *Onkologie*. 2012;35(10):556-561.

28. Puxty K, McLoone P, Quasim T, et al. Survival in solid cancer patients following intensive care unit admission. *Intensive Care Med.* 2014;40:1409-1428.
29. Koch RM, Ramzan A, Gmehlin CG, Mansfield AS, Parikh K, Leventakos K, Molina JR, Hemang Y. Oncologic and Physiologic Predictors of Mortality after ICU Admission in Patients with Lung Cancer. *Ann Am Thorac Soc.* 2025 Oct 15. doi: 10.1513/AnnalsATS.202506-672OC. Epub ahead of print.
30. Azoulay E, Schellongowski P, Darmon M, Bauer PR, Benoit D, Depuydt P, Divatia JV, Lemiale V, van Vliet M, Meert AP, Mokart D, Pastores SM, Perner A, Pène F, Pickkers P, Puxty KA, Vincent F, Salluh J, Soubani AO, Antonelli M, Staudinger T, von Bergwelt-Baildon M, Soares M. The Intensive Care Medicine research agenda on critically ill oncology and hematology patients. *Intensive Care Med.* 2017 Sep;43(9):1366- 1382.
31. Hourmant Y, Mailloux A, Valade S, Lemiale V, Azoulay E, Darmon M. Impact of early ICU admission on outcome of critically ill and critically ill cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *J Crit Care.* 2021 Feb;61:82-88.
32. Heo SJ, Kim G, Lee CK, Chung KS, Choi HJ, Sohn J, Lee S. Prediction of shortand long-term survival for advanced cancer patients after ICU admission. *Support Care Cancer.* 2015 Jun;23(6):1647-55.
33. Lee MR, Lai CL, Chan KA. Intensive Care Unit Admission and Survival in Stage IV Cancer Patients with Septic Shock: A Population-Based Cohort Study. *J Cancer.* 2019 Jun 2;10(14):3179-3187.
34. Nassar AP Jr, Dettino ALA, Amendola CP, Dos Santos RA, Forte DN, Caruso P. Oncologists' and Intensivists' Attitudes Toward the Care of Critically Ill Patients with Cancer. *J Intensive Care Med.* 2019 Oct;34(10):811-817.
35. Shrimé MG, Ferket BS, Scott DJ, Lee J, Barragan-Bradford D, Pollard T, Arabi YM, Al-Dorzi HM, Baron RM, Hunink MG, Celi LA, Lai PS (2016) Time-limited trials of intensive care for critically ill patients with cancer: how long is long enough? *JAMA Oncol* 2:76–83.
36. Soares M, Bozza FA, Azevedo LC, Silva UV, Corrêa TD, Colombari F, Torelly AP, Varaschin P, Viana WN, Knibel MF, Damasceno M, Espinoza R, Ferez M, Silveira JG, Lobo SA, Moraes AP, Lima RA, de Carvalho AG, do Brasil PE, Kahn JM, Angus DC, Salluh JI. Effects of Organizational Characteristics on Outcomes and Resource Use in

- Patients With Cancer Admitted to Intensive Care Units. *J Clin Oncol*. 2016 Sep 20;34(27):3315-24.
37. Chiarchiaro J, White DB, Ernecoff NC, Buddadhumaruk P, Schuster RA, Arnold RM. Conflict Management Strategies in the ICU Differ Between Palliative Care Specialists and Intensivists. *Crit Care Med*. 2016 May;44(5):934-42 32.
 38. Visser M, Deliens L, Houttekier D. Physician-related barriers to communication and patient- and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review. *Crit Care*. 2014 Nov 18;18(6):604.
 39. McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, Puntillo KA. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Crit Care Med*. 2010;38:1078–85.
 40. Kentish-Barnes N, Prigerson HG (2016) Is this bereaved relative at risk of prolonged grief? *Intensive Care Med* 42:1279–1281 29.
 41. Kayser JB, Kaplan LJ. Conflict Management in the ICU. *Crit Care Med*. 2020 Sep;48(9):1349-1357.
 42. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med*. 2012 Feb;40(2):618-24.
 43. Hirshberg EL, Butler J, Francis M, Davis FA, Lee D, Tavake-Pasi F, Napia E, Villalta J, Mukundente V, Coulter H, Stark L, Beesley SJ, Orme JF, Brown SM, Hopkins RO. Persistence of patient and family experiences of critical illness. *BMJ Open*. 2020 Apr 6;10(4):e035213.
 44. Cook D: Patient autonomy versus parentalism. *Crit Care Med* 2001, 29:N24–N25.
 45. Wubben N, van den Boogaard M, van der Hoeven JG, Zegers M. Shared decision-making in the ICU from the perspective of physicians, nurses and patients: a qualitative interview study. *BMJ Open*. 2021 Aug 11;11(8):e050134.
 46. Burns KEA, Misak C, Herridge M, Meade MO, Oczkowski S; Patient and Family Partnership Committee of the Canadian Critical Care Trials Group. Patient and Family Engagement in the ICU. Untapped Opportunities and Underrecognized Challenges. *Am J Respir Crit Care Med*. 2018 Aug 1;198(3):310-319.
 47. Azoulay E, Chaize M, Kentish-Barnes N. Involvement of ICU families in decisions: fine-tuning the partnership. *Ann Intensive Care*. 2014 Nov 30;4:37.

48. Brown CE, Benoit DD, Curtis JR. Focus on palliative care in the ICU. *Intensive Care Med.* 2017 Dec;43(12):1898-1900.
49. Erickson SG, Siparsky NF. Assessing Communication Quality in the Intensive Care Unit. *Am J Hosp Palliat Care.* 2023 Oct;40(10):1058-1066.
50. CoBaTriCe: Competency Based Training in Intensive Care Medicine in Europe. www.cobatrice.org.
51. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Manual do Centro Formador Adulto. Comissão de Formação do Intensivista (CoFI). Versão 2022-2023.
52. Sullivan AM, Rock LK, Gadmer NM, Norwich DE, Schwartzstein RM. The Impact of Resident Training on Communication with Families in the Intensive Care Unit. Resident and Family Outcomes. *Ann Am Thorac Soc.* 2016 Apr;13(4):512-21. doi: 10.1513/AnnalsATS.201508-495OC.
53. Edwardson S, Henderson S, Corr C, Clark C, Beatty M. Dying to be better: Outlining the growing benefits of palliative care training in intensive care medicine. *J Intensive Care Soc.* 2023 Oct 25;25(2):231-236. doi: 10.1177/17511437231207478.
54. You JY, Ligasaputri LD, Katamreddy A, Para K, Kavanagh E, Salgunan R, Gulani P. A Case-Control Study Evaluating the Impact of Dedicated Palliative Care Training on Critical Care Interventions at the end of Life. *J Palliat Care.* 2024 Apr;39(2):111-114.
55. Orford NR, Milnes S, Simpson N, *et al.* Effect of communication skills training on outcomes in critically ill patients with life-limiting illness referred for intensive care management: a before-and-after study. *BMJ Supportive & Palliative Care.* 2019 Mar;9(1):e21. doi: 10.1136/bmjspcare-2016-001231. Epub 2017 Jun 28.
56. Scheunemann LP, Ernecoff NC, Buddadhumaruk P, *et al.* Clinician-Family Communication About Patients' Values and Preferences in Intensive Care Units. *JAMA Intern Med.* 2019;179(5):676–684.
57. A Hill S, Dawood A, Boland E, Leahy HE, Em Murtagh F. Palliative medicine in the intensive care unit: needs, delivery, quality. *BMJ Support Palliat Care.* 2022 Mar;12(1):38- 41.
58. Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol.* 2018 Aug 16;18(1):106
59. Brown CE, Benoit DD, Curtis JR. Focus on palliative care in the ICU. *Intensive Care Med.* 2017 Dec;43(12):1898-1900.

