



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

JANINE MACIEL BARBOSA

**BIOÉTICA COMO FERRAMENTA DE TOMADA DE DECISÃO PARA SUPORTE
NUTRICIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

JOÃO PESSOA - PB

2019

JANINE MACIEL BARBOSA

**BIOÉTICA COMO FERRAMENTA DE TOMADA DE DECISÃO PARA SUPORTE
NUTRICIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Cuidados Paliativos do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como exigência para obtenção do título de Especialistas em cuidados paliativos.

ORIENTADOR: Prof^o. Dr. Ângelo Brito Pereira Melo

JOÃO PESSOA - PB

2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Cuidados Paliativos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba.

Apresentado em 22 de agosto de 2019.

BANCA EXAMINADORA



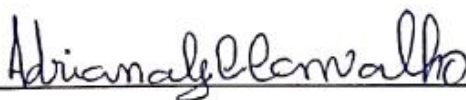
Dr. Ângelo Brito Pereira Melo

Orientador



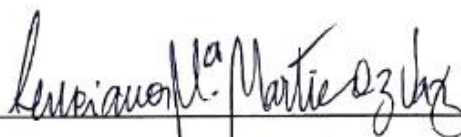
Dr.ª. Caroline Sousa Cabral

Membro Titular



Ms. Adriana Gomes César de Carvalho

Membro Titular



Ms. Luciana Maria Martinez Vaz

Membro Suplente

João Pessoa - PB

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

B238b Barbosa, Janine Maciel.

Bioética como ferramenta de tomada de decisão para suporte nutricional nos cuidados paliativos: uma revisão integrativa / Janine Maciel Barbosa. - João Pessoa, 2019.

34 f. : il.

Orientação: Ângelo Brito Pereira Melo Melo.
TCC (Especialização) - UFPB/CCS.

1. Cuidados paliativos. 2. Terapia Nutricional. I. Melo, Ângelo Brito Pereira Melo. II. Título.

UFPB/BC

RESUMO

Objetivo: Descrever o papel da bioética como ferramenta de tomada de decisão para o suporte nutricional em cuidados paliativos.

Métodos: Revisão integrativa da literatura, com coleta de dados em maio de 2009, nas bases de dados MEDLINE/PubMed, LILACS, SciELO e BVS-Bireme.

Resultados: Após análise dos 14 estudos selecionados, considerou-se pertinente três temáticas: (I) Princípios da bioética no contexto da nutrição; (II) Nutrição como dilema bioético; (III) Abordagens para a resolução de dilemas bioéticos em nutrição.

Conclusão: Para tomada de decisão no SN em pacientes em CP, o foco deve ser o cuidado centrado no paciente sob os pilares da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O respeito à autonomia garante ao paciente que ele receba o tratamento conforme o seu desejo; e o respeito aos princípios da beneficência e da não maleficência oportunizam cuidados aos pacientes e familiares que visem à qualidade de vida e à manutenção da dignidade humana.

DESCRITORES: Cuidados paliativos; Terapia Nutricional; Nutrição Enteral; Nutrição Parenteral; Bioética.

ABSTRACT

Objective: Describe the role of bioethics as a decision-making tool for the nutritional support in palliative care.

Methods: Integrative review of the literature, with data collection since May of 2009, in the MEDLINE/PubMed, LILACS, SciELO and BVS-Bireme databases.

Results: After analyzing the 14 selected studies, the following three themes were considered relevant: (I) Bioethics principles in the context of nutrition; (II) Nutrition as a bioethical dilemma; (III) Approaches to solving bioethical dilemmas in nutrition.

Conclusion: The decision-making regarding the nutritional support to patients in palliative care should be based on the patient-centered pillars of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice. Respecting the autonomy assures the patient that he will receive the treatment according to his wishes; and respecting the principles of beneficence and non-maleficence will enable a care to the patients and their family members that seeks to improve quality of life and maintain human dignity.

KEYWORDS: Palliative Care; Nutritional Therapy; Enteral Nutrition; Parenteral Nutrition; Bioethics.

RESUMEN

Objetivo: Describir el papel de la bioética como herramienta de toma de decisión para el Soporte Nutricional en Cuidados Paliativos.

Métodos: Revisión integradora de la literatura, con recolección de datos en mayo de 2009, en las bases de datos MEDLINE/PubMed, LILACS, SciELO y BVS-Bireme.

Resultados: Después del análisis de los 14 estudios seleccionados, se consideró pertinente tres temas: (I) Principios de la bioética en el contexto de la nutrición; (II) Nutrición como dilema bioético; (III) Enfoque para resolución de dilemas bioéticos en nutrición.

Conclusión: Para la toma de decisión en el SN en pacientes en CP, el punto principal debe ser el cuidado centrado en el paciente bajo los pilares de la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. El respeto a la autonomía asegura al paciente recibir el tratamiento conforme su deseo; y el respeto a los principios de la beneficencia y de la no maleficencia posibilitan a los pacientes y familiares cuidados que visen a la calidad de vida y a la manutención de la dignidad humana.

DESCRIPTORES: Cuidados paliativos; Terapia Nutricional; Nutrición Enteral; Nutrición Parenteral; Bioética.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
MÉTODOS	9
RESULTADOS.....	12
DISCUSSÃO	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
ANEXO A - NORMAS DA REVISTA CUIDADO É FUNDAMENTAL.....	27

**BIOÉTICA COMO FERRAMENTA DE TOMADA DE DECISÃO PARA SUPORTE NUTRICIONAL
NOS CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA***

**BIOETHICS AS A DECISION-MAKING TOOL FOR NUTRITIONAL SUPPORT IN PALLIATIVE CARE:
AN INTEGRATING REVIEW**

**LA BIOÉTICA COMO UNA HERRAMIENTA QUE TOMA DE DECISIONES PARA EL APOYO
NUTRICIONAL EN LA ATENCIÓN PALATIVA: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

Janine Maciel Barbosa¹, Ângelo Brito Pereira Melo²

¹Nutricionista, Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Nutricionista do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB/EBSERH), João Pessoa-PB-Brasil. ORCID: 0000-0002-3622-8715.

