

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE EXCELÊNCIA ENIAC

**CUIDADOS PALIATIVOS: DIGNIDADE NO PROCESSO DE CUIDAR
QUANDO NÃO SE PODE CURAR**

Loraine Martins Diamante

São Paulo

2022

Resumo

Frequentemente a equipe de saúde se depara com a necessidade de prestar assistência ao doente que se aproxima da terminalidade da vida e seus familiares, e muitas vezes não se sentem preparados para o atendimento no processo de morrer e acabam por tornar o cenário mais sofrido. Os médicos que são os responsáveis pelo conhecimento científico e em revelar o diagnóstico da pessoa doente, muitas vezes são surpreendidos com a ocorrência de uma doença limitante da vida, com impossibilidade de cura e a necessidade de início de tratamento de conforto com dignidade. Este estudo é uma revisão sistemática, com objetivo de discussão sobre a temática. Foram realizadas buscas nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SCIELO, EMBASE e Portal de Periódicos CAPES/MEC, utilizando os descritores dignidade humana, conhecimento, educação médica e morte. Concluiu-se que a educação da equipe de saúde, não tem proporcionado conhecimento suficiente para o preparo do profissional em ofertar dignidade aos doentes que enfrentam a terminalidade da vida.

Palavras-chave: Dignidade Humana. Conhecimento. Morte.

1. INTRODUÇÃO

Com o avanço no conhecimento de estratégias, medidas terapêuticas e tecnologia, o ser humano tem conseguido o distanciamento da morte, que o faz pensar na imortalidade. O profissional de saúde, principalmente o médico, deve ter o conhecimento e a responsabilidade de ofertar um tratamento livre de sofrimento e limitado a invasões agressivas, livres de futilidades, quando lhe é apresentado um diagnóstico de doença sem possibilidade de cura. A necessidade de um tratamento de conforto deve estar baseada em conhecimento científico e na obrigatoriedade da oferta de um cuidado que obedeçam as necessidades físicas e psicológicas, necessidades biográficas da pessoa doente.

Um cenário de tentativa de cura daquilo que não se pode recuperar, pode aos poucos, se transformar em agressividade e tratamento insignificante aos doentes e familiares, sem uma avaliação do favorecimento da terapia. No caso de doenças incuráveis ou com o agravamento dos sintomas que, pouco respondem ao tratamento curativo, são usadas futilidades terapêuticas na tentativa que a pessoa viva a qualquer custo, sem a noção do profissional de que não há qualidade de vida mas assistência e que isto pode culminar em aumento do sofrimento.

Para Bosslet (2015), futilidade terapêutica são medidas terapêuticas que, de acordo com as melhores evidências científicas disponíveis, não são capazes de alcançar o objetivo fisiológico almejado¹ e Silva (2017) ainda associa esta futilidade com a distanásia que é o prolongamento exagerado da existência da vida humana, com o uso de recursos invasivos e desproporcionais de tratamento e de tecnologia complexa². Pessini (2001) acrescenta aos conceitos citados, grande sofrimento sem prolongamento da vida, mas sim do processo de morrer³.

Carvalho e Arantes (2008), afirmam que como o foco da formação médica é a cura. O médico perde a noção de limites quando ofertadas terapias e suporte à função dos órgãos vitais e transformam o tratamento em uma luta contra morte⁴. Esta resistência do profissional médico em aceitar a morte inevitável do paciente, pode ser resultado da má comunicação entre médico, paciente e família, dificuldade de todos os envolvidos em aceitar a morte ou da complexidade e desconhecimento do cuidado de um paciente terminal.

Silva (2017) nos faz pensar sobre qual o limite da intervenção médica quando não mais beneficia o doente e a insistência em implementá-la não traz melhorias mas, caracteriza falta de respeito à identidade e autonomia, quando há pouco interesse em saber a opinião do paciente sobre a continuidade ou descontinuidade do tratamento que quer escolher para si próprio². Não existe

comunicação dos médicos com o paciente e familiar, para o compartilhamento da escolha do tratamento. A discussão sobre distanásia é pouco difundida entre os profissionais da saúde que mesmo sem ser percebida, transforma o fim da vida como algo sofrido, na presença de evolução de uma doença que consegue desfigurar o ser humano, tanto fisicamente como psicologicamente; inclusive na presença de muita dor.

Forte e Carvalho (2012) informam que a formação profissional do médico pode ter sido deficiente no ensinamento de habilidades de tratamento que não comprometa a dignidade e o conforto do doente⁵. Vale ressaltar que a despeito da falta de cura da doença, ainda assim, a pessoa continua existindo⁷.

