

Bioética e humanização na fase final da vida: visão de médicos

Fernando Toledo Oliveira
Daniela Aparecida Flávio
Mariana Orefice Marengo
Ricardo Henrique Alves da Silva

Resumo Com o objetivo de identificar o posicionamento dos médicos frente à terminalidade da vida realizou-se uma pesquisa por meio de questionário, com questões abertas e fechadas, aplicada a médicos cuja atividade envolvesse pacientes terminais. O estudo foi realizado em duas instituições hospitalares no município de Bauru/SP. Os resultados indicaram que 70% dos médicos participantes informam o diagnóstico verdadeiro para o paciente terminal, mas 80% não esclarecem quanto tempo viverão. A maioria (90%) afirma adotar o suporte emocional com seus pacientes e 70% acreditam que o cuidado paliativo melhora a qualidade de vida dos mesmos; e apenas 50% relatam seguir esses cuidados. Concluímos que o posicionamento dos médicos com relação aos cuidados paliativos é fragmentado, envolvendo algumas dificuldades no que se refere à terminalidade da vida, principalmente com relação aos esclarecimentos e às opções dos pacientes, denotando a necessidade de ampliação nos debates referentes à relação entre bioética e terminalidade da vida.

Palavras-chave: Bioética. Humanização da assistência. Doente terminal. Cuidados paliativos.

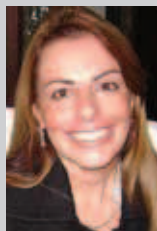
Aprovação CEP/Unesp nº 1595/46/01/08



Fernando Toledo Oliveira
Cirurgião-dentista pela Universidade Paulista (Unip), mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (USP), professor adjunto de Ética, Bioética e Biodireito do Instituto de Ciências da Saúde da Unip - Campus Bauru, São Paulo, Brasil

O processo de humanização em saúde busca resgatar o respeito à vida, incluídas as circunstâncias biopsicossociais, espirituais e educacionais ¹, considerando o respeito à individualidade e às diferenças profissionais, bem como a necessidade da construção de espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o aspecto humano de todos os envolvidos na assistência. Por ser mais que ato humanitário, esse processo requer a implementação de um sistema interdisciplinar e reflexivo acerca dos princípios e valores que regem a prática de diferentes profissionais de saúde em busca de sua dimensão ética ².

O paciente, fora da expectativa de cura, ou seja, em fase terminal, apresenta-se frágil e com limitações de natureza psicossocial, espiritual e física. Nessa circunstância, a partir do que prescrevem a legislação, os estudos e as pesquisas médicas, surgem para ele várias condutas paliativas.



Daniela Aparecida Flávio
Aluna de graduação em
Enfermagem da Universidade
Paulista (Unip - Campus Bauru),
São Paulo, Brasil



Mariana Orefice Marengo
Aluna de graduação em
Enfermagem da Universidade
Paulista (Unip - Campus Bauru),
São Paulo, Brasil



**Ricardo Henrique Alves da
Silva**
Cirurgião-dentista pela Faculdade
de Odontologia de Bauru da
Universidade de São Paulo (USP),
doutor em Odontologia Legal pela
Faculdade de Odontologia da
Universidade de São Paulo (USP),
professor de Odontologia Legal,
Bioética e Ética Profissional
da Faculdade de Odontologia de
Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo (USP), São Paulo, Brasil

Abre-se, então, ampla gama de condutas que podem ser oferecidas ao paciente e sua família, visando, agora, ao alívio da dor e diminuição do desconforto, mas, sobretudo, à possibilidade de situar-se frente ao momento do fim da vida, acompanhados por alguém que possa ouvi-los e dar-lhes suporte. Reconhecer, sempre que possível, seu lugar ativo, autonomia e escolhas permite-lhes não antecipar o momento dessa morte pelo abandono e isolamento. Estabelece-se, sob essa ótica, nova perspectiva de trabalho multidisciplinar, chamada humanização ³.