60. Curtis JR, Higginson IJ, White DB. Integrating palliative care into the ICU: a lasting and developing legacy. *Intensive Care Med.* 2022 Jul;48(7):939-942.
61. Nelson JE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Campbell ML, Cortez TB, Curtis JR, Lustbader DR, Mulkerin C, Puntillo KA, Ray DE, Weissman DE; Improve Palliative Care in the Intensive Care Unit Project. Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: a report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). *Crit Care Med.* 2010 Sep;38(9):1765-72.
62. Kesecioglu J, Rusinova K, Alampi D, Arabi YM, Benbenishty J, Benoit D, Boulanger C, Cecconi M, Cox C, van Dam M, van Dijk D, Downar J, Efstathiou N, Endacott R, Galazzi A, van Gelder F, Gerritsen RT, Girbes A, Hawyrluck L, Herridge M, Hudec J, Kentish-Barnes N, Kerckhoffs M, Latour JM, Malaska J, Marra A, Meddick-Dyson S, Mentzelopoulos S, Mer M, Metaxa V, Michalsen A, Mishra R, Mistraletti G, van Mol M, Moreno R, Nelson J, Suñer AO, Pattison N, Prokopova T, Puntillo K, Puxty K, Qahtani SA, Radbruch L, Rodriguez-Ruiz E, Sabar R, Schaller SJ, Siddiqui S, Sprung CL, Umbrello M, Vergano M, Zambon M, Zegers M, Darmon M, Azoulay E. European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2024 Nov;50(11):1740-1766.
63. Wilson ME, Rhudy LM, Ballinger BA, Tescher AN, Pickering BW, Gajic O. Factors that contribute to physician variability in decisions to limit life support in the ICU: a qualitative study. *Intensive Care Med.* 2013 Jun;39(6):1009-18.
64. Avidan A, Sprung CL, Schefold JC, Ricou B, Hartog CS, Nates JL, Jaschinski U, Lobo SM, Joynt GM, Lesieur O, Weiss M, Antonelli M, Bülow HH, Bocci MG, Robertsen A, Anstey MH, Estébanez-Montiel B, Lautrette A, Gruber A, Estella A, Mullick S, Sreedharan R, Michalsen A, Feldman C, Tisljar K, Posch M, Ovu S, Tamowicz B, Demoule A, DeKeyser Ganz F, Pargger H, Noto A, Metnitz P, Zubek L, de la Guardia V, Danbury CM, Szűcs O, Protti A, Filipe M, Simpson SQ, Green C, Giannini AM, Soliman IW, Piras C, Caser EB, Hache-Marliere M, Mentzelopoulos SD; ETHICUS-2 Study Group. Variations in end-of-life practices in intensive care units worldwide (Ethicus-2): a prospective observational study. *Lancet Respir Med.* 2021 Oct;9(10):1101-1110.
65. Hwang DY, Oczkowski SJW, Lewis K, Birriel B, Downar J, Farrier CE, Fiest KM, Gerritsen RT, Hart J, Hartog CS, Heras-La Calle G, Hope AA, Jennerich AL, Kentish-Barnes N, Kleinpell R, Kross EK, Marshall AP, Nydahl P, Peters T, Rosa RG, Scruth E,

- Sederstrom N, Stollings JL, Turnbull AE, Valley TS, Netzer G, Aslakson RA, Hopkins RO. Society of Critical Care Medicine Guidelines on Family-Centered Care for Adult ICUs: 2024. *Crit Care Med*. 2025 Feb 1;53(2):e465-e482. doi: 10.1097/CCM.0000000000006549. Epub 2025 Feb 21.
66. Grover S, Fitzpatrick A, Azim FT, Ariza-Vega P, Bellwood P, Burns J, Burton E, Fleig L, Clemson L, Hoppmann CA, Madden KM, Price M, Langford D, Ashe MC. Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review. *Patient Educ Couns*. 2022 Jul;105(7):1679-1688.
 67. American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *J Am Geriatr Soc*. 2016 Jan;64(1):15-8.
 68. Hinkle LJ, Bosslet GT, Torke AM. Factors associated with family satisfaction with end-of-life care in the ICU: a systematic review. *Chest*. 2015 Jan;147(1):82-93.
 69. Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, Peters S, Tranmer JE, O'Callaghan CJ. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med*. 2002 Jul;30(7):1413-8.
 70. Wall RJ, Engelberg RA, Downey L, Heyland DK, Curtis JR. Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. *Crit Care Med*. 2007 Jan;35(1):271-9.
 71. Stricker KH, Kimberger O, Schmidlin K, Zwahlen M, Mohr U, Rothen HU. Family satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference? *Intensive Care Med*. 2009 Dec;35(12):2051-9.
 72. CoBaTrICE Collaboration. The views of patients and relatives of what makes a good intensivist: a European survey. *Intensive Care Med*. 2007 Nov;33(11):1913-20.
 73. Chen C, Michaels J, Meeker MA. Family Outcomes and Perceptions of End-of-Life Care in the Intensive Care Unit: A Mixed-Methods Review. *J Palliat Care*. 2020 Jul;35(3):143-153.
 74. Osborn TR, Curtis JR, Nielsen EL, Back AL, Shannon SE, Engelberg RA. Identifying elements of ICU care that families report as important but unsatisfactory: decision-making, control, and ICU atmosphere. *Chest*. 2012 Nov;142(5):1185-1192.
 75. Kinoshita S, Miyashita M. Evaluation of end-of-life cancer care in the ICU: perceptions of the bereaved family in Japan. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013 May;30(3):225-30.

76. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
77. VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician*. 2001 Dec 15;64(12):1975-8.
78. Narayanan V, Bista B, Koshy C. 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian J Palliat Care*. 2010 May;16(2):61-5. doi: 10.4103/0973-1075.68401.
79. Edwardson S, Henderson S, Corr C, Clark C, Beatty M. Dying to be better: Outlining the growing benefits of palliative care training in intensive care medicine. *J Intensive Care Soc*. 2023 Oct 25;25(2):231-236. doi: 10.1177/17511437231207478.
80. Buchtele N, Munshi L. Understanding cancer disease status and what it means for intensivists. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2025 Oct;120(7):568-575. doi: 10.1007/s00063-025-01320-6. Epub 2025 Aug 29.
81. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil. 1ª edição. Academia Nacional de Cuidados Paliativos
82. Earle C, Park E, Lai B, Weeks J, Ayanian J, Block S. Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data. *J Clin Oncol*. 2003;21(6):1137-1138.
83. Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, Fowler CS, Byrum D, Miles WS, Bailey H, Sprung CL. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Crit Care Med*. 2016 Aug;44(8):1553-602. doi: 10.1097/CCM.0000000000001856.
84. Nasir SS, Muthiah M, Ryder K, Clark K, Niell H, Weir A. ICU Deaths in Patients With Advanced Cancer: Reasonable Criteria to Decrease Potentially Inappropriate Admissions and Lack of Benefit of Advance Planning Discussions. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*. 2016;34(2):173-179. doi:10.1177/1049909115625279
85. Silva CMD, Germano JN, Costa AKA, Gennari GA, Caruso P, Nassar AP Jr. Association of appropriateness for ICU admission with resource use, organ support and long-term survival in critically ill cancer patients. *Intern Emerg Med*. 2023 Jun;18(4):1191-1201. doi: 10.1007/s11739-023-03216-9. Epub 2023 Feb 17.

86. Silva CMDD, Besen BAMP, Nassar AP Jr. Characteristics of critically ill patients with cancer associated with intensivist's perception of inappropriateness of ICU admission: A retrospective cohort study. *J Crit Care*. 2024 Feb;79:154468. doi: 10.1016/j.jcrc.2023.154468. Epub 2023 Nov 23.
87. Thiéry G, Azoulay E, Darmon M, Ciroldi M, De Miranda S, Lévy V, Fieux F, Moreau D, Le Gall JR, Schlemmer B. Outcome of cancer patients considered for intensive care unit admission: a hospital-wide prospective study. *J Clin Oncol*. 2005 Jul 1;23(19):4406-13. doi: 10.1200/JCO.2005.01.487.
88. El Jawiche R, Hallit S, Tarabey L, Abou-Mrad F. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Lebanon: a cross-sectional survey of intensivists and interviews of professional societies, legal and religious leaders. *BMC Med Ethics*. 2020 Aug 28;21(1):80. doi: 10.1186/s12910-020-00525-y.
89. Ramos JGR, Vieira RD, Tourinho FC, Ismael A, Ribeiro DC, de Medeiros HJ, Forte DN. Withholding and Withdrawal of Treatments: Differences in Perceptions between Intensivists, Oncologists, and Prosecutors in Brazil. *J Palliat Med*. 2019 Sep;22(9):1099-1105. doi: 10.1089/jpm.2018.0554. Epub 2019 Apr 11.
90. Mark NM, Rayner SG, Lee NJ, Curtis JR. Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. *Intensive Care Med*. 2015 Sep;41(9):1572-85. doi: 10.1007/s00134-015-3810-5. Epub 2015 Apr 23.
91. Lobo SM, De Simoni FHB, Jakob SM, Estella A, Vadi S, Bluethgen A, Martin-Loeches I, Sakr Y, Vincent JL; ICON investigators. Decision-Making on Withholding or Withdrawing Life Support in the ICU: A Worldwide Perspective. *Chest*. 2017 Aug;152(2):321-329. doi: 10.1016/j.chest.2017.04.176. Epub 2017 May 5. Erratum in: *Chest*. 2021 Oct;160(4):1576-1577. doi: 10.1016/j.chest.2021.08.054.
92. Alessy SA, Alhajji M, Rawlinson J, Baker M, Davies EA. Factors influencing cancer patients' experiences of care in the USA, United Kingdom, and Canada: A systematic review. *EClinicalMedicine*. 2022 Apr 21;47:101405. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101405.

