

Bioética y cuidados paliativos: revisión integradora

Pâmela dos Anjos Ferreira Lopes¹, Deise Samara da Silva Paz¹, Juliana da Cruz Ferreira¹,
Sabrina Santarém de Moraes¹

1. Universidade Federal do Amazonas, Manaus/AM, Brasil.

Resumen

La humanización en salud es un proceso de rescate del respeto a la vida, a la individualidad y a las diferencias profesionales para construir un entorno sólido en las instituciones sanitarias. Este proceso requiere la implementación de un sistema interdisciplinario y reflexivo de los principios y valores que regulan la práctica profesional en salud, y es fundamental que estos profesionales busquen conocer los principios de la bioética para brindar cuidados con seguridad, ética y responsabilidad. A partir de este supuesto, esta revisión integradora tiene como objetivo destacar la importancia de la atención multidisciplinaria en los cuidados paliativos y las formas de mejorar esta humanización. La muestra final consistió en ocho artículos que muestran la importancia de la humanización, un requisito previo para el cuidado de la persona humana. Se concluye que los profesionales sanitarios de cualquier ámbito asistencial deben conocer los principios que regulan la bioética y, principalmente, ponerlos en práctica.

Palabras clave: Bioética. Cuidados paliativos. Humanización de la atención.

Resumo

Bioética e cuidados paliativos: revisão integrativa

A humanização em saúde é um processo de resgate do respeito à vida, à individualidade e às diferenças profissionais com vista à construção de um ambiente solidificado nas instituições de saúde. Esse processo requer a implementação de um sistema interdisciplinar e reflexivo dos princípios e valores que regem a prática profissional em saúde, sendo essencial que esses profissionais busquem conhecimento sobre os princípios da bioética para prestação de cuidados com segurança, ética e responsabilidade. Partindo desse pressuposto, esta revisão integrativa tem como objetivo destacar a importância da assistência multidisciplinar nos cuidados paliativos e formas de melhorar essa humanização. A amostra final foi composta por oito artigos que destacam a importância da humanização, pré-requisito para exercer o cuidado à pessoa humana. Conclui-se que o profissional de saúde em qualquer âmbito do cuidado deve carregar o conhecimento sobre os princípios que regem a bioética e, principalmente, colocá-los em prática.

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

Abstract

Bioethics and palliative care: an integrative review

Humanization in healthcare is a process of recovering respect for life, individuality and professional differences with a view to building a solidified environment in healthcare institutions. This process requires the implementation of an interdisciplinary and reflective system of principles and values that govern professional health practice, and it is essential that these professionals seek knowledge about the principles of bioethics to provide care safely, ethically and responsibly. From this assumption, this integrative review aims to highlight the importance of multidisciplinary assistance in palliative care and ways of improving this humanization. The final sample consisted of eight articles highlighting the importance of humanization, a prerequisite for caring for the human person. The conclusion is that health professionals in any area of care must be aware of the principles governing bioethics and, above all, put them into practice.

Keywords: Bioethics. Palliative care. Humanization of assistance.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

El proceso de humanización en salud busca restablecer el respeto a la vida, teniendo en cuenta la individualidad, las diferencias profesionales y la necesidad de construir un entorno sólido en las instituciones de salud que legitime el aspecto humano de todos los profesionales que participan en la asistencia. Este proceso requiere la implementación de un sistema interdisciplinario y reflexivo respecto a los principios y valores que rigen la práctica de diferentes profesionales de la salud¹.

La medicina paliativa, hoy en día, se entiende como una especialidad médica orientada a proporcionar calidad de vida a pacientes con enfermedades graves, sin expectativa de curación, utilizando técnicas que aumenten el confort sin interferir en la sobrevida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como los cuidados totales y activos prestados al paciente cuya enfermedad ya no responde a los tratamientos curativos y cuando el control del dolor y otros síntomas psicológicos, sociales y espirituales se convierte en una prioridad². El objetivo de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida del paciente y el confort de sus familiares con una conducta humanizada, basada en principios epidemiológicos y científicos, mediante la gestión del tratamiento, de la información, de la educación para la salud y de la administración del cuidado^{3,4}.

