



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Lima, Camila Vasconcelos Carnaúba; Biasoli, Luis Fernando  
Interfaces, lacunas e desafios entre bioética e oncologia  
Revista Bioética, vol. 26, núm. 3, 2018, Outubro-Dezembro, pp. 451-462  
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263265>

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361558417016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](http://www.redalyc.org)

UABM [redalyc.org](http://www.redalyc.org)

Sistema de Informação Científica Redalyc  
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal  
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa  
acesso aberto

## PESQUISA

# Interfaces, lacunas e desafios entre bioética e oncologia

Camila Vasconcelos Carnaúba Lima<sup>1</sup>, Luis Fernando Biasoli<sup>2</sup>

1. Universidade Federal de Alagoas (Ufal), Maceió/AL 2. Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul/RS, Brasil.

## Resumo

Bioética e oncologia são áreas interdisciplinares que visam o entendimento integral do ser humano. Este artigo levantou estudos sobre temas de interface nessas áreas, identificando possíveis contribuições, lacunas e desafios emergentes. Foi feita revisão integrativa que buscou os descritores “oncologia” (*oncology*) ou “câncer” (*cancer*); “bioética” (*bioethics*) ou “ética” (*ethics*) e encontrou 29 artigos. As discussões remetiam ao conhecimento ou aplicação de princípios da bioética na oncologia; dificuldades na comunicação médico-paciente; e aspectos e normas éticas em pesquisa. Torna-se necessário, portanto, garantir a aplicação de princípios bioéticos, ampliar investimentos no ensino formal de bioética, nas habilidades interpessoais e de comunicação médico-paciente, e divulgar a bioética para a população em geral. Espera-se que este estudo dê continuidade aos já realizados e que surjam novos interesses sobre o assunto.

**Palavras-chave:** Bioética. Oncologia. Saúde.

## Resumen

### Cruces, lagunas y desafíos entre bioética y oncología

Bioética y oncología son áreas interdisciplinarias que apuntan al entendimiento integral del ser humano. El presente artículo realizó una recopilación de estudios sobre temas de intersección entre estas áreas, identificando posibles contribuciones, lagunas y desafíos emergentes. Se realizó una revisión integrativa que buscó los descriptores “oncología” (*oncology*) o “cáncer” (*cancer*); “bioética” (*bioethics*) o “ética” (*ethics*), y se encontraron 29 artículos. Las discusiones se remitían al conocimiento o aplicación de principios de la bioética en la oncología; dificultades en la comunicación médico-paciente; y aspectos y normas éticas en investigación. Se hace necesario, por lo tanto, garantizar la aplicación de los principios bioéticos; ampliar la inversión en la enseñanza formal de bioética, en las habilidades interpersonales y de comunicación médico-paciente, y difundir la bioética en la población en general. Se espera que este estudio dé continuidad a aquellos ya realizados, y que surjan nuevos intereses sobre el tema.

**Palabras clave:** Bioética. Oncología médica. Salud.

## Abstract

### Interfaces, gaps and challenges between bioethics and oncology

Bioethics and oncology are interdisciplinary areas that aim at the integral understanding of the human being. This article made a survey of studies on interface between these areas, identifying possible contributions, gaps and emerging challenges. We carried out an integrative review that sought the descriptors “oncology” or “cancer”; “bioethics” or “ethics”, and found 29 articles. The discussions referred to the knowledge or application of principles of bioethics in oncology; difficulties in the physician-patient communication; and ethical standards in research. Therefore, it is necessary to guarantee the application of bioethics’ principles; to increase investment in the formal teaching of bioethics, to improve interpersonal and physician-patient communication skills; and to disseminate bioethics to the general population. It is hoped that this study will give continuity of those already carried out, and that new interests will arise on the subject.

**Keywords:** Bioethics. Medical oncology. Health.

Declararam não haver conflito de interesse.

A oncologia surgiu entre 1733 e 1788 na França, como especialidade de médicos e cientistas voltados a estudos sistemáticos sobre câncer<sup>1</sup>. Essa patologia resulta do crescimento incontrolável de células anormais – desencadeado por fatores físicos, químicos e biológicos –, que invadem tecidos adjacentes e, pela corrente sanguínea e sistema linfático, invadem outros órgãos, gerando metástases. Esse crescimento desordenado e acelerado das células neoplásicas decorre da divisão em mitose, que culmina na formação de células anaplásticas, disformes e numerosas. A massa que compõe o câncer é pouco delimitada e localmente invasiva, podendo se infiltrar em tecidos adjacentes com metástase<sup>2</sup>.

Antes adstrita à medicina, a oncologia é hoje área interdisciplinar que congrega vários ramos do saber. Essa ciência objetiva dar atenção integral à pessoa com câncer e ampliar as pesquisas na área a partir de diversas perspectivas teórico-metodológicas<sup>2</sup>. Ressalta-se que a Portaria do Ministério da Saúde 2.439, de 8 de dezembro de 2005,<sup>3</sup> prevê atenção oncológica com base em trabalho multidisciplinar, incluindo campos como psicologia clínica, serviço social, nutrição, fisioterapia, odontologia e psiquiatria.

Contudo, embora a assistência oncológica tenha sido ampliada para além dos aspectos médico-biológicos do câncer, a quantidade de pesquisas baseadas em outras áreas de conhecimento ainda é pequena. Trabalhos recentes mostram que ainda predominam estudos voltados à biologia básica e ao tratamento especial do câncer, isto é, à produção de conhecimento sobre biomarcadores e novos medicamentos<sup>1</sup>. Portanto, entende-se que permanece o desafio de abranger os diversos aspectos humanos do câncer, sendo necessárias pesquisas com outros enfoques para fazer jus à integralidade e interdisciplinaridade da oncologia.

Um campo do conhecimento que tem interagido com outras ciências é a bioética. De acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco), trata-se de estudo sistemático e pluralista acerca de problemas morais, teóricos e práticos da medicina, bem como dos demais estudos da vida e das tecnologias empregadas<sup>4</sup>.

Caso marcante que impulsionou a discussão da bioética ocorreu em 1962 na Universidade de Washington, quando um pequeno grupo formado por não médicos se reuniu em Seattle para decidir quem receberia hemodiálise, tratamento novo na época. Foi marcante a contribuição da filosofia, teologia e de outros saberes nas reflexões sobre o uso dessa tecnologia, cuja escolha era até o momento restrita à classe médica. Desde então, a bioética tem

se caracterizado por seu caráter interdisciplinar, não se limitando ao saber biomédico<sup>5</sup>.

Embora haja registros anteriores do termo “bioética” (ética da vida) na história, não é propósito deste artigo debater quem usou primeiro a palavra. Reconhece-se, contudo, que a obra lançada em 1971 pelo oncologista americano Van Potter, cujo título é “Bioética: uma ponte para o futuro”, pode ser considerada o trabalho seminal das bases teóricas modernas para a disciplina que foi se consolidando como uma nova ciência e que faz uma reflexão sistemático-crítica, buscando aproximar as descobertas científicas de uma visão ético-humanística para a ciência.