93. Tanco K, Rhondali W, Perez-Cruz P, et al. Patient Perception of Physician Compassion After a More Optimistic vs a Less Optimistic Message: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol*. 2015;1(2):176–183. doi:10.1001/jamaoncol.2014.297
94. Xia W, Ou M, Chen Y, Chen F, Yan M, Xiao Z, Xu X. Experiences of patients with advanced cancer coping with chronic pain: a qualitative analysis. *BMC Palliat Care*. 2024 Apr 10;23(1):94. doi: 10.1186/s12904-024-01418-2.
95. Fan Z, Chen L, Meng L, Jiang H, Zhao Q, Zhang L, Fang CK. Preference of cancer patients and family members regarding delivery of bad news and differences in clinical practice among medical staff. *Support Care Cancer*. 2019 Feb;27(2):583-589. doi: 10.1007/s00520-018-4348-1. Epub 2018 Jul 18.
96. Rodrigo Toniol, «Censo de 2022 e religião no Brasil», *Horizontes Antropológicos* [Online], 72 | 2025. URL: <http://journals.openedition.org/horizontes/10480>
97. Zekri J, Karim SM. Breaking Cancer Bad News to Patients With Cancer: A Comprehensive Perspective of Patients, Their Relatives, and the Public-Example From a Middle Eastern Country. *J Glob Oncol*. 2016 Apr 20;2(5):268-274. doi: 10.1200/JGO.2015.001925.
98. Costantini M, Morasso G, Montella M, Borgia P, Cecioni R, Beccaro M, Sguazzotti E, Bruzzi P; ISDOC Study Group. Diagnosis and prognosis disclosure among cancer patients. Results from an Italian mortality follow-back survey. *Ann Oncol*. 2006 May;17(5):853-9. doi: 10.1093/annonc/mdl028. Epub 2006 Mar 21.

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA INTENSIVISTAS

Estudo: **Caracterização das competências esperadas de intensivistas no cuidado de pacientes oncológicos através da aplicação de questionários.**

Pesquisadora Responsável: Maria Cristina França de Oliveira

Informações pessoais:

Sexo:

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Prefere não declarar

Idade:

Religião: ☐ Católica ☐ Evangélica ☐ Judaica ☐ Muçulmana
☐ Matriz africana ☐ Budismo ☐ Outras
☐ Não tenho ☐ Prefiro não responder

Ano de graduação em Medicina:

Tem residência completa ou título de especialista em medicina intensiva pela AMIB ?

- ☐ Sim.
- ☐ Não

Ano de conclusão da residência ou titulação em medicina intensiva:

Trabalha:

- ☐ Exclusivamente em hospital oncológico

() Exclusivamente em hospital geral

() Em ambos

Como intensivista, qual sua opinião sobre as questões a seguir:

	Não importante	é Pouco importante	Indiferente	Importante	Muito importante
1. Conhecimento da epidemiologia e prognóstico dos principais cânceres. C					
2. Conhecimento dos fatores prognósticos de pacientes oncológicos na UTI. C					
3. Conhecimento dos cuidados específicos de transplante de medula. C					
4. Conhecimento do manejo do pós operatório de grandes cirurgias oncológicas. C					
5. Monitorizar e fazer o suporte de disfunções orgânicas. C					
6. Conhecimento das complicações dos tratamentos oncológicos. C					

7. Conhecimento de emergências oncológicas. C					
8. Conhecimento de todo histórico do tratamento do câncer. C					
9. Habilidade em gerenciamento de conflitos. H					
10. Habilidades na comunicação de más notícias. H					
11. Habilidades no acolhimento do paciente e seus familiares e acompanhantes. H					
12. Especialização em cuidados paliativos. C					
13. Evitar distanásia / suporte avançado desproporcional. A					
14. Conhecer as expectativas do paciente e seus familiares sobre o tratamento do câncer. A					
15. Estímulo à participação da equipe multidisciplinar. A					
16. Reconhecer e procurar ajuda para burnout no					

time multiprofissional da UTI e para si. A					
17. Relacionamento com equipes oncologistas e cirurgiões oncológicos. A					
18. Alinhar discurso com o oncologista para evitar desentendimentos com a família. A					

Glossário para as próximas perguntas:

1. Diretriz de tratamento = cuidado pleno com suporte avançado, ICU trial, limitação de tratamento ou retirada de tratamento.
2. Suporte avançado = intubação, ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas, passagem de cateteres centrais e hemodiálise.

Em relação às seguintes condutas e atitudes tomadas pelo intensivista, marque o quanto você concorda ou discorda:

	Discordo completa/	Discordo parcial/	Indiferente	Concordo parcial/	Concordo completa/
19. Pacientes com doença oncológica avançada não devem ser internados na UTI. A					
20. O intensivista pode assumir isoladamente as condutas do paciente. A					

21. Sinto-me confortável com a prática de <i>withholding</i> na UTI. A					
22. Sinto-me confortável com a prática de <i>withdrawing</i> na UTI. A					
23. Os meios não presenciais (telefone, Whatsapp) substituem a discussão presencial com a equipe. A					
24. A visita e discussão com equipe assistente/titular deve ser diária. A					
25. A UTI também pode admitir pacientes não candidatos a medidas invasivas, com intuito de controlar sintomas e otimizar outros tratamento. A					
26. Deve abordar o tema "fim de vida" com paciente/familiares, independentemente de contato prévio com oncologista A					

27. Se julgar necessário, deve iniciar o tema "fim de vida" com o oncologista. A					
---	--	--	--	--	--

ANEXO B - QUESTIONÁRIO PARA ONCOLOGISTAS/CIRURGIÕES ONCOLÓGICOS

Estudo: **Caracterização das competências esperadas de intensivistas no cuidado de pacientes oncológicos através da aplicação de questionários.**

Pesquisadora Responsável: Maria Cristina França de Oliveira

Informações pessoais:

Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

☐ Prefere não declarar

Idade:

Religião: ☐ Católica ☐ Evangélica ☐ Judaica ☐ Muçulmana

☐ Matriz africana ☐ Budismo ☐ Outras

☐ Não tenho ☐ Prefiro não responder

Ano de graduação em Medicina:

Ano de conclusão da residência em Oncologia ou Cirurgia Oncológica:

Trabalha:

- () Exclusivamente em hospital oncológico
- () Exclusivamente em hospital geral
- () Em ambos
- () Clínica oncológica ou de quimioterapia - sem atendimento hospitalar

Em relação ao intensivista, qual sua opinião sobre as questões a seguir:

	Não é importante	Pouco importante	Indiferente	Importante	Muito importante
1. Conhecer o tratamento oncológico do paciente e suas complicações. C					
2. Conhecer os cuidados pós operatórios de cirurgias oncológicas. C					
3. Conhecer o estadiamento dos principais cânceres. C					
4. Conhecer a sobrevida dos principais cânceres. C					
5. Individualizar o cuidado do paciente. A					
6. Conhecer as diretrizes de tratamento estabelecidas pelo oncologista. C					
7. Saber tratar as principais complicações do câncer ou					

do seu tratamento oncológico. C					
8. Compartilhar decisões com oncologista. C					
9. Acolher os familiares e acompanhantes. A					
10. Ter uma boa técnica de comunicação. H					
11. Estimular o tratamento multidisciplinar. A					
12. Sempre comunicar a admissão do paciente na UTI ao oncologista. A					
13. Comunicar em tempo real as mudanças no quadro do paciente na UTI ao oncologista. A					
14. Formalizar em prontuário as discussões entre intensivista e oncologista. A					
15. Ter treinamento em Cuidados Paliativos. H					

Glossário para as próximas perguntas:

1. Diretriz de tratamento = cuidado pleno com suporte avançado , ICU trial, limitação de tratamento ou retirada de tratamento.
2. Suporte avançado = intubação, ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas, passagem de cateteres centrais e hemodiálise.

