

# Como envolver a família na tomada de decisões em situações de emergência

*How should we include family members in the decision-making process in critical situations?*

SABRINA CORRÊA DA COSTA RIBEIRO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Muitos pacientes clínicos internados estão incapacitados para tomar decisões relativas ao próprio tratamento. Como devemos proceder nas situações em que o paciente não pode expressar seus desejos, valores e preferências? Em algumas situações é mais fácil. Se o paciente tiver um testamento vital por escrito, as instruções contidas nele devem ser cumpridas. Essa, porém, não é a situação mais comum.

Diretivas verbais do paciente trazidas pelos familiares ou documentadas no prontuário em consultas anteriores são igualmente válidas e devem ser respeitadas.

Na maior parte das vezes, essas decisões têm de ser tomadas no próprio Departamento de Emergência, muitas vezes por um familiar que já está sofrendo pela situação aguda do paciente e não parou para refletir sobre esse assunto.

Um erro comumente cometido quando um paciente crítico não tem capacidade de decisão é perguntar aos familiares o que eles desejam que seja feito com ele. É importante que essas diretivas reflitam aquilo que o paciente pensava e expressava, e não aquilo que os familiares querem para o paciente. Dependendo do caso, há grande diferença entre as duas visões, e é importante atender os valores e desejos do paciente.

No Brasil, não existe qualquer dispositivo legal que defina a escolha de tratamentos e cuidados de saúde a familiares. O Estatuto da Pessoa com Deficiência deixa claro, em seu Art. 85 que “a curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial”.<sup>1</sup>

O papel da família dentro do processo decisório é trazer os valores e preferências do paciente. A família pode também trazer suas opiniões e preferências, que devem ser ouvidas e acolhidas de forma compassiva. Assim, a equipe toma as melhores decisões baseada na percepção do paciente do que é valor e do que é sofrimento.

Deve ficar claro que o elemento principal no planejamento terapêutico é o paciente. Trazer frases como “Se sua mãe pudesse falar conosco, o que ela diria?” e “O que seu irmão entende como prioridade? O que o fez sofrer durante esse período de doença?”, durante reuniões familiares, ajudam a voltar o foco para o paciente.

Recebido: 12/8/2022

Aceito: 23/9/2022

**Autor correspondente:**

Sabrina Corrêa da Costa Ribeiro

E-mail: [sabrina.ribeiro@hc.fm.usp.br](mailto:sabrina.ribeiro@hc.fm.usp.br)

**Conflitos de interesse:** não houve.

**Como citar:**

Ribeiro SC. Como envolver a família na tomada de decisões em situações de emergência. JBMEDE. 2022;2(3):e22013.

Sabrina Corrêa da Costa Ribeiro: <https://orcid.org/0000-0002-1182-8415>

DOI: 10.54143/jbmede.v2i3.86

2763-776X © 2022 Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original article is properly cited (CC BY).



Formalmente, um familiar não poderia impedir o paciente de ter acesso a cuidados paliativos, no sentido de intervenções para alívio de sofrimento, pois tais cuidados são inscritos na categoria internacional de Direitos Humanos, na categoria constitucional de Direitos Fundamentais, sendo uma abordagem imprescindível para assegurar o direito a uma morte digna.<sup>2</sup>

No entanto, a confusão semântica entre cuidado paliativo – que é o alívio do sofrimento da doença grave e o ajuste de suporte terapêutico – pode gerar erros de comunicação e a percepção de que optar por alívio de sofrimento tirará do paciente a possibilidade de receber tratamentos modificadores de doença, o que é incorreto.

O familiar que representa o paciente (procurador) pode pedir por tratamentos que estendam a vida quando ele possuir uma doença incurável. Ter mais tempo de vida é um valor legítimo e pode estar entre as prioridades do paciente. O que torna um tratamento potencialmente inapropriado é a improbabilidade que leve a melhora do paciente o suficiente para sobreviver à internação ou ter melhora neurológica suficiente que permita que o paciente perceba o benefício do tratamento ou, ainda, quando é incompatível com os valores do paciente.

Por exemplo, a instituição de suporte hemodinâmico e ventilatório em um paciente com câncer, baixa funcionalidade e choque séptico pode ser entendida como potencialmente inapropriada, mas não como fútil, uma vez que pode atingir o objetivo biológico de prolongar a vida. Em muitas situações, é difícil fazer um prognóstico sobre o futuro imediato do paciente. Em situações de incerteza, períodos-testes, limitados a 24 a 48 horas de suporte em terapia intensiva, podem ser considerados.

Um tratamento só deve ser definido como fútil quando tem baixíssima probabilidade de atingir o objetivo biológico, como a reanimação em um paciente com múltiplas disfunções orgânicas ou hipoxemia refratária. Intervenções fúteis não devem ser oferecidas.

Quando a vontade do familiar difere da do paciente, a vontade do paciente adulto e capaz mentalmente deve ser respeitada. De acordo com o Art. 24 do nosso código de ética: “É vedado ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.”<sup>3</sup> Ao mesmo tempo, é essencial o acolhimento dos familiares, que, assim como o paciente, encontram-se em grande sofrimento.

Enfim, quando o paciente se encontra incapacitado para tomar decisões, cabe à família expressar o que é valor e o que é sofrimento para ele, para que isso seja o norte para as decisões relacionadas ao tratamento. Mesmo o paciente incapacitado para compreender plenamente as opções de tratamento e suas consequências deve sempre ser ouvido e suas solicitações (ir para casa, ter a presença de algum familiar, recusa de algum dispositivo que o incomoda), levadas em consideração.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2015 [citado 2022 Out. 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm)
2. Daldato L. Cuidados Paliativos - Aspectos jurídicos. São Paulo: Foco; 2021.
3. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM: [citado 2022 Out. 10]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-2010/codigo-de-etica-medica-res-1931-2009-capitulo-iv-direitos-humanos-2/>