²Prof. de Endodontia da UFPB, Doutor em Endodontia, Gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB/EBSERH), João Pessoa-PB-Brasil.

Autor correspondente:

Janine Maciel Barbosa, Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB/EBSERH). Rua Etelvina Macedo de Mendonça, 360. Bloco C, apto 1102. Torre, CEP: 58040-530. João Pessoa, PB, Brasil. Telefone (081) 999077559. Email: janinebarbosa@gmail.com.

* Artigo baseado em monografia de conclusão do Curso de Especialização em Cuidados Paliativos, Centro de Ciências da Saúde, Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB/EBSERH): Barbosa JM. Bioética como ferramenta de tomada de decisão para suporte nutricional nos cuidados paliativos: uma revisão integrativa. [monografia] Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB/EBSERH). 2019.

INTRODUÇÃO

A bioética pode ser entendida como sendo uma reflexão complexa, interdisciplinar e compartilhada sobre a adequação das ações afetas à vida e ao viver.¹ Nas últimas décadas, ela se tem tornado de grande relevância para a prática clínica, haja vista o fato de que fornece ferramentas teóricas para a tomada de decisão do profissional de saúde.² Entre os vários dilemas bioéticos que exigem preparo e reflexão sobre o que e como fazer estão os cuidados paliativos (CP) e as decisões terapêuticas, incluindo a decisão para o suporte nutricional (SN).

O cuidado paliativo é um cuidado ativo e total dos pacientes cuja doença não responde ao tratamento curativo, possui abordagem interdisciplinar e engloba o paciente, a família e a comunidade. Busca preservar a melhor qualidade de vida (QV) possível, sem retardar ou apressar a morte, por meio de uma abordagem holística, paliando não só sintomas físicos ou psicológicos, mas também sociais e espirituais.³⁻⁷ A alimentação é fundamental para a QV dos pacientes atendendo não apenas às necessidades físicas, mas psicológicas, sociais e culturais.^{8,9}

Pacientes em CP experimentam sintomas que reduzem o apetite, prejudicam a utilização de nutrientes e/ou restringem sua capacidade de obter, consumir e desfrutar os alimentos.^{9,10} A desnutrição consequente deste processo possui impacto importante na QV, *performance status* e estado imunológico, e pode ser responsável por um aumento da morbimortalidade.¹¹ Sendo assim, quando não são capazes de ingerir alimentos e líquidos por via oral, decisões sobre métodos de nutrição e hidratação artificiais (NHA) podem ser necessárias.⁸

Muitos fatores devem ser considerados na decisão para o SN visando garantir o melhor cuidado. Esta deve estar consistente não apenas em termos de benefícios fisiológicos, mas ancorada nos valores, cultura, fé, preferências e prioridades dos pacientes, famílias ou responsáveis, e deve envolver comunicação ideal e práticas de tomada de decisão.¹² A decisão por alimentar por via artificial é particularmente difícil,

tornando-se verdadeiro dilema bioético, sobretudo em situações de fim de vida ou quando o indivíduo não tem capacidade para se envolver na decisão⁸, ou quando é indicada sua interrupção, sendo por vezes interpretada como eutanásia.¹³

Desse modo, entende-se que o SN em CP está plenamente inserido no âmbito da reflexão bioética, especialmente no que se refere ao processo de tomada de decisão. Partindo desta problemática, o objetivo deste estudo foi descrever o papel da bioética como ferramenta de tomada de decisão para o SN em pacientes adultos em CP.

MÉTODOS

Foi conduzido um estudo de revisão integrativa cujo percurso metodológico foi dividido em cinco etapas¹⁴, à saber: formulação do problema, busca na literatura, avaliação de dados, análise de dados e apresentação dos resultados. Na formulação do problema, utilizou-se a estratégia PICO¹⁵, sendo assim definida: Em pacientes adultos em cuidados paliativos (P), como a aplicação da bioética (I) pode auxiliar na tomada de decisão (C) para suporte nutricional (O)?

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de busca eletrônica nas seguintes bases de dados: USA National Library of Medicine (MEDLINE/PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO) e biblioteca virtual em saúde (BVS-Bireme).

Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados no período compreendido entre janeiro de 2009 - maio de 2019 e que abordavam diretamente o problema da pesquisa no título, resumo ou descritores. Constituíram critérios de exclusão os artigos em duplicidade e aqueles não disponíveis na íntegra nas bases pesquisadas.

Os descritores utilizados tiveram, como referência, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e foram combinados entre si por meio dos conectores booleanos “AND” e

“OR”, na língua inglesa. O levantamento dos artigos foi realizado no mês de maio de 2009 e, como estratégias de busca, foram utilizados os descritores da seguinte forma: *Palliative Care OR Palliative Medicine AND Feeding OR Nutrition Therapy OR Enteral Nutrition OR Parenteral Nutrition AND Bioethics OR Ethics*. Da pesquisa nas bases de dados, resultou a identificação de 368 artigos. A Figura 1 esquematiza o fluxograma dos passos percorridos.

Após a aplicação dos critérios de inclusão, foi realizada uma leitura dos títulos e resumos para garantir que as publicações selecionadas contemplavam o problema de pesquisa e atendiam aos critérios de inclusão e exclusão. Em caso de dúvida, optou-se pela seleção da publicação e decisão final após a leitura na íntegra.

Concluída a fase de seleção da amostra final dos artigos incluídos na revisão, foram definidas as informações que seriam extraídas dos estudos. Posteriormente, procedeu-se à análise de conteúdo reduzindo os dados mais relevantes em temas ou categorias que permitiram responder à questão da investigação.