A partir do crescimento teórico da bioética e aumento de sua importância nos meios acadêmicos e sociais, tornou-se difícil e problemático desconsiderar as perguntas levantadas pela bioética sobre o futuro da humanidade, quando a ciência e a tecnologia são desenvolvidas vazias de conteúdo ético-moral. A ciência não pode se desenvolver a qualquer custo, sem levar em conta perigos e ameaças que ela pode representar para o futuro da humanidade e do planeta. A bioética, portanto, acredita que o conhecimento científico-tecnológico deve considerar suas implicações éticas<sup>6</sup>.

Focando especificamente a clínica, quatro princípios foram esquematizados por Beauchamp e Childress em 1979 para definir bioética, e atualmente tais termos são os mais divulgados, sobretudo no que diz respeito à relação entre profissional e paciente ou à pesquisa: autonomia, ou seja, capacidade de o indivíduo deliberar sobre seus objetivos e agir a partir de suas decisões; beneficência, isto é, promoção de benefícios; não maleficência, que diz respeito à minimização de possíveis danos; e justiça, equidade na distribuição de benefícios-recursos. Esses princípios representam ética normativa a ser aplicada em conflitos médico-assistenciais. Todavia, seu uso não pode ser dogmático nem mecanizado, mas devidamente mediado e interpretado, adequando-se a cada caso<sup>5</sup>.

Considerando bioética e oncologia como campos interdisciplinares, nos quais é necessário entendimento integral do ser humano, questiona-se como ambas têm dialogado. Com o intuito de compreender melhor essa relação, este artigo levantou estudos sobre os dois saberes, identificando possíveis contribuições, lacunas e desafios que surgem dessa interação. Para tanto, foi realizada revisão integrativa sobre o tema. Espera-se incentivar reflexões sobre essa articulação interdisciplinar, visando aperfeiçoar

as contribuições à saúde humana, além de problematizá-la e sugerir futuros estudos.

## Método

A revisão de literatura integrativa sintetizou o conhecimento produzido sobre o tema a partir de perguntas-foco, discutindo-o criticamente, considerando sua aplicabilidade e apontando prioridades para futuros estudos<sup>7</sup>. Foram pesquisados estudos nacionais e internacionais publicados nos últimos onze anos. Os bancos de dados acessados foram SciELO, PubMed, Lilacs, Web of Science, Scopus e BVS, a partir dos seguintes termos em português e inglês, conforme definem os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “oncologia” (*oncology*) ou “câncer” (*cancer*) e “bioética” (*bioethics*) ou “ética” (*ethics*). Para combinar os termos de busca, foi utilizado o operador booleano “and”.

Incluíram-se artigos e teses de acesso aberto que analisaram seres humanos, cujo tema principal foram aspectos bioéticos de interesse na área oncológica. Excluíram-se artigos repetidos, de revisão de literatura, de meta-análise, pesquisas com animais, editoriais, artigos de declaração/convenção ou validação de instrumentos não relacionados à bioética, relatos de experiência e textos que se referiam à ética somente para serem aprovados pelo Comitê

de Ética (sem necessariamente abordar o tema). Publicações com pelo menos dois termos no título, nas palavras-chave ou no resumo foram selecionadas para leitura na íntegra.

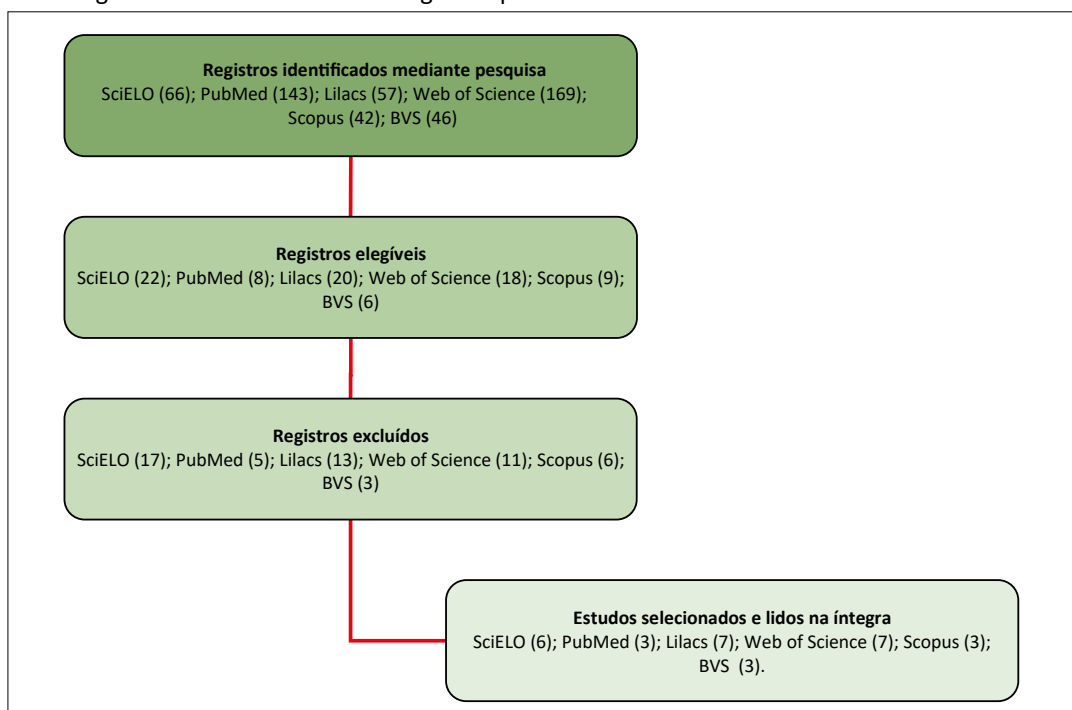
A fim de sistematizar o material selecionado, as seguintes informações de cada publicação foram priorizadas: fonte do estudo (periódico); instituição de autoria, participantes e personagens-tema da pesquisa; possível interface entre oncologia e bioética; principais lacunas e desafios para ambas as áreas.

O conteúdo foi analisado de acordo com a técnica de Bardin<sup>8</sup>, que busca esclarecer critérios de análise e sistematicidade das informações. Foram também utilizadas categorias para identificar aquelas que melhor expressassem as propostas do texto e permitissem sua divisão em classes<sup>9</sup>. Depois de caracterizadas, as informações foram organizadas, e os dados levantados foram discutidos de acordo com a literatura, refletindo-se sobre possíveis lacunas e desafios para diálogos futuros.

## Resultados e discussão

Após levantamento e filtragem segundo os critérios mencionados, foram selecionadas 29 pesquisas (Figura 1).

