

Bioética aplicada aos cuidados paliativos: questão de saúde pública

Mario Angelo Cenedesi Júnior

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Buenos Aires, Argentina.

Resumo

Cuidados paliativos são um conjunto de ações que visam melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família quando a doença já não responde a tratamentos curativos. Abrangem cuidados físicos, psicológicos, espirituais e sociais, entendendo a morte como um processo natural, não acelerando nem retardando seu desfecho. Esta revisão integrativa qualitativa selecionou 131 artigos sobre bioética e cuidados paliativos publicados nos últimos cinco anos, analisando 10 deles. Esses estudos destacam a importância da bioética no contexto dos cuidados paliativos, abordando temas como definição, morte, final de vida e a necessidade de equipe multiprofissional interdisciplinar. A espiritualidade também desempenha papel relevante, com o paciente e a família no centro das decisões, baseadas em uma comunicação eficaz. Cuidados paliativos buscam proporcionar conforto, dignidade e suporte integral para pacientes em fase avançada de doenças, permitindo que tenham o máximo de qualidade de vida possível em seus últimos momentos.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Cuidados paliativos na terminalidade da vida. Bioética. Saúde pública.

Resumen

Bioética aplicada a los cuidados paliativos: una cuestión de salud pública

Los cuidados paliativos constituyen acciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias cuando la enfermedad ya no responde a los tratamientos curativos. Abarcan la atención física, psicológica, espiritual y social, considerando la muerte como un proceso natural y sin acelerar ni retrasar su desenlace. Esta revisión integradora cualitativa seleccionó 131 artículos sobre bioética y cuidados paliativos publicados en los últimos cinco años, y analizó diez. Los estudios destacan la importancia de la bioética en los cuidados paliativos, abordando cuestiones como la definición, la muerte, el final de la vida y la necesidad de un equipo interdisciplinar multiprofesional. La espiritualidad también desempeña un papel importante, con el paciente y la familia en el centro de las decisiones basadas en una comunicación eficaz. Estos cuidados proporcionan confort, dignidad y apoyo integral a los pacientes terminales permitiéndoles una mayor calidad de vida posible en sus últimos momentos.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Cuidados paliativos al final de la vida. Bioética. Salud pública.

Abstract

Bioethics applied to palliative care: a public health issue

Palliative care is a set of actions aimed at improving patients' and family members' quality of life when no curative treatment is available. It encompasses physical, psychological, spiritual and social care, understanding death as a natural process whose outcome should be accelerated or delayed. Of the 131 articles on bioethics and palliative care published in the last five years selected, this integrative review analyzes 10. These studies highlight the importance of bioethics for palliative care, addressing themes such as definitions, death, end of life and the need for a multi-professional interdisciplinary team. Spirituality also plays a relevant role, putting the patient and family members as central to decisions made based on effective communication. Palliative care aims to provide comfort, dignity and comprehensive support for patients with advanced illnesses, allowing them the maximum quality of life possible.

Keywords: Palliative care. Hospice care. Bioethics. Public health.

Declara não haver conflito de interesse.

Quando uma equipe médica multiprofissional e interdisciplinar se depara com um paciente terminal, ela deve mobilizar ações que busquem não preservar e manter a vida, mas abrandá-la e resguardá-la. Consciente de que não será mais possível optar pela preservação e manutenção da vida, a equipe precisa, de forma uníssona, empenhar-se para que o sofrimento seja amenizado e a qualidade de vida mantida até o findar¹.

Vislumbrando reflexões sobre o agir humano de maneira a assegurar o bem-estar e a sobrevivência da humanidade, a bioética, ciência relacionada à sobrevivência humana, busca defender a melhoria das condições de vida com base nos princípios fundamentais da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Na esteira da bioética, admite-se que todo avanço no campo das ciências biomédicas deve estar a serviço da humanidade, com um posicionamento ético consciente e em constante evolução que busque respostas equilibradas diante dos conflitos atuais².

A bioética enquanto campo nasceu nos Estados Unidos entre o final dos anos 1960 e o início dos anos 1970, quando uma série de fatores históricos e culturais chamaram a atenção para a ética aplicada. O pesquisador em oncologia Van Rensselaer Potter, em 1971, criou e proclamou o novo termo “bioética” em seu livro *Bioética: uma ponte para o futuro*, como aponta Mori³. Nesse cenário, os cuidados paliativos surgem como uma modalidade ética no cuidado de pacientes que cursarão a terminalidade da vida, devido a doença crônica.

Antes de discorrer a respeito dessa modalidade, é preciso rememorar o entendimento sobre alguns conceitos coadjuvantes: terminalidade e irreversibilidade. Terminalidade, ou estado terminal, deve ser compreendida como o momento em que, inevitavelmente, a evolução de determinada doença resultará em morte, mesmo com a adoção de medidas de intervenção terapêutica⁴.

Já a irreversibilidade, aquilo cujo sentido não se pode inverter, deve ser compreendida num processo evolutivo referente ao estado do paciente diante da atuação e dos desdobramentos da doença que o acomete. A condição de irreversibilidade de uma propriedade de um sistema

implica que esta pode sofrer alterações que a levem de um estado inicial A para um estado final B, de forma que se torne impossível regressar ao estado inicial, mesmo se forem alteradas as causas da transição inicial⁴.

Esses conceitos são definidos com base em dados objetivos e subjetivos, colhidos e/ou identificados por uma equipe multiprofissional, composta pelas áreas de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e neuropsicopedagogia, com suporte de um serviço social eficaz, associado à equipe de humanização, por exemplo. O objetivo é estabelecer diagnóstico ou prognóstico e, assim, definir a estratégia terapêutica e de assistência ao paciente⁵.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶, cuidados paliativos representam um conjunto de ações de cuidados físicos, psicológicos, espirituais e sociais prestados ao indivíduo cuja enfermidade não responde mais aos cuidados curativos. O objetivo é melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família por meio da identificação e do alívio da dor, entendendo a morte como um processo natural, sem acelerá-lo ou retardá-lo. Nesse caso, a morte se torna um desfecho esperado e não deve ser combatida, o que, contudo, não significa que condutas não possam ser aplicadas, pois o paciente e sua família devem receber medidas terapêuticas específicas.