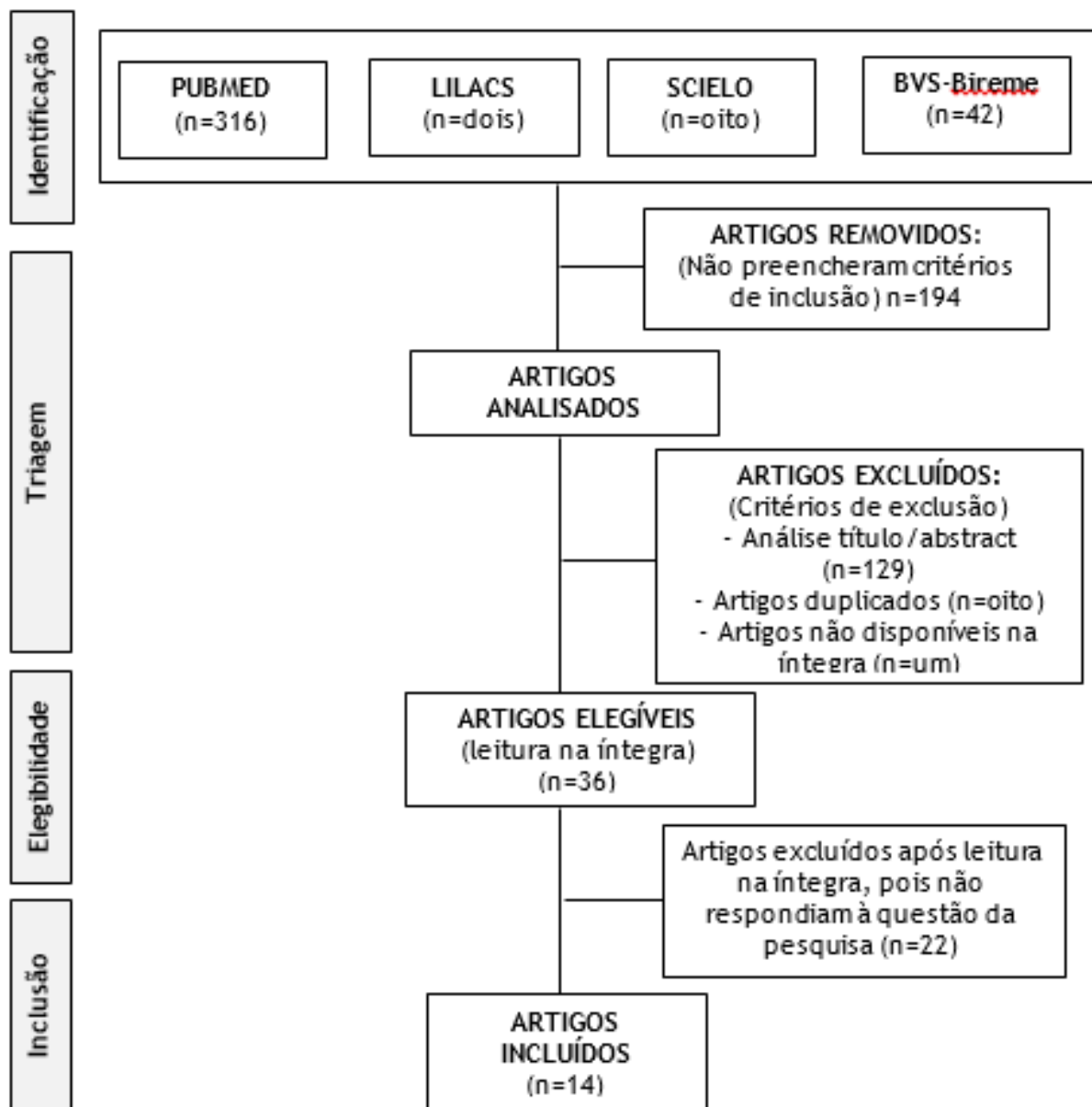


Figura 1. Fluxograma do mecanismo de busca da revisão integrativa, conforme PRISMA.¹⁶

João Pessoa, PB, Brasil, 2019

RESULTADOS

No universo de 368 artigos obtidos nas bases de dados, 14 compuseram a amostra do presente estudo. O país que mais publicou sobre essa temática foi os Estados Unidos com sete artigos (50%), ficando o Brasil e demais países com apenas uma publicação. Treze artigos foram publicados no idioma inglês (92,9%) e apenas um em português. A maioria se encontrava e indexada na plataforma Pubmed (85,7%), e era do tipo revisão da literatura (57,1%), cujos artigos foram publicados em revista da área de nutrição (57,1%) ou bioética (21,4%). Todos os trabalhos analisados abordaram a temática em estudo e estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa.

Título	Autor/Ano/País	Delineamento	Principais achados
Islamic views on artificial nutrition and hydration in terminally ill patients	Alsolamy S/ 2014/ Arábia Saudita ¹⁷	<i>Background briefing</i> (N = 37)	O SN é considerado cuidado básico e não tratamento médico, e há uma obrigação de fornecer NHA para o paciente terminal, a menos que encurte a vida, cause mais danos do que benefícios ou seja contrário a uma diretriz antecipada consistente com a lei islâmica.
ASPEN Ethics Position Paper Task Force	Barrocas A et al/ 2010/EUA ¹⁸	<i>Special Report</i> (N = 54)	Descreve a principal posição ética da ASPEN sobre o uso de NHA nas três principais condições mais controversas: estados vegetativos persistentes, demência avançada e doença terminal. Ressalta a importância das crenças religiosas e valores culturais nas decisões dos pacientes e familiares.
Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos	Benarroz M, Faillace G, Barbosa L/ 2009/Brasil ³	Revisão (N = 50)	O paciente, como sujeito biopsicossocial e espiritual, demanda cuidado integral e humanizado na assistência. O conhecimento técnico-científico, respaldado nos pilares da bioética principialista (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça), aplicada na prática clínica como norteadora de decisões, deve ser considerado em prol da qualidade de atendimento ao paciente.
Artificial Nutrition and Hydration: The Evolution of Ethics, Evidence, and Policy	Brody H et al./ 2011/EUA ¹⁹	Revisão narrativa (n = 88)	A história do debate sobre NHA nos últimos 60 anos resulta de uma complexa interação de preocupações éticas, um crescente banco de dados empírico, mudanças legais, opinião pública e preocupações financeiras e institucionais.
Eating and drinking interventions for people at risk of lacking decision-making capacity: who decides and how?	Clarke G et al./ 2015/UK ⁸	Artigo original (Pesquisa qualitativa, observacional) (N = 158)	Decisões sobre NHA para pacientes em risco de perder a capacidade de tomada de decisão são complexas e multifacetadas. O resultado da tomada de decisões depende da ponderação e do equilíbrio das informações disponíveis ao longo de quatro eixos diferentes.