**Figura 1.** Diagrama do levantamento bibliográfico por bancos de dados



**Caracterização dos estudos**

Percebe-se que a maior parte das publicações se apresenta em forma de artigo (26). Apenas a Revista Bioética, BMC Medical Ethics e Revista da Associação

Médica Brasileira publicaram mais de um artigo sobre o tema. Quanto às instituições pesquisadas, 11 eram brasileiras e 17 internacionais, o que representa, à primeira vista, expressiva produção sobre o tema no país.

**Quadro 1.** Caracterização dos estudos levantados sobre oncologia e bioética – referência, tipo e fonte da publicação

Referência	Tipo	Título	Fonte – Base de dados
1. Chacón e colaboradores <sup>10</sup> ; 2008	artigo	Algunas variables del tratamiento quirúrgico maxilofacial y bioética en el adulto mayor	Revista Cubana de Cirugía – Lilacs
2. Santos, Silva, Paranhos <sup>11</sup> ; 2014	artigo	Conflito de interesses em ensaios clínicos iniciais envolvendo pacientes com neoplasia de pulmão	Revista Bioética – SciELO
3. Pentz e colaboradores <sup>12</sup> ; 2014	artigo	Unmet needs of siblings of pediatric stem cell transplant recipients	Pediatrics – PubMed
4. Primo, Garrafa <sup>13</sup> ; 2010	artigo	Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário	Revista da Associação Médica Brasileira – SciELO
5. Albuquerque, Araújo <sup>14</sup> ; 2011	artigo	Informação ao paciente com câncer: o olhar do oncologista	Revista da Associação Médica Brasileira – Lilacs
6. Geovanini <sup>15</sup> ; 2011	dissertação	Notícias que (des)enganam: o impacto da revelação do diagnóstico e as implicações éticas na comunicação de más notícias para pacientes oncológicos	Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública – Lilacs
7. Vanoni <sup>16</sup> ; 2014	tese	La bioética aplicada al contexto de la práctica médica asistencial cotidiana	Universidad Nacional de Cordoba, Facultad de Ciencias Médicas – Lilacs
8. Trindade e cols. <sup>17</sup> ; 2007	artigo	O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado	Revista da Associação Médica Brasileira – Lilacs
9. Verástegui <sup>18</sup> ; 2006	artigo	Consenting of the vulnerable: the informed consent procedure in advanced cancer patients in Mexico	BMC Medical Ethics – PubMed
10. Burke <sup>19</sup> ; 2014	artigo	Rethinking the therapeutic misconception: social justice, patient advocacy, and cancer clinical trial recruitment in the US safety net	BMC Medical Ethics – PubMed
11. Selli, Garrafa, Junges <sup>20</sup> ; 2008	artigo	Beneficiários do trabalho voluntário: uma leitura a partir da bioética	Revista de Saúde Pública – SciELO
12. Rodríguez e cols. <sup>21</sup> ; 2014	artigo	Aspectos bioéticos en pacientes con cáncer de pulmón	Medisan – SciELO
13. Crespo e cols. <sup>22</sup> ; 2007	artigo	Principios bioéticos, su relación con el paciente oncológico: estudiantes de 2 do año licenciatura en enfermería	Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Rio – Lilacs
14. Gamboa, Gregianin <sup>23</sup> ; 2013	artigo	Aspectos éticos e normativos de um estudo clínico multicêntrico de oncologia pediátrica	Revista Bioética – SciELO
15. Duque, Rama-lho, Casali-da-Rocha <sup>24</sup> ; 2010	artigo	Termo de consentimento e análise de material biológico armazenado	Revista da Associação Médica Brasileira – SciELO
16. Ferreira <sup>25</sup> ; 2012	dissertação	A percepção dos profissionais de saúde do Inca sobre os cuidados no fim de vida de crianças com câncer	Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Lilacs
17. Eich, Verdi, Martins <sup>26</sup> ; 2015	artigo	Deliberação moral em sedação paliativa para uma equipe de cuidados paliativos oncológicos	Revista Bioética – BVS
18. Monsalve e cols. <sup>27</sup> ; 2009	artigo	El consentimiento informado en el Instituto Nacional de Cancerología (Colombia)	Revista Colombiana de Cancerología – BVS

continua...

Quadro 1. Continuação

Referência	Tipo	Título	Fonte – Base de dados
19. Ebbesen, Pedersen <sup>28</sup> ; 2007	artigo	Empirical investigation of the ethical reasoning of physicians and molecular biologists: the importance of the four principles of biomedical ethics	Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine – BVS
20. Cueto <sup>29</sup> ; 2012	artigo	Bioethical issues in oncology	Revista Mexicana de Anestesiologia – Scopus
21. Bont e cols. <sup>30</sup> ; 2007	artigo	Decisiones en la práctica médica del final de la vida: importancia basada en la opinión, grado de información y formación de médicos que laboran en los estados Aragua y Carabobo	Salus – Scopus
22. Tsouskas, Paraskeuopoulos <sup>31</sup> ; 2006	artigo	The contribution of bioethics history in management of surgical treated oncology patients	Surgical Chronicles – Scopus
23. Luz e colaboradores <sup>32</sup> ; 2015	artigo	Ethical problems experienced by oncology nurses	Revista Latino-Americana de Enfermagem – Web of Science
24. Thomas, O'Leary, Fried <sup>33</sup> ; 2014	artigo	A comparison of the willingness of resident and attending physicians to comply with the requests of patients at the end of life	Journal of General Internal Medicine – Web of Science
25. Kleiderman e cols. <sup>34</sup> ; 2012	artigo	Recruiting terminally ill patients into non-therapeutic oncology studies: views of health professionals	BMC Medical Ethics – Web of Science
26. Wittmann-Vieira, Goldim <sup>35</sup> ; 2012	artigo	Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida	Acta Paulista de Enfermagem – Web of Science
27. Malan, Moodley <sup>36</sup> ; 2016	artigo	Phase 3 oncology clinical trials in South Africa: experimentation or therapeutic misconception?	Journal of Empirical Research on Human Research Ethics – Web of Science
28. Pfeil e cols. <sup>37</sup> ; 2015	artigo	What keeps oncologists from addressing palliative care early on with incurable cancer patients? An active stance seems key	Oncologist – Web of Science
29. Louie e cols. <sup>38</sup> ; 2013	artigo	Assessing fitness to drive in brain tumour patients: a grey matter of law, ethics, and medicine	Current Oncology – Web of Science

Tabela 1. Resultados da revisão integrativa sobre características de amostras, temas e desafios em oncologia e bioética

Público-alvo das amostras dos estudos levantados	
Pacientes	35,4%
Profissionais de saúde – apenas médicos	23,5%
Profissionais de saúde – incluindo médicos	17,6%
Familiares	11,8%
População em geral	8,8%
Estudantes	2,9%
Temas em oncologia e bioética %	
Nível de conhecimento ou aplicação de princípios em bioética	43%
Dificuldades na comunicação médico-paciente	33%
Aspectos e normas éticas em pesquisa	24%
Desafios para oncologia e bioética %	
Garantir conhecimento e aplicação de princípios bioéticos	45,7%
Desenvolver habilidades interpessoais e de comunicação médico-paciente	26,1%
Aumentar investimento no ensino de bioética	21,7%
Divulgar a bioética	6,5%



As pesquisas registram diferentes perspectivas no que diz respeito à interação entre bioética e oncologia. Pacientes, familiares e população em geral, representando a sociedade civil, têm sido alvo de interesse de mais da metade dos estudos. Isso indica que, ao dar voz a este público, é possível compreender vivências e dados importantes de quem é diretamente “afetado” pela bioética.