Em relação às seguintes condutas e atitudes tomadas pelo intensivista, marque o quanto você concorda ou discorda:

	Discordo completa/	Discordo parcial/	Indiferente	Concordo parcial/	Concordo completa/
16. Intensivista pode definir diretriz de tratamento sozinho. A					
17. Paciente com câncer metastático e má performance status não tem indicação de suporte avançado. A					
18. Intensivista deve iniciar o tema “fim de vida” com pacientes e/ou familiares. A					
19. A decisão sobre o tipo de suporte avançado é exclusiva do intensivista. A					
20. O intensivista deve participar do planejamento de diretrizes de tratamento do teu paciente internado na UTI. A					
21. Conflitos na decisão sobre diretrizes são frequentes entre					

oncologistas e intensivistas. C					
22. A UTI não é apenas para suporte avançado e pode ser o melhor local para controle de sintomas em pacientes paliativos. C					
23. O distanciamento entre você e o paciente/família é um problema quando seu paciente está na UTI. A					
24. Não ter acompanhamento em tempo real é um problema que você enfrenta quando o paciente está na UTI. A					
25. Sinto-me confortável com as práticas de <i>withholding</i> decididas conjuntamente (não instituição ou progressão de suporte avançado). A					
26. Sinto-me confortável com as práticas de <i>withdrawing</i> decididas conjuntamente (retirada de suporte avançado). A					
27. A comunicação entre oncologista e intensivista deve ser diária. A					

ANEXO C - QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES

Estudo: **Caracterização das competências esperadas de intensivistas no cuidado de pacientes oncológicos através da aplicação de questionários.**

Pesquisadora Responsável: Maria Cristina França de Oliveira

Informações pessoais:

Idade:

Sexo:

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Prefere não declarar

Tipo de câncer (local):

- ☐ Sólido
- ☐ Hematológico (Leucemia, linfoma ou mieloma múltiplo)

Em que mês e ano foi feito o diagnóstico do câncer

Mês: Ano:

Já esteve internado em UTI antes?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Escolaridade de quem responde esse questionário:

- ☐ Analfabeto ou sabe apenas assinar o nome
- ☐ 1º grau completo ou incompleto
- ☐ 2º grau completo ou incompleto

() Superior completo ou incompleto

Religião: () Católica () Evangélica () Judaica () Muçulmana
 () Matriz africana () Budismo () Outras
 () Não tenho () Prefiro não responder

Em relação às práticas e atitudes do médico intensivista (médico da UTI), qual sua opinião sobre as questões abaixo:

	Não é importante	Pouco importante	Indiferente	Importante	Muito importante
1. Conhecer o histórico de saúde do paciente. C					
2. Explicar o quadro clínico do paciente em detalhes. A					
3. Explicar os procedimentos que serão feitos na UTI. A					
4. Comunicar as complicações dos tratamentos do câncer. A					
5. Explicar a gravidade da doença que levou à UTI. A					
6. Explicar a gravidade do câncer. A					
7. Saber a religião do paciente. C					

8. Falar sobre o quadro clínico na frente do paciente. A					
9. O médico da UTI deve ser sempre o mesmo. A					
10. Médico da UTI deve ser otimista, mesmo com quadro clínico grave. A					
11. Deve perguntar ativamente se o paciente tem dor ou outro desconforto físico. A					
12. Deve perguntar ativamente se o paciente tem desconforto emocional ou psíquico. A					

Em relação às práticas e atitudes do médico intensivista (médico da UTI), quanto você concorda com as afirmações abaixo:

	Discordo total/	Discordo parcial/	Indiferente	Concordo parcial/	Concordo total/
13. Deve passar informações iguais ao paciente e aos familiares. A					
14. Más notícias devem ser dadas ao paciente. A					
15. Más notícias devem ser dadas somente à família. A					
16. O intensivista deve tratar a ansiedade,					

angústia ou depressão do paciente. H					
17. O médico da UTI deve abordar o tema fim de vida com o paciente. A					
18. O médico da UTI deve abordar o tema fim de vida apenas com a família. A					
19. Decidir tratamentos sem conversar com o Oncologista. A					
20. O médico da UTI deve explicar o tratamento do câncer ao paciente. A					
21. A dor do paciente com câncer é mais intensa que a dor de pacientes com outras doenças. C					
22. O paciente com câncer é psicologicamente sensível de maneira mais intensa do que pacientes com outras doenças. C					

ANEXO D - QUESTIONÁRIO PARA FAMILIARES

Estudo: **Caracterização das competências esperadas de intensivistas no cuidado de pacientes oncológicos através da aplicação de questionários.**

Pesquisadora Responsável: Maria Cristina França de Oliveira

Informações pessoais:

Idade:

Sexo:

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Prefere não declarar

Tipo de câncer (local):

- ☐ Sólido
- ☐ Hematológico (Leucemia, linfoma ou mieloma múltiplo)

Em que mês e ano foi feito o diagnóstico do câncer

Mês: Ano:

Seu familiar que está na UTI já esteve internado em UTI antes?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Escolaridade de quem responde esse questionário:

- ☐ Analfabeto ou sabe apenas assinar o nome
- ☐ 1º grau completo ou incompleto
- ☐ 2º grau completo ou incompleto
- ☐ Superior completo ou incompleto

Religião: ☐ Católica ☐ Evangélica ☐ Judaica ☐ Muçulmana
☐ Matriz africana ☐ Budismo ☐ Outras
☐ Não tenho ☐ Prefiro não responder

Em relação às práticas e atitudes do médico intensivista (médico da UTI), qual sua opinião sobre as questões abaixo:

	Não é importante	Pouco importante	Indiferente	Importante	Muito importante
1. Conhecer o histórico de saúde do paciente. C					
2. Explicar o quadro clínico do paciente em detalhes. A					
3. Explicar os procedimentos que serão feitos na UTI. A					
4. Comunicar as complicações dos tratamentos do câncer. A					
5. Explicar a gravidade da doença que levou à UTI. A					
6. Explicar a gravidade do câncer. A					
7. Saber a religião do paciente. C					
8. Falar sobre o quadro clínico na frente do paciente. A					
9. O médico da UTI deve ser sempre o mesmo. A					

10. Médico da UTI deve ser otimista, mesmo com quadro clínico grave. A					
11. Deve perguntar ativamente se o paciente tem dor ou outro desconforto físico. A					
12. Deve perguntar ativamente se o paciente tem desconforto emocional ou psíquico. A					

Em relação às práticas e atitudes do médico intensivista (médico da UTI), quanto você concorda com as afirmações abaixo:

	Discordo total/	Discordo parcial/	Indiferente	Concordo parcial/	Concordo total/
13. Deve passar informações iguais ao paciente e aos familiares. A					
14. Más notícias devem ser dadas ao paciente. A					
15. Más notícias devem ser dadas somente à família. A					
16. O intensivista deve tratar a ansiedade, angústia ou depressão do paciente. H					

17. O médico da UTI deve abordar o tema fim de vida com o paciente. A					
18. O médico da UTI deve abordar o tema fim de vida apenas com a família. A					
19. Decidir tratamentos sem conversar com Oncologista. A					
20. O médico da UTI deve explicar o tratamento do câncer ao paciente. A					
21. A dor do paciente com câncer é mais intensa que a dor de pacientes com outras doenças. C					
22. O paciente com câncer é psicologicamente sensível de maneira mais intensa do que pacientes com outras doenças. C					

ANEXO E - TCLE PARA MÉDICOS**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA MÉDICOS****PARTICIPANTES**

RESOLUÇÃO 466/12 CNS/MS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PARTICIPANTE:

.....