Gutierrez e Barros⁷ advertem que cuidados paliativos devem ser ministrados a pacientes cujas doenças apresentam pouca chance de reversão com o uso de terapêutica curativa desde o momento do diagnóstico, e não apenas nas últimas horas de vida. O cuidado paliativo ministrado em fase inicial tem como prerrogativa uma atenção diferenciada, individualizada, considerando as particularidades do indivíduo e suas necessidades como pessoa em condição de dependência. Assim, o paciente pode receber controle da dor e alívio do sofrimento nas dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais⁵.

Segundo Wittmann-Vieira e Goldim⁸, mesmo no sentido biológico, preservar ou salvar a vida não é mais o foco da assistência ao paciente, pois, no que tange às relações entre pessoas, o viver continua sendo o tema fundamental. Oferecer cuidados

paliativos não significa que não há mais nada a fazer pelo paciente ou familiares, mas que o diagnóstico é de doença grave, que evoluirá com ameaça à vida, e que uma equipe, juntamente com os profissionais especialistas na enfermidade, cuidará de quem está doente e daqueles que o cercam. Ou seja, “há muito a fazer” pelo paciente e por sua família.

Segundo dados da OMS, a cada ano cerca de 56 milhões de pessoas em todo o mundo demandam cuidados paliativos⁹ e, de acordo com Santos e colaboradores¹⁰, somente no Brasil a projeção é de mais de 1.166.279 pacientes em 2040). Com isso, fica evidente que a temática é uma importante questão de saúde pública¹¹, sendo necessária sua discussão à luz da bioética, a fim de que haja diálogo, sensibilização e compreensão do tema por parte de todos os envolvidos.

Método

O método aplicado na construção deste artigo foi o de revisão integrativa da literatura, que sintetiza inúmeros artigos no intuito de condensar resultados de estudos acerca do mesmo tema¹². A abordagem é qualitativa por lidar com um nível de realidade que não pode ser quantificado, isto é, um universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo dentro das relações¹³.

Optou-se pela revisão integrativa diante da busca de manuscritos que evidenciassem informações sobre o tema, a partir de estudos já

publicados, pré-estabelecida da seguinte maneira: 1) elaboração da questão de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão e exclusão; 3) definição da amostragem; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da síntese¹³.

A busca foi realizada nas bases de dados SciELO e LILACS por meio dos descritores em ciências da saúde (DeCS) “bioética” e “cuidados paliativos”, e o recorte temporal abrangeu os últimos cinco anos (2018-2022). Identificaram-se 131 artigos, cujos resumos foram lidos integralmente.

Foram incluídos artigos com resumo completo nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem a temática bioética e cuidados paliativos e estivessem em acesso aberto, e excluídos aqueles com resumos incompletos, com mais de cinco anos de publicação e sem os descritores definidos. Do total que atendeu aos critérios de inclusão, 27 foram excluídos por estarem duplicados nas plataformas e, ao final, restaram 10 artigos.

Ainda, utilizaram-se outros artigos importantes sobre o tema como suporte teórico para enriquecimento e sustentação das discussões. Foi dispensado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) por se tratar de revisão integrativa, sem envolvimento de seres humanos.

Resultados

O Quadro 1 condensa as principais impressões contidas nos artigos pesquisados.

Quadro 1. Síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa

A	Autores; ano	Periódico	Título	Objetivo	Método	Conclusão
	Chaves e colaboradores; 2021 ¹⁴	Revista Bioética	"Cuidados paliativos: conhecimento de pacientes oncológicos e seus cuidadores"	Verificar a percepção sobre cuidados paliativos, diretrizes antecipadas de vontade e ordem de não reanimar de pacientes oncológicos e seus cuidadores, bem como a relação destes com os profissionais de saúde.	Pesquisa descritiva quantitativa, realizada entre 2018 e 2019 no centro de alta complexidade em oncologia de um hospital universitário brasileiro. A amostra contou com 200 participantes (100 pacientes oncológicos e 100 cuidadores informais).	Desconhecimento por parte dos participantes relacionado a questões ligadas ao fim da vida, bem como um conflito entre distanásia e reanimação obstinada. Os resultados também relatam a importância dos profissionais de saúde estarem capacitados ao exercício da função.
B	Lima, Manchola-Castillo; 2021 ¹⁵	Revista Bioética	"Bioética, cuidados paliativos e libertação: contribuição ao 'bem morrer'"	Refletir sobre o morrer e as contribuições que a bioética tem dado ao assunto, seja por meio dos princípios tradicionais de autonomia e dignidade, seja por meio da defesa de uma nova categoria: a libertação, proposta pela bioética de intervenção com base em Paulo Freire.	Pesquisa qualitativa, de abordagem hermenêutica, reflexiva, sociocrítica e analítica, cujo objetivo é demonstrar que a libertação pode contribuir para formar profissionais e pacientes mais críticos, comprometidos e livres, capazes de enfrentar um momento de tanta vulnerabilidade como é o da morte.	O artigo defende que a adoção do conceito de libertação na reflexão bioética sobre cuidados paliativos pode contribuir no processo de "morrer bem".
C	Floriani; 2021 ¹⁶	Cadernos de Saúde Pública	"Considerações bioéticas sobre os modelos de assistência no fim da vida"	Discutir os três campos assistenciais institucionalizados nas sociedades contemporâneas para cuidados no fim da vida e seus respectivos modelos de morte: a eutanásia/suicídio assistido; a futilidade médica; e a calotanásia, fundamento do moderno movimento hospice.	Ensaio que analisa de modo os modelos propostos impactam a vida dos pacientes, bem como a fragilidade conceitual de algumas das bandeiras tradicionalmente utilizadas, como a dignidade humana.	É proposto um debate bioético acerca da necessidade de serem repensados alguns postulados, especialmente aqueles referentes à eutanásia. Apresenta e analisa a fundamentação ética e filosófica da calotanásia e suas implicações para a organização de boas práticas de cuidados no fim da vida.
D	Esperandio, Leget; 2021 ¹⁷	Revista Bioética	"Espiritualidade nos cuidados paliativos: questão de saúde pública?"	Apresentar o estado da arte sobre a temática, trazer breves orientações sobre como identificar necessidades espirituais e descrever quatro ferramentas úteis para esse cuidado.	Revisão integrativa com estudos indexados no Portal de Periódicos Capes, na Biblioteca Virtual em Saúde, na SciELO e no PubMed, utilizando os termos "cuidado espiritual and cuidados paliativos", "espiritualidade and cuidados paliativos" e "bioética". Foram encontrados 18 estudos empíricos publicados entre 2003 e 2018: quatro dissertações, duas teses e 12 artigos.	Reflete sobre os campos da bioética e da teologia pública e a correlação desses com a saúde pública. O texto apresenta recomendações para subsidiar políticas públicas voltadas à implementação do cuidado espiritual na assistência paliativa no Brasil.

continua...