En el ámbito hospitalario, mientras por un lado las consecuencias de la muerte se hacen más evidentes, por otro lado el avance de la tecnología médica conlleva un aumento de las perspectivas terapéuticas en diversas situaciones clínicas⁵. Sin embargo, este progreso crea la posibilidad de prolongar la vida a cualquier precio, lo que a menudo implica tratamientos innecesarios^{6,7}. Los profesionales que trabajan en cuidados paliativos necesitan una formación académica que los prepare para la mejor manera de brindar cuidados, ya que ninguna ciencia o especialidad abarca por sí sola la complejidad de la existencia humana. Por ello, es fundamental contar con un equipo multiprofesional —integrado por médicos, enfermeras, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, fonoaudiólogos, farmacéuticos, fisioterapeutas, así como consejeros espirituales y religiosos⁸— para abordar todas las dimensiones y formas de cuidar, buscando reducir el sufrimiento y el dolor, lo que redundará en una mejor calidad de vida para el paciente y confort para

sus familiares. Los profesionales del equipo multiprofesional deben prestar especial atención a la forma de comunicación, así como considerar que los pacientes —salvo aquellos que no son capaces de discutir su tratamiento— o familiares tienen derecho a recibir toda la información pertinente sobre la situación clínica, de lo contrario no podrán participar satisfactoriamente en la decisión sobre el mejor plan terapéutico ni reorganizar sus vidas⁹.

El paciente sin expectativa de cura se encuentra en un momento de fragilidad, con limitaciones de carácter psicosocial, espiritual y físico. En este momento difícil, existen varias conductas paliativas que, acompañadas de un equipo que sepa escuchar y brindar apoyo, pueden ofrecer al paciente y a su familia alivio del dolor, reducción del malestar y la posibilidad de afrontar el final de la vida. Un buen equipo debe reconocer, siempre que sea posible, el papel activo del paciente, su autonomía y sus opciones y no permitir la anticipación de la muerte por abandono y aislamiento; por lo tanto, es esencial que los profesionales que actúan en la unidad de cuidados intensivos (UCI) busquen conocimientos sobre los principios de la bioética para fundamentar acciones y decisiones acerca del final de la vida de un paciente, con el fin de identificar y brindar cuidados con seguridad, ética, responsabilidad y asistencia^{5,8}.

Método

Se trata de una revisión integradora de la literatura, un enfoque metodológico que permite la síntesis de estudios publicados con el objetivo de reconocer el estado actual del arte, para posibilitar conclusiones generales e identificar brechas en un tema en particular¹⁰. La construcción de la revisión integradora siguió los seis pasos clásicos, a saber: identificación del tema y selección de la hipótesis o pregunta de investigación; establecimiento de criterios de inclusión y exclusión de los estudios encontrados en la estrategia de búsqueda de literatura; definiciones de la información que debe extraerse de los estudios seleccionados/categorización de los estudios; evaluación de los estudios incluidos; interpretación de los resultados; y presentación de la revisión/síntesis del conocimiento¹¹. Las preguntas rectoras de la revisión integradora fueron las siguientes: ¿cuál es la

importancia de la asistencia multidisciplinaria en los cuidados paliativos? ¿Cómo mejorar la humanización de los cuidados paliativos?

Para seleccionar los artículos se utilizaron las bases de datos siguientes: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE). Se usaron los siguientes descriptores: “bioética”, “cuidados paliativos”, “humanización del cuidado”, “cuidados paliativos” y “profesionales de la salud”. Para cada base de datos, se aplicó la estrategia de búsqueda más adecuada. Se adoptó el protocolo de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) para redactar y organizar la revisión¹¹.