SEXO : M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

Caracterização das competências esperadas de intensivistas no cuidado de pacientes oncológicos através da aplicação de questionários

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Pedro Caruso

3. PESQUISADORES ENVOLVIDOS: Maria Cristina França de Oliveira – Departamento de UTI do A.C. Camargo Cancer Center e aluna de Doutorado do A.C. Camargo Cancer Center

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 06 meses

INFORMAÇÕES A(O) PARTICIPANTE

Porque o(a) senhor(a) trabalha numa UTI ou é um oncologista clínico ou cirúrgico, está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “**Caracterização das competências esperadas de intensivistas no cuidado de pacientes oncológicos através da aplicação de questionários**”, que será realizada no A.C.Camargo Cancer Center.

O objetivo desta pesquisa é identificar as competências necessárias para um médico intensivista cuidar de pacientes com câncer e interagir com outros profissionais também envolvidos no cuidado do paciente.

Esse estudo permitirá que se criem programas de treinamento para médicos intensivistas que cuidam de pacientes com câncer e assim melhorar o cuidado do paciente crítico com câncer e talvez o esgotamento (Burnout) dos médicos intensivistas.

Será um estudo com aplicação de questionários. Esses questionários serão respondidos por médicos intensivistas, médicos oncologistas que não trabalham em UTI, pacientes e responsáveis acompanhantes.

A participação nesse protocolo não trará nenhuma mudança no cuidado do paciente. Naqueles pacientes que puderem responder, a única intervenção que os pacientes receberão será a aplicação do questionário. O questionário é curto e estimamos que seja preenchido em 10 a 15 minutos.

Você poderá não responder alguma questão do questionário caso não se sinta confortável ou constrangido para tal. Mesmo que você não responda até três questões, o questionário que você respondeu será incluído no estudo.

O preenchimento do questionário poderá causar um sentimento de desconforto ou ansiedade frente às perguntas realizadas. Os pesquisadores estarão disponíveis para conversar e prestar apoio se necessários, frente a estas situações.

O eventual benefício desta pesquisa será o aprimoramento profissional de médicos de UTI que tratam de pacientes com câncer.

A confidencialidade de suas informações será mantida e sua identidade será preservada, sendo que somente os membros da equipe de pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa terão acesso aos registros. Em qualquer tipo de pesquisa sempre existe um risco mínimo de perda da confidencialidade, mas todas as garantias possíveis estão sendo adotadas para que isso não aconteça nesta pesquisa. A sua participação neste estudo é voluntária, tendo o direito de retirar-se a qualquer momento. A recusa ou desistência da participação nesse estudo não irá prejudicar o acompanhamento médico e tratamento de nenhum paciente.

Qualquer dano resultante da sua participação no estudo será avaliado e tratado de acordo com os benefícios e cuidados a que você tem direito. Ao assinar este formulário de consentimento você não está abrindo mão de qualquer um dos seus direitos legais, inclusive do direito de indenização em caso de danos decorrentes do estudo.

O pesquisador e a equipe envolvida na pesquisa se comprometem a dar informação atualizada ao longo do estudo, caso este seja o seu desejo. TELEFONES PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS, REAÇÕES ADVERSAS OU QUALQUER DÚVIDA SOBRE O ESTUDO: (011) 2189-5000 – ramais: 1632, entrar em contato com Dr. Pedro Caruso.

Caso estes dados sejam utilizados em estudos futuros, você ("o senhor", "a senhora") será contatado(a) para assinar novo termo de consentimento de consentimento livre e esclarecido da nova pesquisa.

Esta pesquisa poderá ser interrompida durante a sua realização e após o aval do CEP da instituição, em casos onde: a) O pesquisador responsável decida que algum motivo ou situação possa por em risco a segurança do participante ou; b) O CEP julgue que o estudo esteja sendo conduzido de maneira eticamente inaceitável.

QUEM DEVO CONTATAR EM CASO DE DÚVIDAS:

Pesquisador Responsável: Dr(a). Pedro Caruso

Departamento de UTI do A.C.Camargo Cancer Center - São Paulo.

Telefones para contato: (11) 2189-5000 ramais 1632

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211 – Liberdade – São Paulo.

Se o pesquisador responsável não fornecer as informações/ esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Antônio Prudente – A.C.Camargo Cancer Center pelo telefone (11) 2189-5000, ramal 5020 de segunda-feira à quinta-feira das 8 horas às 18 horas e sexta-feira das 8 horas às 17 horas, ou pelo e-mail cep_accamargo@accamargo.org.br.

Este documento será elaborado em 2 (duas) vias. O (a) senhor (a) receberá uma das vias originais e a outra será arquivada pelo pesquisador em seu arquivo de pesquisa.

Assinatura do participante

Data:

Assinatura da pesquisadora

Data:

ANEXO F - TCLE PARA PACIENTES/FAMILIARES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PACIENTES E FAMILIARES/RESPONSÁVEIS

RESOLUÇÃO 466/12 CNS/MS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PARTICIPANTE:

.....

SEXO : M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

2. RESPONSÁVEL LEGAL:

.....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.):

.....

SEXO : M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

Caracterização das competências esperadas de médicos de UTI no cuidado de pacientes oncológicos através da aplicação de questionários

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: **Pedro Caruso**

3. PESQUISADORES ENVOLVIDOS: **Maria Cristina França de Oliveira – Departamento de UTI do A.C. Camargo Cancer Center e aluna de Doutorado do A.C. Camargo Cancer Center**

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: **06 meses**

INFORMAÇÕES A(O) PARTICIPANTE

Porque o(a) senhor(a) está internado numa UTI ou porque é o responsável e acompanhante de uma paciente internado em UTI, está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa **“Caracterização das competências esperadas de intensivistas no cuidado de pacientes oncológicos através da aplicação de questionários”**, que será realizada no A.C.Camargo Cancer Center.

O objetivo desta pesquisa é identificar as competências necessárias para um médico de UTI cuidar de pacientes com câncer e interagir com outros profissionais também envolvidos no cuidado do paciente.

Esse estudo permitirá que se criem programas de treinamento para médicos de UTI que cuidam de pacientes com câncer e assim melhorar o cuidado do paciente internado na UTI e talvez diminuir o esgotamento (Burnout) dos médicos que trabalham em UTI.

Será um estudo com aplicação de questionários. Esses questionários serão respondidos por médicos de UTI, médicos oncologistas que não trabalham em UTI, pacientes e responsáveis acompanhantes.

A participação nesse protocolo não trará nenhuma mudança no cuidado do senhor(a) ou no paciente que você acompanha. Para você ou o paciente que acompanha, a única intervenção será a aplicação do questionário. O questionário é curto e estimamos que seja preenchido em 10 a 15 minutos.

Você poderá não responder alguma questão do questionário caso não se sinta confortável ou constrangido para tal. Mesmo que você não responda até três questões, o questionário que você respondeu será incluído no estudo.

O preenchimento do questionário poderá causar um sentimento de desconforto ou ansiedade frente às perguntas realizadas. Os pesquisadores estarão disponíveis para conversar e prestar apoio se necessários, frente a estas situações.

O eventual benefício desta pesquisa será o aprimoramento profissional de médicos de UTI que tratam de pacientes com câncer.

A confidencialidade de suas informações será mantida e sua identidade será preservada, sendo que somente os membros da equipe de pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa terão acesso aos registros. Em qualquer tipo de pesquisa sempre existe um risco mínimo de perda da confidencialidade, mas todas as garantias possíveis estão sendo adotadas para que isso não aconteça nesta pesquisa. A sua participação neste estudo é voluntária, tendo o direito de retirar-se a qualquer momento. A recusa ou desistência da participação nesse estudo não irá prejudicar seu acompanhamento médico e tratamento

Qualquer dano resultante da sua participação no estudo será avaliado e tratado de acordo com os benefícios e cuidados a que você tem direito. Ao assinar este formulário de consentimento você não está abrindo mão de qualquer um dos seus direitos legais, inclusive do direito de indenização em caso de danos decorrentes do estudo.

O pesquisador e a equipe envolvida na pesquisa se comprometem a dar informação atualizada ao longo do estudo, caso este seja o seu desejo. **TELEFONES PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS, REAÇÕES ADVERSAS OU QUALQUER DÚVIDA SOBRE O ESTUDO:** (011) 2189-5000 – ramais: 1632, entrar em contato com Dr. Pedro Caruso.

