

# Significado, para os médicos, da terminalidade da vida e dos cuidados paliativos

Fabiana Fraga<sup>1</sup>, Rafaela Fernanda Oliveira de Vilas Boas<sup>2</sup>, Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça<sup>3</sup>

## Resumo

Objetivou-se conhecer o significado da terminalidade da vida de pacientes oncológicos para médicos do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL). Por metodologia tipo qualitativa exploratória e diretriz metodológica do discurso do sujeito coletivo, entrevistaram-se 20 médicos que cuidaram ou cuidam de pacientes oncológicos. Notou-se que o alívio da dor e a qualidade de vida são de suma importância para os cuidados paliativos. A terminalidade da vida é compreendida por esses profissionais apenas como a morte física do indivíduo e que existe algo além do viver humano – a metafísica do morrer.

**Palavras-chave:** Terminalidade da vida. Cuidados paliativos. Médicos.

## Resumen

### Significado para los médicos del carácter terminal de la vida y de los cuidados paliativos

El objetivo fue conocer el significado del carácter terminal de la vida de pacientes oncológicos para médicos que trabajan en el Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL). Por metodología de tipo cualitativo de exploración y diretriz metodológica del discurso del sujeto colectivo, fueron entrevistados 20 médicos que cuidaron o cuidan a pacientes oncológicos. Se señaló que el alivio del dolor y la calidad de vida son de suma importancia en los cuidados paliativos. Y que el carácter terminal de la vida es comprendida por esos profesionales sólo como la muerte física del individuo y que hay algo más allá de la vida humana - la metafísica de la muerte.

**Palabras-clave:** Vida de los enfermos terminales. Cuidados paliativos. Médicos.

## Abstract

### Meanings of life terminality and palliative care for physicians

This paper aimed to know the meaning of life terminality for physicians working at Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL) regarding oncologic patients. Through a qualitative and exploratory research, as well as methodological guidelines of the collective subject speech, 20 physicians who took care of oncologic patients were interviewed. It was observed that pain relief and life quality are extremely important in palliative care. These professionals understand that life terminality is just the physical death of a person, since there is something beyond the human living – the metaphysics of dying.

**Key words:** Life terminality. Palliative care. Physicians.

## Aprovação CEP nº 334/2010

1. Graduanda fraga\_fabiana@hotmail.com 2. Graduanda rafinha-gpg@hotmail.com 3. Doutora drijar@hotmail.com – Universidade do Vale do Sapucaí (Univas), Pouso Alegre/MG, Brasil.

## Correspondência

Fabiana Fraga – Rua São Pedro, 153, Centro CEP 37550-000. Pouso Alegre/MG, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

A morte é um fenômeno sujeito a múltiplas interpretações, diferenciadas entre sociedades, culturas e momentos históricos. Pode ser entendida como parte integrante da vida humana ou como circunstância hedionda que, inevitável e definitivamente, extingue essa mesma existência. Ou seja: a morte pode ser contada a partir da dimensão física ou metafísica; como fim ou recomeço.

A máxima de Oliver Holme diz que a medicina tem o objetivo de *curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre*<sup>1</sup>. Como neste trinômio a morte é a constante, pode-se até atribuir-lhe a razão da existência da medicina. Cabe aos médicos trabalhar com um evento que define a realidade de seu saber e torna-se parte inerente da profissão. A formação médica ainda é centrada na cura, entendida não só como vitória sobre a doença, mas também sobre a morte<sup>2</sup>. Com o passar do tempo, a morte passou a ser conotada como falha médica e não como parte integrante da vida<sup>3</sup>.

A palavra morte é frequentemente associada ao sentimento de dor. No tocante aos médicos, formados para salvar e curar, associa-se também à sensação de fracasso ou erro<sup>4</sup>. Os leigos a entendem como decorrência de uma das doenças mais temidas: o câncer<sup>5</sup>. O peso desta associação é reforçado por seu destaque nas taxas de mortalidade no quadro sanitário nacional<sup>6</sup>. Por conseguinte, a palavra câncer carrega em si a ideia de morte<sup>7</sup>.