Analisando a necessidade de adequação no tratamento de doentes terminais, entende-se que esse processo depende da capacidade de falar e ouvir, o que passa pelo diálogo. Ao viabilizar as relações e interações entre pessoas, o diálogo conforma-se não apenas em técnica de comunicação verbal, com objetivo predeterminado, mas como forma de conhecer o outro e compreendê-lo, facilitando o estabelecimento de metas conjuntas para propiciar o bem-estar recíproco ⁴.

Desse modo, a comunicação na relação paciente-profissional mostra-se instrumento básico na construção de estratégias que almejem um cuidado humanizado. Cuidado que tem como premissa preservar a dignidade do ser-paciente, percebendo-o de forma holística, caracterizando o encontro terapêutico a partir do qual o cuidador deve levar em consideração as fraquezas que atingem o paciente ⁵.

Partindo da hipótese de que existem falhas na implantação dessas estratégias, estabelecemos como objetivo identificar o posicionamento de alguns médicos sobre a terminalidade da vida. Dessa forma, o presente estudo, compreendendo a morte como parte integrante da vida, aponta os aspectos da promoção da saúde no tocante à humanização no atendimento aos pacientes em fase terminal, frente aos familiares e profissionais de saúde envolvidos.

Método

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi enviado e analisado pelo comitê de pesquisa de cada hospital, e também pelo Comitê de Ética da Unesp/Campus Bauru, seguindo as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O estudo foi realizado nas seguintes instituições hospitalares do município de Bauru/SP, Brasil: Hospital Estadual de Bauru e Hospital Beneficência Portuguesa.

Configurado como estudo quanti-qualitativo e transversal, os dados foram colhidos por questionário com perguntas abertas e fechadas, sobre o posicionamento dos médicos ante pacientes terminais. O critério de inclusão foi ser médico e exercer atividade profissional com pacientes terminais no setor de terapia intensiva. Os dados foram coletados no período de setembro a outubro de 2008. Por contato prévio, verificou-se a existência de 16 médicos nas instituições citadas: 10 do Hospital Beneficência Portuguesa e 6 do Hospital Estadual. Desse universo, apenas 10 responderam ao questionário; os demais se recusaram, alegando ser tema demasiado polêmico e por não acreditarem em humanização e cuidados paliativos.

Foi realizada uma explanação sobre os objetivos, justificativas e métodos da pesquisa, e aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) aos que aceitaram colaborar, conforme orientações da Resolução 196/96. Os dados extraídos das perguntas objetivas (fechadas) foram tabulados e analisados por meio de estatística descritiva, com uso do programa *Excel for Windows 2007*. As informações subje-

tivas, colhidas por perguntas abertas, foram avaliadas por meio de *análise de conteúdo*, que consiste em leitura aprofundada de cada uma das respostas (relato a relato), fazendo emergir uma lista de ideias-chave. Alguns trechos desses relatos foram citados na discussão do artigo.

Resultados

Com relação ao posicionamento dos médicos em situações envolvendo a humanização em saúde, observa-se na Tabela 1 que quase todos os entrevistados (90%) adotam o suporte emocional com seus pacientes, e 70% afirmam conversar sobre a doença, além de informar o diagnóstico verdadeiro aos em fase terminal. Apesar de a maioria (70%) concordar que a discussão aberta sobre questões de vida e morte não fere os pacientes nessa situação e que, na realidade, eles gostam dessa franqueza, 80% preferem não esclarecer o tempo de sobrevivência estimado.

Com referência à influência da tecnologia no processo de humanização, verificou-se que 60% dos médicos participantes consideram que as tecnologias avançadas para manutenção da vida tornam-se mais um fator complicador no processo de humanização na assistência ao paciente terminal. Assim, 50% afirmam utilizar aparelhos para prolongar a vida de seus pacientes.

Sobre os cuidados paliativos, ainda de acordo com os dados da Tabela 1, todos os médicos participantes da pesquisa (100%) concordam que os cuidados paliativos aumentam a qualidade de vida do paciente terminal. Entretanto, apenas metade deles (50%) afirma adotar esse tipo de cuidado com os seus pacientes.