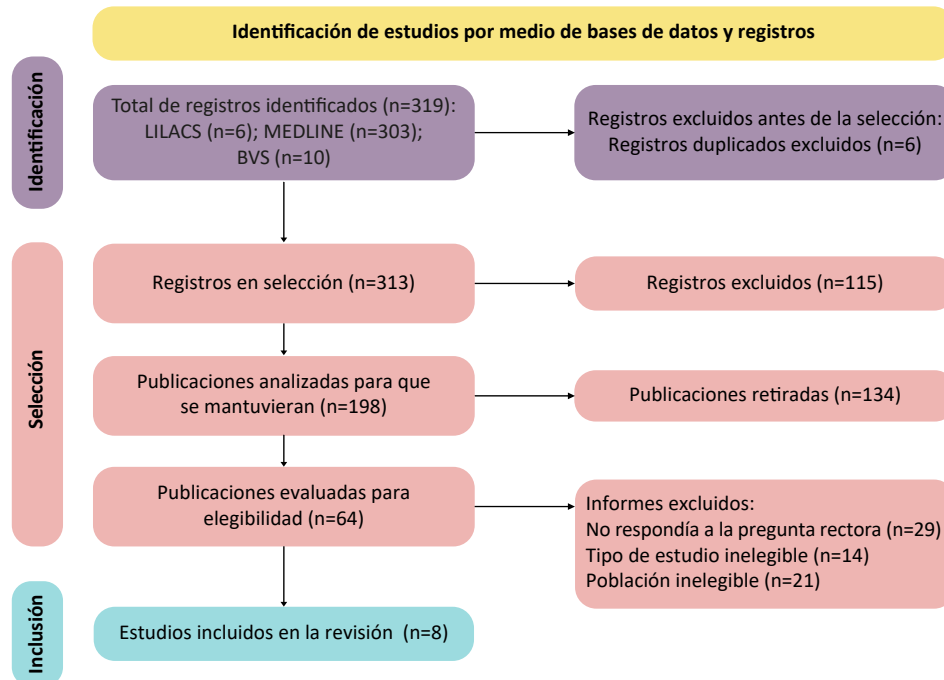
Como criterios de elegibilidad de los estudios se establecieron que los artículos científicos estuvieran completos y disponibles en las base de datos,

y que se hubieran publicado en los últimos diez años, en portugués, inglés y español. Se excluyeron los artículos científicos que no cubrieran la temática del objetivo de la revisión, duplicados, libros, disertaciones y tesis. Todos los artículos seleccionados se leyeron detalladamente y, para su análisis y síntesis, se elaboró un instrumento específico compuesto por: título del artículo, autores, datos de la publicación, objetivos, características de la metodología, resultados y conclusiones.

Resultados y discusión

En la búsqueda en las bases de datos BVS, LILACS y MEDLINE, se encontraron 319 artículos de acuerdo con la metodología empleada; la mayoría estaba publicada en revistas internacionales —predominantemente de América del Norte— y confirmaba diferentes tipos de estudios (Figura 1).

Figura 1. Artículos incluidos y excluidos, según los criterios de elegibilidad



Cuadro 1. Caracterización general del material empírico de análisis

Autores/ año	Tipo de estudio y lugar de investigación	Objetivo del estudio	Principales resultados	Conclusión
Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B, Palsed Consortium. 2011 ¹²	Estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo; norte de Bélgica	Describir las características de los pacientes sedados por síntomas refractarios en unidades de cuidados paliativos	Los autores conceptualizan la sedación paliativa como “eutanasia lenta” o eutanasia oculta.	Se concluye que la sedación paliativa respeta el estado clínico del paciente.
Ferrand E, Dreyfus JF, Chastrusse M, Ellien F, Lemaire F, Fischler M. 2012 ¹³	Investigación multicéntrica; Francia	Evaluar la evolución de las solicitudes de aceleración de la muerte expresadas a diferentes tipos de equipos de cuidados paliativos	Un paciente que solicita una muerte acelerada se encuentra en una situación de sufrimiento insoportable, lo que puede no ser la principal preocupación de estos pacientes.	Es importante una asistencia multiprofesional con una visión amplia del paciente, respetando su voluntad y autonomía.
Vasconcelos MF, da Costa SF, Lopes ME, Abrão FM, Batista PS, Oliveira RC. 2013 ¹⁴	Estudio exploratorio, con enfoque cualitativo; João Pessoa/PB	Investigar los principios de la bioética	Categoría 1: respeto a la autonomía; categoría 2: valoración de los principios bioéticos en la práctica de los cuidados paliativos para pacientes con VIH/sida	Los principios éticos son importantes en el entorno multidisciplinario y alivian los posibles daños de la asistencia a la salud.
Aparicio M, Centeno C, Carrasco JM, Barbosa A, Arantzamendi M. 2017 ¹⁵	Estudio exploratorio cualitativo	Analizar qué es lo que más valoran los cuidadores familiares	El estudio muestra que algunos cuidadores familiares valoran mucho su experiencia con el equipo de cuidados paliativos domiciliarios.	Es fundamental tener presente la importancia de la relación profesional de salud paciente/ cuidador familiar.
Cicero-Oneto CE, Mata-Valderrama G, Valdez-Martínez E. 2018 ¹⁶	Estudio descriptivo retrospectivo multicéntrico; Ciudad de México	Evaluar a adolescentes de 14 a 18 años con cáncer	El hospital fue el lugar con mayor número de muertes por diversas causas.	Es urgente implementar servicios de cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida de los pacientes terminales, sin excluir los cuidados curativos.
Midtbust MH, Alnes RE, Gjengedal E, Lykkeslet E. 2018 ¹⁷	Enfoque de investigación fenomenológica basada en la filosofía de Husserl; Noruega	Aclarar las experiencias de los profesionales de salud en la prestación de cuidados paliativos a personas con demencia grave en residencias de ancianos	Los profesionales de la salud necesitan conocer bien al paciente para reconocer sus limitaciones en los cuidados paliativos.	La cooperación entre familia, paciente y profesionales sanitarios se hace esencial en los cuidados paliativos para que el paciente reciba una atención de calidad.