Quadro 1. Continuação

Autores; ano	Periódico	Título	Objetivo	Método	Conclusão
E Maingué e colaboradores; 2020. ¹⁸	<i>Revista Bioética</i>	“Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida”	Identificar fatores que influenciam a tomada de decisões de profissionais de saúde diante de pacientes em cuidados de fim de vida internados em unidades de terapia intensiva.	Trata-se de pesquisa quantitativa realizada em dois hospitais paranaenses, entre março e maio de 2018, com amostra de 45 integrantes de equipe multiprofissional.	O artigo deixa evidenciada a preocupação dos entrevistados a respeito da autonomia, proteção da dignidade e preservação da qualidade de vida dos pacientes e familiares por meio da decisão compartilhada. Porém, a tendência de obstinação terapêutica para cumprir o dever profissional mostrou necessidade de mais discussões e formação em cuidados paliativos para minimizar conflitos éticos.
F Fusculim e colaboradores; 2022. ¹⁹	<i>Revista Bioética</i>	“Diretivas antecipadas de vontade: amparo bioético às questões éticas em saúde”	Analisar o contexto atual de implementação das diretivas antecipadas de vontade no Brasil a partir do conhecimento de profissionais da área de medicina e enfermagem, bem como identificar potenciais contribuições da bioética para sua implementação.	Trata-se de estudo exploratório, transversal, de abordagem quantitativa, com participação de 143 médicos e enfermeiros. Foi aplicado questionário eletrônico em plataforma on-line, objetivando analisar o contexto atual de implementação das diretivas antecipadas de vontade no Brasil a partir da percepção dos participantes.	De acordo com o artigo, saber o que são as diretivas facilita o processo de deliberação com o paciente, sendo os conhecimentos em bioética fundamentais para embasar a decisão de profissionais no momento de escolher a melhor conduta a ser adotada.
G Ceconello, Erbs, Geisler; 2022. ⁵	<i>Revista Bioética</i>	“Condutas éticas e o cuidado ao paciente terminal”	Analisar a abordagem direcionada ao paciente terminal, uma vez que ética e cuidado precisam estar presentes em uma relação cautelosa, que suscita discussões e diferentes interpretações no meio médico.	Trata-se de revisão integrativa de bibliografia realizada a partir de análise e integração de trabalhos encontrados em múltiplas bases de dados on-line, como SciELO, PubMed, portal do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Código de Ética Médica (CEM), além de periódicos, plataformas e obras impressas. A busca incluiu publicações de 2001 a 2020, sendo selecionados 23 artigos.	A abordagem das condutas e dos cuidados em pacientes terminais é de extrema importância, haja vista as possibilidades de e as discordâncias que estas podem causar. O artigo conclui que os cuidados paliativos devem ser prestados por equipe multiprofissional, de modo a promover o cuidado integral ao paciente e seus familiares, respeitando aspectos biopsicossociais e espirituais.

continua...



Quadro 1. Continuação

	Autores; ano	Periódico	Título	Objetivo	Método	Conclusão
H	Espíndola e colaboradores; 2018 ²⁰	<i>Revista Bioética</i>	"Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos"	Revisão narrativa da literatura, ou seja, trata-se de levantamento não sistemático que não especifica palavras-chave, descritores, fontes e período de publicação.	O artigo objetiva explorar possíveis implicações às relações familiares no fim da vida por meio de uma revisão narrativa de literatura.	O artigo conclui que as mudanças e perdas no processo de adoecimento acometem o doente e também seus familiares, o que justifica a necessidade de assistência que oferte cuidados a esses indivíduos e dê suporte aos sofrimentos físico, psicossocial e espiritual a que estão sujeitos.
I	Souza e colaboradores; 2022 ²¹	<i>Revista Bioética</i>	"Dilemas éticos no direito de acesso aos cuidados paliativos na pandemia da covid-19"	Elencar alguns dilemas éticos relacionados ao direito de acesso aos cuidados paliativos no contexto da pandemia da covid-19 e fomentar a discussão destes, visando a alocação de recursos de forma equitativa, segundo pressupostos doutrinários da legislação do Sistema Único de Saúde.	Trata-se de reflexão teórica, utilizando como referencial a abordagem de responsabilização pela razoabilidade de Norman Daniels.	O artigo deixa explícito que é imprescindível a discussão dos dilemas apontados de modo que o processo de deliberação na alocação de recursos em saúde seja feito de maneira justa, como direciona o princípio da equidade, podendo utilizar referenciais bioéticos para dar maior transparência às decisões, a fim de que a população possa entendê-las como justas e justificadas.
J	Campos, Silva, Silva; 2019 ²²	<i>Revista Bioética</i>	"Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família"	Avaliar a comunicação na assistência paliativa e sua influência na relação entre equipe, paciente e família.	Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória envolvendo seis participantes abordados em instituição hospitalar de saúde pública da cidade de Suzano, no estado de São Paulo. Dados foram coletados em entrevistas semiestruturadas e avaliados com a técnica de análise de conteúdo.	O artigo estabelece que a boa relação entre as três partes, por meio do diálogo, é fundamental, sendo, no entanto, necessário identificar outros fenômenos que estão além das habilidades comunicativas dos profissionais. Na perspectiva da bioética, a comunicação se destaca na assistência e cria vínculo que possibilita decisões compartilhadas.