Lidar somente com a doença e buscar, avidamente, a cura são dois fatores potencialmente problemáticos em Oncologia. Nessa especialidade a palavra *cura* é substituída por expressões como *qualidade de vida, sem evidência de doença, sem doença em atividade* etc. Diante dessa precaução, que altera a concepção ontológica da medicina, importante questão se esboça: o que levaria alguém, treinado para curar, a lançar-se em uma área onde a cura, de saída, é posta na ordem senão do impossível, pelo menos do improvável? Poder-se-ia formular algumas respostas, tais como o desejo de cuidar ou, ainda, de melhorar a qualidade de vida do paciente<sup>3</sup>.

Pesquisas têm indicado razões mais profundas para a opção pela medicina, destacando-se: *a negação da dependência, a procura de onipotência, a defesa contra a doença, o sofrimento e a morte. Essas razões inconscientes fazem com que o médico, sem se dar conta, vá em busca daquilo que tanto teme*<sup>8</sup>. Muitos profissionais não conseguem compreender, embora vivenciem o fenômeno diversas vezes ao longo do exercício da profissão, que a morte de um paciente não decorre, na maioria das vezes, de culpa do médico, mas sim da evolução natural da doença<sup>2</sup>.

No âmbito social, incluindo-se a categoria médica, as pessoas recusam-se a tratar o fenômeno da morte como natural. Estranhá-lo, esquecer-lo, não nomeá-lo, apenas aceitá-lo como inevitável são algumas das estratégias usadas para *evitar* a morte. A medicina empenha-se em um duelo de poder com a morte. Quando esta é vencida, a onipotência médica se reproduz e reafirma em seu objetivo essencial. Assim, profissionais, pacientes e a sociedade em geral atribuem ao médico poder quase divino, hierarquicamente abaixo apenas do poder de Deus<sup>9</sup>.

A interdição e a recusa da morte em nosso século são fenômenos inegáveis. Hoje, o avanço tecnológico tem dificultado sobremaneira a detecção do momento exato em que ela ocorre, transformando o falecimento em processo prolongadamente doloroso e solitário<sup>9,10</sup>. Muitas vezes, esquece-se que todos têm direito à opção pela morte digna ou boa morte<sup>11-13</sup>.

O parágrafo único do art. 41 do novo Código de Ética Médica (CEM) indica este direito: *nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal*<sup>14</sup>. Segundo esta perspectiva, os objetivos de um tratamento para doença incurável ou terminal, como o câncer, mudam de curativos para paliativos<sup>15,16</sup>.

Poles e colaboradores valorizam o respeito pelo paciente, indicando que há preocupação crescente com a manutenção da dignidade no final da vida, premissa baseada em um princípio moral que advém dos próprios direitos humanos<sup>11,12</sup>. Retorna, assim, a possibilidade de reumanizar o morrer, lembrando que os tratamentos devem visar a qualidade dessa vida que se extingue e o bem-estar da pessoa, mesmo quando a cura não é possível<sup>17,18</sup>.

Estudo conduzido por Moritz mostrou que médicos e professores, com frequência, já vivenciaram a morte de pacientes terminais. Entretanto, a maioria relata que nunca discutiu o assunto com tais pacientes, acrescentando que teriam grande dificuldade para tratar o tema com um indivíduo portador de doença terminal<sup>19</sup>. Klafke sugere que essa dificuldade decorra da falta de preparo desses profissionais, além do comportamento apresentado pelos pacientes durante a evolução de uma doença terminal<sup>20</sup>.

A morte é parte integrante da vida e à medicina cabe lidar com esses extremos – vida e morte. Portanto, devem ser implementados o resgate dos

valores da medicina, fundamentados na relação médico-paciente, bem como uma ampla discussão envolvendo toda a sociedade acerca do conceito de morte e os cuidados que a medicina deve oferecer aos pacientes terminais. A discussão desses valores deve começar ainda na faculdade e envolver todas as profissões que auxiliam a profissão médica <sup>2</sup>.