continúa...

Cuadro 1. Continuación

Autores/ año	Tipo de estudio y lugar de investigación	Objetivo del estudio	Principales resultados	Conclusión
Panfilis L, Di Leo S, Peruselli C, Ghirotto L, Tanzi S. 2019 ¹⁸	Estudio cualitativo con análisis temático; norte de Italia	Comprender la manera en que los profesionales de salud interpretan y abordan las cuestiones éticas en los cuidados paliativos.	Se identificaron cinco temas relacionados con la moralidad.	Para los profesionales de la salud, reconocer principios morales, enfrentar dilemas éticos y valorar el diálogo y la comunicación son fundamentales en la relación del cuidado.
De Panfilis L, Tanzi S, Perin M, Turola E, Artioli G. 2020 ¹⁹	Estudio de evaluación de métodos mixtos; Italia	Evaluar, cuantitativa y cualitativamente, el impacto de las habilidades éticas en términos de competencias y desempeño	La triangulación de datos condujo, en la mayoría de los casos, a resultados confirmatorios y novedosos.	Los participantes consideraron relevante la estructura innovadora de la formación, especialmente en lo que se refiere a la integración de las partes teórico-interactivas y prácticas.

Respecto al año de publicación de los artículos, el período de mayor énfasis respecto a la pregunta rectora de este estudio fue entre el 2017 y el 2019, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de artículos según el año de publicación

Período (años)	N	%
2020 a 2021	1	12%
2017 a 2019	4	50%
2014 a 2016	0	0%
2011 a 2013	3	38%
Total	8	100%

La calidad de vida de los pacientes en cuidados paliativos es un desafío en términos de cuestiones sanitarias y éticas. La dignidad humana y los derechos humanos son principios bioéticos que exigen el respeto al bienestar del individuo en su totalidad. La toma de decisiones en cualquier intervención clínica de interés para la salud del paciente solo debe realizarse con el consentimiento previo, libre e informado del individuo en cuestión y con base en una información adecuada. Partiendo de

este supuesto, la humanización es un requisito previo para ejercer el cuidado y el respeto a la persona humana. Este cuidado está relacionado con lo que el profesional aportará a sus acciones y que es esencial para nuestro desarrollo y realización como seres humanos²⁰.

La sedación paliativa es conceptualizada por los autores como eutanasia lenta u oculta, que es la administración de medicación sedante en dosis y combinaciones necesarias para aliviar el dolor y la consciencia y que se realiza en casos excepcionales, es decir, en los que es evidente un sufrimiento refractario y en los que el paciente está próximo al final de la vida. Este estudio afirma que es la proporcionalidad de la dosis sedante y del sufrimiento del paciente lo que determina si se trata de una eutanasia lenta o de una sedación paliativa.