Discussão

Ideia de morte como um processo natural e inevitável

De acordo com o artigo A¹⁴, os avanços tecnológicos e científicos da era pós-Revolução Industrial foram responsáveis por uma mudança no padrão das doenças populacionais, um aumento da expectativa de vida e o conseqüente crescimento da parcela idosa da população. Esse cenário de transição demográfica e epidemiológica está associado à diminuição das doenças infectocontagiosas e ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, que hoje correspondem a 70% de todas as mortes, totalizando 41 milhões de mortes por ano no mundo todo. Essas mortes estão relacionadas a um grupo de doenças cardiovasculares, endocrinológicas, osteoarticulares e neoplásicas.

Em tese, os aparatos tecnológicos que consagraram o progresso e mitigaram os índices de mortalidade continuam desempenhando importante atuação nos diagnósticos e tratamentos precoces, além de travarem disputa acirrada para intervenção nas fases terminais da vida humana. Assim, diante da tecnologia, a morte tem sido entendida como um acidente indesejável, causado por uma doença que não foi detectada a tempo ou, ainda, por incapacidade na atuação dos médicos, e não como parte do ciclo natural da vida²².

Por se tratar de uma experiência sobre a qual poucos se dispõem a dialogar, o tema morte sempre se apresenta como um desafio. Entretanto, ao ser abordada e nomeada, a morte desperta curiosidade, desconforto, dúvidas, emoções e reflexões. Kovács²⁴ afirma que as emoções geradas no contexto da morte são as responsáveis por calar a curiosidade gerada e, como consequência, a maioria das pessoas não conseguem experimentar tais sentimentos, fugindo deles e evitando o assunto.

O historiador Philippe Ariès²⁵ colabora com o tema ao afirmar que a morte traz consigo uma censura, uma ideia de proibido, fazendo com que se evite falar a respeito dela, pois é considerada malogro e ruína. No campo da saúde, há uma sensação de poder relacionado ao tema morte por parte dos profissionais, que em suas formações são forjados para superá-la, combatê-la, vencê-la. Mas, de acordo com Kovács²⁴, essa sensação se desfaz na fragilidade humana desses

profissionais, que se veem impotentes diante da pálida e gelada presença da morte.

O olhar com naturalidade – defendido por Cicely Saunder, conforme será abordado no próximo tópico –, despojado de preconceitos e medos, poderia redirecionar o modo como pensamos e dialogamos sobre a morte, entendendo que, apesar de inevitável, ela pode ser uma boa morte. Nesse sentido, o artigo C¹⁶ aborda os cuidados ao termo vida por meio de uma morte sem dor, em que os desejos do paciente são respeitados, com a possibilidade de morrer em casa, na presença de familiares e amigos, e sem sofrimento para o paciente, família e cuidadores.

Nesse contexto as pendências do paciente estariam sanadas e haveria boa relação entre o paciente e sua família junto aos profissionais de saúde. Tais ações, contudo, exigem uma observação sensível das condições em que o paciente lida com sua morte, de forma a evitar expectativas frustradas, e dos aspectos culturais em que o paciente está inserido, especialmente quando se trata de sociedades pluralistas, nas quais há diferentes concepções do que seja uma boa morte²⁶.

Cuidados paliativos: conceitos e definições

O artigo A¹⁴ mostra que o conceito de cuidados paliativos surge na década de 1960 por meio da atuação da médica, assistente social e enfermeira Cicely Saunders. Saunders se dedicou à construção de um trabalho voltado não apenas à assistência, mas também ao ensino e à pesquisa, resultando na criação do St. Christopher's Hospice, em 1967, na cidade de Londres, o que inaugurou uma importante fase de expansão do movimento paliativista²⁵.

Diante da busca pela preservação da dignidade dos pacientes e concessão de sustentação para o paciente e seus familiares na etapa terminal da vida, o artigo B¹⁵ apresenta dois pilares considerados fundamentais nos cuidados paliativos: a eficiência no controle da dor e de outros sintomas que surgem no estágio final de uma doença e a extensão do cuidado a aspectos psicológicos, sociais e espirituais do paciente e de seus familiares²⁷.

Em um primeiro momento, tais cuidados foram direcionados especificamente a pacientes oncológicos, porém, na década de 2000, o conceito

foi expandido, agregando enfermidades neurológicas, cardíacas, renais e outras nas quais a vida possa ser ameaçada.

Como versa o artigo G⁵, por meio da inter-relação profissional, com participação de equipe multidisciplinar e processo terapêutico, cuidados paliativos suscitam uma abordagem de cuidado integral ao paciente e seus familiares. Por conseguinte, vários princípios devem ser observados para que a assistência paliativa seja efetiva, como estabeleceu a OMS em 2002:

*Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, psicológicos e espirituais*²⁸.

Em contrapartida, o artigo D¹⁷ mostra que, infelizmente, a maioria dos pacientes continua a receber assistência inadequada, focada apenas no propósito de cura. A assistência dispensada nos cuidados paliativos visa extinguir o hiato entre conhecimento científico e humanístico, a fim de resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de morrer como se deseja²⁷. No entanto, dados da OMS mostram que apenas 14% daqueles que têm indicação de tratamento paliativo efetivamente o recebem^{6,29}.

Rememorando o artigo G⁵, não se deve esquecer o entendimento de que cuidados paliativos não buscam aligeirar a morte com a eutanásia e muito menos prolongar o sofrimento às portas da morte, mas sim possibilitar a ortotanásia, que significa a boa morte, sem sofrimentos desnecessários naquele momento e/ou condição do paciente³⁰.

A distanásia, conhecida como “morte ruim”, lenta e com intenso sofrimento, é pouco discutida no meio médico e refere-se a submeter o paciente a situação de sofrimento ou tortura, visando salvar sua vida por meio de tratamento sem efetividade. Já a eutanásia, que seria a indução à morte para que não haja sofrimento, é assunto de discussão acalorada em muitos países, como no Brasil, onde não é permitida, sendo condenada na prática médica por ferir os princípios da ética e da moral. Nesse sentido, a eutanásia é

considerada promoção de óbito e contraria a ideia de prolongar a vida diminuindo o sofrimento, ou seja, não se enquadra na beneficência nem na não maleficência.

Em síntese, fundamentados no direito à autonomia, à preservação da identidade social e à dignidade da vida e da morte, os cuidados paliativos fornecem assistência integral ao paciente sem proposta terapêutica de cura. Assim, controlam efetivamente a dor e proporcionam qualidade de vida física, emocional, psicológica e familiar, respeitando a autonomia e a autodeterminação do paciente em íntima relação com a bioética, principalmente no cuidado a pessoas idosas e em condição de dependência no término da vida³¹.

