

Identificación de situaciones y conductas bioéticas en la práctica profesional en salud

Edison Vitório de Souza Júnior¹, Gabriel Aguiar Nunes², Cristiane dos Santos Silva³, Benedito Fernandes da Silva Filho², Poliana Souza Lapa², Paloma Dias Duarte², Eduardo Nagib Boery², Rita Narriman Silva de Oliveira Boery², Namie Okino Sawada⁴

1. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP, Brasil. 2. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié/BA, Brasil. 3. Universidade Norte do Paraná, Londrina/PR, Brasil. 4. Universidade Federal de Alfenas, Alfenas/MG, Brasil.

Resumen

El objetivo de este estudio fue identificar en la literatura situaciones y conductas bioéticas de la práctica profesional en salud. Se trata de una revisión integradora de artículos científicos indexados en las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud, publicados entre 2014 y 2019. Se utilizaron los descriptores "personal de salud", "práctica profesional", "ética profesional", "discurso" y "bioética". Se seleccionaron 21 estudios para discusión y, del análisis, surgieron cinco categorías: bioética durante la formación profesional; bioética como forma de humanizar la salud; relaciones interprofesionales, derechos y deberes de los trabajadores y pacientes; bioética en las decisiones que permean el inicio y el final de la vida; y toma de decisiones en salud. La autonomía del paciente fue el principio bioético más abordado en diversas circunstancias clínicas, especialmente en los dilemas al final de la vida.

Palabras clave: Salud pública. Salud. Bioética. Códigos de ética. Competencia profesional. Práctica profesional. Derechos humanos.

Resumo

Identificação de situações e condutas bioéticas na atuação profissional em saúde

O objetivo deste estudo foi identificar na literatura situações e condutas bioéticas na atuação profissional em saúde. Trata-se de revisão integrativa de artigos científicos indexados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e publicados entre 2014 e 2019. Utilizaram-se os descritores "pessoal de saúde", "prática profissional", "ética profissional", "discurso" e "bioética". Foram selecionados 21 estudos para a discussão, destacando-se cinco categorias de análise: bioética durante a formação profissional; bioética como forma de humanizar a saúde; relações interprofissionais, direitos e deveres de trabalhadores e pacientes; bioética nas decisões que permeiam o início e o fim da vida; e tomada de decisões na saúde. A autonomia do paciente foi o princípio bioético mais abordado em diversas circunstâncias clínicas, especialmente nos dilemas relativos ao fim da vida.

Palavras-chave: Saúde pública. Saúde. Bioética. Códigos de ética. Competência profissional. Prática profissional. Direitos humanos.

Abstract

Evidence of bioethical discourse and behaviors in health professions

This study aimed to identify bioethical situations and behaviors in health professions reported in the literature. This integrative review of scientific articles indexed in the Virtual Health Library databases, published between 2014 and 2019, used the following keywords: "health personnel," "professional practice," "ethics, professional," "discourse," and "bioethics." Twenty-one studies were selected for discussion, with five categories identified in the analysis: bioethics during professional training; bioethics as a form of humanizing healthcare; interprofessional relationships, rights and duties of patients and professionals; bioethics in decisions in the beginning and end of life; and decision making in healthcare. Patient autonomy was the bioethical principle most often addressed in various clinical circumstances, especially in end-of-life dilemmas.

Keywords: Public health. Health. Bioethics. Codes of ethics. Professional competence. Professional practice. Human rights.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

La bioética se entiende como un campo interdisciplinario, pluralista y no corporativista que se centra en cuestiones relacionadas con la vida humana, delineando principios en defensa de la vida, la salud y el medio ambiente¹⁻³. Se describió por primera vez en la década de 1970, cuando el oncólogo Van Rensselaer Potter⁴ reconoció que no todas las cosas científicamente factibles eran siempre moralmente correctas, adoptando el término “bioética”. A lo largo de los años, el término se ha vuelto esencial para la comunicación entre las diversas áreas del conocimiento, abarcando concepciones éticas, morales, religiosas, técnicas, científicas, entre otras, con el fin de proponer, describir y apreciar estrategias para asegurar la protección de todos los sujetos⁵.

La bioética se basa en cuatro principios: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La autonomía se refiere al consentimiento, a la capacidad de pensar y actuar, traduciéndose en la práctica personal del autogobierno; la beneficencia propone minimizar los riesgos y maximizar los beneficios; la no maleficencia pretende evitar daños previsibles; y, finalmente, la justicia se refiere a la equidad en la concesión de bienes o beneficios^{1,3}. Así, considerando el reconocimiento de Potter⁴ en la década de 1970, resulta relevante profundizar los estudios sobre bioética entre las prácticas profesionales de los equipos de salud. En esa perspectiva, el objetivo de este estudio fue identificar en la literatura las situaciones y conductas bioéticas en el desempeño profesional en salud.

Método

Se trata de una revisión integradora de la literatura, un método científico cuyo propósito es sintetizar de manera integral y sistemática los resultados de investigaciones de diversos tipos, incluyendo datos empíricos y teóricos^{1,6}. Se adoptaron seis pasos secuenciales e interdependientes en la sistematización del camino metodológico: identificación del tema y selección de la pregunta de investigación; búsqueda en la literatura con la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión; definición de la información a extraerse de los estudios seleccionados; evaluación de los estudios incluidos en la

revisión integradora; interpretación de los resultados; y síntesis del conocimiento⁷. Así, esta revisión integradora se propuso responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿en qué contextos se identifican en la literatura las situaciones y conductas bioéticas en el desempeño de los profesionales de la salud?

La revisión se basó en la investigación de artículos científicos indexados en las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud⁸, adoptando ocho combinaciones aleatorias de cinco términos contenidos en los Descriptores de Ciencias de la Salud: “personal de salud”; “práctica profesional”; “ética profesional”; “discurso” y “bioética” (Cuadro 1). Todas las combinaciones se vincularon al descriptor “personal de salud” con el fin de restringir la búsqueda y evitar la inclusión de estudios desarrollados con otras clases profesionales. Cabe destacar que entre los descriptores de cada combinación se utilizó el operador booleano “and”, con el fin de resaltar solo los artículos con enfoques similares en el portal.