Esta forma de eutanasia lenta está discriminada en Bélgica, lo que puede explicar la baja sedación paliativa en el estudio. Las cuestiones éticas relativas a la sedación paliativa son todavía escasas, aunque existe mucha información. Cuando los pacientes reciben sedación paliativa, se recopila información como la decisión, la duración y el tipo de sedación paliativa recibida. La decisión de retirar

la consciencia a un paciente es delicada y no solo corresponde al médico que atiende a ese paciente, sino también a todo el equipo multiprofesional, al paciente y a su familia, si bien debe tenerse en cuenta el principio de autonomía del paciente. Hay casos agudos excepcionales (hemorragia masiva, disnea terminal aguda) en los que los pacientes reciben sedación paliativa casi instantáneamente, pero dichos casos no se encontraron en el estudio¹¹.

La dificultad para un paciente de expresar una solicitud de muerte acelerada, el desafío de afrontar la dificultad, el sentimiento de pérdida de dignidad y la ausencia de alternativas de tratamiento realistas son factores preocupantes similares a los requeridos legalmente para solicitar la eutanasia en los Países Bajos o en Bélgica. La solicitud de acelerar la muerte de un paciente es ilegal, pero común. Y, a pesar de que se ofrecen cuidados paliativos multidisciplinarios, no es una solución adecuada para todos. En los Países Bajos y en Bélgica, este tipo de eutanasia solo debe solicitarse si el médico tratante está convencido de que el paciente se encuentra en una situación de sufrimiento insoportable¹². En vista de ello, es importante una asistencia multiprofesional con una visión amplia del paciente, así como la familiaridad con la familia y el respeto a la voluntad y autonomía del paciente, con el fin de preservar su salud mental, lo cual es muy importante cuando se trata de la calidad de vida del paciente terminal.

Para un cuidado más humanizado, es fundamental seguir el principio de beneficencia, que tiene como objetivo proteger al paciente de posibles daños durante el período de hospitalización. Además, se debe priorizar el principio de autonomía, que valora el diálogo entre la familia, el paciente y el equipo asistencial. El proceso de discusión del plan terapéutico debe involucrar a todos los participantes con el fin de promover la transparencia y la colaboración, lo que contribuye a la mejor evolución del tratamiento. A su vez, el principio de justicia pone de manifiesto la atención igualitaria y respetuosa a la dignidad humana, lo cual es de gran importancia en el contexto en el que el paciente se encuentra sin cura y hospitalizado¹³. El autor también resalta que la postura de los enfermeros se encuentra respaldada por el Código de Ética de los Profesionales de Enfermería, que orienta la promoción de la salud humana en su totalidad, según los principios de la ética y la bioética¹³.

Nadie mejor que los familiares del paciente para conocer sus preferencias, la manera en que le

gusta su comida, la organización de sus pertenencias, sus actividades diarias. Asimismo, nadie está mejor capacitado que el médico o el cuidador para saber cómo se deben realizar los cuidados específicos de cada paciente. Por lo tanto, el intercambio mutuo de conocimientos y saberes entre familiares y profesionales de la salud, con el paciente como agente de sus propias decisiones, es esencial para la práctica de los cuidados paliativos¹⁴.

La historia clínica es un documento fundamental para registrar las acciones realizadas por el equipo médico, y esta información se omitió en el estudio, ya que en casi todos los registros fue difícil identificar las especificaciones del tratamiento paliativo iniciado y el momento en que el cáncer dejó de ser curable. El sistema de salud de México regula que los hospitales ofrecerán cuidados paliativos al paciente terminal desde el momento en que se diagnostique la etapa terminal de la enfermedad y se informe al paciente de las opciones de cuidados existentes. Se consideran éticamente los cambios en estas regulaciones para los cuidados paliativos en todas las etapas de la enfermedad¹⁵. Así, en diciembre del 2014 se emitió un acuerdo del Ministerio de Salud que establece que la prestación de cuidados paliativos debe abarcar tanto a los pacientes en fase terminal como a aquellos que requieren alivio del dolor y padecen alguna enfermedad sintomática que limita la vida y que, además, los tratamientos para aliviar el dolor no excluyen los cuidados curativos²¹.

Todos los profesionales mencionan que conocer bien al paciente a la hora de brindarle cuidados paliativos es fundamental, especialmente a quienes padecen demencia. La colaboración de los familiares también es un factor clave a la hora de ofrecer cuidados paliativos, ya que son ellos quienes mejor conocen los deseos y emociones del paciente, que son parcialmente limitados y difíciles de comprender por parte de los profesionales. El objetivo de la aceptación familiar de los cuidados paliativos en la fase final de la vida del paciente es promover principalmente el bienestar físico y psicológico¹⁶.