Por outro lado, a quantidade de estudos sobre a equipe interdisciplinar de oncologia e bioética ainda é pequena quando comparada aos que abordam apenas os aspectos relacionados à prática médica. Ainda menor é a quantidade de pesquisas sobre futuros profissionais – apenas uma, com alunos de enfermagem.

Os dados apontam predominância da participação médica no diálogo entre oncologia e bioética, o que denota a incipiência na discussão dessa temática por outros profissionais que cuidam do paciente com câncer, como previsto na Portaria 2.439/2005<sup>3</sup>. Questiona-se se esse dado estaria relacionado à lacuna na produção de conhecimento sobre a articulação entre essas áreas.

### *Diálogo entre oncologia e bioética*

Os dados coletados foram analisados nas seguintes categorias: 1) nível de conhecimento ou aplicação de princípios em bioética; 2) dificuldade na comunicação médico-paciente; e 3) aspectos e normas éticas em pesquisa. Destaca-se que na prática as categorias estão interligadas, sendo divididas apenas para fins didáticos.

O tema mais frequente referia-se ao conhecimento de princípios bioéticos ou, ainda, a sua prática no contexto oncológico. De todos os princípios, a autonomia foi o mais problematizado, relacionando-se com poder de tomada de decisão do paciente oncológico durante o tratamento ou sua participação em ensaios clínicos.

Sobre este último ponto, é importante lembrar que o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é documento no qual o paciente e/ou seu responsável legal explicita por escrito seu assentimento à realização de determinado procedimento. Instituído pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466, de 12 de dezembro de 2012, deve ter linguagem clara, objetiva e de fácil compreensão sobre o procedimento a ser aplicado, os direitos do paciente e riscos e benefícios envolvidos<sup>39</sup>. Partindo do princípio de que o enfermo tem interesse em decidir sobre seu tratamento<sup>31</sup> e esteja em boas condições para tal<sup>35</sup>, o TCLE torna-se instrumento de amparo a sua autonomia.

Contudo, alguns estudos mostram que o termo de consentimento nem sempre tem cumprido sua função. Embora muitos pacientes se submetam a procedimentos invasivos, não têm conhecimento pleno do documento para tomar essa decisão<sup>10</sup> e isso acaba limitando seu poder de escolha em relação ao tratamento médico<sup>10,27</sup>. Alguns estudos revelam inclusive que muitos pacientes participaram de ensaios clínicos para testar medicamentos sem conhecer os possíveis danos à saúde<sup>11,36</sup>.

Além disso, a autonomia foi avaliada em pessoas que decidiram doar células de tecido hematopoéticas para familiares doentes. Verificou-se que a maioria dos doadores não teve acesso a informações importantes sobre esse procedimento, e sequer sabiam de seus direitos. A ausência dessas informações e a decorrente falta de conhecimento, portanto, inviabilizam a efetiva tomada de decisão<sup>12</sup>.

Fatores relevantes para essa discussão são a vulnerabilidade em que esses pacientes se encontram e a comunicação inadequada das informações sobre sua condição e alternativas terapêuticas, o que fere sua autonomia. O fato de o enfermo encontrar-se vulnerável pela doença pode torná-lo passivo em relação às alternativas apresentadas, dada a pequena chance de cura<sup>11,27</sup>.

Em outro estudo, constatou-se que a maioria dos médicos evita pedir ao enfermo que tome decisões<sup>28</sup> quando este se encontra física e psicologicamente impossibilitado de deliberar sobre o tratamento. Na opinião de médicos oncologistas do mesmo estudo, os enfermos em estágio terminal do câncer aceitam participar de ensaios clínicos com intuito de beneficiar outras pessoas nas mesmas condições. Contudo, alguns biólogos discordam desse ponto de vista, pois acreditam que esses pacientes estão restritos às circunstâncias da condição de terminalidade para fazer determinada escolha (geralmente favorável a qualquer tratamento, incluindo possíveis riscos)<sup>28</sup>.

Em países em desenvolvimento a autonomia desses enfermos pode ser ainda mais comprometida devido à escassez ou falta de meio alternativo de tratamento além dos oferecidos nos ensaios clínicos. Metade dos participantes de um estudo<sup>18</sup> – com baixa ou nenhuma escolaridade – que viviam em condições de pobreza, classificaram como difícil o entendimento de formulários de consentimento. No mesmo estudo, a maioria dos médicos concordou que esses formulários não eram compreendidos pelos pacientes.

A desigualdade de classe e a dependência do enfermo em relação à saúde pública também

influenciam na submissão a procedimentos invasivos. Isso levanta dúvidas quanto à validade do TCLE neste grupo vulnerável, pois põe em xeque o exercício de sua autonomia<sup>19</sup>. Como bem demonstram os estudos analisados nesta revisão, ainda é grande a quantidade de pacientes que não se sentem livres para fazer escolhas sobre seu tratamento<sup>13</sup>, o que os submete a decisões unilaterais do médico e revela a atitude paternalista em relação a enfermos oncológicos.

Assim, os médicos parecem confundir o “fazer bem” (proteger) ao paciente (princípio da beneficência) e o direito deste de tomar decisões próprias (autonomia) no tratamento do câncer<sup>11,13-17,27</sup>. Nesse caso, o paternalismo extremo mascarado pela beneficência retira do doente sua autonomia e anula seu direito de traçar o próprio destino.

Alguns autores também questionaram o duplo papel do médico no relacionamento com pacientes oncológicos, pois, ao mesmo tempo que os assiste, é também recrutador de pesquisas. Assim, a incapacidade do enfermo de decidir, ao ter a autonomia comprometida, pode aumentar a confiança e dependência do médico e, por conta disso, pode não ter seus interesses defendidos<sup>11</sup>.

Muitos sujeitos parecem não distinguir a participação em pesquisas clínicas do tratamento ordinário, atribuindo intenção terapêutica a procedimentos de pesquisa. Supõe-se que, nesse caso, não está claro para os pacientes o que é participar de ensaio clínico, pois, para a maioria deles, investigação e tratamento fluem juntos. Isso também pode decorrer do desconhecimento sobre o TCLE e gerar confusão entre recrutamento de ensaios clínicos e necessidades reais, bem como preocupações do quadro do enfermo<sup>19</sup>.