Biethical principles and nutrition in paliative care	De Andrade, Almeida e Pinho-Reis/2017/ Portugal ⁴	Revisão (N = 44)	Comida, nutrição e hidratação representam a questão mais controversa na área do cuidado, uma vez que cria conflitos entre os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Esses princípios, combinados com o conhecimento técnico e científico devem ser aplicados na prática nutricional, e estes devem ser os princípios norteadores das ações de atenção à saúde.
ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration	Druml C et al./ 2016/ Austria ⁵	<i>Guideline</i> (N = 80)	O respeito pela autonomia é um foco importante da diretriz, bem como a comunicação cuidadosa com pacientes e familiares. Os outros princípios da Bioética, como beneficência, não-maleficência e justiça, são apresentados no contexto da NHA.
Ethical Issues in Artificial Nutrition and Hydration: A Review	Geppert C, Andrews M, Druyan M/ 2010/ EUA ¹⁰	Revisão (N = 91)	Princípios e raciocínios éticos devem ser aplicados na tomada de decisões de tratamento individualizadas. Os princípios éticos que orientam a tomada de decisão na ética clínica e, portanto, na oferta de NHA, são autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.
Nasogastric feeding at the end of life: A virtue ethics approach	Krishna L/ 2011/ Singapura ²⁰	Revisão N = 75	O artigo procura rever o impacto ético e clínico do SN e fornecer alguma compreensão para tais decisões à luz dos princípios dos CP. Complementada pela teoria da virtude da ética, os CP destacam e busca por concretizar os objetivos individuais específicos do cuidado que maximizam o conforto e a qualidade de vida do paciente considerando cada um deles individualmente.
To Feed or Not to Feed? A Case Report and Ethical Analysis of Withholding Food and Drink in a Patient With Advanced Dementia	Meier CA, Ong TD/ 2015/EUA ²¹	Relato de caso	Pacientes com capacidade de decisão têm o direito de recusar NHA. Há controvérsias ainda em relação a não provisão de nutrição em pacientes que não têm capacidade de tomar decisões, mas que ainda são fisicamente capazes de comer e beber.
Ethical issues in nutrition support of severely disabled	Monod S et al./ 2011/Suíça ²²	Revisão N = 42	A decisão de fornecer ou suspender o SN durante a assistência médica é muitas vezes complexa e envolve considerações

elderly persons: a guide for health professionals			clínicas, legais e éticas. Este artigo baseia-se em um processo de oito etapas para identificar os componentes de uma situação, analisar os valores conflitantes que resultam no dilema ético e chegar a um consenso para o plano de cuidado mais relevante a ser implementado em uma situação clínica específica.
Position of the academy of nutrition and dietetics: ethical and legal issues in feeding and hydration	O'Sullivan Maillet J et al. / 2013/EUA ²³	<i>Position Paper</i> (N = 41)	O nutricionista deve trabalhar em colaboração como a equipe interprofissional para fazer recomendações sobre fornecimento ou retirada da NHA e ser membro ativo de comitês de ética institucional.
Integrating patient-centered care and clinical ethics into nutrition practice	Schwartz DB / 2013/EUA ²⁴	Revisão N = 27	O SN é um tratamento médico que sustenta a vida, e o uso dessa terapia requer conhecimento dos conceitos de cuidado centrados no paciente, ética clínica preventiva, religião/espiritualidade e diversidade cultural, papel da equipe de CP e plano de cuidado antecipado.
Incorporating Palliative Care Concepts Into Nutrition Practice: Across the Age Spectrum	Schwartz DB et al. / 2016/EUA ¹²	Revisão N = 58	O atual modelo de ética clínica na saúde ainda não inclui o uso otimizado de diretivas antecipadas e a comunicação precoce entre pacientes, familiares e profissionais de saúde sobre as opções de tratamento, incluindo o SN.

ASPEN: Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral; NHA: Nutrição e Hidratação Artificial; SN: Suporte nutricional; CP: Cuidados paliativos.

DISCUSSÃO

Após análise dos estudos selecionados para a presente revisão integrativa, e das evidências científicas encontradas, consideraram-se pertinentes, a partir da pergunta de pesquisa três temáticas: (I) Princípios da bioética no contexto da nutrição; (II) Nutrição como dilema bioético; (III) Abordagens para a resolução de dilemas bioéticos em nutrição.

I - Princípios da bioética no contexto da nutrição

Os estudos apresentados nesta abordagem temática apontam que as atitudes em relação à prestação de cuidados de saúde são influenciadas por diversas teorias éticas.^{4,18,22,23} As teorias éticas propõem um conjunto de princípios, obrigações ou virtudes coerentes que podem servir de base para a avaliação de ações, tomada de decisão e raciocínio ético. Quando estas teorias são usadas para analisar questões clínicas específicas, – como a decisão sobre o SN –, é chamada de ética aplicada.¹⁸ Os três principais grupos de teorias que são mais relevantes para a prática nutricional são: teorias deontológicas, consequencialistas, das quais a mais conhecida é o utilitarismo, e o principialismo.¹⁸

O principialismo se baseia em decisões éticas e formula argumentos através da especificação e equilíbrio de um conjunto de princípios éticos fundamentais: autonomia; beneficência; não-maleficência e justiça.^{5,18} Esses princípios éticos orientam a tomada de decisão na ética clínica e, portanto, no SN.¹⁰ Propostos pela primeira vez por Beauchamp e Childress²⁵, são independentes de qualquer teoria ética específica e podem ser aplicados universalmente.⁵

Esses princípios, combinados com o conhecimento técnico e científico devem ser aplicados na prática nutricional em prol da qualidade de atendimento ao paciente.^{3,4} Caso ocorra conflito entre eles, por não obedecerem ordem de hierarquia, a situação em questão e as circunstâncias devem decidir o que dará precedência.⁴