Los profesionales de salud (nueve médicos y siete enfermeras) que trabajaban en la asistencia habían participado en una sola capacitación de 4 horas sobre cuidados paliativos impartida por la unidad hospitalaria especializada en esa temática, en la que fue posible observar la importancia del conocimiento sobre principios morales, el enfrentamiento de dilemas éticos y la valorización de la

comunicación en la relación de cuidado. Los propios profesionales reconocieron la relevancia del tema y relataron sus dificultades actuales respecto al abordaje de los pacientes asistidos. Es importante saber que el cuidado implica la aclaración del tema, para finalmente poner en práctica la humanización de la asistencia al paciente en cuidados paliativos¹⁷.

Los resultados satisfactorios encontrados por medio de entrevistas semiestructuradas identificaron tres grandes temas: 1) la aplicación de reflexiones éticas en la práctica clínica; 2) el reconocimiento de problemas éticos; y 3) la consciencia del pensamiento ético: comparaciones individuales y compartidas dentro del equipo. Este estudio aborda una formación más intensa y especializada en cuanto a la integración de los aspectos teóricos y prácticos, reforzando la importancia del conocimiento y la formación posterior en la práctica de los cuidados prestados a los pacientes¹⁸.

Consideraciones finales

Los resultados encontrados en la revisión integradora muestran que es fundamental que el

profesional de la salud en cualquier ámbito del cuidado tenga conocimiento sobre los principios que rigen la bioética y, sobre todo, los ponga en práctica. Con base en el análisis de los estudios, se observó que antes el paciente era un agente pasivo, es decir, sus palabras no se tomaban en consideración y solo sufría la acción, la cual era decidida por el equipo médico, por su familia o por quien se mostrara más capaz intelectual y psicológicamente frente a la situación del paciente.

Con el paso de los años, la comparación entre la atención humanizada, que valora al individuo en su totalidad, y la atención centrada solo en la técnica profesional reveló la ausencia de un enfoque integral de la bioética y una atención basada únicamente en la técnica profesional. Se observa que la bioética no estuvo plenamente presente y que las personas no recibieron una atención individualizada que respetara sus condiciones psicosociales.

Por lo tanto, este cambio de paradigma, al incorporar la visión holística del ser humano, es de fundamental importancia para un cuidado que respete la dignidad, las decisiones y el sufrimiento del paciente y, en consecuencia, promueva una asistencia más ética, responsable y humanizada.

Referencias

1. Oliveira FT, Flávio DA, Marengo MO, Silva RHA. Bioética e humanização na fase final da vida: visão de médicos. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2011 [acceso 22 ago 2024];19(1):247-58. Disponible: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/553
2. Palliative care. World Health Organization [Internet]. 2002 [acceso 22 ago 2024]. Disponible: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
3. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [acceso 22 ago 2024];25(3):334-9. DOI: 10.1590/S0103-21002012000300003
4. Palmeira HM, Scorsolini-Comin F, Peres RS. Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. *Aletheia* [Internet]. 2011 [acceso 22 ago 2024];35-36:179-89. Disponible: <https://tinyurl.com/2t35wrh8>
5. Pegoraro MMO, Paganini MC. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2019 [acceso 22 ago 2024];27(4):699-710. DOI: 10.1590/1983-80422019274353
6. Machado KDG, Leo Pessini L, Hossne WS. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *Bioethikos* [Internet]. 2007 [acceso 22 ago 2024];1(1):34-42. Disponible: https://saocamillo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/54/A_cuidados_paliativos.pdf
7. Oliveira TCB, Maranhão TLG, Barroso ML. Equipe multiprofissional de cuidados paliativos da oncologia pediátrica: uma revisão sistemática. *Rev Psic* [Internet]. 2017 [acceso 22 ago 2024];11(35). DOI: 10.14295v11i35.754