Caso estes dados sejam utilizados em estudos futuros, você ("o senhor", "a senhora") será contatado(a) para assinar novo termo de consentimento de consentimento livre e esclarecido da nova pesquisa.

Esta pesquisa poderá ser interrompida durante a sua realização e após o aval do CEP da instituição, em casos onde: a) O pesquisador responsável decida que algum motivo ou situação possa por em risco a segurança do participante ou; b) O CEP julgue que o estudo esteja sendo conduzido de maneira eticamente inaceitável.

QUEM DEVO CONTATAR EM CASO DE DÚVIDAS:

Pesquisador Responsável: Dr(a). Pedro Caruso

Departamento de UTI do A.C.Camargo Cancer Center - São Paulo.

Telefones para contato: (11) 2189-5000 ramais 1632

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211 – Liberdade – São Paulo.

Se o pesquisador responsável não fornecer as informações/ esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Antônio Prudente – A.C.Camargo Cancer Center pelo telefone (11) 2189-5000, ramal 5020 de segunda-feira à quinta-feira das 8 horas às 18 horas e sexta-feira das 8 horas às 17 horas, ou pelo e-mail cep_accamargo@accamargo.org.br.

Este documento será elaborado em 2 (duas) vias. O (a) senhor (a) receberá uma das vias originais e a outra será arquivada pelo pesquisador em seu arquivo de pesquisa.

Eu, _____ declaro ter lido, compreendido e discutido o conteúdo do presente Termo de Consentimento e **concordo em participar desse estudo de forma livre e esclarecida** autorizando os procedimentos acima relacionados:

Assinatura do participante ou responsável legal

Data:

Assinatura da pesquisadora

Data:

ANEXO G – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP



FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caracterização das competências esperadas de intensivistas no cuidado de pacientes oncológicos através da aplicação de questionários

Pesquisador: Pedro Caruso

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46181421.0.0000.5432

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.040.603

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1664963.pdf", "cronogramanovo.docx", "TCLEparamedicoscorrigido.doc", "TCLEparapacientesecompanhantescorrigido.doc" e "CartaaoCEP.docx", datados de 12/10/2021".

INTRODUÇÃO:

Com os avanços na Medicina e nas terapias de suporte orgânico, as UTIs vêm trabalhando com pacientes cada vez mais complexos com as mais diversas patologias. Por esse motivo tem ocorrido também uma setorização dos cuidados intensivos, com UTIs especializadas. Concomitantemente vivemos uma intensa e rápida mudança sociocultural, em que os pacientes e familiares deixam de ter o papel de meros espectadores passivos e passam a compartilhar importantes decisões. Diversos trabalhos estudaram a satisfação e pacientes e familiares de pacientes em UTI (1-5), bem como fatores que tornaram pior a experiência da internação (6). Também tem se explorado o treinamento em habilidades em comunicação (7-9), que impacta diretamente na experiência do paciente e familiares. Os pacientes oncológicos têm tido uma maior sobrevida e mais internações em UTI, muitas vezes em centros especializados (10-12). O estigma que paira sobre tais pacientes

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211

Bairro: Liberdade

CEP: 01.509-900

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2189-5020

Fax: (11)2189-5020

E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



Continuação do Parecer: 5.040.603

e as peculiaridades do tratamento oncológico tornam esses pacientes uma população com necessidades especiais (13,14). Pouco se tem estudado sobre as competências que o intensivista que trabalha com pacientes oncológicos deve ter, bem como a demanda que oncologistas e cirurgiões oncológicos têm no cuidado intensivo de seus pacientes, ou mesmo a expectativa que pacientes com câncer e seus familiares têm quando internados em UTI.

HIPOTESE:

Pouco se tem estudado sobre as competências que o intensivista que trabalha com pacientes oncológicos deve ter, bem como a demanda que oncologistas e cirurgiões oncológicos têm no cuidado intensivo de seus pacientes, ou mesmo a expectativa que pacientes com câncer e seus familiares têm quando internados em UTI.

Metodologia Proposta:

Realizaremos um estudo prospectivo, com aplicação de questionários estruturados. Após pesquisa bibliográfica referente ao tema, serão gerados questionários com questões abertas, diferentes a depender a quem serão aplicados (intensivistas, oncologistas/ cirurgiões oncológicos, familiares e pacientes).

Essa primeira fase da pesquisa será realizada exclusivamente no Hospital AC Camargo Cancer Center. As respostas obtidas serão refinadas e compiladas em temas, gerando um segundo questionário, desta vez com questões estruturadas no formato de escala de Likert com 5 itens (1. Discordo fortemente; 2. Discordo parcialmente; 3. Indiferente; 4. Concordo parcialmente; 5. Concordo fortemente) a ser aplicado amplamente em todos os centros participantes. Nos questionários aplicados aos médicos serão solicitados os seguintes dados dos participantes: idade, sexo, religião, tempo de formação, atuação em hospital oncológico ou geral exclusivamente ou em ambos. Nos questionários aplicados a familiares e pacientes, serão solicitadas as seguintes informações: idade, sexo, religião, escolaridade, tipo de neoplasia, tempo de diagnóstico e passagem prévia por UTI ou não. No ACC Cancer Center e demais hospitais de São Paulo (capital) os questionários serão aplicados na forma de papel impresso, bem como o TCLE, e serão respondidos anonimamente. Nos demais hospitais fora desse perímetro, os questionários e TCLE serão

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211

Bairro: Liberdade

CEP: 01.509-900

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2189-5020

Fax: (11)2189-5020

E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



Continuação do Parecer: 5.040.603

aplicados de forma digital (on line). Com a abordagem planejada acreditamos que teremos cerca de 200 participantes em cada grupo analisado.

Critério de Inclusão:

1. Intensivistas atuantes nos cuidados de pacientes oncológicos,
2. Oncologistas e cirurgiões oncológicos,
3. Familiares de pacientes oncológicos e
4. Pacientes oncológicos internados na UTI e com condição de responder o questionário.

Critério de Exclusão:

Recusa em participar da pesquisa.

Metodologia de Análise de Dados: Dados demográficos serão apresentados como números absolutos e frequências, média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil conforme apropriado. Serão calculadas as frequências das respostas apresentadas na escala de Likert. Para comparação das respostas obtidas entre as categorias delineadas nos questionários, as respostas da escala serão categorizadas e comparadas: 1-3 x 4-5, utilizando teste do QuiQuadrado. Para comparação das respostas dos questionários obtidos pelas mesmas categorias de participantes (intensivistas, oncologistas, familiares), realizaremos as seguintes comparações:

1. Respostas de profissionais que trabalham em cancer center X hospital geral X ambos hospitais.
 2. Respostas de profissionais com < 10 anos de formação X 10 anos de formação.
 3. Respostas de pacientes e familiares com passagem prévia pela UTI X sem passagem prévia pela UTI.
 4. Respostas de pacientes e familiares com < 2 anos de diagnóstico de doença oncológica X 2 anos de diagnóstico de doença oncológica.
 5. Respostas de pacientes e familiares com < 60 anos X pacientes e familiares com 60 anos.
 6. Respostas de pacientes e familiares com educação de nível superior X pacientes e familiares sem educação de nível superior.
 7. Respostas de pacientes, familiares e médicos com religião declarada X pacientes e familiares ateus.
- As respostas do Likert serão comparadas com o teste de chi-quadrado ou teste exato de Fisher, conforme apropriado. **Desfecho Primário:** Caracterização das habilidades esperadas nos cuidados aos pacientes oncológicos, de acordo com os grupos estudados: intensivistas atuantes nos cuidados de pacientes oncológicos, oncologistas/cirurgiões

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211

Bairro: Liberdade

CEP: 01.509-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2189-5020

Fax: (11)2189-5020

E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



Continuação do Parecer: 5.040.603

oncológicos e familiares de pacientes oncológicos e os próprios pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO DA PESQUISA:

Objetivo Primário:

O objetivo do estudo é caracterizar quais são as competências que os próprios intensivistas, pacientes oncológicos, seus familiares e seus médicos esperam do médico intensivista que cuida do paciente oncológico por meio da aplicação de questionários. Serão também comparadas as respostas da mesma categoria de participantes de acordo com suas características de base. Médicos intensivistas e oncologistas serão categorizados pelo tempo de formação e tipo de hospital em que atuam (hospital oncológico, geral ou ambos). Pacientes e familiares serão categorizados pelo tempo de diagnóstico do câncer do paciente, passagem prévia por UTI, idade e escolaridade).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, lê-se: "Riscos: Este estudo apresenta, ao participante, o risco mínimo de perda de confidencialidade".