Se adoptaron los siguientes criterios de inclusión: artículos disponibles para *download* gratuito, publicados entre 2014 y 2019, sin restricciones de idioma y centrados en discursos y conductas bioéticas en las profesiones de la salud. Una vez aplicados los criterios de inclusión, se leyeron los artículos restantes para identificar si efectivamente estaban relacionados con el objeto de este estudio. Así, se seleccionaron 21 artículos^{2,5,9-27}, todos dirigidos al tema de la bioética en el campo de los profesionales de enfermería o medicina.

Los artículos seleccionados fueron evaluados a través de una lectura crítica-reflexiva en profundidad, de la cual surgieron cinco categorías para orientar la discusión: la bioética durante la formación profesional^{10,15,17,19,23}; la bioética como forma de humanizar la salud^{9,15,21}; relaciones interprofesionales, derechos y deberes de trabajadores y pacientes^{13-16,18,20,22,26}; la bioética en las decisiones que permean el inicio y el final de la vida^{2,5,12,14,16,17,25-27}; y la toma de decisiones en salud^{11,12,19,24}.

Cabe señalar que, debido al diseño metodológico, no fue necesario someter el estudio a la evaluación del Comité de Ética en Investigación, de acuerdo con la Resolución 510/2016 del Consejo Nacional de Salud²⁸.

Cuadro 1. Combinaciones de descriptores para apoyar la búsqueda de artículos en la Biblioteca Virtual en Salud

| Combinaciones | Descriptor 1 | Descriptor 2 | Descriptor 3 | Descriptor 4 | Descriptor 5 | Total de artículos* | Total de artigos** |
|---------------|-------------------|----------------------|-------------------|--------------|--------------|---------------------|----------------------|
| 1 | Personal de salud | Práctica profesional | Ética profesional | Discurso | Bioética | 3 | 0 |
| 2 | Personal de salud | Práctica profesional | Ética profesional | Discurso | - | 16 | 2 ^{9,10} |
| 3 | Personal de salud | Práctica profesional | Ética profesional | - | Bioética | 49 | 7 ^{2,11-16} |
| 4 | Personal de salud | Práctica profesional | - | Discurso | Bioética | 7 | 1 ¹⁷ |
| 5 | Personal de salud | Práctica profesional | - | - | Bioética | 74 | 4 ^{5,18-20} |
| 6 | Personal de salud | - | - | Discurso | Bioética | 16 | 0 |
| 7 | Personal de salud | - | - | - | Bioética | 1.220 | 7 ²¹⁻²⁷ |
| 8 | Personal de salud | - | Ética profesional | Discurso | Bioética | 5 | 0 |

* Total de artículos encontrados antes de que se aplicaran los criterios de inclusión; ** Total de artículos seleccionados después de aplicar los criterios de inclusión y previa lectura del resto

Resultados y discusión

Como se muestra en el Cuadro 2, se identificaron 21 artículos con autores principales distintos, y la mayoría de los estudios se publicaron en la *Revista Bioética* (n=14). Se observa que la revista con mayor adhesión difunde contenidos relacionados con investigaciones o experiencias en el campo de la bioética o la ética médica, correspondientes al objeto de estudio analizado en esta investigación.

La discriminación de los principales aspectos tratados en los estudios revela una asociación frecuente de cuestiones complejas, como la implementación de la asistencia humanizada y la convivencia con la terminalidad de la vida,

y la comprensión de los principios bioéticos como estrategia de trabajo en situaciones conflictivas. La bioética también se evidencia en estudios como mediadora en la toma de decisiones y en la preservación de los derechos fundamentales, la individualidad de cada involucrado y el respeto mutuo en las relaciones entre los diversos agentes del proceso salud-enfermedad. Sin embargo, también se identifica el desconocimiento de los aspectos legales relativos al mantenimiento de la autonomía del paciente en la atención a la salud. Entre los principios bioéticos evidenciados, la autonomía fue la más recurrente en la muestra, vinculándose a la democratización del vínculo entre profesionales de la salud y usuarios, así como a la valorización del individuo en el proceso terapéutico.

Cuadro 2. Artículos seleccionados

| Autoría/año | Revista/título del artículo | Principales temas abordados | Principios bioéticos abordados |
|---|---|---|--------------------------------|
| Santos y colaboradores; 2014 ² | <i>Revista Bioética</i> "Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático" | Ilegitimidad de la eutanasia | Beneficencia y no maleficencia |
| Motta y colaboradores; 2016 ⁵ | <i>Revista Bioética</i> "Tomada de decisão em (bio) ética clínica: abordagens contemporâneas" | Complejidad de la toma de decisiones profesionales en el ámbito de la salud | Autonomía |

continúa...

Cuadro 2. Continuación

| Autoría/año | Revista/título del artículo | Principales temas abordados | Principios bioéticos abordados |
|--|---|--|--------------------------------|
| Seoane, Fortes; 2014 ⁹ | <i>Saúde e Sociedade</i> "Percepção de médicos e enfermeiros de unidades de assistência médica ambulatorial sobre humanização nos serviços de saúde" | Diversidad de significados atribuidos a la humanización por los profesionales de la salud | Autonomía |
| Franco y colaboradores; 2014 ¹⁰ | <i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> "O conceito de competência: uma análise do discurso docente" | Aplicabilidad del conocimiento y conductas relacionadas con la práctica basada en preceptos éticos y reflexivos | Autonomía |
| Siqueira-Batista y colaboradores; 2014 ¹¹ | <i>Revista Bioética</i> "Modelos de tomada de decisão em bioética clínica: apontamentos para a abordagem computacional" | Caracterización y soporte del proceso de toma de decisiones en bioética clínica | Autonomía |
| Eich, Verdi, Martins; 2015 ¹² | <i>Revista Bioética</i> "Deliberação moral em sedação paliativa para uma equipe de cuidados paliativos oncológicos" | Uso racional de la sedación paliativa como método para reducir el sufrimiento en el proceso de muerte y morir | Autonomía y no maleficencia |
| Gomes, Ramos; 2015 ¹³ | <i>Interface - Comunicação, Saúde, Educação</i> "Solidariedade, aliança e comprometimento do profissional da saúde nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS): um debate bioético" | Ampliación de espacios de debate bioético orientados a intensificar el diálogo y cambiar los valores relacionados con el usuario, el profesional, la sociedad y los servicios de salud | Beneficencia y autonomía |
| Gracindo; 2015 ¹⁴ | <i>Revista Bioética</i> "A moralidade das intervenções cirúrgicas com fins estéticos de acordo com a bioética principialista" | Derechos y deberes del paciente y del profesional de la salud en las intervenciones quirúrgicas estéticas | Autonomía |
| Saito, Zoboli; 2015 ¹⁵ | <i>Revista Bioética</i> "Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review" | Problemas éticos y requisitos para la incorporación de los cuidados paliativos en la atención primaria | Autonomía |
| Chehuen Neto y colaboradores; 2015 ¹⁶ | <i>Revista Bioética</i> "Testamento vital: o que pensam profissionais de saúde?" | Desconocimiento profesional sobre el testamento vital aplicado a la asistencia sanitaria | Autonomía |
| Guimarães y colaboradores; 2016 ¹⁷ | <i>Revista Enfermagem Uerj</i> "Eutanásia e distanásia: percepção de médicos e enfermeiros de uma cidade sul mineira" | Escasez de discusiones y experiencias sobre la eutanasia y la distanásia en la formación y práctica de los profesionales de la salud | Beneficencia y no maleficencia |