Dilemas bioéticos em cuidados paliativos

A bioética emerge após a segunda metade do século XX diante dos extraordinários avanços tecnológicos nas áreas da biomedicina, genética, biologia molecular, transplantes e cuidados paliativos. Com a evolução da tecnologia e da informática, expandiram-se as possibilidades de intervenção nas condições de saúde do ser humano e, pouco a pouco, surgiram questões éticas derivadas da aplicabilidade dessas ciências, que aumentaram o poder de intervenção sobre a vida e a natureza^{32,33}.

A bioética preocupa-se com o uso ético das novas tecnologias na área das ciências médicas e com a solução adequada dos dilemas morais por elas apresentados³⁴, possibilitando a aplicação dos princípios éticos aos problemas relativos à prática médico-assistencial³⁵. Assim busca entender e resolver os conflitos morais com implicações em práticas no âmbito do viver e da saúde, sempre respeitando os valores de uma sociedade democrática e secular².

Apropriar-se dos conflitos e dilemas morais existentes nas relações humanas, entendendo o ser humano como indivíduo possuidor de competência cognitiva e moral, capaz de atuar de forma livre e se responsabilizar pelos seus atos, é o cerne da bioética. Portanto, uma investigação biomédica requer reflexão orientada pela ética, na medida em que a bioética, enquanto novo conhecimento, combina características como humildade, responsabilidade e competência interdisciplinar e intercultural, além de potencializar o senso de

humanidade⁸. A dignidade do ser humano se edifica à medida que princípios éticos são observados nas tomadas de decisões e intervenções e nas relações interpessoais de todos os segmentos e pessoas envolvidas³⁶.

Dentre as várias tendências da bioética, destaca-se a bioética principialista, cujo foco é preocupação dos seres humanos participantes das pesquisas para a área clínico-assistencial. Proposto por Beauchamp e Childress³⁷, esse modelo aplica o sistema de princípios, como a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça, proporcionando uma nova forma de dialogar com os profissionais da área da saúde.

O princípio da beneficência refere-se ao atendimento dos interesses importantes e legítimos dos indivíduos por meio da utilização de conhecimentos e habilidades técnicas que minimizem riscos e maximizem benefícios aos pacientes³¹. Já a não maleficência estabelece que qualquer intervenção profissional deve evitar ou minimizar riscos e danos, o que implica não fazer o mal, em nenhuma hipótese. Este é considerado princípio fundamental da tradição hipocrática da ética médica, que preconiza: *cria o hábito de duas coisas: socorrer (ajudar) ou, ao menos, não causar danos*³⁶.

A autonomia faz referência à liberdade de ação, considerando que as pessoas, possuindo razoável maturidade e consciência, são capazes de escolher e agir de acordo com seus próprios anseios, e o respeito a essa autonomia é indispensável, desde que não resulte em danos aos demais³³. Já o princípio de justiça diz respeito à distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais, apoiando-se na equidade e salientando que situações idênticas devem ser tratadas igualmente, e as que não são iguais, de forma diferente³⁴.

Equipe multiprofissional e interdisciplinar

No artigo E¹⁸, entende-se que a interdisciplinaridade é absolutamente necessária na prática do cuidado paliativo, ou seja, é preciso haver uma equipe multiprofissional que trabalha de maneira interligada na discussão e condução dos casos. O escopo de cuidados e o planejamento terapêutico devem envolver toda a equipe em busca da melhor qualidade de vida do enfermo e de seus familiares^{37,38}. Os profissionais envolvidos

devem ser tecnicamente habilitados na competência científica e atualizados constantemente nos conceitos da bioética e humanização, a fim de promover acolhimento e cuidado adequados.

Cuidados paliativos não se referem exclusivamente a atos médicos diante do fim da vida e discorrer sobre esse tema vai além de defender uma boa morte com uma equipe multiprofissional humana e capacitada. Esse tema relaciona-se com vida, a como se vive e como se pode viver quando preservar ou salvar a vida no sentido biológico não é mais possível⁸.

Por fim, o artigo E¹⁸ defende que a equipe multidisciplinar deve reavaliar continuamente o quadro clínico do paciente, redefinindo objetivos do tratamento e considerando a assistência paliativa, principalmente quando há limitações da terapêutica modificadora da doença. Quando a enfermidade se encontra em fase avançada, com sinais de que a morte está próxima, define-se essa fase como a de cuidados de fim de vida.

Relação entre família e cuidadores

O artigo H²⁰ evidencia que a investigação sobre relações familiares no fim da vida envolve muita reflexão sobre conceitos, princípios e concepções acerca da instituição familiar. As famílias são o núcleo de uma sociedade, as primeiras redes de apoio dos indivíduos e as responsáveis pela formação, desenvolvimento e socialização dos sujeitos. Em seu cerne, são regidas por um conjunto de normas que orientam as relações estabelecidas entre os membros, organizando padrões de interação, bem como papéis e atribuições de cada indivíduo.

Diante de adoecimento ou morte iminente, ocorrem mudanças na organização familiar e, conseqüentemente, nos papéis desempenhados pelos familiares, o que justifica a inclusão dessas pessoas na assistência prestada pelas equipes de cuidados paliativos. A intervenção da equipe com a assistência paliativa auxilia tanto o paciente quanto os familiares a enfrentar a situação de terminalidade da vida. Isso contribui para amenizar o sofrimento físico, psicossocial e espiritual, uma vez que a família já passou por um longo trajeto de perdas simbólicas, como a dos papéis sociais, da autonomia e da identidade, além da perda real, ou seja, o óbito do enfermo.

Nesse contexto, os cuidados devem incluir uma comunicação honesta e clara, evitando omissões e conversas paralelas entre os profissionais na frente dos familiares. É preciso manter, sempre, a autonomia e a dignidade dos doentes e seus familiares.

O artigo G⁵ afirma que o paciente e sua família são unidade fundamental de cuidado e que os familiares devem receber auxílio em todo o processo de enfermidade do paciente, evitando, assim, promoção de sofrimento que possa ter impactos negativos no curso da doença. A participação da família, amigos e parceiros é de grande valia para a equipe de cuidados paliativos, visto que podem auxiliar nas necessidades, especificidades, angústias e vontades do paciente por conhecê-lo melhor que os profissionais. É esperado que a família sofra e adoça junto com o paciente e, assim, esse sofrimento deve ser levado em conta, acolhido e incluído no tratamento³⁹.