O princípio bioético do respeito à autonomia é o início do direito do paciente de questionar seu tratamento e assegurar que o plano de cuidado esteja em conformidade

com seu desejo.³ O foco está no indivíduo e em sua capacidade de tomar decisões.^{5,10} Um paciente competente tem o direito de recusar um tratamento depois de bem informado, mesmo se essa recusa o levar à morte.⁵

O Consentimento informado é necessário para promover autonomia, protegendo o paciente de um SN indesejado e permitir que sejam tomadas decisões alinhadas com seus valores e cultura. A habilidade de dar o consentimento informado é central para o processo de tomada de decisão. Então, se os pacientes rejeitarem um tratamento, o desejo do paciente prepondera sobre o dever de beneficência dos profissionais de saúde.⁴

O consentimento informado adequado requer do paciente ou responsável legal três elementos essenciais: informações suficientes; capacidade de decisão; e capacidade de exercê-lo voluntariamente (a capacidade de tomar uma decisão livre de coerção). Informações adequadas incluem, mas não se limitam ao diagnóstico, prognóstico, natureza da intervenção proposta (riscos e benefícios do SN) e tratamento alternativo.¹⁰

No caso de pacientes previamente competentes que por acidente ou doença tenham se tornado incapazes de tomar decisões sobre cuidados de saúde, os profissionais envolvidos devem procurar orientações sobre qualquer comunicação previamente expressa pelo paciente sobre os tipos de tratamentos desejados. Conflitos legais podem surgir quando um paciente, que não forneceu à equipe de saúde uma diretriz antecipada sobre SN, perde a capacidade de falar por si mesmo e surgem conflitos entre a família e os profissionais de saúde.¹⁸

As preferências culturais e religiosas em relação à NHA são expressões da autonomia do paciente e muitos casos podem superar considerações clínicas. Em situações nas quais esses valores entram em conflito com o julgamento clínico, consultas religiosas e éticas especializadas são necessárias para facilitar sua resolução.¹⁰ A Sociedade Americana de Parenteral e Enteral (ASPEN) aconselha o respeito pelo histórico religioso, étnico e cultural de pacientes e familiares na medida em que é compatível com outros princípios e deveres éticos.¹⁸

Um outro princípio ético importante para o SN em CP é a beneficência que significa “fazer o bem” e reflete a obrigação do profissional de saúde de agir em benefício do paciente e colocar os melhores interesses do paciente acima de todas as outras considerações.¹⁰ Os pacientes não devem ser expostos a riscos ou sofrimento adicional a menos que haja uma expectativa razoável de benefício proporcional. Se os riscos do tratamento superam os benefícios, é imperativo retirar o SN. Colocar em prática o princípio da beneficência é um desafio, uma vez que ele conflita com o do respeito à autonomia.⁴

O princípio da não-maleficência diz respeito a minimizar o dano potencial ou real. Este conceito pode causar conflitos quando o tratamento for desproporcional, de modo que mantê-lo causa mais sofrimento (maleficência). Se os riscos e encargos de uma determinada terapia para um paciente específico superam os benefícios potenciais, então subsistirá a obrigação de não fornecê-la.⁵

Não há evidências suficientes sobre os benefícios do SN na qualidade de vida de pacientes em CP.²⁶ No entanto, diferentes crenças religiosas ou culturais e pontos de vista podem levar a diferentes interpretações de indicações, objetivos e efeitos do tratamento por pacientes e familiares. Isso deve ser levado em consideração na comunicação e pode influenciar as decisões a serem tomadas.

O princípio da justiça sugere que todo paciente possui o igual direito de receber NHA e que a decisão sobre como os recursos serão aplicados deve ser feita da forma mais justa possível posto que a equidade independe de fatores étnicos, sociais e econômicos⁴. Considerações econômicas são mais apropriadamente feitas em nível macro, no âmbito de decisões políticas e não à beira do leito.¹⁰

II - Nutrição como dilema bioético

As questões éticas que cercam a alimentação são complexas, uma vez que ela tem forte significado simbólico e implicações tanto fisiológicas quanto emocionais, com base

em crenças culturais e espirituais, e frequentemente desempenha um papel essencial no cuidado total.^{3,4,23}

Uma das maiores controvérsias na área de nutrição e CP é se o SN deve ser considerado um tratamento médico ou um cuidado básico. Como cuidado humano básico, caso o paciente deseje e possa receber, há a obrigação de prover.^{13,22} Contudo, visão oposta indica que a partir do momento em que é administrado por meios artificiais, deve ser considerado um tratamento como qualquer outro e estar sujeito a avaliação da proporcionalidade terapêutica, e como tal há circunstâncias nas quais é legítimo não iniciar, manter ou parar.^{4,5,10}

Analisando essa perspectiva, no entanto, a nutrição não pode ser considerada apenas do ponto de vista da saúde dado que mesmo que administrada de forma artificial, pode ser considerada pelos pacientes e famílias uma necessidade básica que não só sustenta a vida, mas também proporciona conforto, de modo que está associada ao respeito pela dignidade humana.²²

Apesar disso, os achados do presente estudo apontam que com poucas exceções, os profissionais de saúde, eticistas e várias organizações profissionais veem o SN como um tratamento médico não diferente de qualquer outra modalidade de tratamento que pode ser recusada, retida ou retirada.¹⁰ A discordância sobre a futilidade do tratamento resulta num dilema bioético, onde se discute se o SN é moralmente obrigatório ou moralmente opcional. A ASPEN¹⁸, em publicação especial sobre posicionamento ético, esclarece que um dilema ético pode ser criado quando o SN é clinicamente contraindicado, ineficaz ou potencialmente prejudicial, quando se observam conflitos entre obrigações clínicas, legais e éticas.