Segundo a pesquisadora, lê-se: "Benefícios: Contribuição na melhor caracterização das habilidades esperadas nos cuidados aos pacientes oncológicos".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo prospectivo, acadêmico, de iniciativa do pesquisador, financiamento próprio, multicêntrico, com aplicação de questionários estruturados. Estudo de fase única para aplicação de questionário, com duração prevista de 6 meses.

Nos questionários aplicados aos médicos serão solicitados os seguintes dados dos participantes: idade, sexo, religião, tempo de formação, atuação em hospital oncológico ou geral exclusivamente ou em ambos. Nos questionários aplicados a familiares e pacientes, serão solicitadas as seguintes informações: idade, sexo, religião, escolaridade, tipo de neoplasia, tempo de diagnóstico e passagem prévia por UTI ou não.

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211

Bairro: Liberdade

CEP: 01.509-900

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2189-5020

Fax: (11)2189-5020

E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



Continuação do Parecer: 5.040.603

Na primeira fase da pesquisa será realizada exclusivamente no AC Camargo Cancer Center. As respostas obtidas serão refinadas e compiladas em temas, gerando um segundo questionário, desta vez com questões estruturadas no formato de escala de Likert com 5 itens: 1. Discordo fortemente; 2. Discordo parcialmente; 3. Indiferente; 4. Concordo parcialmente; 5. Concordo fortemente) a ser aplicado amplamente em todos os centros participantes.

No ACC Cancer Center e demais hospitais de São Paulo (capital) os questionários serão aplicados na forma de papel impresso, bem como o TCLE, e serão respondidos anonimamente. Nos demais hospitais fora desse perímetro, os questionários e TCLE serão aplicados de forma digital (on line).

Os pesquisadores informam previsão de 200 participantes em cada grupo analisado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de uma resposta ao parecer consubstanciado CEP nº 5.024.893 datado em 07/10/2021:

1 - Em relação a riscos, lê-se "Riscos: Este estudo não oferece riscos aos participantes". Ressalta-se que para o Sistema CEP/Conep não existe pesquisa livre de risco. Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, mesmo que seja risco mínimo de perda de confidencialidade. É necessário observar que risco é qualquer possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente. Sendo assim, recomendamos que sejam descritos os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, podendo-se citar os riscos inerentes à manutenção de sigilo e à confidencialidade durante a coleta e uso dos dados (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens II.22 e IV.3.b e Carta Circular 166/2018 item 1.b).

PENDÊNCIA 1: Solicita-se adequação dos riscos apresentados neste projeto.

RESPOSTA DA PENDÊNCIA 1: 1.Riscos: A frase "Este estudo não oferece riscos aos participantes" foi

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211

Bairro: Liberdade

CEP: 01.509-900

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2189-5020

Fax: (11)2189-5020

E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



Continuação do Parecer: 5.040.603

substituída por "Este estudo apresenta, ao participante, o risco mínimo de perda de confidencialidade".

ANÁLISE DA RESPOSTA DE PENDÊNCIA 1: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2: Em relação aos documentos "TCLEparamedicos.doc" e "TCLEparapacientesecompanhantes.doc", postados em 30/11/2022, são identificadas as seguintes pendências:

2.1 - Identificação:

Embora se entenda que sob aspecto jurídico, o TCLE representa um contrato entre o participante de pesquisa e o pesquisador/patrocinador, o TCLE tem a função precípua de informar e respeitar a autonomia do participante de pesquisa e não propriamente de se estabelecer vínculo contratual entre as partes. Informações adicionais além do nome e data de assinatura, não são considerados essenciais sob aspecto bioético. Sendo assim a CONEP tem solicitado que informações não consideradas essenciais sob aspecto bioético como RG, CPF, endereço, entre outras, sejam removidas dos campos de identificação e assinaturas.

PENDÊNCIA 2.1: Solicita-se manter no cabeçalho de identificação apenas o nome do participante de pesquisa, e outras informações consideradas essenciais para a pesquisa, respeitando o aspecto bioético.

RESPOSTA DA PENDÊNCIA 2.1: 2.1. Identificação. Realizada correção do cabeçalho limitando os dados dos participantes apenas àqueles que serão relevantes na pesquisa.

ANÁLISE DA RESPOSTA DE PENDÊNCIA 2.1: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2 - Na frase "A participação nesse protocolo não trará nenhuma mudança no cuidado do paciente", solicita-se realizar a correção ortográfica para "A participação nesse protocolo não trará nenhuma mudança no cuidado do paciente".

PENDÊNCIA 2.2: Solicita-se realizar a correção ortográfica.

RESPOSTA DA PENDÊNCIA 2.2: 2.2. Correção ortográfica. A frase "A participação nesse protocolo não trará nenhuma mudança no cuidado do paciente", foi corrigida para "A participação nesse

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211

Bairro: Liberdade

CEP: 01.509-900

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2189-5020

Fax: (11)2189-5020

E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



Continuação do Parecer: 5.040.603

protocolo não trará nenhuma mudança no cuidado do paciente".

ANÁLISE DA RESPOSTA DE PENDÊNCIA 2.2: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3 - Risco de perda de confidencialidade. É necessário citar o risco de perda de confidencialidade no TCLE. Segundo a Resolução 466 artigo IV o TCLE deverá contemplar o risco de perda de confidencialidade, ou seja, o TCLE é um instrumento no qual deverá constar todos os dados de todos os procedimentos da pesquisa ou estudo a que será submetido o participante de pesquisa. (Resolução nº 466/ 2012 do CNS, item IV.3.b).

Assim, É necessário informar, em linguagem leiga, sobre o risco de perda de confidencialidade no TCLE. Sugere-se a seguinte adequação: "A confidencialidade de suas informações será mantida e sua identidade será preservada, sendo que somente os membros da equipe de pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa terão acesso aos registros. Em qualquer tipo de pesquisa sempre existe um risco mínimo de perda da confidencialidade, mas todas as garantias possíveis estão sendo adotadas para que isso não aconteça nesta pesquisa. A sua participação neste estudo é voluntária, tendo o direito de retirar-se a qualquer momento. A recusa ou desistência da participação nesse estudo não irá prejudicar seu acompanhamento médico e tratamento".

PENDÊNCIA 2.3: Solicita-se adequação da frase.

RESPOSTA DA PENDÊNCIA 2.3: 2.3. Risco de perda de confidencialidade. O risco de perda de confidencialidade foi abordado agregando-se a seguinte sentença ao TCLE: "A confidencialidade de suas informações será mantida e sua identidade será preservada, sendo que somente os membros da equipe de pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa terão acesso aos registros. Em qualquer tipo de pesquisa sempre existe um risco mínimo de perda da confidencialidade, mas todas as garantias possíveis estão sendo adotadas para que isso não aconteça nesta pesquisa. A sua participação neste estudo é voluntária, tendo o direito de retirar-se a qualquer momento. A recusa ou desistência da participação nesse estudo não irá prejudicar seu acompanhamento médico e tratamento".

ANÁLISE DA RESPOSTA DE PENDÊNCIA 2.3: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.4 - Omissão de informação acerca da indenização. O TCLE não pode omitir informação acerca da indenização, sendo necessário assegurar, de forma clara e afirmativa, que o participante de

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211

Bairro: Liberdade

CEP: 01.509-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2189-5020

Fax: (11)2189-5020

E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



**FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER**



Continuação do Parecer: 5.040.603

pesquisa tem direito à indenização em caso de danos decorrentes do estudo. RESOLUÇÃO CNS N° 466 de 2012: II.7 -indenização - cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa; IV.3.h - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: (...) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Assim, solicita-se adequação da frase: "Qualquer dano resultante da sua participação no estudo será avaliado e tratado de acordo com os benefícios e cuidados a que o(a) senhor(a) tem direito. Ao assinar este formulário de consentimento o(a) senhor(a) não está abrindo mão de qualquer um dos seus direitos legais". Solicita-se complementar a frase da seguinte forma "... não está abrindo mão de qualquer um dos seus direitos legais, inclusive do direito de indenização em caso de danos decorrentes do estudo."