As pessoas leigas em medicina entendem a morte como associada ao câncer, cujas múltiplas tipologias a inscrevem dentre as doenças mais prevalentes no quadro epidemiológico atual <sup>5</sup>. Para os estudiosos da área, o câncer é considerado uma enfermidade metafórica, à medida que traz consigo significações diversas tais como desordem, catástrofe, castigo, sendo, em última análise, relacionado à fatalidade <sup>21,22</sup>. A própria palavra é envolvida por sentimentos nefastos que exacerbam seu significado – que podem ser intuídos na força com que é pronunciada <sup>6</sup>.

Todavia, com a continuidade da vida e do trabalho, os profissionais de medicina, bem como os das outras áreas e especialidades da saúde, vão perdendo o medo dos fantasmas e até querendo que os leigos os acompanhem e componham <sup>23</sup>: *Já não temo fantasmas, invoco a todos, que venham em bando, povoar meus dias, atormentar minhas noites, entre tantos, loucos e livres, existe um, que é doce, é que me falta* <sup>24</sup>. A estes profissionais compete refletir e propor o aprofundamento dos debates em torno dos significados da morte e do morrer em nossa sociedade.

Diante do exposto, a presente pesquisa objetivou conhecer o significado da terminalidade da vida para médicos atuantes no Hospital das Clínicas Samuel Libânio a respeito de pacientes oncológicos. Pretende-se, ademais, que os resultados do estudo possam auxiliar os profissionais da instituição a lidar com a morte, bem como estimular a implementação de práticas educacionais, desde a graduação, voltadas a prepará-los para essa situação.

## Método

Considerando a natureza deste estudo, optou-se pela pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratório e intencional. Realizou-se, então, a entrevista individual, semiestruturada, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), em obediência à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A coleta de dados foi realizada durante o ano de 2011, tendo como sujeitos os médicos que cuida-

ram/cuidam de pacientes oncológicos nos vários departamentos clínicos e/ou cirúrgicos do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL), com amostra de 20 médicos (incluindo oncologistas, proctologistas, hematologistas, ginecologistas, gastroenterologistas, urologistas, pneumologistas). Os critérios de inclusão foram: ser médico do HCSL com, no mínimo, um ano de experiência no tratamento de pacientes oncológicos e; já ter tratado e convivido com pacientes oncológicos que caminham para a terminalidade da vida. Os de exclusão foram: ser médico do HCSL, mas não ter tratado nem convivido com pacientes oncológicos que caminham para a terminalidade da vida.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Para a análise e apresentação dos resultados utilizou-se o discurso do sujeito coletivo (DSC), redigido na primeira pessoa do singular, do qual foi retirada a expressão-chave (ECH). Desta, obteve-se a ideia central (IC) <sup>25</sup>. As IC semelhantes foram agrupadas, estabelecendo-se, assim, a frequência de ideias apresentadas a seguir, por meio de tabelas.

## Resultado

Os resultados obtidos com a pesquisa semiestruturada foram colhidos dos relatos dos médicos sujeitos da pesquisa, agrupados e analisados quanto à resposta dada para as perguntas: “Para você, qual o significado de terminalidade da vida?” e “Para você, qual o significado dos cuidados paliativos para pacientes oncológicos?”. Essas questões apresentaram como resultado as ideias centrais das tabelas 1 e 2, referindo-se, respectivamente, a cada um destes questionamentos. As tabelas apresentam categorias que expressam aquilo que os médicos consideram seja a essência e o significado de terminalidade da vida e dos cuidados paliativos para pacientes oncológicos.