8. Almeida F, Munhoz CJM, Oliveira JC. Bioética e sua interface com a unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Braz J Dev* [Internet]. 2021 [acesso 22 ago 2024];7(4):34928-36. DOI: 10.34117/bjdv7n4-110
9. Passos El Horr VM, Araújo AJ, Cunha T. Ética budista como referencial para a bioética: revisão integrativa da literatura. *RIB* [Internet]. 2021 [acesso 22 ago 2024];16:1-6. DOI: 10.14422/ribi16y2021.007
10. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (São Paulo) [Internet]. 2010 [acesso 02 ago 2024];8(1):102-6. DOI: 10.1590/S1679-45082010RW1134
11. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 [acesso 22 ago 2024];372(29):160. DOI: 10.1136/bmj.n160
12. Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B, Palsed Consortium. Palliative sedation, not slow euthanasia: a prospective, longitudinal study of sedation in Flemish palliative care units. *J Pain Symptom Manage BMC Palliat Care* [Internet]. 2011 [acesso 22 ago 2024];41(1):14-24. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.04.019
13. Ferrand E, Dreyfus JF, Chastresse M, Ellien F, Lemaire F, Fischler M. Evolution of requests to hasten death among patients managed by palliative care teams in France: a multicentre cross-sectional survey (DemandE). *Eur J Cancer* [Internet]. 2012 [acesso 22 ago 2024];48(3):368-76. DOI: 10.1016/j.ejca.2011.09.020
14. Vasconcelos MF, da Costa SF, Lopes ME, Abrão FM, Batista PS, Oliveira RC. Palliative care for HIV/AIDS patients: bioethical principles adopted by nurses. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2013 [acesso 22 ago 2024];18(9):2559-66. DOI: 10.1590/s1413-81232013000900010
15. Aparicio M, Centeno C, Carrasco JM, Barbosa A, Arantzamendi M. What are families most grateful for after receiving palliative care? Content analysis of written documents received: a chance to improve the quality of care. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2017 [acesso 22 ago 2024];16(1):47. DOI: 10.1186/s12904-017-0229-5
16. Cicero-Oneto CE, Mata-Valderrama G, Valdez-Martínez E. La mortalidad en adolescentes con cáncer: características clínico epidemiológicas de muerte y aspectos éticos emergentes. *Gac Med Mex* [Internet]. 2018 [acesso 22 ago 2024];154(1):8-15. DOI: 10.24875/GMM.17002698
17. Midtbust MH, Alnes RE, Gjengedal E, Lykkeslet E. A painful experience of limited understanding: healthcare professionals' experiences with palliative care of people with severe dementia in Norwegian nursing homes. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2018 [acesso 22 ago 2024];17(1):1-9. DOI: 10.1186/s12904-018-0282-8
18. Panfilis L, Di Leo S, Peruselli C, Ghirotto L, Tanzi S. I go into crisis when: ethics of care and moral dilemmas in palliative care. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2019 [acesso 22 ago 2024];18(1):70. DOI: 10.1186/s12904-019-0453-2
19. De Panfilis L, Tanzi S, Perin M, Turola E, Artioli G. "Teach for ethics in palliative care": a mixed-method evaluation of a medical ethics training programme. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2020 [acesso 22 ago 2024];19(1):149. DOI: 10.1186/s12904-020-00653-7
20. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 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]. Brasília, 23 nov 2018 [acesso 2 dez 2024]. Disponível: <https://bit.ly/3uNfq2U>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2014. Estabelece a definição e as diretrizes para a implementação de cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 8 dez 2014 [acesso 2 dez 2024]. Disponível: <http://www.inca.gov.br>

Pamela dos Anjos Ferreira Lopes – Estudiante de máster – nutrimelanhos@gmail.com

 0000-0002-2791-0990

Deise Samara da Silva Paz – Especialista – deisepaznutri@outlook.com

 0000-0002-8368-8052

Juliana da Cruz Ferreira – Especialista – julianadacruzferreiraa@gmail.com

 0000-0002-8820-0239

Sabrina Santarém de Moraes – Especialista – sabrina.smoraes@yahoo.com.br

 0000-0002-0193-7722

Correspondencia

Pâmela dos Anjos Ferreira – Rua Jaime Bittencourt, 89, Japiim CEP 69077610.
Manaus/AM, Brasil.

Participación de los autores

Todos los autores participaron en conjunto en la elaboración del artículo.

Editora responsable – Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 22.5.2024

Revisado: 27.2.2025

Aprobado: 5.3.2025