Tabela 1. Posicionamento dos médicos ante a humanização na assistência em saúde e cuidados paliativos para pacientes terminais

Perguntas	Respostas		
	Sim	Não	Não respondeu
Você adota o suporte emocional para pacientes terminais?	9	1	-
Você conversa com o paciente terminal sobre a doença?	7	2	1
Você esclarece para os pacientes terminais quanto tempo viverão?	2	8	-
No caso de uma doença terminal, você informa o diagnóstico verdadeiro aos pacientes?	7	2	1
Você concorda que a discussão aberta sobre questões de vida e morte não fere os pacientes nessa situação e que, na realidade, eles gostam dessa franqueza?	7	3	-
Você usa aparelhos para prolongar a vida de seus pacientes?	5	3	1
Você acha que altas tecnologias se tornam um complicador na humanização de pacientes terminais?	6	3	1
Você concorda que os cuidados paliativos aumentam a qualidade de vida do paciente?	10	-	-
Você adota o cuidado paliativo com seus pacientes?	5	5	-

Total de entrevistados: n=10

Ainda com pertinência aos cuidados paliativos, dentre os médicos consultados 70% afirmaram observar um alívio da dor nos pacientes que receberam esses cuidados; 60% observaram melhora na autoestima e 50% verificaram melhora na depressão e aceitação do estado terminal (Figura 1).

Na Tabela 2, relacionada ao suporte emocional, verificou-se que 70% dos médicos participantes afirmam dar apoio e estabelecer uma relação de confiança com os familiares do paciente terminal. Apenas metade deles (50%) conversa abertamente com os familiares sobre a doença.

Figura 1. Porcentagem das respostas dos médicos quando perguntados quais melhorias foram observadas com os cuidados paliativos

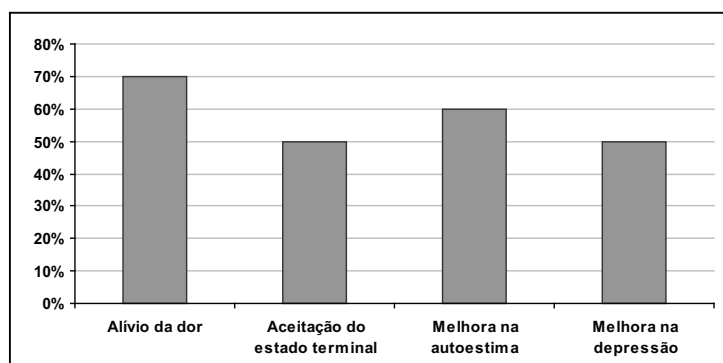


Tabela 2. Posicionamento dos médicos em relação ao suporte emocional para a família do paciente terminal

Perguntas	Respostas		
	Sim	Não	Não respondeu
Você conversa abertamente com os familiares sobre a doença?	5	3	2
Você estabelece uma relação de confiança com os familiares?	7	-	3
A cada visita, você procura tirar as dúvidas dos familiares?	8	1	1
Você procura dar apoio para os familiares?	7	3	-

Total de entrevistados: n=10

Discussão

A humanização da assistência em saúde requer um processo reflexivo acerca dos princípios e valores bioéticos que norteiam a prática profissional. Além do tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais de saúde ao seu principal objeto de trabalho – o doente/ser fragilizado – a humanização pressupõe nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais. Nessa perspectiva, diversos profissionais, diante dos dilemas éticos decorrentes, demonstram estar cada vez mais à procura de respostas que lhes assegurem a dimensão humana das relações de trabalho, principalmente associadas à autonomia, justiça e necessidade de respeito à dignidade da pessoa ⁶.