**Tabela 1.** Significado de terminalidade da vida

Ideias centrais	Sujeito	Frequência
Morte física/cerebral	1,4,7,9,11,16,17,19	8
Prognóstico ruim	2,3,8	3
Conscientização da família	2,3	2
Alma persiste	4,7,17,19	4
Indiferente	5,12	2
Choque	10	1
Tarefa concluída	6,15,18	3
Reencarnação	13,14,20	3
<b>Total</b>		<b>26</b>

**Tabela 2.** Significado dos cuidados paliativos para pacientes oncológicos

Ideias centrais	Sujeito	Frequência
Qualidade de vida	1,4,5,6,8,10,11,15,16,18,19	11
Conforto	1,9,12,13,17,18	6
Alívio da dor/ sofrimento	1,2,3,4,6,7,11,12,14,16,20	11
Presença da família/apoio	3,12,14,20	4
Ortotanásia	6,9,12,13,15	5
Dignidade	20	1
<b>Total</b>		<b>37</b>

De acordo com a Tabela 1, *significado de terminalidade da vida*, a categoria “morte física/cerebral” foi a mais frequente, demonstrando que o entendimento da maioria dos médicos ancora-se na definição calcada na biologia que estabelece que a terminalidade é o cessar permanente das atividades biológicas necessárias à manutenção da vida de um organismo. Para a maioria dos entrevistados, a morte compreende o cessar das atividades cerebrais; a morte física, exatamente quando o cérebro deixa de executar suas funcionalidades. Como se pode observar nas frequências das respostas quatro e oito da Tabela 1, alguns profissionais não acreditam que a morte física/cerebral é sempre e necessariamente irreversível, enquanto outros acreditam em ressuscitação do espírito ou do corpo – como podemos inferir pela segunda maior frequência, que é a categoria “alma persiste”.

Seguindo a ordem de frequência, com diferença mínima em relação à segunda categoria, segue-se a palavra-chave “reencarnação”, descrita como a capacidade da alma ligar-se sucessivamente a diversos corpos para a consecução de um fim específico, como o auto-aperfeiçoamento ou a anulação do carma. Nota-se, portanto, que parte significativa dos entrevistados (35%) afirma ter uma crença religiosa e que esta os auxilia moralmente em suas decisões.

Em relação à Tabela 2, as categorias “qualidade de vida” e “alívio da dor/sofrimento” foram as de maior frequência, havendo empate entre elas. Condizendo com o ensino da medicina desde a Antiguidade, quando já se dizia: *Se poderes curar, cura; se não poderes curar, alivia; se não poderes aliviar, consola*<sup>26</sup>. Assim sendo, os médicos consideram o alívio da dor/sofrimento de suma importância para os cuidados paliativos de todos os pacientes, não somente os oncológicos.

E, ainda, que qualidade de vida não é um simples modismo, muito pelo contrário, é um dos obje-

tivos a ser alcançado pela humanidade. Podendo ser definida como sensação íntima de conforto, bem-estar ou felicidade no desempenho de suas funções, na realidade de seu convívio familiar, do seu trabalho e dos valores da comunidade à qual pertence, isso demonstra o quanto é importante, sob a visão médica, a presença de qualidade de vida em seus pacientes, pois ela inclui aspectos intelectuais, psíquicos, físicos e sociais. Assim, notou-se uma coerência neste estudo, pois a segunda categoria mais citada, a palavra-chave “conforto”, nada mais é do que o bem-estar geral do paciente em seus últimos momentos de infortúnio nesta vida.

Por fim, os médicos ainda reafirmam a recente discussão sobre a ortotanásia, em detrimento da eutanásia. Valorizando sempre a qualidade de vida, e não o aumento do tempo de vida, em condição limitada ou incapacitante. Sobrevindo a morte natural, permitir ao paciente morte digna, sem prolongamento da vida com sofrimento.