A falta de comunicação entre paciente e família sobre metas de qualidade de vida e opções de cuidados de saúde ou a ausência de uma diretriz antecipada, pode resultar em pacientes que recebem tratamentos médicos, incluindo SN, não baseados em seus desejos e em conflitos com os membros da família e com a equipe de saúde. Nestas situações, os

dilemas éticos são mais propensos a ocorrer do que quando os pacientes comunicam e documentam seus desejos.^{18,24} Não ofertar ou retirar o SN pode causar impacto emocional em todos os envolvidos e transformar o processo de tomada de decisão em algo estressante e difícil.²⁷

III - Abordagem para a resolução de dilemas éticos em nutrição

Algumas abordagens estão disponíveis para ajudar os profissionais a identificar, analisar e resolver dilemas éticos. No processo de tomada de decisão, a literatura consultada descreve desde a prática do cuidado centrado no paciente^{12,28} até o uso de uma série de passos para reflexão ética.^{8,22} Por ser um processo complexo, a tomada de decisão no contexto da nutrição em CP exige que uma equipe multiprofissional e interdisciplinar integre o conhecimento técnico juntamente com o conhecimento legal, cultural, religioso e ético²², e tome decisões condizentes com outros princípios e deveres éticos.¹⁸ Entretanto, a partir do momento em que essas abordagens não ajudarem a resolver os conflitos éticos, os profissionais devem considerar consultar comitês de ética da instituição ou serviços especializados em ética clínica.¹⁸

Em CP, uma abordagem centrada no paciente e na família, se caracteriza por ser proativa e conseqüentemente prevenir sofrimentos associados aos tratamentos. Trata-se de uma mudança no foco da doença e dos tratamentos para o paciente envolvido no processo, com tomada de decisão compartilhada. Isso é facilitado por uma abordagem consistente da equipe de saúde e uma adequada comunicação direcionada ao melhor interesse do paciente, incluindo as tomadas de decisões sobre o SN. Se o paciente for incapaz de tomar suas próprias decisões, um responsável bem informado continua a expressar os seus desejos.¹²

Schwartz et al.^{12,24} apresenta princípios orientadores para os cuidados centrados no paciente aplicados à ética clínica no contexto da prática de nutrição. Segundo os autores, a equipe de saúde, incluindo o nutricionista, deve estabelecer metas de tratamento centradas no paciente, respeitando seus valores e decisões pessoais.²³ A identificação dos

objetivos do tratamento, bem como do SN, deve preconizar uma colaboração entre o paciente, a família, os cuidadores e os profissionais de saúde, juntamente com a aplicação das políticas e procedimentos da instituição.¹²

Uma outra abordagem foi descrita por Clarke et al.⁸, em estudo observacional realizado em hospital do Reino Unido, com equipe multiprofissional sobre questões de alimentação. Os autores descreveram que o resultado do processo de tomada de decisão dependeu da ponderação e do equilíbrio das informações disponíveis ao longo de quatro eixos diferentes, mas interdependentes: (1) Riscos, encargos e benefícios; (2) metas de tratamento; (3) valores ético-normativos; (4) partes interessadas.

No eixo “riscos, encargos e benefícios” os autores encontraram um método de comparação constante entre os princípios bioéticos da não-maleficência e beneficência para reavaliar e refletir continuamente as possíveis opções; no eixo “metas de tratamento”, os riscos e benefícios foram considerados em relação às metas de tratamento e aos resultados de saúde esperados, que poderiam mudar com o curso clínico da doença; em relação aos “valores ético-normativos”, qualquer tratamento ou curso de ação foi ponderado em termos desses valores e a tomada de decisão foi mais fácil nos casos em que os valores se alinharam; Segundo o eixo “partes interessadas”, as decisões envolveram os profissionais de saúde, parentes e, quando disponíveis, os desejos do paciente. Através desses tipos de discussões, o princípio da autonomia foi respeitado, apesar de o paciente não ter capacidade de tomar decisões.⁸

O uso de um guia para a reflexão ética foi uma outra abordagem encontrada e sugerida por Monod et al.²². Segundo os autores, essa proposta pode ajudar os profissionais de saúde a superar o difícil processo de tomada de decisão, auxiliando concretamente o processo de deliberação e o confronto entre os profissionais, família e demais envolvidos. A estruturação do processo decisório ajuda os profissionais a recuar nessa situação e a analisar a questão ética com menos emoção. Segundo os autores, a aplicação do guia de reflexão ética é melhor realizada por meio de uma reunião deliberativa formal que reúna

todos os profissionais de saúde envolvidos. Nessa situação, discute-se usando um processo de oito etapas resumidas no quadro 1.

História, contexto e resignificação da questão ética	1) Identifique os fatos clinicamente relevantes e esclareça a (s) questão (s) ética (s). 2) Identifique o contexto sociofamiliar do paciente e todas as partes envolvidas na situação.
Responsabilidades de cuidado e valores de cada parte interessada éticas.	3) Identifique as responsabilidades de cuidado de cada parte interessada. 4) Identifique os valores considerados por cada parte interessada como essenciais para abordar as questões. Esta etapa inclui a identificação de valores culturais e religiosos.
Análise ética da situação clínica	5) Analisar os conflitos éticos em jogo na situação clínica.
Opções médicas	6) Identifique todas as opções possíveis para resolver os conflitos éticos. 7) Identifique a opção consensual que melhor integre os valores do paciente, das partes interessadas e dos profissionais de saúde.
Justificativa moral	8) Discuta a justificativa moral da escolha.

Fonte: Adaptado de Monod et al.²²

Quadro 1 - Guia de reflexão ética.