Os familiares e/ou responsáveis também devem ser avisados sobre a não possibilidade de cura, com o consentimento do paciente, para que o apoio familiar, imprescindível, seja efetivo. Esse tipo de notícia traz complicações e, desde a primeira conversa até a fase de luto familiar, o suporte psicossocial torna-se fundamental.

Espiritualidade diante dos cuidados paliativos

Versa o artigo E¹⁸ que, no contexto dos cuidados paliativos, a espiritualidade é fonte de sentido para a experiência da doença, produzindo sensação de bem-estar e qualidade de vida, sendo recurso de *coping* (enfrentamento), suporte para enfermos e familiares e meio de desenvolvimento e ressignificação da vida. Entretanto, destaca-se que profissionais da saúde têm dificuldade em identificar necessidades espirituais e atendê-las, e um estudo identificou que menos de 15% dos pacientes internados tiveram tais demandas atendidas ou receberam apoio psicológico^{40,41}.

É importante ressaltar que, no contexto dos cuidados paliativos, o paciente enfrenta um sofrimento multifatorial que extrapola os limites do corpo físico, manifestando-se em crises e conflitos espirituais não tratáveis com medicamentos e que podem agravar a percepção da dor. Cicely Saunders nomeou essa experiência como “dor total”, argumentando que engloba, além do

componente físico, sofrimento psicológico, social e espiritual⁴². A busca de sentido para o sofrimento se situa no contexto da história de vida da pessoa.

Do mesmo modo, decisões éticas não são isoladas do contexto relacional e social da unidade de tratamento (paciente e familiares), como apontam Muldoon e King⁴³. Nas narrativas do enfermo estão presentes seus valores e crenças, aquilo que o ajuda a encontrar sentido e embasa suas decisões.

Ainda de acordo com o artigo E¹⁸, a espiritualidade é tida pela OMS como um dos componentes intrínsecos das boas práticas em assistência paliativa. Conforme a Resolução 41/2018, do Ministério da Saúde⁴⁴, que trata da implementação dos cuidados paliativos na atenção primária, essa reflexão é primordial. Com base nela, é possível integrar efetivamente a dimensão espiritual a esse tipo de assistência, melhorando a efetividade do cuidado tanto dos pacientes quanto daqueles que os acompanham. Diferentes áreas são convidadas a desenvolver estudos sobre o tema, produzindo evidências que levem à transformação das políticas públicas e da práxis de uma bioética no cuidado, de modo que este seja integral e centrado na pessoa⁴³.

Aspectos legais da terminalidade da vida no Brasil

Segundo o artigo G⁵, os cuidados paliativos surgiram no Brasil por volta de 1980, mas foi somente a partir do final da década de 1990 que passaram por considerável crescimento. Gradativamente, a prática paliativa ganhou espaço nos cenários de saúde brasileira, mas esse tipo de cuidado ainda é bastante mistificado e desconhecido por grande parte da população, inclusive por profissionais de saúde.

Cabe destacar, ainda, que o Brasil não dispõe de normativas legais específicas voltadas aos cuidados paliativos. Apesar disso, o Código de Ética Médica (CEM), elaborado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)⁴⁵, assegura alguns pontos, como a legitimidade da ortotanásia, as diretivas antecipadas de vontade (DAV) e o reconhecimento da medicina paliativa como campo de atuação⁴⁶.

Outra questão importante são as DAV, discutidas no artigo F¹⁹, nas quais são estabelecidos limites terapêuticos que devem ser respeitados caso o paciente não possa mais se expressar em algum momento. As DAV não se referem apenas a desejos de fim de vida, pois são também entendidas como

manifestações de vontade prévia que terão efeito quando o paciente não conseguir se expressar. Dividem-se em seis tipos: testamento vital, mandato duradouro, ordens de não reanimação, diretivas antecipadas psiquiátricas, diretivas para demência e plano de parto.

Entretanto, como já mencionado neste artigo, é utilizada a expressão DAV para se referir àquilo que se compreende como testamento vital, de acordo com a perspectiva de Dadalto⁴⁷. Sob esse aspecto, as DAV propiciam ao paciente o respeito à possibilidade de ter acolhida e respeitada sua vontade em seus momentos finais.

Ao honrar a autodeterminação da pessoa enferma, assegura-se-lhe o direito de ser protagonista de seu fim com dignidade quando, no uso da sua liberdade de dispor de seu bem-estar, escolher a suspensão dos tratamentos que somente prolonguem seu sofrer.

No contexto brasileiro, o entendimento de que a aplicação das DAV ocorre principalmente no fim da vida justifica a associação do conhecimento em cuidados paliativos àquele sobre as DAV, estatisticamente significativa no estudo I²¹. O respeito à vontade do paciente, a suas determinações e anseios, inclui reconhecer e responder às necessidades dele e dos familiares com uma visão ampla e transdisciplinar.

Reconhecem-se, aqui, as conquistas da tecnologia médica, porém com a ressalva de que deve haver uma transição gradual e equilibrada entre tentativas legítimas de manter a vida, quando há chances reais de recuperação, e a abordagem paliativa, controle de sintomas, sem nunca desconsiderar a dimensão da finitude humana⁴⁸.

Ainda, o artigo I²¹ considera que o direito sanitário, além de objetivar a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos por meio de um conjunto de normas jurídicas, também abarca a preocupação ética com os temas que interessam à saúde. Zelar pela ética na saúde requer constantes discussões sobre critérios da alocação de recursos em todas as esferas públicas e o estabelecimento de políticas que possam impactar na saúde individual ou coletiva. As considerações éticas devem ser consonantes à ética universal e aos valores da sociedade, visando à conciliação de interesses e buscando primordialmente a manutenção da dignidade da pessoa humana.