## Discussão

A terminalidade da vida é fato incontestável e os humanos diferenciam-se dos outros seres pela consciência sobre a finitude da existência<sup>5,27,28</sup>. De acordo com Carvalho *et al.*<sup>29</sup>, na prática a identificação do paciente terminal é complexa e não envolve unicamente um raciocínio lógico, diferentemente da morte cerebral, para a qual existem protocolos capazes de definir o diagnóstico da parada das atividades cerebrais. Analisando os discursos dos entrevistados podemos inferir que têm conhecimento desta definição. Para a maioria deles, o significado de terminalidade da vida é a morte cerebral.

O movimento de cuidados paliativos trouxe novamente a possibilidade de humanizar o morrer. A morte volta a ser vista como parte integrante da vida e no adoecimento os tratamentos devem visar à qualidade dessa vida, mesmo quando a cura não é possível<sup>5,17,18</sup>. Para Silva e Hortale, os cuidados paliativos são atitudes e procedimentos de assistência no fim da vida, compostos por cuidados ativos e integrais oferecidos ao paciente com doença avançada e terminal – e à sua família –, dando-lhe o direito de morrer com dignidade<sup>13,30</sup>. Na área oncológica, a onipotência é algo fácil de ser vivenciado, principalmente pelo fato de o médico ter, diante de si, um ser no limite da fragilidade.

Por mais paradoxal possa parecer, quanto mais se reforça a crença, no imaginário social, do câncer como doença incurável, mais aquele que não cura é

divinizado<sup>3</sup>, ou seja, por mais incurável que seja a doença, o médico que tenta curar o paciente é exaltado por sua sabedoria e possível “dom de cura” de uma enfermidade incurável para os leigos – mesmo que a tentativa seja frustrada. Para Meleiro, o médico é apresentado como alguém que nutre um ideal de poder, ao mesmo tempo em que *revela uma grandiosidade frágil*<sup>8</sup> que o faz estar permanentemente utilizando defesas contra aquilo que não pode fugir: sua condição humana limitada<sup>3</sup>.

O foco dos cuidados paliativos está centrado na possibilidade de oferecer ao paciente a chamada *boa morte*<sup>13</sup>. O conceito desta *boa morte*, no contexto dos cuidados no fim da vida, é utilizado quando estão presentes certas características, tais como: morte sem dor; morte com os desejos do paciente respeitados (verbalizados ou registrados nas diretivas antecipadas); morte em casa, cercado pelos familiares e amigos; ausência de infortúnio e sofrimento para o paciente<sup>13,31,32</sup>.

Segundo Franzi e Silva<sup>33</sup>, a preocupação com o conceito de qualidade de vida refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade

ou o aumento da expectativa de vida. A própria definição de qualidade de vida se autoexplica, de acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa.

### Considerações finais

Com a terminalidade da vida surgem complexos problemas que nos colocam ante um embate neste momento crítico da existência humana. Seria correto o prolongamento da vida às custas do sofrimento do paciente? Seria a ortotanásia a melhor forma de conduzir um paciente terminal? Para responder a tais questões os cuidados paliativos destacam-se em nosso meio, tendo à frente um árduo caminho de reconhecimento e eficácia.

Concluiu-se que o alívio da dor e a qualidade de vida são de suma importância nos cuidados paliativos. E que a terminalidade da vida é apenas a morte física de um indivíduo; existe algo muito além do viver humano – a metafísica do morrer. Sabe-se, atualmente, que não somente a cura da doença está em jogo, mas ações que visem à proteção do paciente, a partir de um processo decisivo que, sempre que possível, acate suas decisões autônomas.