Questões de conhecimento e aplicação dos princípios da beneficência e da não maleficência também estiveram presentes nos resultados. Ambos os princípios foram discutidos com a comparação dos resultados de sete ensaios clínicos norte-americanos, nos quais pessoas com câncer receberam determinado procedimento terapêutico para experimento que testava o efeito de um medicamento. Observou-se que os efeitos tóxicos (inclusive o número de óbitos) desse experimento aumentaram estatisticamente, gerando riscos e danos aos participantes. Esse tratamento, que se dizia inovador, sequer trouxe benefícios<sup>11</sup>.

Outro estudo investigou a percepção de voluntários em um hospital oncológico. Observou-se que a promoção do bem-estar gerou diferentes perspectivas para esse grupo. A primeira mostrava que o voluntário era o maior beneficiado com o trabalho, por razões de aprendizado, superação de si mesmo, redirecionamento do cotidiano e pelo

contato com outras pessoas. A segunda, sem diferença significativa, entendia que não só o voluntário se beneficiava, mas também o paciente, sendo a perspectiva mais horizontal e empática na relação voluntário-paciente.

Por fim, embora sendo parcela pouco significativa, alguns voluntários atribuíram os benefícios de seu trabalho à instituição e à sociedade. Destaca-se a pouca reflexão sobre o princípio de justiça em trabalhos voluntários, predominando o entendimento da beneficência<sup>16</sup>. Por outro lado, em pesquisa com médicos e biólogos, predominou a preocupação com a justiça, principalmente quanto a alocação de recursos, embora não tivessem conhecimento das teorias sobre o assunto<sup>28</sup>.

No que se refere ao conhecimento de princípios bioéticos em geral, destaca-se que pacientes com mais escolaridade eram mais instruídos em relação ao tema<sup>21,27</sup>, sendo a justiça o princípio mais conhecido<sup>21</sup>. Outro estudo, que examinou estudantes do 2º ano de enfermagem, mostrou que não tinham conhecimento satisfatório da bioética no caso de pacientes com morte cerebral, doação de órgãos, necropsia (conhecer e confirmar motivo de morte) e outros princípios<sup>22</sup>. Por outro lado, o estudo que avaliou o grau de informação de médicos sobre documentos legais que fiscalizam sua conduta ética revela que estavam desatualizados quanto ao assunto<sup>30</sup>.

Alguns estudos evidenciam conflitos entre profissionais oncológicos em situações nas quais princípios bioéticos são requisitados. Um deles descreve a complexa tarefa da sedação paliativa em situação de extremo sofrimento, que acaba gerando choque de valores entre paciente, família e equipe<sup>26</sup>. Médicos e enfermeiros sentem-se incertos quanto ao momento ideal para discutir sobre o fim da vida e o equilíbrio clínico entre o envolvimento emocional do médico e os desejos do acometido<sup>32,37</sup>. Opiniões de médicos sobre pedidos de enfermos no final da vida e sua disposição em cumprir pedidos, como retenção de intubação ou aplicação de doses cada vez maiores de medicamentos, relacionam-se com a experiência na área, com mudança substancial durante a residência médica<sup>33</sup>.

Problemas de comunicação entre médicos e pacientes também foi tema frequente nos estudos. Pesquisas mostraram que, geralmente, as informações fornecidas têm sido bastante limitadas, e uma hipótese seriam as dificuldades e conflitos éticos na comunicação entre os envolvidos, tanto no diagnóstico quanto no prognóstico.

Grande parte dos oncologistas informava o diagnóstico na primeira consulta, embora



muitas vezes o paciente já tivesse conhecimento da doença<sup>14,17,29</sup>. Durante a comunicação do diagnóstico, a maioria dos médicos indagava seus pacientes quanto ao desejo de saber sobre a doença, esperando que o paciente fizesse perguntas sobre isso. Quando solicitados, usavam termos médicos para informá-lo, mas também os explicavam. Os oncologistas ainda avaliaram que as informações ao enfermo nem sempre eram completas, demonstrando que procedimentos que deveriam ser exceção eram frequentes. Na verdade, informar devidamente o enfermo não traz problemas; na maioria dos casos, o diagnóstico completo não gera conflitos<sup>14</sup>.

Dizer a verdade de forma direta é considerado por médicos e oncologistas como tarefa difícil<sup>15,16,27</sup>. Na percepção desses profissionais, isso se deve à pouca ênfase na comunicação durante a graduação médica, à imagem negativa que se tem do câncer, a concepções fantasiosas relacionadas ao diagnóstico e a dificuldades de se abordar a morte<sup>15</sup>. Durante a comunicação de más notícias, a família tem papel importante<sup>15,29</sup>, mas, dependendo de sua dinâmica (se é ausente ou excessivamente participativa), pode criar conflitos que vão repercutir na relação médico-paciente. Por exemplo, quando solicitado pela família, o médico pode omitir o diagnóstico do paciente, e isso gera conflitos éticos<sup>15</sup>.

Como já mencionado, as informações sobre o diagnóstico são normalmente passadas aos pacientes. Porém, em pesquisas com esses indivíduos, a correlação não é positiva. O resultado de uma pesquisa mostrou que a maioria dos acometidos gostaria de ser informada sobre a doença, mesmo que fosse muito grave<sup>31</sup>. Quando informados sobre a doença, embora a maioria tivesse conhecimento dos procedimentos terapêuticos a que seriam submetidos (e de suas reações adversas), apenas 45% conheciam o verdadeiro diagnóstico<sup>31</sup>.

Em outra pesquisa, esse índice foi menor que 10%<sup>21</sup>. Quando investigados sobre a qualidade das informações, os pacientes lembravam do primeiro diagnóstico como “péssima” experiência. A maioria deles foi alertada apenas sobre a gravidade da doença, e pequena parte compreendeu tudo, mesmo diante de termos técnicos<sup>13</sup>. Verificou-se também falta de informação sobre atitudes importantes a serem tomadas em relação a pacientes com tumor cerebral, uma vez que nesse caso estão mais predispostos a déficits neurocognitivos<sup>38</sup>.

Também há dificuldades e conflitos éticos no prognóstico. Informar o diagnóstico é diferente de falar sobre o prognóstico<sup>14</sup>, pois, mesmo interessado

em todas as informações sobre o primeiro, o paciente não necessariamente deseja ser informado sobre o prognóstico<sup>14</sup>. Quando a expectativa de vida é ruim, os oncologistas tendem a contar com apoio dos familiares<sup>14,17</sup>. Parte dos oncologistas comunica paciente e familiares; outra, apenas a família. São poucos os que informam somente o paciente e deixam para ele a decisão de contar aos parentes.

Outros médicos relataram se sentir constrangidos ao dar más notícias sobre o prognóstico, pois acreditam causar mais transtornos ao paciente, ou que a família passaria a ser mais responsável pelo paciente do que o próprio profissional<sup>14</sup>. Ressalta-se que um dos estudos apontou tendência de médicos religiosos em lidar melhor com a comunicação de más notícias<sup>27</sup>.