Essas dúvidas e dificuldades de relacionamento por parte dos profissionais de saúde exacerbam-se quando o paciente se encontra fora da expectativa de cura, ou seja, em fase terminal. A presente pesquisa, realizada com médicos que lidam com pacientes terminais no setor de terapia intensiva, expressa essa realidade. Ape-

sar de a maioria dos médicos consultados (90%) afirmar que buscam prover suporte emocional a seus pacientes, 20% informaram não conversar com os pacientes sobre a doença, nem comunicar o diagnóstico verdadeiro aos em fase terminal. Apesar de a maioria (70%) concordar que a discussão aberta sobre questões de vida e morte não fere os pacientes nessa situação e que, na realidade, gostam dessa franqueza, 80% dos médicos consultados preferem não esclarecer o tempo de sobrevida estimado para seus pacientes.

Segundo Castro ⁷, para que o princípio de autonomia exista na relação paciente-profissional é necessário que o paciente tenha independência de vontade e ação, o que significa controle de sua capacidade ética. Esse princípio depende da revelação cuidadosa da verdade sobre o diagnóstico, estado de saúde, opções de conduta, planejamento e tratamento – e também sobre as expectativas futuras. Em paralelo, para o autor, esse *revelar* a verdade para o paciente se relaciona diretamente com a habilidade de comunicação honesta e compassiva por parte dos profissionais envolvidos

– inclusive, é de fundamental importância *saber ouvir* o que o paciente tem a dizer.

Martin⁸ afirma que os profissionais da área da saúde parecem estar despreparados para conduzir com proficiência esses sofridos momentos da vida dos pacientes terminais. Para o autor, a medicina utiliza sofisticada tecnologia e subestima o confronto do enfermo terminal, impondo-lhe longa e sofrida agonia. Quanto aos avanços científicos, Lago, Devictor, Piva e Bergouniou⁹ ressaltaram que as sofisticadas tecnologias médicas permitem salvar a vida de pacientes criticamente doentes, desde que haja alguma potencialidade de reversibilidade. Entretanto, em pacientes sem possibilidade de recuperação, a utilização de medidas curativas acaba sendo grande complicador nos cuidados paliativos, além de onerosas e sem benefícios, gerando apenas dor e sofrimento. Parte dos médicos entrevistados concorda com tal assertiva. Apesar de 50% afirmarem que utilizam aparelhos para prolongar a vida de seus pacientes em fase terminal, 60% concordam que tecnologias avançadas para a manutenção da vida são mais um fator complicador no processo de humanização na assistência a esses pacientes.

O grande desafio é definir qual paciente se beneficiará com todo o suporte tecnológico, ou seja, distinguir quem tem situação potencialmente curável e aqueles para os quais, em vista da irreversibilidade do processo, as medidas terapêuticas são inócuas⁸. O conhecimento biológico e as destrezas tecnológicas tornaram o morrer mais problemático e difícil de lidar, sendo fonte de complicados dilemas

éticos e escolhas difícilíssimas, geradoras de angústias, ambivalências e incertezas¹⁰.

Isto fica claro no relato de um médico intensivista participante da pesquisa: *O Brasil carece de legislação específica, julgando os casos conforme o 'bom-senso' e conforme o Código de Ética Médica e Constituição (...). Todas as decisões consideram o aspecto legal e esse assunto poderia ser explorado não só nesse estado quanto em abordagens futuras desse mesmo assunto.* Concordando com a afirmação, Bifulco¹¹ pondera que no meio médico existem receios de ordem legal quanto ao tema.

A publicação da Resolução 1.805/06 do Conselho Federal de Medicina (CFM)¹² tentou regulamentar a situação. Na perspectiva da assistência integral, permitia ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolongassem a vida do doente, garantindo-lhe cuidados necessários para aliviar o sofrimento, sendo respeitada sua vontade ou a de seu representante legal. Contudo, por decisão liminar do juiz Roberto Luis Luchi Demo, nos autos da Ação Civil Pública 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal, movida pelo Ministério Público Federal, a resolução foi suspensa. Recentemente, em dezembro de 2010, o mesmo magistrado emitiu sentença que considera improcedente o pedido de nulidade da resolução pelo Ministério Público, finalizando a disputa que perdurou por mais de três anos¹³.