continúa...

Cuadro 2. Continuación

| Autoría/año | Revista/título del artículo | Principales temas abordados | Principios bioéticos abordados |
|--|---|---|---|
| Outomuro, Mirabile; 2015 ¹⁸ | <i>Revista Bioética</i> "Confidencialidad y privacidad en la medicina y en la investigación científica: desde la bioética a la ley" | Comprensión de la privacidad como norma ética | Autonomía, beneficencia y no maleficencia |
| Nora, Zoboli, Vieira; 2015 ¹⁹ | <i>Revista Bioética</i> "Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura" | La deliberación como instrumento de educación permanente y resolución de problemas enfrentados | Autonomía |
| Marques Filho, Hossne; 2015 ²⁰ | <i>Revista Bioética</i> "A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia" | Contribuciones de la autonomía en el desarrollo de la relación entre usuario y profesional | Autonomía |
| Riveros Ríos; 2017 ²¹ | <i>Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)</i> "Aspectos bioéticos desde la visión personalista de la espiritualidad en el manejo de las personas en el área de la salud" | Afirmación de los principios fundamentales relativos a la espiritualidad y a los preceptos éticos | Beneficencia y no maleficencia |
| Santos y colaboradores; 2017 ²² | <i>Revista Bioética</i> "Considerações bioéticas sobre a relação médico-paciente indígena" | Divergencia de percepciones en el proceso salud-enfermedad | Autonomía |
| Gomes y colaboradores; 2016 ²³ | <i>Revista Bioética</i> "Estratégia Saúde da Família e bioética: grupos focais sobre trabalho e formação" | Centralidad de la bioética en el trabajo en las unidades de salud de la familia | Beneficencia y no maleficencia |
| Fachini, Scrigni, Lima; 2017 ²⁴ | <i>Revista Bioética</i> "Sofrimento moral de trabalhadores de uma UTI pediátrica" | Capacidad de ejercer autonomía en el entorno de trabajo | Autonomía |
| Eidt, Bruneri, Bonamigo; 2017 ²⁵ | <i>O Mundo da Saúde</i> "Ordem de não reanimar sob a perspectiva de pacientes oncológicos e seus familiares" | Conocimiento y adhesión al orden de no reanimar en pacientes terminales | Autonomía |
| Pirôpo y colaboradores; 2018 ²⁶ | <i>Revista de Salud Pública</i> "Interface do testamento vital com a bioética, atuação profissional e autonomia do paciente" | Conocimiento de los profesionales de la salud sobre los derechos individuales y la autonomía del paciente terminal | Autonomía |
| Brandalise y colaboradores; 2018 ²⁷ | <i>Revista Bioética</i> "Suicídio assistido e eutanásia na perspectiva de profissionais e acadêmicos de um hospital universitário" | Conocimiento y aceptación de la eutanasia y el suicidio asistido por profesionales y estudiantes del área de la salud | Autonomía |

Bioética durante la formación profesional

Las instituciones de formación profesional deben promover un amplio debate sobre los atributos éticos y morales con los estudiantes y la sociedad¹⁰. Además, las cuestiones éticas no se pueden abordar de manera normativa, como si existieran fórmulas ya hechas, puesto que deben discutirse de manera creativa para identificar nuevas estrategias de solución¹⁹. En cuanto a la bioética, los argumentos se deben analizar considerando a los seres humanos, el medio ambiente y los seres vivos en general, bajo una óptica compleja y multidimensional. La bioética también se debe experimentar y practicar a través de acciones que estimulen el conocimiento práctico y humanizado¹⁰.

En esa perspectiva, un estudio identificó que la enseñanza del tema es capaz de mejorar los comportamientos evaluativos de los estudiantes en formación, que comienzan a demostrar mayor capacidad profesional en una perspectiva biopsicosocial, holística, en el empoderamiento de los pacientes, en la rendición de cuentas y la adhesión terapéutica, aumentando satisfactoriamente la calidad de la atención brindada¹⁰. Otro estudio, realizado en Viçosa/MG, Brasil, con un equipo de salud de la familia, observó que los profesionales presentaban mucha dificultad para conceptualizar la ética y la bioética²³. Señaló, sin embargo, una voluntad general de buscar conocimientos sobre el tema, dada su importancia, además de haber sido reconocida la necesidad de crear espacios de formación y debate sobre problemas bioéticos²³.

Otro contexto encontrado fue la deficiencia en la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares, observada en un estudio realizado en Brasil¹⁵, con los resultados atribuidos a la deficiencia en la formación académica. La comunicación se considera una herramienta de gestión estratégica y puede empoderar a los pacientes y familiares en el ejercicio de su autonomía y, al mismo tiempo, posibilitar el intercambio de conocimientos entre los miembros del equipo para asegurar la mejor conducta terapéutica, incluyendo los aspectos bioéticos involucrados. El hecho es que las fallas en la comunicación imposibilitan el debate y la conducta de acuerdo a los preceptos bioéticos, así como la adición de información para el ejercicio de la ciudadanía en los procedimientos terapéuticos y asistenciales.