Protocolos éticos também tiveram destaque nos estudos, uma vez que foram constatados problemas no cumprimento de aspectos éticos e normativos em protocolos de experimentação de centros de pesquisa em oncologia. Essas limitações de algumas instituições se referiam à não submissão do projeto de pesquisa ao comitê de ética em pesquisa responsável e à não garantia de todas as assinaturas nos TCLE para indicar consentimento de participação na pesquisa<sup>23</sup>, procedimentos já estabelecidos pela Resolução CNS 466/2012<sup>39</sup>.

Um procedimento ético investigado relacionava-se à obtenção de TCLE por correio. Observa-se que esse meio pode apresentar outros riscos, como ansiedade (por receber diagnóstico em casa) e outros distúrbios psicológicos. Mesmo um simples telefonema, telegrama ou convocação do hospital pelo correio já poderiam remeter a lembranças da doença, causando desajustes emocionais. Desse modo, o procedimento que inicialmente seria mais pertinente e adequado não condiz com a melhor prática, pondo em xeque o princípio da não maleficência<sup>24</sup>.

### **Lacunas e desafios para futuros diálogos**

Como visto, os analisados estudos apontam algumas lacunas e problemas que necessitam de atenção, sugerindo desafios de novos diálogos na interação das áreas estudadas. Embora os princípios bioéticos estejam normalizados em resoluções, protocolos e outros documentos, frequentemente ocorrem falhas em sua aplicação, seja em pesquisas ou em atendimentos médicos. Um dos problemas mais relatados foi o comprometimento da autonomia do paciente. Tal princípio não pode se resumir à assinatura do TCLE<sup>14,17,23</sup>, pois trata-se de processo gradual e baseado na relação médico-paciente, em fornecer informações suficientes para a tomada de decisões.

O TCLE não deve ser apenas mecanismo, mas instrumento em favor da autonomia<sup>10</sup>.

Além disso, ressalta-se que essa questão não pode ser confundida com “respeito ao desejo” do paciente – se não estiver bem informado, não vai tomar decisões bem fundamentadas<sup>27</sup>. Deve-se também combater a tendência médica paternalista na relação com pacientes, bem como o duplo papel (cuidador e recrutador de pesquisa). Sugere-se, portanto, medidas mais eficazes<sup>11,14,15,19,35</sup>, como disponibilidade de recrutadores<sup>34</sup> e mais espaços, horários e estratégias de acolhimento a dúvidas e esclarecimentos<sup>27</sup>.

Também é preciso aprimorar a qualidade da informação prestada aos paciente e participantes de pesquisas, para que suas condições e interesses sejam analisados de forma mais objetiva. Para tanto, é indispensável a boa comunicação entre profissionais de saúde e enfermos, e a oferta de tratamento adequado a suas necessidades<sup>15</sup>. A comunicação médico-paciente sobre diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento é obrigatória pelo Código de Ética Médica vigente no país, salvo se provocar danos. Nesse caso, o profissional deve comunicar o representante legal do acometido<sup>40</sup>.

O momento de garantir a autonomia não deve se limitar à fase final do paciente, mas também durante o adoecimento, para que as decisões sejam tomadas de forma consciente diante dos dilemas éticos que surgirem. Assim, decisões sobre tratamentos mais agressivos não precisam ser feitas somente quando a morte é iminente, mas durante todo o processo, enquanto o sujeito ainda tem autonomia<sup>26,37</sup>. Aos profissionais de cuidados paliativos, recomenda-se que aprimorem seu conhecimento ético e axiológico<sup>26</sup>.

No âmbito do trabalho em equipe são necessárias decisões consensuais, prudentes e razoáveis entre todos os envolvidos<sup>5,19,26</sup>. As conversas e reuniões entre profissionais, familiares e enfermos são vistas como principal instrumento para isso<sup>26</sup>. As decisões devem ir além dos princípios ontológicos universais e serem sensíveis à alteridade. Nesse sentido, a ética da alteridade levinasiana abrange a problemática da dignidade humana e suas relações interpessoais, visando fundamentar critérios diante de dilemas bioéticos para instrumentalizar todos os envolvidos<sup>41</sup>.

A grande quantidade de estudos que clama pela garantia de conhecimento e aplicação dos princípios bioéticos ratifica a atividade médica para além da técnica. A profissão não pode se concentrar em aspectos puramente técnicos, uma vez que

sua essência perpassa a inter-relação com o outro, caracterizando relacionamentos que remetem a exigências morais<sup>42,43</sup>.

Alguns autores dos estudos levantados sugerem o desenvolvimento de habilidades interpessoais e de comunicação<sup>29</sup>. Cabe ao médico estar preparado para perceber a capacidade de compreensão e discernimento do paciente, de modo que este possa exercer sua verdadeira autonomia<sup>17</sup>. O momento de dar más notícias exige preparo e sensibilidade<sup>14,15</sup>, e deve ser pensado pelo profissional a partir das condições psicológicas do paciente, adaptando as informações da melhor forma possível<sup>13,14</sup>. Também é necessário considerar gênero, escolaridade, idade e condições socioeconômicas para soluções mais adequadas<sup>14</sup>.

Esse manejo interpessoal no relacionamento médico-paciente pode melhorar a revelação do diagnóstico e acordos terapêuticos, aprimorando a autonomia do paciente oncológico. O profissional deve disponibilizar não só informações sobre sua condição clínica (aspectos físicos ou neurocognitivos)<sup>38</sup>, mas também prepará-lo para a última fase de sua vida. Entretanto, seria necessária orientação mais objetiva sobre quando iniciar essa comunicação, para que enfermos com câncer avançado possam fazer as escolhas mais conscientes<sup>37</sup>.

No âmbito pediátrico, recomenda-se que os profissionais de saúde considerem a participação das crianças, prestando cuidados de qualidade e explicando procedimentos e condutas a que serão submetidas. Melhorar a qualidade da comunicação e interação entre equipe médica e crianças pode favorecer sua autonomia, além de aprimorar sua capacidade de questionamento, autoestima e autocuidado<sup>25</sup>.

A capacitação formal curricular superior ou na educação continuada pode ser uma via de aprendizado para ampliar a comunicação entre médico e paciente, e o conhecimento bioético do profissional de saúde. Contudo, esse ensino não pode ser restrito ao conteúdo teórico, mas também à prática e vivência<sup>14-16,25,27,30,32,34</sup>. Destaca-se também a necessidade de estudos sobre estratégias de treinamento, sua influência na atuação médica e o impacto na qualidade de decisões éticas<sup>33</sup>.

O ensino da ética médica vem sendo incentivado pela resolução da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação – Resolução CNE/CES 3/2014<sup>44</sup> – que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina e propõe formação médica geral, humanista, crítica,

reflexiva e ética. Ressalta-se a importância do ensino em todos os níveis acadêmicos<sup>45</sup>, além da necessidade de conciliar a crítica entre preceitos médicos e disposições do contexto ético-político, o que torna a docência atividade política e ética<sup>46</sup>. A formação humanista, que permite ao aluno estabelecer valores referentes à ideia de humanidade a partir de suas experiências pessoais, será o diferencial do médico e permitirá inclusive transmitir confiança a pessoas adoecidas. Sugere-se, para tanto, metodologias que discutam experiências acerca de situações de conflitos e dilemas éticos<sup>47</sup>. Recomenda-se ainda a atualização dos conhecimentos bioéticos e o aprimoramento da colaboração técnico-científica e do embasamento ético, com o intuito de favorecer futuras gerações e o bem-estar da população<sup>45</sup>.