PENDÊNCIA 2.4: Solicita-se adequação.

RESPOSTA DA PENDÊNCIA 2.4: 2.4. Informação acerca da indenização. Foi acrescida a seguinte sentença ao TCLE a fim de informar o participante acerca da indenização: "Qualquer dano resultante da sua participação no estudo será avaliado e tratado de acordo com os benefícios e cuidados a que o(a) senhor(a) tem direito. Ao assinar este formulário de consentimento o(a) senhor(a) não está abrindo mão de qualquer um dos seus direitos legais, inclusive do direito de indenização em caso de danos decorrentes do estudo."

ANÁLISE DA RESPOSTA DE PENDÊNCIA 2.4: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.5 - Em relação a estudos futuros. Na frase "Os dados fornecidos, coletados e obtidos neste protocolo de pesquisa, poderão ser utilizados em estudos futuros". Solicita-se alteração desta frase no TCLE, de "Os dados fornecidos, coletados e obtidos neste protocolo de pesquisa, poderão ser utilizados em estudos futuros", para " Caso estes dados sejam utilizados em estudos futuros, você ("o senhor", "a senhora") será contatado(a) para assinar novo termo de consentimento de consentimento livre e esclarecido da nova pesquisa".

PENDÊNCIA 2.5: Solicita-se adequação.

RESPOSTA DA PENDÊNCIA 2.5: 2.5. Estudos futuros. A frase "Os dados fornecidos, coletados e obtidos neste protocolo de pesquisa, poderão ser utilizados em estudos futuros" foi alterada para " Caso estes dados sejam utilizados em estudos futuros, você ("o senhor", "a senhora") será

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211

Bairro: Liberdade

CEP: 01.509-900

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2189-5020

Fax: (11)2189-5020

E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



Continuação do Parecer: 5.040.603

contatado(a) para assinar novo termo de consentimento livre e esclarecido da nova pesquisa".

ANÁLISE DA RESPOSTA DE PENDÊNCIA 2.5: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.6 - Na frase "Departamento de UTU", solicita-se realizar a correção ortográfica para "Departamento de UTI".

PENDÊNCIA 2.6: Solicita-se realizar a correção ortográfica.

RESPOSTA DA PENDÊNCIA 2.6: 2.6. Correção ortográfica. "Departamento de UTU" foi corrigido para "Departamento de UTI".

ANÁLISE DA RESPOSTA DE PENDÊNCIA 2.6: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.7 - No item: "QUEM DEVO CONTATAR EM CASO DE DÚVIDAS:", solicita-se incluir o e-mail do CEP: cep_accamargo@accamargo.org.br, na informação final de contato.

PENDÊNCIA 2.7: Solicita-se adequação.

RESPOSTA DA PENDÊNCIA 2.7: 2.7. No item: "QUEM DEVO CONTATAR EM CASO DE DÚVIDAS:" foi incluído o e-mail do CEP: cep_accamargo@accamargo.org.br

ANÁLISE DA RESPOSTA DE PENDÊNCIA 2.7: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.8 - Os campos de assinaturas e rubricas devem ser identificados de acordo com a terminologia prevista na Resolução CNS N° 466 de 2012, ou seja, empregando-se os termos "PESQUISADOR" (por ser mais abrangente e não ficar limitado ao Pesquisador Principal) e "PARTICIPANTE DE PESQUISA". Desta forma, solicita-se modificar onde se lê "Assinatura do responsável pela pesquisa XXXXXXX", para "PESQUISADOR".

PENDÊNCIA 2.8: Solicita-se adequação.

RESPOSTA DA PENDÊNCIA 2.8: 2.8. Os campos de assinaturas e rubricas forma alterados para os termos "PESQUISADOR" e "PARTICIPANTE DE PESQUISA".

ANÁLISE DA RESPOSTA DE PENDÊNCIA 2.8: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211

Bairro: Liberdade

CEP: 01.509-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2189-5020

Fax: (11)2189-5020

E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



Continuação do Parecer: 5.040.603

2.9 - A fim de garantir a integridade dos documentos, solicita-se adequar a paginação para o modelo: "1 de 3; 2 de 3; 3 de 3", e assim por diante.

PENDÊNCIA 2.9: Solicita-se adequação.

RESPOSTA DA PENDÊNCIA 2.9: 2.9. A paginação do documento foi readequada para o modelo: "1 de 3; 2 de 3; 3 de 3".

ANÁLISE DA RESPOSTA DE PENDÊNCIA 2.9: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3- Cronograma. É necessária a atualização do cronograma. Solicita-se que as etapas de pesquisa sejam explicitadas em número de meses e que a data de início do estudo seja ajustado para após aprovação pelo sistema CEP/CONEP. De acordo com a Norma Operacional CNS Nº 001 de 2013, item 3.4.1.9., "Todos os protocolos de pesquisa devem conter, obrigatoriamente: (...) Cronograma: informando a duração total e as diferentes etapas da pesquisa, em número de meses, compromisso explícito do pesquisador de que a pesquisa somente será iniciada a partir da aprovação pelo Sistema CEP-Conep".

PENDÊNCIA 3: Solicita-se adequação.

RESPOSTA DA PENDÊNCIA 3: 3. Cronograma. Foi realizada a atualização do cronograma de acordo com o modelo padrão do CEP.

ANÁLISE DA RESPOSTA DE PENDÊNCIA 3: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto em referência (registro CEP nº. 3072/21) será desenvolvido por Maria Cristina Franca de Oliveira, aluna de Doutorado.

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211

Bairro: Liberdade

CEP: 01.509-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2189-5020

Fax: (11)2189-5020

E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



**FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER**



Continuação do Parecer: 5.040.603

NOTA: Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas ao CEP dentro de 06 meses a partir desta data em relatório (modelo CEP).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1664963.pdf	12/10/2021 19:21:46		Aceito
Cronograma	cronogramanovo.docx	12/10/2021 19:21:04	Maria Cristina França de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEparamedicoscorrigido.doc	12/10/2021 19:20:39	Maria Cristina França de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEparapacientesecompanhantescorrigido.doc	12/10/2021 19:20:24	Maria Cristina França de Oliveira	Aceito
Outros	CartaaoCEP.docx	12/10/2021 19:20:04	Maria Cristina França de Oliveira	Aceito
Outros	FORMULARIOCEP.pdf	27/04/2021 15:37:12	Pedro Caruso	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoassinadaPDF.pdf	26/04/2021 11:11:06	Pedro Caruso	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSODOPESQUISADORCOMCNS.pdf	26/04/2021 11:03:57	Pedro Caruso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCompetenciasdointensivisitaiocoloficoFINAL.docx	02/12/2020 17:20:27	Maria Cristina França de Oliveira	Aceito
Outros	Declsobredadoscoletados.pdf	02/12/2020 17:15:14	Maria Cristina França de Oliveira	Aceito
Outros	DECLARSOBREOPLANODERECRUTAMENTO.pdf	02/12/2020 10:29:06	Maria Cristina França de Oliveira	Aceito
Outros	IdentificadosCurriculosnaPlataformaLattes.pdf	02/12/2020 10:28:13	Maria Cristina França de Oliveira	Aceito
Orçamento	Orcamentofinanceirodetalhado.pdf	30/11/2020 22:25:57	Pedro Caruso	Aceito
Declaração de concordância	DECLARAcAoDECLeNCIAECOMPROMETIMENTO.pdf	30/11/2020 22:25:21	Pedro Caruso	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARAcAoDEINFRAESTRUTURAEINSTALAcOes.pdf	30/11/2020 22:23:54	Pedro Caruso	Aceito

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211

Bairro: Liberdade

CEP: 01.509-900

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2189-5020

Fax: (11)2189-5020

E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



A.C. Camargo
Cancer Center

FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



Continuação do Parecer: 5.040.603

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 15 de Outubro de 2021

Assinado por:

**Sandra Caires Serrano
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211

Bairro: Liberdade

CEP: 01.509-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2189-5020

Fax: (11)2189-5020

E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br