Essa decisão vai ao encontro do novo Código de Ética Médica (CEM, 2010), que reforça o caráter antiético da distanásia, introduzindo

o conceito de cuidados paliativos. O inciso XXII do Preâmbulo observa que *nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados*¹⁴. Essa aceção corrobora o conceito expresso pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que em 2002 definiu cuidados paliativos como *uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual*¹⁵.

Os médicos que colaboraram com a pesquisa são unânimes em concordar que os cuidados paliativos aumentam a qualidade de vida do paciente, mas apenas metade deles afirmaram adotar esse procedimento. Como se verifica na Figura 1, não foram todos os médicos que identificaram melhoras proporcionadas com os cuidados paliativos. Isso demonstra não apenas a falta de treinamento dos profissionais, mas, segundo Simoni e Santos¹⁶, evidencia uma atenção à saúde incipiente em nosso país, especialmente para as classes menos favorecidas. Para os autores, mesmo para as classes médias, que dispõem de planos de saúde privados, muitas vezes os cuidados paliativos não estão previstos.

Um dos médicos entrevistados, que afirma instituir os cuidados paliativos, discorre exata-

mente sobre isso: *“Todas as vezes que sou responsável por um paciente terminal (insuficiência cardíaca avançada, acidente vascular encefálico, neoplasias), e ele se encontra à morte iminente, instituo os devidos cuidados paliativos para alívio da dor/dispneia e outros incômodos que ele possa estar sofrendo. Não submeto meus pacientes às terapêuticas que não irão resolver seu quadro clínico e apenas irão prolongar seu tempo de vida, sem que haja nenhuma qualidade nesse viver. Tal tema é pouco consolidado na formação dos profissionais de saúde e isso gera muito sofrimento desnecessário nos pacientes e gastos improficuos no sistema de saúde”*.

Outra importante questão diz respeito aos familiares do paciente terminal. Segundo Soares¹⁷, o cuidado aos familiares é uma das partes principais no cuidado global com esses pacientes, pois na maioria das vezes não estarão despertos e será preciso, então, comunicar-se com a família. Os familiares têm necessidades específicas e apresentam frequências elevadas de estresse, distúrbios de humor e ansiedade durante o acompanhamento – que, muitas vezes, persistem após a morte do ente querido. Talvez o remédio mais eficaz, em termos de cura, seja a qualidade do relacionamento mantido entre o paciente e seus cuidadores e entre o paciente e sua família.

Todavia, os resultados da presente pesquisa demonstram que não são todos os médicos que dispensam o devido valor ao suporte emocional para a família do paciente terminal. A maioria dos entrevistados (80%) afirmou apenas esclarecer dúvidas dos familiares e 30% relataram não dar apoio nem conversar aber-

tamente com os familiares acerca da doença. A respeito, Costa ¹⁸ afirma que as necessidades dos familiares e pacientes internados nas unidades de terapia intensiva (UTI) não estão sendo atendidas. A comunicação entre médicos e familiares parece inadequada e muitos médicos estão despreparados para promover cuidados ideais aos pacientes terminais. Segundo o autor, as famílias revelam que a comunicação inconsistente, recebida das equipes cuidadoras, é uma de suas maiores preocupações.

Enquanto não se priorizar a comunicação e o relacionamento terapêuticos como a essência desse tipo de cuidado, é difícil proporcionar cuidado humanizado ao paciente crítico e seus familiares. Não se pode negar que também somos seres humanos com sentimentos, capazes de amar, chorar, entristecer e buscar a contínua compreensão do processo de viver, adoecer e morrer ¹⁹. Porém, o modelo de atenção à saúde, ensinado na graduação das escolas de Medicina e das demais profissões da área da saúde no Brasil, baseia-se em prevenção, diagnóstico, tratamento efetivo e cura de doenças. Ante uma situação de incurabilidade, esse modelo é ineficaz ²⁰.