Ainda hoje, observa-se na formação dos profissionais de saúde a essência no restabelecimento, nas melhores técnicas invasivas, no uso de tecnologias de insumos e processos, algumas universais, mas raras são as discussões sobre a vida biográfica que há naquele corpo que se deseja, insistentemente, a recuperação. Carvalho e Arantes (2008) relatam que o médico tem dificuldade em encarar a morte como parte da vida, mas, uma facilidade em deixar envolver-se por uma sensação de derrota contra a doença que o faz esquecer que o importante é o paciente e não a doença⁸.

Diferentemente da equipe de enfermagem, presente na vida diária, que considera o conforto como meta de cuidado, o profissional médico parece não enxergar o conforto como parte do cotidiano⁹.

Pessini (2004) cita a ocorrência de atitudes antiéticas quando o médico não tem o foco no alívio dos sofrimentos físicos, psíquicos, emocionais, sociais e espirituais, assim como não desenvolve habilidades para comunicação centrada na escuta e respeito ao paciente, conhecimento sobre a identificação e atuação na fase final de vida¹⁰.

A oferta de medidas de conforto para um paciente com diagnóstico de doença avançada, sem proposta de tratamento curativo, tem suas origens no Cuidado Paliativo (CP), que se apresenta com a oferta de habilidades, que têm como finalidade, prevenir o sofrimento da pessoa com doença progressiva e irreversível, com o objetivo de qualidade de vida também aos familiares. A filosofia do CP abriga uma equipe inter e multidisciplinar que deve atender no controle de sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais¹¹.

Forte e Carvalho (2012) defendem que, sempre que possível, deverá ser obedecida a autonomia do paciente e suas preferências em relação a situações de fim de vida para que o CP seja desenvolvido e oferecido com qualidade e dignidade⁵.

O fim de vida é constantemente acompanhado por processos cruéis, principalmente na unidade de terapia intensiva, com a utilização de Suporte Artificial de Vida (SAV), que além de prolongar o processo de morrer, permite o distanciamento do paciente de seus familiares e a perda da autonomia para decidir a respeito da vida (Forte 2012). O cuidado pautado no conforto sem medidas fúteis, como no cuidado paliativo, nos direciona a limitação ou retirada de medidas artificiais de prolongamento da vida. No Brasil, pouco se discute sobre a redução do uso de métodos artificiais de prolongamento de vida, nos pacientes com doença avançada, sem resposta à cura, apesar de várias discussões bioéticas e jurídicas. Muitos profissionais ligam esta limitação à eutanásia, mas os paliativistas justificam que evitando os procedimentos que prolongam uma vida sem qualidade, conseguem oferecer ao paciente que já está morrendo, uma morte mais natural que não prolonga o processo de morte artificial. O Conselho Federal de Medicina do Brasil (CFM) em sua resolução 1805/06, em vigor desde 2010, estabelece que *"é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolongam a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal"*. Nos países como Inglaterra, Alemanha, Bélgica, Holanda e Israel, após vários debates em sociedades, consideraram aceitar a retirada ou limitação de SAV, no fim de vida⁵.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que no momento do diagnóstico de uma doença que põe a vida em risco, é recomendado o início do desenvolvimento de habilidades que levam à qualidade de vida e a um tratamento de conforto, sem o uso de medidas invasivas, onde se cessam as ações curativas e inicia-se o CP. O conforto é originado do latim e significa consolar, aliviar, assistir e auxiliar, aspectos que merecem ser lembrados e prescritos pelos profissionais responsáveis⁶.

As práticas de humanização devem direcionar a oferta de conforto e dignidade ao doente, principalmente ao que possui uma doença avançada, de difícil controle, que põe a vida em risco e evolui para o CP.

2. OBJETIVO GERAL

Demonstrar o conhecimento do médico sobre o cuidar do doente com doença sem cura e as possibilidades de ofertar conforto e dignidade a àquele que se aproxima da morte e seus familiares.

3. METODOLOGIA

Este estudo foi produzido como uma revisão sistemática, que segundo Sampaio e Mancini, (2007), é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação tem por objetivo a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. Foi adotada uma pergunta norteadora para conduzir esta revisão¹².

A pergunta guia desta revisão de literatura foi: "Qual o conhecimento do médico sobre oferecer dignidade no cuidado ao doente que se aproxima da morte?"