Diante do pouco conhecimento dos pacientes, familiares e da sociedade em geral, há necessidade de mais estudos que verifiquem seu entendimento de bioética e seus impactos no diagnóstico e na terapia do câncer<sup>21</sup>. Nesse contexto, os principais temas da bioética deveriam ser divulgados a toda a sociedade<sup>12,22,31</sup>.

Há lacunas sobretudo no cumprimento da justiça com pessoas vulneráveis e à margem da sociedade, seja devido ao câncer ou demais doenças. Nesse caso, a bioética deve fortalecer seus vínculos com movimentos sociais em defesa desses grupos<sup>20</sup>. O cumprimento da beneficência e da não maleficência também apresentou falhas nas pesquisas. Portanto, é preciso sempre assegurar aos participantes todos os benefícios possíveis e minimizar danos, por meio de informações claras sobre os riscos a que serão submetidos e a abordagem do equívoco terapêutico na pesquisa oncológica<sup>36</sup>.

Destaca-se também o cuidado que os pesquisadores devem ter para não causar danos que prejudicariam ainda mais a sobrevivência do paciente oncológico<sup>11</sup>. É necessário garantir a beneficência em relação aos cuidados prestados, visando o bem-estar dos pacientes e, para os que estão em fase terminal, morte digna<sup>25</sup>.

## Considerações finais

Este trabalho de revisão levantou 29 estudos que tratam de temas em oncologia e bioética. Proporcionalmente, o Brasil foi local da maioria das pesquisas encontradas, e os pacientes oncológicos corresponderam ao público mais abordado. A discussão sobre articulação entre oncologia e bioética focou principalmente o conhecimento e a aplicação de seus princípios, dificuldades na comunicação médico-paciente, além de aspectos e normas éticas em pesquisa.

Ainda são muitos os desafios para aprimorar a relação entre essas áreas, assim como para garantir aplicação e divulgação de princípios bioéticos, ampliar o investimento no ensino formal em bioética e em habilidades interpessoais e de comunicação médico-paciente.

Espera-se que diálogos entre as temáticas em foco fomentem mais discussões e auxiliem a melhorar a assistência e o desenvolvimento de pesquisas com pacientes oncológicos e demais envolvidos. Ademais, espera-se que mais estudos surjam, dando continuidade aos já realizados, e que despertem novos interesses a partir disso.

## Referências

1. Jemal A, Vineis P, Bray F, Torre L, Forman D. O atlas do câncer [Internet]. 2ª ed. Atlanta: American Cancer Society; 2014 [acesso 20 dez 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2JMYUaE>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ensino em atenção oncológica no Brasil: carências e oportunidades [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 2012 [acesso 20 dez 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2K33UqM>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 9 dez 2005 [acesso 20 dez 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2BIGuq6>
4. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos [Internet]. Paris: Unesco; 2005 [acesso 20 dez 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1TRJFa9>
5. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 10ª ed. São Paulo: Loyola; 2012.
6. Sgreccia E. Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica. São Paulo: Loyola; 1996.
7. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein [Internet]. 2010 [acesso 7 jan 2018];8(1):102-6. Disponível: <https://bit.ly/2IfNZHJ>
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2000.

9. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2008 [acesso 7 jan 2018];16(4):569-76. Disponível: <https://bit.ly/2JVXc2y>
10. Chacón RP, Manzano EM, Fernández AS, López OB. Algunas variables del tratamiento quirúrgico maxilofacial y bioética en el adulto mayor. *Rev Cuba Cir* [Internet]. 2008 [acesso 20 dez 2016];47(4). Disponível: <https://bit.ly/2tiVG3I>
11. Santos M, Silva DAC, Paranhos FRL. Conflito de interesses em ensaios clínicos iniciais envolvendo pacientes com neoplasia de pulmão. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2014 [acesso 20 dez 2016];22(3):500-8. Disponível: <https://bit.ly/2t2E0Kj>
12. Pentz RD, Alderfer MA, Pelletier W, Stegenga K, Haight AE, Hendershot KA *et al.* Unmet needs of siblings of pediatric stem cell transplant recipients. *Pediatrics* [Internet]. 2014 [acesso 20 dez 2016];133(5):e1156-62. Disponível: <https://bit.ly/2M3IPLD>
13. Primo WQSP, Garrafa V. Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010 [acesso 20 dez 2016];56(4):397-402. Disponível: <https://bit.ly/2t5UKQQ>
14. Albuquerque PDSM, Araújo LZS. Informação ao paciente com câncer: o olhar do oncologista. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2011 [acesso 20 dez 2016];57(2):144-52. Disponível: <https://bit.ly/2ymv2g3>
15. Geovanini F. Notícias que (des)enganam: o impacto da revelação do diagnóstico e as implicações éticas na comunicação de más notícias para pacientes oncológicos [dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2011 [acesso 18 jun 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2Mkpx85>
16. Vanoni SC. La bioética aplicada al contexto de la práctica médica asistencial cotidiana [tese] [Internet]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 2014 [acesso 18 jun 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2ymf5Gz>
17. Trindade ES, Azambuja LEO, Andrade JP, Garrafa V. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2007 [acesso 20 dez 2016];53(1):68-74. Disponível: <https://bit.ly/2lfAqll>
18. Verástegui EL. Consenting of the vulnerable: the informed consent procedure in advanced cancer patients in Mexico. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2006 [acesso 20 dez 2016];7:13. Disponível: <https://bit.ly/2NOZfEO>
19. Burke NJ. Rethinking the therapeutic misconception: social justice, patient advocacy, and cancer clinical trial recruitment in the US safety net. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2014 [acesso 20 dez 2016];15:68. Disponível: <https://bit.ly/2ljQ6um>
20. Selli L, Garrafa V, Junges JR. Beneficiários do trabalho voluntário: uma leitura a partir da bioética. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso 20 dez 2016];42(6):1085-9. Disponível: <https://bit.ly/2JZFm26>
21. Rodríguez HM, Salcedo SQ, Zambrano GLB, Rosales MC, Puente ST. Aspectos bioéticos en pacientes con cáncer de pulmón. *Medisan* [Internet]. 2014 [acesso 20 dez 2016];18(9):1232-7. Disponível: <https://bit.ly/2t7C57f>
22. Crespo ARD, Moreno MP, López AR, Trujillo DH, Nieves YL. Principios bioéticos, su relación con el paciente oncológico: estudiantes de 2do año licenciatura en enfermería. *Rev Cienc Méd* [Internet]. 2007 [acesso 20 dez 2016];11(4):193-201. Disponível: <https://bit.ly/2JLpm4t>
23. Gamboa MML, Gregianin LJ. Aspectos éticos e normativos de um estudo clínico multicêntrico de oncologia pediátrica. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 18 jun 2018];21(1):126-35. Disponível: <https://bit.ly/2JO6tOq>
24. Duque CG, Ramalho DMP, Casali-da-Rocha JC. Termo de consentimento e análise de material biológico armazenado. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010 [acesso 20 dez 2016];56(5):563-7. Disponível: <https://bit.ly/2tcl9dQ>
25. Ferreira FO. A percepção dos profissionais de saúde do Inca sobre os cuidados no fim de vida de crianças com câncer [dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012 [acesso 20 dez 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2tcJyRE>
26. Eich M, Verdi MIM, Martins PPS. Deliberação moral em sedação paliativa para uma equipe de cuidados paliativos oncológicos. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 7 jan 2018];23(3):583-92. Disponível: <https://bit.ly/2t7CSFf>
27. Monsalve L, Wiesner C, Restrepo MH, Herrera JI. El consentimiento informado en el Instituto Nacional de Cancerología (Colombia). *Rev Colomb Cancerol* [Internet]. 2009 [acesso 7 jan 2018];13(1):8-21. Disponível: <https://bit.ly/2M0xGKd>
28. Ebbesen M, Pedersen BD. Empirical investigation of the ethical reasoning of physicians and molecular biologists: the importance of the four principles of biomedical ethics. *Philos Ethics Humanit Med* [Internet]. 2007 [acesso 7 jan 2018];2:23. Disponível: <https://bit.ly/2iOC75i>
29. Cueto MPA. Bioethical issues in oncology. *Rev Mex Anestesiol* [Internet]. 2012 [acesso 7 jan 2018];35(1 Suppl):63-6. Disponível: <https://bit.ly/2ljVgqe>
30. Bont M, Dorta K, Ceballos J, Randazzo A, Urdaneta-Carruyo E. Decisiones en la práctica médica del final de la vida: importancia basada en la opinión, grado de información y formación de médicos que laboran en los estados Aragua y Carabobo. *Salus* [Internet]. 2007 [acesso 7 jan 2018];11(3):30-6. Disponível: <https://bit.ly/2tfverC>