O´Sullivan et al.²³ acrescenta, em relação ao processo de tomada de decisão, que o profissional nutricionista deve ter um papel ativo na deliberação ética colaborativa, seja informalmente ou como parte de um comitê formal. O nutricionista é o profissional responsável por avaliar a estratégia de alimentação que atingirá os objetivos desejados; portanto, deve assim assumir a responsabilidade de manter o entendimento do indivíduo, sobre as opções e as metas terapêuticas, no centro das deliberações e de que as opções apropriadas sejam consideradas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma geral, para a tomada de decisão no SN em pacientes em CP, o foco deve ser o cuidado centrado no paciente sob os pilares da autonomia, beneficência, não

maleficência e justiça. O respeito à autonomia garante ao paciente que ele receba o tratamento conforme o seu desejo; e o respeito aos princípios da beneficência e da não maleficência oportunizam cuidados aos pacientes e familiares que visem à qualidade de vida e à manutenção da dignidade humana. A prioridade deve ser promover a dignidade e minimizar o desconforto do paciente, independentemente da escolha sobre o SN.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

FINANCIAMENTO

O estudo não recebeu financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Goldim JR. Bioética: Origens e complexidade. Rev HCPA. 2006;26(2):86-92.
2. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Maia PM, Costa IT da, Paiva AO de, Cerqueira FR. Modelos de tomada de decisão em bioética clínica: apontamentos para a abordagem computacional. Rev Bioética. 2014;22(3):456-61.
3. Benarroz M de O, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. Cad Saude Publica. 2009;25(9):1875-82.
4. de Andrade JS, Almeida MM, Pinho-Reis C. Bioethical Principles and Nutrition in Palliative Care. Acta Port Nutr. 2017;9:12-6.
5. Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clin Nutr. 2016;35(3):545-56.
6. Moraes SR de, Bezerra AN, Carvalho NS de, Viana ACC. Nutrition, quality of life and palliative care: integrative review. Rev Dor. 2016;17(2):136-40.
7. Stiles E. Providing artificial nutrition and hydration in palliative care. Nurs Stand. 2013;27(20):35-42.

8. Clarke G, Galbraith S, Woodward J, Holland A, Barclay S. Eating and drinking interventions for people at risk of lacking decision-making capacity: who decides and how? *BMC Med Ethics*. 2015;16(1):41.
9. Holmes S. Principles of nutrition in the palliation of long-term conditions. *Int J Palliat Nurs*. 2011;17(5):217-22.
10. Geppert CMA, Andrews MR, Druyan ME. Ethical Issues in Artificial Nutrition and Hydration: A Review. *J Parenter Enter Nutr*. 2010;34(1):79-88.
11. Bachmann P, Marti-Massoud C, Blanc-Vincent MP, Desport JC, Colomb V, Dieu L, et al. Summary version of the Standards, Options and Recommendations for palliative or terminal nutrition in adults with progressive cancer (2001). *Br J Cancer*. 2003;89(S1):S107-10.
12. Schwartz DB, Olfson K, Goldman B, Barrocas A, Wesley JR. Incorporating Palliative Care Concepts Into Nutrition Practice. *Nutr Clin Pract*. 2016;31(3):305-15.
13. Pope John Paul II. Address of John Paul II to the Participants in the International Congress on “Life-Sustaining Treatments and Vegetative State: Scientific Advances and Ethical Dilemmas”. *NeuroRehabilitation*. 2004;19(4):273-5.
14. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
15. Mamédio C, Roberto M, Nobre C, La DEIY, Evidencias BDE. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-am Enferm*. 2007;15(3):2-5.
16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses : The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):1-6.
17. Alsolamy S. Islamic views on artificial nutrition and hydration in terminally ill patients. *Bioethics*. 2014;28(2):96-9.
18. Barrocas A, Geppert C, Durfee SM, Maillet JO, Monturo C, Mueller C, et al.

- A.S.P.E.N. Ethics Position Paper. *Nutr Clin Pract*. 2010;25(6):672-9.
19. Brody H, Hermer LD, Scott LD, Grumbles LL, Kutac JE, McCammon SD. Artificial Nutrition and Hydration: The Evolution of Ethics, Evidence, and Policy. *J Gen Intern Med*. 2011;26(9):1053-8.
 20. Krishna L. Nasogastric feeding at the end of life: A virtue ethics approach. *Nurs Ethics*. 2011;18(4):485-94.
 21. Meier CA, Ong TD. To Feed or Not to Feed? A Case Report and Ethical Analysis of Withholding Food and Drink in a Patient With Advanced Dementia. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(6):887-90.
 22. Monod S, Chiolerio R, Büla C, Benaroyo L. Ethical Issues in Nutrition Support of Severely Disabled Elderly Persons. *J Parenter Enter Nutr*. 2011;35(3):295-302.
 23. O'Sullivan Maillet J, Baird Schwartz D, Posthauer ME. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Ethical and Legal Issues in Feeding and Hydration. *J Acad Nutr Diet*. 2013;113(6):828-33.
 24. Schwartz DB. Integrating Patient-Centered Care and Clinical Ethics Into Nutrition Practice. *Nutr Clin Pract*. 2013;28(5):543-55.
 25. Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. Oxford University Press; 2001.
 26. Good P, Richard R, Syrmis W, Stephens J, Good P, Richard R, et al. Medically assisted nutrition for adult palliative care patients (Review) Medically assisted nutrition for adult palliative care patients. *Cochrane Database of Systematic Rev*. 2014;(4):3-5.
 27. Valentini E, Giantin V, Voci A, Iasevoli M, Zurlo A, Pengo V, et al. Artificial Nutrition and Hydration in Terminally Ill Patients with Advanced Dementia: Opinions and Correlates among Italian Physicians and Nurses. *J Palliat Med*. 2014;17(10):1143-9.
 28. Schwartz DB, Posthauer ME, Maillet JOS. Practice Paper of the Academy of Nutrition and Dietetics Abstract : Ethical and Legal Issues of Feeding and Hydration. *JAND*.

2013;113(7):981.

ANEXO A - NORMAS DA REVISTA CUIDADO É FUNDAMENTAL

FORMATAÇÃO GERAL DO MANUSCRITO

- **FORMATO:** “.doc”;
- **FOLHA:** Tamanho A4;
- **MARGENS:** 2,5 cm nas quatro margens;
- **FONTE:** Trebuchet MS; fonte 11 (incluindo tabelas e referências). Para citação direta com mais de 3 linhas, utilizar fonte 10.
- **ITÁLICO:** Somente para palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido ou em transliteração de depoimentos.
- **NOTAS DE RODAPÉ:** a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ¶, ##, §§, ¶¶, etc.
- **ESPAÇAMENTO:** Duplo no decorrer do manuscrito, inclusive no resumo.
- Simples para título, descritores, citação direta com mais de três linhas e em transliteração de depoimento.