La comunicación también estuvo presente en la exposición de comportamientos que alivian el sufrimiento de pacientes y familiares, contemplando también la difusión de malas noticias, como el diagnóstico complejo o la necesidad de limitación terapéutica y la toma de decisiones ante el sufrimiento y la muerte inminente, como en el caso de la eutanasia. Cabe mencionar que la eutanasia se señala como una práctica opuesta al ejercicio ético de la medicina², siendo considerada un delito en la legislación brasileña, tipificado como homicidio en el artículo 121 del Código Penal²⁹, con una pena de prisión de 2 a 4 años¹⁷.

Sin embargo, las situaciones conflictivas vividas en casos terminales llevan a los profesionales a cuestionar la preparación recibida en las instituciones educativas. Así, las facultades de medicina deben unir esfuerzos para ampliar el debate sobre el tema durante la formación profesional, ya que en Brasil todavía no existen contextos válidos en los que se practique la eutanasia o la implementación de la distanasia como método asistencial. Además, el conocimiento adquirido no es suficiente para eliminar el sufrimiento de los pacientes, muchas veces limitado al cuidado físico, lo que rompe la integralidad del cuidado¹⁷.

No obstante, el ambiente hospitalario también carece de los medios para discutir la eutanasia. Cabe señalar que, para algunas culturas, la muerte representa algo negativo, y la mayoría de los profesionales no están preparados para enfrentar dicha situación. En la percepción de los enfermeros, la formación profesional influye mucho en esa cuestión, ya que usualmente se enfoca en salvar vidas, no en aceptar la muerte. Como consecuencia, el profesional siente frustración, sufrimiento y angustia ante situaciones que involucran el tema¹⁷.

La bioética como forma de humanizar la salud

El término “humanizar” expresa el sentido de “hacer humano”, es decir, ayudar a las personas y alentarlas a cumplir sus deseos de manera digna. Es un concepto amplio que busca comprender a cada persona y sus necesidades y peculiaridades, brindándole las condiciones para que pueda ejercer sus deseos de manera autónoma⁹. Un estudio observó que los profesionales sanitarios se preocupan por temas relacionados con la autonomía de

los pacientes, principalmente porque reconocen la importancia de la comunicación en la efectividad del proceso de autogobierno y corresponsabilidad⁹.

Es importante incluir los cuidados paliativos y la espiritualidad como temas que involucran la bioética y la humanización de la salud. Los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas en etapa terminal o que viven con alguna enfermedad crónico-degenerativa. Son proyectos terapéuticos desarrollados por un equipo multiprofesional y deben ofrecerse en todos los puntos de la red asistencial, en sus diferentes niveles de complejidad. Con vistas a la beneficencia y la no maleficencia, se propone que los cuidados paliativos se implementen lo antes posible, y no solo en casos terminales¹⁵.

En la perspectiva biomédica, la dimensión somática es la más relevante en los cuidados paliativos, y no los aspectos psicosociales y espirituales. Esta percepción justifica la escasa cooperación con los agentes religiosos y la resistencia a discutir la espiritualidad con los pacientes³⁰. Además de los médicos, los enfermeros también relatan no sentirse capaces de abordar estas cuestiones, a pesar de reconocer la relevancia de los aspectos espirituales y religiosos en la fase final de la vida³¹.

En esta perspectiva, se menciona el caso de una niña indígena que sufrió un accidente ofídico y fue hospitalizada en una sala de urgencias de la ciudad de Manaus/AM, Brasil, en 2009³². El padre de la víctima solicitó que se permitiera al chamán de su tribu ingresar al centro de salud para tratar al niño de acuerdo con sus prácticas culturales; sin embargo, se le denegó la solicitud. Luego ejerció su derecho a la autonomía y logró que la justicia, basada en los derechos humanos, diera de alta a su hija del hospital, trasladándola a una casa de salud indígena para que pudiera ser tratada a la manera de su tribu. Posteriormente, el director del hospital le contactó y propuso un tratamiento conjunto. Tres días después de la conciliación de terapias científicas, empíricas y espirituales, el niño evolucionó a normotermia, obteniendo una mejoría extremadamente significativa en la curación del miembro afectado, lo que suspendió la indicación de amputación³².

Se destaca que todos los aspectos relacionados con la bioética están relacionados con la espiritualidad. Por ejemplo, la beneficencia se puede juzgar a partir de los beneficios aportados al paciente mediante la visión integral, es decir, considerando al individuo también como un ser espiritual. La no

maleficencia minimiza los riesgos si se considera el contexto espiritual. La autonomía da al individuo libertad religiosa y espiritual para experimentar y evocar su creencia espontáneamente o cuando el sufrimiento señala esta dimensión como una forma terapéutica. Finalmente, la justicia permite, de manera equitativa, explorar diversos medios terapéuticos, considerando todos los aspectos que impregnan la vida humana, incluyendo la espiritualidad²¹.

Es importante señalar que en ningún momento se tuvo en cuenta la autonomía de la niña para el ejercicio de su derecho a la vida y a la salud. Frente a la enfermedad y la hospitalización, los niños suelen participar pasivamente en el proceso de cuidado, dependiendo de la figura adulta para la supervivencia y el control sobre diversos aspectos relacionados con la salud, lo que genera miedo, rebelión, vulnerabilidad, temor y sentimientos depresivos. Se considera que los niños son capaces de tomar decisiones a partir de los 10,6 años, en promedio, cuando demuestran, en general, que son capaces de ejercer la autodeterminación³³.

Relaciones interprofesionales, derechos y deberes de los trabajadores y pacientes

En cuanto a las relaciones interprofesionales, un estudio mostró un fracaso comunicativo entre médicos y enfermeros, tanto en el equipo de atención primaria como en los profesionales de los diversos servicios que forman parte de la red de atención a la salud¹⁵. Esta afirmación se basa en las quejas de los médicos de atención primaria de que los especialistas no compartían información sobre el paciente, lo que imposibilita la prestación de una atención integral. Los enfermeros de atención primaria, por su parte, informaron que los profesionales médicos dudan en responder a las solicitudes del equipo de enfermería, aceptar nuevas iniciativas y atender las necesidades de los pacientes¹⁵.