Os médicos aprendem que sua missão é lutar contra a morte; esgotados seus recursos, saem da arena derrotados e impotentes. Entretanto, sua missão é cuidar da vida, e a morte, tanto quanto o nascimento, é parte dela. Os profissionais de saúde veem a morte de seu paciente como fracasso, vitória de uma grande inimiga, derrota pessoal, angústia ante a própria morte ¹¹. Nesse contexto, é necessário que, além do

conhecimento adquirido, ou seja, o técnico-científico, desenvolvam a sensibilidade necessária, colocando os fundamentos humanitários de sua formação e trajetória pessoal como indispensáveis à percepção e à contenção do sofrimento vivenciado pelos pacientes em sua terminalidade ²⁰.

Assim, a supremacia em cuidados paliativos se deve à aplicação de técnicas para maximizar a qualidade de vida do paciente (mesmo em estado terminal), moldadas em conjunto com os princípios da bioética, o que fortalece a relação médico-paciente e família. Cabe ressaltar a importância de que essa tríade tenha o total esclarecimento para que, juntos, possam decidir sobre a melhor conduta para os devidos cuidados paliativos, sem infringir valores éticos e princípios bioéticos.

Considerações finais

Segundo o que a presente pesquisa pôde revelar, parece haver fragmentos de cuidados paliativos prestados aos pacientes fora da expectativa de cura, denotando desencontro desses cuidados, o que evidencia significativa lacuna na formação dos profissionais médicos. A opção pela não utilização de recursos que adiem a morte, improdutivamente, tem sua aplicação tímida e fracionada, prevalecendo ainda a prática médica nos moldes perpetuados há tempos: prolongar, indefinidamente, a vida dos pacientes, mesmo quando não há possibilidade de cura que lhes garanta qualidade de vida digna.

Os conhecimentos técnico-científicos têm

grande peso na escolha, pois o profissional foi treinado para curar o paciente a qualquer custo – quando não consegue obter esse resultado, sente-se fracassado. Essa busca incessante a favor da vida acaba excluindo as práticas humanizadas, omitindo o suporte emocional ao paciente terminal e sua família. Para alterar esse quadro, faz-se necessário considerar – sempre – a autonomia do paciente e da

família nas decisões das terapias/cuidados, fazendo valer os princípios bioéticos.

Enfim, devemos estar preocupados em cuidar da pessoa doente e não somente de sua doença. A dignidade da pessoa/paciente terminal precisa tornar-se o fundamento de nossa reflexão a respeito dos cuidados paliativos que devemos proporcionar a nossos pacientes.

Resumen

Bioética y humanización en la fase final de la vida: visión de médicos

Con el objetivo de identificar el posicionamiento de los médicos frente al carácter terminal de la vida, se realizó una investigación a través de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, aplicado a los médicos cuya actividad involucra a pacientes terminales. El estudio se realizó en dos hospitales en la ciudad de Bauru, Brasil. Los resultados indicaron que de los médicos participantes, el 70% informan del verdadero diagnóstico al paciente terminal, sin embargo, el 80% no le aclaran cuánto tiempo va a vivir. La mayoría (90%) afirma adoptar el soporte emocional con sus pacientes, y 70% de los médicos creen que los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de estos pacientes, pero sólo la mitad (50%) dicen tener estos cuidados. Concluimos que el posicionamiento de los médicos en relación a los cuidados paliativos es fragmentado, involucrando algunas dificultades con respecto al carácter terminal de la vida, especialmente con respecto a las aclaraciones y a las opciones de los pacientes, lo que demuestra la necesidad de ampliación de los debates referentes a la relación entre la bioética y el carácter terminal de la vida.

Palabras-claves: Bioética. Humanización de la atención. Enfermo terminal. Cuidados paliativos.