LIMITE DE PALAVRAS CONFORME CATEGORIA DE ARTIGO (incluindo referências):

1. Editorial - Limite máximo de 600 palavras;
2. Artigos originais - Limite máximo 4500 palavras;
3. Revisão - Limite máximo de 5000 palavras;

ANÁLISE DE PLÁGIO

A partir de Janeiro de 2019, uma nova etapa será inserida no processo de revisão dos manuscritos. Um software irá avaliar a questão de plágio, tendo os seguintes resultados:

- Até 25% de plágio - será enviada uma carta aos autores, contendo orientações e recomendações;
- Mais de 50% de plágio - será realizada a captação dos autores e da instituição, sendo cumpridas as questões e deveres éticos em relação aos trabalhos científicos

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Título (Português, Inglês, Espanhol)

2. Resumo (nos 3 idiomas do título)
3. Descritores (nos 3 idiomas do título)
4. Introdução
5. Metodologia
6. Resultados
7. Discussão
8. Considerações finais/conclusão
9. Referências

OBS: AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES:

- É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima;
- Deverá contar em uma nova seção, logo após a conclusão. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada.

FORMATAÇÃO DA ESTRUTURA DO MANUSCRITO

O manuscrito não poderá ter a identificação dos autores, esta identificação deverá estar somente na página de identificação.

As palavras “RESUMO”, “DESCRITORES”, “INTRODUÇÃO”, “MÉTODO”, “RESULTADOS”, “DISCUSSÃO”, “CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO”, “REFERÊNCIAS” e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em CAIXA ALTA, NEGRITO E ALINHADAS À ESQUERDA.

TÍTULO

Deve aparecer nos 3 idiomas do Resumo;

Tem limite de 16 palavras;

CAIXA ALTA, NEGRITO, ESPAÇAMENTO SIMPLES E CENTRALIZADO.

RESUMO

Incluir, de forma estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Incluir: objetivo, método, resultados e conclusão.

Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido;

Não poderão conter abreviaturas, nem siglas.

DESCRITORES

Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste, sendo a palavra “descritores” em: CAIXA ALTA E EM NEGRITO;

Inserir 5 descritores, separando-os por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descritor em caixa alta;

Os descritores devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo;

Preferencialmente, as palavras utilizadas nos descritores não devem aparecer no título;

Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) →

<http://decs.bvs.br>; Lembrar de clicar em: “Descritor Exato”.

Também poderão ser utilizados descritores do Medical Subject Headings (MeSH) →

www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html.

Espaçamento simples entre linhas, conforme exemplo:

DESCRITORES: Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem; Enfermagem; Ensino.

INTRODUÇÃO

Deve conter justificativa, fundamentação teórica e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

METODOLOGIA

Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.

Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o número do parecer de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente.

Ressalta-se a importância da inserção do Parecer do Comitê de Ética na sessão “documentação suplementar”, no ato da submissão do artigo.

RESULTADOS

Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados.

Inserir sempre o valor de “n” e a porcentagem entre parênteses. Lembrando que n abaixo de 10 deverá estar escrito por extenso e igual ou acima de 10 deverá ser numérico.

Exemplo: “Dos 100 participantes, 15 (15%) referiram melhora do quadro e seis (6%) referiram piora”.

DISCUSSÃO

Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não devem ser reapresentados dados que constem nos resultados.

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras;

Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

AGRADECIMENTOS

Destinar nesta seção os agradecimentos as agências de financiamentos ou organizações que de alguma forma contribuirão para a realização do estudo.

Não se aplica agradecer pessoas ou autores que colaboraram na pesquisa.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver.

Limite máximo de 30 referências;

Exclusivamente, para Artigo de Revisão, não há limite quanto ao número de referências;

Sugere-se incluir referências atuais e estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando número excessivo de referências em uma mesma citação;

Artigos disponíveis online devem ser citados segundo normas de versão eletrônica;

ANEXOS

Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências.

ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES

Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).

São permitidas, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos

Devem ser indicadas no texto com a primeira letra maiúscula.

Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências

Tabelas e quadros

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura

Utilizar traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e, na parte inferior da tabela;

Não devem apresentar nem linhas verticais e horizontais no interior da tabela

Devem ser inseridas o mais próximo possível da indicação, e desenhadas com ferramenta apropriada do Microsoft Word for Windows 98® ou compatíveis.

Utilizar fonte Trebuchet MS, tamanho 11, espaçamento simples entre linhas.

O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, com espaçamento simples, sem negrito. Seguindo os exemplos abaixo:

Exemplo 1: Quadro 1 - Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010
(Sem ponto final)

Exemplo 2: Tabela 1 - Características socioeconômicas de gestantes portadoras de diabetes mellitus tipo II. Curitiba, PR, Brasil, 2015 (Sem ponto final)

Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.

Devem ser apresentadas no texto, o mais próximo possível da indicação, e anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.

O título da figura deve ser colocado imediatamente abaixo desta, separado por ponto do nome da cidade, estado, país e ano. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo: Figura 1 - Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial. São Paulo, SP, Brasil, 2011

Não são publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas (exceto as de acesso público, já publicadas).

ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS

1) Citação indireta ou paráfrase

Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, sem espaço, entre parênteses, e antes do sinal gráfico.

Exemplo: O enfermeiro contribui para a prevenção de condições incapacitantes¹.

2) Citação sequencial/intercalada

Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.

Exemplo: 8-10 - a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas.

Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.

Exemplo: 8,10 - a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

3) Citação direta com até três linhas

Inserida no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: 8:13 - a informação se refere à referência 8, página 13.

4) Citação direta com mais de três linhas

Constar em novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte Trebuchet MS 10, espaço simples entre linhas, sem aspas. O número e página correspondentes à citação direta devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: (8:345-6) o número 8 se refere à referência e o 345-9 às páginas.

5) Depoimento

A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte Trebuchet 11, itálico, com espaçamento simples entre linhas, sem aspas.

Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico.

A identificação do sujeito deve ser codificada (explicar a codificação na metodologia), entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

Exemplo: [Comunicação] é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém é o ato de se comunicar [...]. (Familiar 2)