Así, existe un conflicto en la relación entre médicos y enfermeros debido a la diferencia en la autoridad de las profesiones. Se observa que los enfermeros consideran las relaciones interpersonales más importantes que la *expertise* técnica y el conocimiento científico del médico¹⁵, mientras que los médicos evalúan estas relaciones y aspectos que implican una negociación menos relevante¹⁶. Se debe considerar, en esta perspectiva, que la formación médica se basa en elementos científicos y biomédicos. Estas disciplinas

generalmente no cubren contenidos relacionados con la antropología de la salud, en contraste con la formación ético-humanística que propugna el Consejo Nacional de Educación³⁴. Sin embargo, la incapacidad de muchos profesionales para responder a los diversos conflictos culturales experimentados en el ejercicio de la medicina se atribuye en gran parte a la deficiencia en la formación²².

Cabe destacar que en las últimas décadas los pacientes han participado cada vez más en las decisiones terapéuticas y su implicación está sujeta a constantes transformaciones^{16,26}. Tal observancia puede estar relacionada con los avances obtenidos en las directrices curriculares de los cursos de graduación, ya que en los últimos años los profesionales han demostrado comprender la importancia de fortalecer el vínculo con los pacientes que disfrutaban de su trabajo²⁶.

Además, la bioética como campo de conocimiento se manifiesta como un espacio de debate. Como afirman Gomes y Ramos, en un *movimiento contrahegemónico contra los mandatos individualizadores del modelo contemporáneo de sociedad (...), ampliar los espacios de debate bioético parece reforzar la dialogicidad entre paciente-comunidad-profesional-servicio y estimular el cambio de valores con la incorporación de la alianza, [de] compromiso y [de] solidaridad*³⁵.

La relación entre médico y paciente debe basarse en dimensiones técnicas, humanísticas, éticas y estéticas, y su relevancia es tan grande que solo es posible denominar "acto médico" la acción del profesional que necesariamente mantiene una relación satisfactoria con sus pacientes²⁰. Sin embargo, un estudio mostró que es poco probable que los médicos discutan los cuidados paliativos con los pacientes, precisamente porque creen que es un tema que consume mucho tiempo¹⁵. Además, señalan que, por ser incómoda, esta discusión puede no ser beneficiosa para el paciente¹⁵, perjudicando así el principio de no maleficencia. Por otro lado, en el mismo estudio, los enfermeros reconocen la relevancia de discutir la muerte con pacientes que no tienen posibilidades de curación, aunque solo abordan el tema cuando el paciente está dispuesto o cuando surge la oportunidad¹⁵.

Otro punto que merece ser considerado a la luz de la bioética es la falta de veracidad a la hora de informar a los pacientes y familiares sobre su estado de salud¹⁵. No obstante, el estudio apuntó una violación

de la confidencialidad en relación con la terapia y el pronóstico de los pacientes en cuidados paliativos¹⁵. Es de destacar que el derecho a la privacidad no puede ser internalizado solo desde una perspectiva legal, ya que la bioética viene consolidando esfuerzos para constituirlo como norma ética. Las normas relativas a la privacidad están estrechamente relacionadas con el principio de autonomía¹⁸, puesto que el derecho a la privacidad protege el acceso a la información de acuerdo con el consentimiento del sujeto activo en el proceso. Así, se constata que la violación de la privacidad del paciente daña gravemente su autonomía¹⁸, considerada uno de los logros bioéticos más significativos del siglo XX²⁰.

Vale la pena señalar que la autonomía del paciente es cuestionable en algunos casos, citando como ejemplo las intervenciones quirúrgicas con fines estéticos. Los individuos tienen el derecho de hacerlas y elegir al médico responsable del procedimiento quirúrgico, pero su autonomía no es absoluta. Es deber del profesional aclarar al interesado sobre los riesgos y contraindicaciones, teniendo el derecho de negarse a realizar cirugías potencialmente dañinas o perjudiciales para la salud del paciente¹⁴, cumpliendo así con el principio de no maleficencia.

La bioética en las decisiones que permean el inicio y el final de la vida

Al abordar el inicio de la vida, uno de los temas que surgen es la neonatología. En cuanto a las unidades de cuidados intensivos neonatales, se observó que varios dilemas bioéticos que surgieron allí también están presentes en las unidades de cuidados intensivos para adultos. Entre tales dilemas, se destaca la toma de decisiones sobre el mantenimiento artificial de las funciones vitales, qué recién nacidos deben beneficiarse y cómo se beneficiarán de los recursos disponibles, el potencial para prolongar el sufrimiento de los recién nacidos y familiares, entre otros⁵. Dado que los recién nacidos no han desarrollado aún la capacidad de autogobierno, su autonomía se comparte con sus familiares, quienes tienen apoyo legal para decidir con el equipo sobre ciertas conductas^{5,36}.

El aumento de la longevidad observado en los últimos años ha suscitado en los profesionales de la salud reflexiones sobre hasta qué punto la prolongación de la vida, a veces inútil, se vuelve lícita, considerando el sufrimiento. En este segmento,

es evidente la falta de preparación de muchos profesionales para reflexionar y actuar cuando el propio paciente pide morir, con el fin de aliviar el sufrimiento y el dolor²⁶.

La distanasia es una práctica que prolonga la vida de los pacientes sin posibilidad terapéutica de curación y en sufrimiento físico, psíquico o emocional. Ciertamente, tal conducta en estas situaciones no beneficia al paciente, por el contrario, prolonga innecesariamente su angustia y dolor, sin respetar el principio de beneficencia².

El hecho es que el debate sobre la vida y la muerte presenta varios aspectos que involucran a instituciones, equipos de salud, pacientes y familiares, que simultáneamente divergen sobre las cuestiones relacionadas con el final de la vida²⁶. Sin embargo, cabe mencionar que la cantidad de vida no es sinónimo de calidad de vida, y hay que superar los miedos y tabúes que tratan a la muerte como enemiga o como incompetencia profesional²⁷. Desde esta perspectiva surge un nuevo tema capaz de generar debates extremadamente delicados: la eutanasia, término concebido por el filósofo Francis Bacon³⁷ en 1623. Según su etimología, "eutanasia" significa "buena muerte"², pero se argumenta que su práctica niega los principios de beneficencia y de no maleficencia², lo que caracterizaría erróneamente su significado etimológico.