Abstract

Bioethics and humanization in the final stage of life: physicians' view

Aiming to identify physicians' stand in face of life terminality, a survey carried out through a questionnaire, with closed and open questions, applied to physicians whose activity would involve terminally ill patients. The study was conducted in two hospitals institutions in Bauru/SP, Brazil. The results indicated that 70% of participating physicians informed the true diagnosis to the terminal patient, however, 80% did not clarify their life expectancy. Most physicians (90%) state adopting the emotional support on their patients, and 70% believe that palliative care improves quality of life of these patients, but only half (50%) reported to follow these caring. We conclude that physicians' stand in relation to palliative care is fragmented, involving some difficulties with regard to the end of life, especially with respect to clarification and patients' options, denoting the need to broaden the debate concerning the relationship between bioethics and life terminality.

Keywords: Bioethics. Humanization of assistance. Terminally ill. Palliative care.

Referências

1. Bazon FVM, Campnelli EA, Assis SMB. A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. *Psicol Teo Prática*. 2004;6(2):89-9.
2. Pessini L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola; 2006. p.11-30.
3. Gutierrez P. O que é o paciente terminal. *Rev Assoc Med Bras*. 2001;47(2):92.
4. Oliveira BRG, Collet N, Vieira CS. A humanização na assistência à saúde. *Rev Latinam Enferm*. 2006;14(2):277-84.
5. Morais GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(3):323-27.
6. Backes DS, Lunardi VL, Filho WDL. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14(1):221-27.
7. Castro DAC. Psicologia e ética em cuidados paliativos. *Psicol Cienc Prof*. 2001;21(4):44-51.
8. Martin LM. A ética e a humanização hospitalar. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. 3ª ed. São Paulo: Loyola, Centro Universitário São Camilo; 2006:31-50.
9. Lago PM, Devictor D, Piva JP, Bergouniou J. Cuidados de final de vida em crianças: perspectiva no Brasil e no mundo. *J Pediatr*. 2007;83(2):109-16.

10. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? Rev. bioét (Impr). 1996;4(1):31-43.
11. Bifulco VA. A morte na formação dos profissionais de saúde. Prática Hospitalar. 2006;45(2):164-6.
12. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. D.O.U. 2006 Nov 28;seção I:169.
13. Justiça valida a resolução do CFM sobre ortotanásia [internet]. Goiânia: Portal Médico; [acesso 15 jan 2011]. Disponível:http://www.cremego.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21057:justica-valida-a-resolucao-do-cfm-sobre-ortotanasia&catid=3.
14. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010.
15. Organización Mundial de la Salud. Resumen de orientación programas nacionales de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión [Internet]. 2ª ed. Ginebra: OMS; 2002 [acesso 15 jan 2011]. Disponível: <http://www.who.int/cancer/media/en/423.pdf>.
16. Simoni M, Santos ML. Considerações sobre cuidados paliativos e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. Psicol USP. 2003;14(2):169-94.
17. Soares M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2007;19(4):481-84.
18. Costa RF. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva 2008;20(1):88-2.
19. Silveira RSI, Lunard VL, Lunardi FWID, Oliveira AMN. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. Texto & Contexto Enferm. 2005;14(spp):125-30.
20. Bifulco VA, Iochida LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. Rev Bras Educ Med. 2009;33(1):92-100.

Recebido: 8.9.10

Aprovado: 20.3.11

Aprovação final: 24.3.11

Contatos

Fernando Toledo Oliveira - fto@usp.br

Daniela Aparecida Flávio - danielaflavio@yahoo.com.br

Mariana Orefice Marengo - *moreficem@yahoo.com.br*

Ricardo Henrique Alves da Silva - *ricardohenrique@usp.br*

Fernando Toledo Oliveira - Universidade Paulista (Unip – Campus Bauru) Rua Luiz Levorato, 2-140, Chácara Bauruense, CEP 17048-290. Bauru/SP, Brasil.

Participação dos autores no trabalho

Fernando Oliveira participou da idealização e montagem do projeto, orientação durante a execução da pesquisa, avaliação dos dados e redação do artigo. Daniela Flávio e Mariana Marengo participaram da montagem do projeto, coleta dos dados e redação do artigo. Ricardo Silva participou da idealização e montagem do projeto e redação do artigo.