Comunicação com o paciente e a família

Por fim, o artigo J²² menciona um estudo qualitativo sobre a importância da comunicação clara e direta entre a equipe e, sobretudo, com o paciente e sua família, evitando ao máximo termos técnicos e desconhecidos para o paciente. No âmbito da bioética, o diálogo com empatia e compaixão é estratégia e habilidade essencial para um bom trabalho em equipe, pois é necessário compreender as angústias e o sofrimento do paciente. Ainda, o trabalho mostra que a aceitação do diagnóstico e prognóstico e a adesão ao tratamento são visivelmente influenciadas pela relação que se estabelece entre equipe e paciente e pela forma como os profissionais norteiam a comunicação.

Pode haver muitas orientações, porém o primeiro passo é sempre a escuta do paciente, visto que ela permite avaliar a melhor forma de passar informações em cada caso, diante do que se conhece do paciente e/ou da família. Essa atitude pode diminuir conflitos, angústias e fantasias originários tanto daquilo que o paciente e seus familiares imaginam sobre sua condição de saúde, quanto do próprio profissional, que faz uma leitura do outro a partir de seu mundo particular⁴⁹.

Mais do que falar, saber ouvir direciona a comunicação à necessidade verossímil do paciente, permitindo-lhe expressar seus desejos. Isso demonstra respeito pelo outro, ratificando sua percepção sobre a própria saúde e a prerrogativa de estabelecer os limites daquilo de que deseja estar ciente. É certo que todo paciente tem o direito de saber, mas nem todos têm essa necessidade, e quem deixará claro até onde o profissional deve ir na comunicação é o próprio paciente⁴⁷⁻⁴⁹.

Além disso, há a relevância de respeitar, na interlocução, o tempo do paciente e da família, a fim de que possam entender o diagnóstico, o prognóstico e o cuidado proposto.

Considerações finais

Cuidados paliativos são indicados a todos os pacientes cuja doença ameace a continuidade de vida por qualquer diagnóstico (não apenas oncológico), com prognóstico de terminalidade, seja qual for a idade e a qualquer momento em que esses pacientes tenham expectativas ou necessidades.

A fase final da vida é conhecida como aquela em que o processo de morte ocorre de forma irreversível e o prognóstico de morte pode ser definido em dias, semanas, meses ou mesmo anos. Nesse caminho, os cuidados paliativos se tornam indispensáveis e complexos em razão do objetivo de suprir a demanda de atenção específica e contínua ao doente e sua família, prevenindo e/ou reduzindo o sofrimento, com o intuito de ampliar a qualidade de vida e assegurar uma morte digna. A condução de cada caso sempre deve ser discutida e acordada entre paciente – quando em condições de

responder por si –, familiares e equipe de saúde multiprofissional, de maneira interdisciplinar.

Este artigo mostra, de maneira resumida, a bioética aplicada a cuidados paliativos, modalidade que está cada vez mais em voga, sendo entendida como uma necessidade real e crescente. Assim, entender os conceitos teóricos desse tipo de cuidado e sobretudo sua práxis faz com que ele seja aplicado da melhor maneira possível, sem ferir os princípios éticos que correspondem ao cuidado, deixando o paciente (e seus familiares) em evidência quanto ao empoderamento e protagonismo de sua própria história.

Referências

1. Santos CE, Campos LS, Barros N, Serafim JA, Klug D, Cruz RP. Palliative care in Brasil: present and future. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2019 [acesso 18 out 2023];65(6):796-800. DOI: 10.1590/1806-9282.65.6.796
2. Freitas EEC, Schramm FR. Argumentos morais sobre inclusão/exclusão de idosos na atenção à saúde. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 18 out 2023];21(2):318-27. Disponível: <https://bit.ly/49kLMSe>
3. Mori M. A bioética: sua natureza e história: capacitação para comitês de ética em pesquisa [Internet]. Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso 18 out 2023]. Disponível: <https://bit.ly/40pqMWi>
4. Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2008 [acesso 18 out 2023];20(4):422-8. DOI: 10.1590/S0103-507X2008000400016
5. Ceconello L, Erbs EG, Geisler L. Condutas éticas e o cuidado ao paciente terminal. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2022 [acesso 18 out 2023];30(2):405-12. DOI: 10.1590/1983-80422022302536PT
6. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines [Internet]. 2ª ed. Geneva: World Health Organization; 2002 [acesso 18 out 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3wRitEj>
7. Gutierrez BAO, Barros TC. O despertar das competências profissionais de acompanhantes de idosos em cuidados paliativos. *Rev Temát Kairós Gerontol* [Internet]. 2012 [acesso 18 out 2023];15(4):239-58. DOI: 10.23925/2176-901X.2012v15iEspecial12p239-258
8. Wittmann-Vieira RW, Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [acesso 18 out 2023];25(3):334-9. DOI: 10.1590/S0103-21002012000300003
9. OMS divulga recursos para lidar com flagrante escassez de serviços de cuidados paliativos de qualidade. Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. 5 out 2021 [acesso 29 nov 2023]. Disponível: <https://bit.ly/46VKr1F>
10. Santos CE, Caldas JMP, Serafim JA, Barros N, Pereira AC, Capra MEZ et al. Palliative care in Brazil: with a view to future needs? *Int Arch Med.* [Internet] 2017 [acesso 18 out 2023]; 10(148): 1-9. DOI: 10.3823/2418
11. Burlá C, Py L. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso 18 out 2023];30(6):1-3. DOI: 10.1590/0102-311XPE020614
12. Mendes KS, 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 18 out 2023];17(4):758-64. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018
13. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2002.
14. Chaves JHB, Angelo Neto LM, Tavares VMC, Tuller LPS, Santos CT, Coelho JAPM. Cuidados paliativos: conhecimento de pacientes oncológicos e seus cuidadores. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2021 [acesso 18 out 2023];29(3):519-33. DOI: 10.1590/1983-80422021293488