La eutanasia se define como la adopción de medios para poner fin a la vida de un individuo con enfermedad incurable sin causarle sufrimiento, no relacionado solo con la muerte, sino con la dignidad humana¹⁷. Actualmente, la eutanasia se considera un delito en Brasil^{2,17}, siendo objeto de controversias y discusiones que permean conflictos y valores relacionados con la vida y la dignidad humana¹⁷. Debido a que Brasil es mayoritariamente un Estado cristiano, el discurso político-religioso tiene una influencia significativa contra la adhesión o aceptación de la eutanasia¹⁷.

El suicidio asistido se aborda de manera similar. Con la misma finalidad e indicación que la eutanasia, consiste en la administración intencional de fármacos letales, ya sea por el propio paciente o con la ayuda de terceros²⁷. Esta conducta está tipificada como delito en el artículo 122 del Código Penal²⁹, aunque el derecho a morir esté relacionado con la autonomía del individuo². Sin embargo, con base en el § 1.º del artículo 121 del mismo código²⁹,

la eutanasia puede considerarse una especie de homicidio privilegiado, motivado por un valor moral relevante –el respeto a la autonomía del individuo para decidir la hora de su muerte–, que podría reducir la pena impuesta.

Otro punto que se debe considerar es la sedación paliativa, que tiene como objetivo aliviar el sufrimiento al promover una reducción de la conciencia, sin mostrar la capacidad de prolongar o acortar la vida¹². Según Santos y colaboradores, *vale la pena considerar la enfermedad terminal como el estado más degradante de la esencia humana, por lo que cada paciente debe ser tratado de una manera única, de acuerdo con sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales*³⁸. Además, el aumento del sufrimiento de los pacientes y la ausencia de perspectivas de mejora a menudo generan un gasto significativo de recursos, además de causar angustia en los familiares, profesionales y, especialmente, en los pacientes¹⁷.

El paciente puede expresar su deseo de asistencia y terapia en un documento legal que guíe las decisiones cuando sea imposible revertir su condición clínica y no pueda ejercer la autodeterminación y el autogobierno^{16,39}. Es el testamento vital, un instrumento destinado a proteger los derechos de los pacientes y las acciones de los profesionales en situaciones peculiares¹⁶. La literatura apunta a la dualidad en el objetivo de este dispositivo, que puede consistir tanto en fomentar la eutanasia como solamente en la forma de suspender procedimientos que no traerán beneficios evidentes al paciente, obedeciendo así al principio de autonomía individual¹⁶.

El Consejo Federal de Medicina (CFM), a través de la Resolución 1.995/2012⁴⁰, reconoce las directivas anticipadas de voluntad como un documento válido que protege al médico tras sus acciones¹⁶. Sin embargo, este documento no está regulado por el Código Civil⁴¹, lo que aumenta la inseguridad de los profesionales al aceptarlo como una forma de atención al paciente¹⁶. Otro dilema ético involucrado con el testamento vital es la estabilidad de la decisión del paciente, ya que se basa en una construcción imaginaria de cómo sería su vida en el futuro, y es posible que cambie de opinión cuando realmente experimente dicha condición¹⁶.

Finalmente, otro aspecto importante que tratar es la reanimación cardiopulmonar, que no debe realizarse cuando el paciente firma

previamente un término llamado “Orden de No Reanimar” (ONR). Su aceptación entre los pacientes es mayor cuando viven con enfermedades graves y efectos orgánicos intratables, como procesos de dolor intenso, náuseas y fatiga.

La elaboración de la ONR tampoco está regulada en Brasil²⁵, solo existen directrices éticas, como la Resolución CFM 1.805/2006⁴² y el Código de Ética Médica⁴³. Estos documentos no son específicos, lo que justifica el desconocimiento de los participantes en una encuesta sobre el tema²⁵. Vale la pena reafirmar que el deseo expresado del paciente debe ser considerado un factor esencial para el seguimiento de las acciones terapéuticas. A pesar de ello, los médicos no siempre permiten limitarlas, aunque sea la mejor manera de beneficiar al paciente²⁵, lo que perjudica los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia.

Toma de decisiones en salud

La bioética clínica involucra varios temas relevantes para la toma de decisiones en salud. Siqueira-Batista y colaboradores destacan, entre ellos, los dilemas relacionados con: (1) *el inicio de la vida: aborto, tecnologías de reproducción asistida*; (2) *el final de la vida: eutanasia, suicidio asistido, orden de no reanimación, directivas anticipadas, cuidados paliativos, distanasia, obstinación terapéutica, trasplantes de órganos (criterios de muerte, prioridad de acceso al procedimiento)*; (3) *las decisiones diagnósticas, terapéuticas y profilácticas en caso de rechazo de un paciente o tutor legal*; (4) *el secreto, la privacidad y la confidencialidad de la información*; (5) *la asignación y el manejo de recursos escasos (o “¿quién va al respirador?”)*⁴⁴.

Es evidente que la conducta adoptada en estos casos conflictivos y dilemas dependerá del análisis profundo y de la implementación de las teorías bioéticas, para orientar la toma de decisiones¹¹. Además, los principales conflictos que involucran el proceso de toma de decisiones entre profesionales sanitarios, pacientes y familiares están estrechamente relacionados con valores, creencias y cultura¹². Vale la pena señalar que, a veces, la complejidad laboral del proceso salud-enfermedad somete a los profesionales a elecciones contrarias a sus valores fundamentales, que pueden conducir al

sufrimiento moral, con impacto en las dimensiones psicológica, orgánica y social²⁴.

La toma de decisiones cautelosa y razonable requiere clarificación y consideración de los valores de cada individuo involucrado en el proceso, dado que numerosas razones favorecen los conflictos, como la ausencia o la comunicación insuficiente. Como resultado, la falta de información priva a los pacientes y familiares de conocer el estado real de salud, los sufrimientos propios de la fase final de la vida y las tecnologías terapéuticas disponibles para minimizarlos¹².

No obstante, cabe señalar que, en el contexto de la bioética clínica, la literatura revela varios modelos de toma de decisiones que abordan sistemáticamente la delimitación, evaluación y presentación de propuestas que resuelvan los conflictos bioéticos evidenciados en el cuidado individual de cada paciente¹¹. En esta perspectiva, el principalismo argumenta que el proceso de toma de decisiones debe respetar estrictamente sus principios, sin jerarquizarlos¹⁹.