### Referências

1. Martal GN, Marta SN, Andrea Filho A, Job JRPP. O estudante de medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(3):405-16.
2. Oliveira LL. As mortes e a morte em oncologia. Sociedade Brasileira de Psico-oncologia. [Internet]. [acesso dez. 2012]. Disponível: [http://sbpo.org.br/\\_img/trabalhos/21/1.pdf](http://sbpo.org.br/_img/trabalhos/21/1.pdf)
3. Pazin-Filho A. Morte: considerações para a prática médica. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2005;38(1):20-5.
4. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJVO. Discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2000.
5. Borges ADVS, Silva EF, Toniollo PB, Mazer SM, Valle ERM, Santos MA. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicol Estud*. 2006;11(2):361-9.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Controle de Câncer. Estimativas do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Pro-Onco; 2004.
7. Malta JDS, Schall VT, Modena CM. O momento do diagnóstico e as dificuldades encontradas pelos oncologistas pediátricos no tratamento do câncer em Belo Horizonte. *Rev Bras Cancerol*. 2009;55(1):33-9.
8. Meleiro AMAS. O médico como paciente. São Paulo: Lemos; 1999.
9. Oliveira H, Minayo MCS. A auto-organização da vida como pressuposto para a compreensão da morte infantil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6(1):139-49.
10. Elias A. Re-significação da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Psicol Ciênc Prof*. 2003;21(3):92-7.
11. Poles K, Bousso RS. Morte digna da criança: análise de conceito. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):215-22.
12. Mendes AMC, Bousso RS. Not being able to live like before: the family dynamics during the experience of pediatric liver transplantation. *Rev Lat Am Enferm*. 2009;17(1):74-80.
13. Floriani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(Suppl 2):2123-32.
14. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: resolução CFM nº 1.931/2009. Brasília: CFM; 2010. p. 36.
15. Lima RAG. Experiências de pais e outros familiares de crianças e adolescentes com câncer: bases para os cuidados paliativos [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2003.

16. Ribeiro AR. Psicologia pediátrica em um hospital-escola. In: Kerbauy RR, organizador. Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação. A ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. Santo André: Arbytes; 2000. p. 139-47.
17. Kovacks MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicol USP*. 2003;2(14):115-67.
18. Torres WC. A bioética e a psicologia da saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. *Psicol Reflex Crít*. 2003;3(16):475-82.
19. Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Bioética*. 2005;13(2):51-63.
20. Klafke TE. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: Cassorla RMS, editor. Da morte: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus; 1991. p. 25-49.
21. Bielemann VLM. O ser com câncer: uma experiência em família [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1997.
22. Fonseca SM. A dialética da representação do tratamento quimioterápico para o doente oncológico: vida versus morte [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.
23. Kelner G. Começa tudo outra vez... Rio de Janeiro: Ágora; 2003. p. 289-300.
24. Ruiz A. "Que importa o sentido se tudo fibra". In: Siqueira RA [blog da Internet]. [acesso dez. 2012]. Disponível: [www.insite.com.br/rodrigo/poet/leminski/aruizp.html](http://www.insite.com.br/rodrigo/poet/leminski/aruizp.html)
25. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJVO. Discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2000.
26. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado paliativo. São Paulo: Cremesp; 2008.
27. Melo LL. "E a luz está se apagando...": vivências de uma criança com câncer em fase terminal. *Rev Bras Enferm*. 1999; 4(2):566-75.
28. Vendruscolo J. Visão da criança sobre a morte. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2005;38(1): 26-33.
29. Carvalho PRA, Rocha TS, Santo AE, Lago P. Modos de morrer na UTI pediátrica de um hospital terciário. *Rev Assoc Méd Brás*. (1992). 2001;47(4):325-31.
30. Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(10):2.055-66.
31. Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. *Lancet*. 1998;351(Suppl II):21-9.
32. Clark D. Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. *BMJ*. 2002;324:905-7.
33. Franzi SF, Silva PG. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. *Rev Bras Cancerol*. 2003;49(3):153-58.

#### Participação dos autores no artigo

Fabiana Fraga e Rafaela Vilas Boas delinearão o tema, realizaram o levantamento bibliográfico, redigiram a introdução, justificativa, objetivo, metodologia e referências, bem como a seleção de vinte médicos participantes do estudo, transcrição das entrevistas, análise dos resultados, discussão e redação do trabalho. Adriana Mendonça orientou o trabalho.