31. Tsouskas LI, Paraskeuopoulos PS. The contribution of bioethics history in management of surgical treated oncology patients. *Surgical Chronicles* [Internet]. 2006 [acesso 7 jan 2018];11(3):227-34. Disponível: <https://bit.ly/2JLVBk2>
32. Luz KR, Vargas MAO, Schmidt PH, Barlem ELD, Tomaschewski-Barlem JG, Rosa LM. Ethical problems experienced by oncology nurses. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 7 jan 2018];23(6):1187-94. Disponível: <https://bit.ly/2M3WocW>
33. Thomas JM, O'Leary JR, Fried TR. A comparison of the willingness of resident and attending physicians to comply with the requests of patients at the end of life. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2014 [acesso 7 jan 2018];29(7):1048-54. Disponível: <https://bit.ly/2JVLzc8>
34. Kleiderman E, Avar D, Black L, Diaz Z, Rousseau C, Knoppers BM. Recruiting terminally ill patients into non-therapeutic oncology studies: views of health professionals. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2012 [acesso 7 jan 2018];13:33. Disponível: <https://bit.ly/2yjJMMML>
35. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [acesso 7 jan 2018];25(3):334-9. Disponível: <https://bit.ly/2M1UR73>
36. Malan T, Moodley K. Phase 3 oncology clinical trials in South Africa: experimentation or therapeutic misconception? *J Empir Res Hum Res Ethics* [Internet]. 2016 [acesso 7 jan 2018];11(1):47-56. Disponível: <https://bit.ly/2I0pc3n>
37. Pfeil TA, Laryionava K, Reiter-Theil S, Hiddemann W, Winkler EC. What keeps oncologists from addressing palliative care early on with incurable cancer patients? An active stance seems key. *Oncologist* [Internet]. 2015 [acesso 7 jan 2018];20(1):56-61. Disponível: <https://bit.ly/2lgBBqV>
38. Louie AV, Chan E, Hanna M, Bauman GS, Fisher BJ, Palma DA *et al.* Assessing fitness to drive in brain tumour patients: a grey matter of law, ethics, and medicine. *Curr Oncol* [Internet]. 2013 [acesso 7 jan 2018];20(2):90-6. Disponível: <https://bit.ly/2t5JzYf>
39. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 13 jun 2013 [acesso 7 jan 2018]. Disponível: <https://bit.ly/20ZpTyq>
40. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica (2010): revisão do código de ética médica [Internet]. 2010 [acesso 18 jun 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2ymb45b>
41. Monte FQ. Ética médica: evolução histórica e conceitos. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2009 [acesso 7 jan 2018];17(3):407-28. Disponível: <https://bit.ly/2yI0IR3>
42. Garcia JR. Bioética: princípios fundamentais e alternativos. *REU* [Internet]. 2007 [acesso 7 jan 2018];33(2):45-59. Disponível: <https://bit.ly/2HZBokM>
43. Sobrinho CLN, Nascimento MA, Carvalho FM. Ética e subjetividade no trabalho médico. *Bioética* [Internet]. 2004 [acesso 7 jan 2018];12(2):23-32. Disponível: <https://bit.ly/2MDCM07>
44. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; p. 8-11, 23 jun 2014 [acesso 20 dez 2016]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2k7LteN>
45. Grisard N. Medicina, ciência e ética: da serpente de Asclépio ao duplo hélix. *Bioética* [Internet]. 2006 [acesso 7 jan 2018];14(2):143-50. Disponível: <https://bit.ly/2tjliMH>
46. Nicholas B. Power and the teaching of medical ethics. *J Med Ethics* [Internet]. 1999 [acesso 7 jan 2018];25(6):507-13. Disponível: <https://bit.ly/2yoZRRc>
47. Neves NC. Ética para os futuros médicos: é possível ensinar? [Internet]. Brasília: CFM; 2006 [acesso 7 jan 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2JNxTE9>

#### Correspondência

Camila Vasconcelos Carnaúba Lima – Rua Artur Vital da Silva, 573 apt. 304, Gruta de Lourdes CEP 57057-790. Maceió/AL, Brasil.

Camila Vasconcelos Carnaúba Lima – Mestre – [camilacarnauba@gmail.com](mailto:camilacarnauba@gmail.com)  
 Luis Fernando Biasoli – Doutor – [luisbiasoli@hotmail.com](mailto:luisbiasoli@hotmail.com)

#### Participação dos autores

Ambos os autores conceberam e planejaram o trabalho, analisaram e interpretaram os dados e contribuíram para a revisão crítica. Camila Vasconcelos Carnaúba Lima levantou os dados da revisão integrativa da literatura e redigiu o artigo.

Recebido: 5.5.2017  
 Revisado: 4.1.2018  
 Aprovado: 25.2.2018