Consideraciones finales

Se observó que el discurso y las conductas bioéticas son fundamentales para orientar la atención y los servicios de salud, estando presentes en situaciones que van desde el nacimiento hasta la muerte del individuo. Por lo tanto, la bioética es identificada como una herramienta esencial para la gestión de la salud. Cuando se utiliza en el propio cuidado, la bioética permite atender las necesidades individuales de cada paciente, instruyendo la dirección terapéutica para evitar o minimizar riesgos y daños físicos, así como conflictos éticos o morales.

Además, se encontró que la autonomía del paciente fue el principio bioético más abordado en varias circunstancias clínicas, especialmente en dilemas relacionados con el final de la vida, en los que la capacidad de autogobierno no siempre es absoluta y no siempre encuentra apoyo legal para su ejercicio. Se recomienda desarrollar más estudios sobre este tema, que merece otras miradas para que la reflexión sea constante y siempre actual, especialmente para aquellos profesionales que se ocupan diariamente de situaciones que involucran el inicio y el final de la vida.

Referencias

1. Souza EV Jr, Silva VSB, Lozado YA, Bomfim ES, Alves JP, Boery EN, Boery RNSO. Dilemas bioéticos na assistência médica às gestantes adolescentes. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2018 [acesso 15 jan 2020];26(1):87-94. DOI: 10.1590/1983-80422018261229
2. Santos DA, Almeida ERP, Silva FF, Andrade LHC, Azevêdo LA, Neves NMBC. Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2014 [acesso 15 jan 2020];22(2):367-72. DOI: 10.1590/1983-80422014222018
3. Mapengo MAA, Sales-Peres SHC, Sales-Peres A. Bioethics criteria in dentistry research of humans. *Rev Gaúcha Odontol [Internet]*. 2018 [acesso 15 jan 2020];66(4):289-95. DOI: 10.1590/1981-863720180004000011295
4. Potter VR. Bioethics, the science of survival. *Perspect Biol Med [Internet]*. 1970 [acesso 24 fev 2021];14(1):127-53. DOI: 10.1353/pbm.1970.0015
5. Motta LCS, Oliveira LN, Silva EE, Siqueira-Batista R. Tomada de decisão em (bio)ética clínica: abordagens contemporâneas. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2016 [acesso 15 jan 2020];24(2):304-14. DOI: 10.1590/1983-80422016242131
6. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Integrative review versus systematic review. *Reme [Internet]*. 2014 [acesso 15 jan 2020];18(1):12-4. DOI: 10.5935/1415-2762.20140001
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2008 [acesso 15 jan 2020];17(4):758-64. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018
8. Bases de dados da coleção BVS. Portal Regional da BVS [Internet]. 2016 [acesso 15 jan 2020]. Disponível: <https://bit.ly/2NK71Yf>
9. Seoane AF, Fortes PAC. Percepção de médicos e enfermeiros de unidades de assistência médica ambulatorial sobre humanização nos serviços de saúde. *Saúde Soc [Internet]*. 2014 [acesso 15 jan 2020];23(4):1408-16. DOI: 10.1590/S0104-12902014000400023
10. Franco RS, Franco CAGS, Portilho EML, Cubas MR. O conceito de competência: uma análise do discurso docente. *Rev Bras Educ Méd [Internet]*. 2014 [acesso 15 jan 2020];38(2):173-81. DOI: 10.1590/S0100-55022014000200003
11. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Maia PM, Costa IT, Paiva AO, Cerqueira FR. Modelos de tomada de decisão em bioética clínica: apontamentos para a abordagem computacional. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2014 [acesso 15 jan 2020];22(3):456-61. DOI: 10.1590/1983-80422014223028
12. Eich M, Verdi MIM, Martins PPS. Deliberação moral em sedação paliativa para uma equipe de cuidados paliativos oncológicos. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2015 [acesso 15 jan 2020];23(3):583-92. DOI: 10.1590/1983-80422015233095
13. Gomes D, Ramos FRS. Solidariedade, aliança e comprometimento do profissional da saúde nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS): um debate bioético. *Interface Comun Saúde Educ [Internet]*. 2015 [acesso 15 jan 2020];19(52):9-20. DOI: 10.1590/1807-57622014.0412
14. Gracindo GCL. A moralidade das intervenções cirúrgicas com fins estéticos de acordo com a bioética principialista. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2015 [acesso 15 jan 2020];23(3):524-34. DOI: 10.1590/1983-80422015233089
15. Saito DYT, Zoboli ELCP. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2015 [acesso 15 jan 2020];23(3):593-7. DOI: 10.1590/1983-80422015233096
16. Chehuen Neto JA, Ferreira RE, Silva NCS, Delgado ÁHA, Tabet CCG, Almeida GG, Vieira IF. Testamento vital: o que pensam profissionais de saúde? *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2015 [acesso 15 jan 2020];23(3):572-82. DOI: 10.1590/1983-80422015233094
17. Guimarães MM, Carvalho MAF, Simões IAR, Lima RS. Eutanásia e distanásia: percepção de médicos e enfermeiros de uma cidade sul mineira. *Rev Enferm Uerj [Internet]*. 2016 [acesso 15 jan 2020];24(2):e9545. DOI: 10.12957/reuerj.2016.9545