15. Lima MA, Manchola-Castillo C. Bioética, cuidados paliativos e libertação: contribuição ao “bem morrer”. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2021 [acesso 18 out 2023];29(2):268-78. DOI: 10.1590/1983-80422021292464
16. Floriani CA. Considerações bioéticas sobre os modelos de assistência no fim da vida. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021 [acesso 18 out 2023];37(9):e00264320. DOI: 10.1590/0102-311X00264320
17. Esperandio ME, Leget C. Espiritualidade nos cuidados paliativos: questão de saúde pública? *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2020 [acesso 18 out 2023];28(3):543-53. DOI: 10.1590/1983-80422020283419
18. Maingué PCPM, Sganzerla A, Guirro UBP, Perini CC. Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2020 [acesso 18 out 2023];28(1):135-46. DOI: 10.1590/1983-80422020281376
19. Fusculim ARB, Guirro UBP, Souza W, Corradi-Perini C. Diretivas antecipadas de vontade: amparo bioético às questões éticas em saúde. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2022 [acesso 18 out 2023];30(3):589-97. DOI: 10.1590/1983-80422022303552PT
20. Espíndola AV, Quintana AM, Farias CP, München MAB. Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2018 [acesso 18 out 2023];26(3):371-7. DOI: 10.1590/1983-80422018263256
21. Souza MT, Martins TCR, Moreira AS, Costa EF, Pessalacia JDR. Dilemas éticos no direito de acesso aos cuidados paliativos na pandemia da covid-19. *Rev Bioét Derecho* [Internet]. 2022 [acesso 18 out 2023];55:123-45. DOI 10.1344/rbd2022.55.36164
22. Campos VF, Silva JM, Silva JJ. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2019 [acesso 18 out 2023];27(4):711-8. DOI: 10.1590/1983-80422019274354
23. Pereira RA, Alves-Souza RA, Vale JS. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. *Revista Científica FAEMA* [Internet]. 2015 [acesso 18 out 2023];6(1):99-108. DOI: 10.31072/rcf.v6i1.322
24. Kovács MJ. Bioethics concerning life and death. *Psicol USP* [Internet]. 2003 [acesso 18 out 2023];14(2):115-67. DOI: 10.1590/S0103-65642003000200008
25. Ariès P. História da morte no Ocidente. São Paulo: Saraiva; 2003.
26. Walter T. Historical and cultural variants on the good death. *BMJ* [Internet]. 2003 [acesso 18 out 2023];327:218-20. DOI: 10.1136/bmj.327.7408.218
27. Rocha AR, Buonicore GP, Silva AC, Pithan LH, Feijó AGS. Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2013 [acesso 18 out 2023];21(1):84-95. DOI: 10.1590/S1983-80422013000100010
28. Camargos MG, Paiva CE, Barroso EM, Carneseca EC, Paiva BSR. Understanding the differences between oncology patients and oncology health professionals concerning spirituality/religiosity: a cross-sectional study. *Medicine* [Internet]. 2015 [acesso 18 out 2023];94(47):2145. DOI: 10.1097/MD.0000000000002145
29. Cervellin AF, Kruse MHL. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 18 out 2023];18(1):136-42. DOI: 10.5935/1414-8145.20140020
30. World Health Organization. Op. cit. p. 15-6. Tradução livre.
31. Paiva FCL, Almeida JJ Jr, Damásio AC. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2014 [acesso 18 out 2023];22(3):550-60. DOI: 10.1590/1983-80422014223038
32. Byock I. Principles of palliative medicine. In: Walsh D, editor. *Palliative medicine*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009. p. 33-41.
33. Costa RS, Santos AGB, Yarid SD, Sena ELS, Boery RNSO. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [acesso 18 out 2023];40(108):170-7. DOI: 10.1590/0103-1104-20161080014
34. Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2005 [acesso 18 out 2023];14(22):106-10. DOI: 10.1590/S0104-07072005000100014
35. Nunes L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2009 [acesso 18 out 2023];16(1):41-50. Disponível: <https://bit.ly/47xVi3a>

36. Clotet J. A. Bioética: uma aproximação. 33^a ed. Porto Alegre: EdiPUCRS; 2003.
37. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 4^a ed. São Paulo: Loyola; 2002.
38. Crippa A, Lufiego CAF, Feijó AGS, De Carli GA, Gomes I. Aspectos bioéticos nas publicações sobre cuidados paliativos em idosos: análise crítica. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2015 [acesso 18 out 2023];23(1):149-60. p. 150. DOI: 10.1590/1983-80422015231055
39. Santos FS. Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo: Atheneu; 2011.
40. Vianna MLGS, Silva DSN. Existem cuidados paliativos sem interdisciplinaridade? In: Corradi-Perini C, Sperandio MRG, Souza W, organizadores. *Bioética e cuidados paliativos*. Curitiba: Prismas; 2016. p. 65-80.
41. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de cuidados paliativos ANPC* [Internet]. 2^a ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012 [acesso 18 out 2023]. p. 23-30. Disponível: <https://bit.ly/3GqGhUb>
42. Paiva CE, Paiva BSR, Yennurajalingam S, Hui D. The impact of religiosity and individual prayer activities on advanced cancer patients' health: is there any difference in function of whether or not receiving palliative anti-neoplastic therapy? *J Relig Health* [Internet]. 2014 [acesso 18 out 2023];53(6):1717-27. DOI: 10.1007/s10943-013-9770-6
43. Muldoon M, King N. Spirituality, health care, and bioethics. *J Relig Health* [Internet]. 1995 [acesso 18 out 2023];34(4):329-50. DOI: 10.1007/bf02248742
44. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n° 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [Internet]. 23 nov 2018 [acesso 6 dez 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3uNfq2U>
45. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM n° 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n° 2.222/2018 e 2.226/2019 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 29 nov 2023]. Disponível: <https://bit.ly/40IcAqv>
46. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004.
47. Dadalto L. Testamento vital. 4^a ed. Indaiatuba: Foco; 2018.
48. Machado S, Reis-Pina P, Mota A, Marques R. Morrer num serviço de medicina interna: as últimas horas de vida. *Medicina Interna (Lisboa)* [Internet]. 2018 [acesso 18 out 2023];25(4):286-92. DOI: 10.24950/rspmi/original/90/4/2018
49. Bifulco VA, Caponero RA. Cuidados paliativos: conversas sobre a vida e a morte na saúde. Barueri: Manole; 2015. A comunicação no final da vida; p. 107-1.

Mario Angelo Cenedesi Júnior – Doutorando – mariocenedesi@outlook.com

 0000-0001-8441-8321

Correspondência

Rua do Professor, 600, ap. 64, Jardim Irajá CEP 14020-280. Ribeirão Preto/SP, Brasil.

Recebido: 23.7.2023

Revisado: 18.10.2023

Aprovado: 19.10.2023