18. Outomuro D, Mirabile LM. Confidencialidad y privacidad en la medicina y en la investigación científica: desde la bioética a la ley. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2015 [acesso 15 jan 2020];23(2):238-43. DOI: 10.1590/1983-80422015232062
19. Nora CRD, Zoboli ELCP, Vieira MM. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2015 [acesso 15 jan 2020];23(1):114-23. DOI: 10.1590/1983-80422015231052
20. Marques Filho J, Hossne WS. A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2015 [acesso 15 jan 2020];23(2):304-10. DOI: 10.1590/1983-80422015232069
21. Riveros Ríos M. Aspectos bioéticos desde la visión personalista de la espiritualidad en el manejo de las personas en el área de la salud. *An Fac Cienc Méd Asunción [Internet]*. 2017 [acesso 15 jan 2020];50(1):25-50. DOI: 10.18004/anales/2017.050(01)25-050
22. Santos ACG, Iamarino APM, Silva JB, Zollner ACR, Constantino CF. Considerações bioéticas sobre a relação médico-paciente indígena. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2017 [acesso 15 jan 2020];25(3):603-10. DOI: 10.1590/1983-80422017253217
23. Gomes AP, Gonçalves LL, Souza CR, Siqueira-Batista R. Estratégia Saúde da Família e bioética: grupos focais sobre trabalho e formação. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2016 [acesso 15 jan 2020];24(3):488-94. DOI: 10.1590/1983-80422016243148
24. Fachini JS, Scrigini AV, Lima RCGS. Sofrimento moral de trabalhadores de uma UTI pediátrica. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2017 [acesso 15 jan 2020];25(1):111-22. DOI: 10.1590/1983-80422017251172
25. Eidt V, Bruneri GD, Bonamigo EL. Ordem de não reanimar sob a perspectiva de pacientes oncológicos e seus familiares. *Mundo Saúde [Internet]*. 2017 [acesso 15 jan 2020];41(3):395-403. DOI: 10.15343/0104-7809.20174103395403
26. Pirôpo US, Damasceno RO, Rosa RS, Sena ELS, Yarid SD, Boery RNSO. Interface do testamento vital com a bioética, atuação profissional e autonomia do paciente. *Rev Salud Pública [Internet]*. 2018 [acesso 15 jan 2020];20(4):505-10. DOI: 10.15446/rsap.v20n4.65009
27. Brandalise VB, Remor AP, Carvalho D, Bonamigo EL. Suicídio assistido e eutanásia na perspectiva de profissionais e acadêmicos de um hospital universitário. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2018 [acesso 15 jan 2020];26(2):217-27. DOI: 10.1590/1983-80422018262242
28. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União [Internet]*. Brasília, nº 98, p. 44, 24 maio 2016 [acesso 18 fev 2021]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2NBBYOV>
29. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União [Internet]*. Brasília, 31 dez 1940 [acesso 24 fev 2021]. Disponível: <http://bit.ly/18KAH0G>
30. Borgsteede SD, Deliens L, Van der Wal G, Francke AL, Stalman WAB, Van Eijk JTM. Interdisciplinary cooperation of GPs in palliative care at home: a nationwide survey in the Netherlands. *Scand J Prim Health Care [Internet]*. 2007 [acesso 15 jan 2020];25(4):226-31. DOI: 10.1080/02813430701706501
31. Brown H, Johnston B, Ostlund U. Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. *Br J Community Nurs [Internet]*. 2011 [acesso 15 jan 2020];16(5):238-45. DOI: 10.12968/bjcn.2011.16.5.238
32. Lorenzo CFG. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2011 [acesso 15 jan 2020];19(2):329-42. Disponível: <https://bit.ly/3raoqYz>
33. Coa TF, Pettengill MAM. Autonomia da criança hospitalizada frente aos procedimentos: crenças da enfermeira pediatra. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2006 [acesso 4 dez 2020];19(4):433-8. DOI: 10.1590/S0103-21002006000400011

34. 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. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 23 jun 2014 [acesso 24 fev 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3bkwhOa>
35. Gomes D, Ramos FRS. Op. cit. p. 19.
36. Zamorano Jiménez CA, Chirino-Barceló Y, Baptista González HA, Altamirano Bustamante MM. Bioética en tiempo real: el límite de la viabilidad en los recién nacidos. Méd UIS [Internet]. 2013 [acesso 15 jan 2020];26(3):23-31. Disponível: <https://bit.ly/3tqn6Tw>
37. Bacon F. *Historia vitae et mortis*. Rio de Janeiro: Vozes; 1963.
38. Santos DA, Almeida ERP, Silva FF, Andrade LHC, Azevêdo LA, Neves NMBC. Op. cit. p. 370.
39. Thompson AE. Advanced directives. *Jama* [Internet]. 2015 [acesso 15 jan 2020];313(8):868. DOI: 10.1001/jama.2015.133
40. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 269-70, 31 ago 2012 [acesso 15 jan 2020]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/39yuFj0>
41. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 1, 11 jan 2002 [acesso 15 jan 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3csbRnq>
42. 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. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 169, 28 nov 2006 [acesso 15 jan 2020]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/39Ea7p6>
43. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.391, de 17 de setembro de 2009: versão de bolso. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010.
44. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Maia PM, Costa IT, Paiva AO, Cerqueira FR. Op. cit. p. 457.

Edison Vitório de Souza Júnior – Estudiante de doctorado – edison.vitorio@usp.br

🆔 0000-0003-0457-0513

Gabriel Aguiar Nunes – Estudiante de grado – aguiar.gbn@gmail.com

🆔 0000-0002-8738-2990

Cristiane dos Santos Silva – Graduada – cristianeimic@gmail.com

🆔 0000-0003-3822-1397

Benedito Fernandes da Silva Filho – Magíster – ditofilho13@gmail.com

🆔 0000-0003-2464-9958

Poliana Souza Lapa – Graduada – posolapa@yahoo.com.br

🆔 0000-0002-9262-7745

Paloma Dias Duarte – Estudiante de grado – palomaduarte1981@outlook.com

🆔 0000-0001-9556-878X

Eduardo Nagib Boery – Doctor – eduardoboery@gmail.com

🆔 0000-0001-7624-4405

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery – Doctora – rboery@gmail.com

🆔 0000-0002-7823-9498

Namie Okino Sawada – Libre docente – namie.sawada@unifal-mg.edu.br

🆔 0000-0002-1874-3481

Correspondencia

Edison Vitório de Souza Júnior – Av. dos Bandeirantes, 3.900, Campus Universitário, Monte Alegre CEP 14040-902. Ribeirão Preto/SP, Brasil.

Participación de los autores

Edison Vitório de Souza Júnior, Gabriel Aguiar Nunes y Cristiane dos Santos Silva diseñaron el estudio, obtuvieron los datos y, con Benedito Fernandes da Silva Filho, Poliana Souza Lapa y Paloma Dias Duarte, redactaron el manuscrito y discutieron los resultados. Eduardo Nagib Boery, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery y Namie Okino Sawada hicieron la revisión crítica, ajustaron el contenido científico y aprobaron la versión final.

Recibido: 11.8.2019

Revisado: 30.11.2020

Aprobado: 4.12.2020