Foram analisadas as publicações em periódicos indexados, com a utilização das bases de dados eletrônicas: MEDLINE, LILACS, SCIELO, EMBASE e Portal de Periódicos CAPES/MEC. Foram utilizados os descritores consultados do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): “dignidade humana”, “conhecimento”, “educação médica” e “morte”.

A seleção das publicações foi estabelecida a partir dos seguintes critérios de inclusão: artigos escritos na língua portuguesa, inglesa ou espanhola, com presença de resumos e textos completos disponíveis *on-line* a partir do ano de 2013 até o ano de 2018. Os critérios de exclusão foram trabalhos publicados antes de 2013, aqueles da natureza de monografias, teses, dissertações, livros e anais de congressos e aqueles escritos em outra língua daquelas especificadas.

Após a busca, os trabalhos encontrados foram analisados e selecionados de acordo com o tema e separados em tabela conforme o ano de publicação.

Este trabalho foi apresentado pela autora como resultado de um curso de especialização *lato sensu* em cuidados paliativos e que apesar de ser apresentado no ano de 2019, pouco é observado sobre evolução no conhecimento dos profissionais de saúde na atualidade, sobre comunicação de más notícias e oferecimento de cuidados de conforto.

4. DESENVOLVIMENTO

Durante a busca de publicações, foram encontrados 13 artigos que obedeciam aos critérios de inclusão e respondiam ao objetivo deste trabalho. A Tabela 1 mostra a distribuição dos artigos encontrados e selecionados.

De acordo com o ano de publicação, a maioria dos artigos publicados foi no ano de 2013, por um periódico de saúde coletiva no Brasil, que apresentou uma edição de matéria especial, quando citou três temas negligenciados na saúde coletiva: “Finitude, Morte e Luto”. Do total de artigos, 8 foram publicados no Brasil, 2 na Espanha, 1 em Portugal, 1 na Alemanha e 1 na Colômbia¹³.

A maioria dos estudos menciona sobre a ocorrência de deficiências importantes na formação curricular do médico quando o assunto é a morte. O médico parece bem preparado para o tratamento com o uso de tecnologia quando o assunto é uma doença grave, que põe a vida em risco, mas sobre o cuidado com qualidade de vida, sem sofrimento deste paciente que possui a doença, pouco se fala. O trabalho de Baruzzi e Ikeoka (2013) relata sobre o desvio indesejável do cuidado médico quando prescrevem o uso de máquinas, cateteres, exames, em doentes sem condições de recuperação, e acabam por desenvolver a distanásia¹⁴.

Oferecer dignidade no cuidado ao doente que se aproxima do morrer, imediatamente nos direciona aos CP como conforto e qualidade de vida, porém observamos que somente 42,8% (6 artigos) discutem estas habilidades. A discussão sobre os CP, também, é citada como algo ainda pouco conhecido pelos profissionais da saúde, incluindo o médico.

A ortotanásia que é uma modalidade terapêutica oferecida quando se deseja uma boa morte, foi citada em 28,5% (4 artigos) e somente 1 artigo relata sobre a legislação, Resolução 1805/2006 do CFM que a normatiza e 1 artigo trouxe um resultado já esperado, que é o pouco conhecimento e abordagem da ortotanásia nos cursos da área da saúde¹⁵. Sanches e Seidl (2013) escrevem que em sua pesquisa que os médicos entrevistados responderam que conhecem a legislação que regulamenta a ortotanásia, mas, acreditam que pouco conseguem influenciar na assistência cotidiana ao paciente¹⁶.

Somente um artigo relata sobre a importância do ensinamento sobre CP aos médicos e, também aos enfermeiros e a importância de equipe multidisciplinar na assistência de paciente em final de vida, que pode ser sofrida para todos. Sobre o atendimento digno de crianças que são acometidas por doença limitante da vida, um drama social para a maioria, somente Menezes e

Barbosa (2013) descrevem a necessidade da aplicação de CP, apesar da aceitação com certas dificuldades devido aos valores da cultura ocidental contemporânea¹⁷.

A bioética trouxe o tema da dignidade em 2 artigos quando descreveu sobre a autonomia do doente na escolha do seu tratamento e, também, sobre as escolhas para o fim da vida, na confecção do testamento vital, pouco conhecido no Brasil. Para Gonzalez e Garrido(2014), o documento de vontades antecipadas, escrito com os desejos da pessoa para seus últimos dias de vida quando possuir uma doença incurável, pouco conhecido da sociedade em geral, pode ajudar nas resoluções clínicas do final da vida e garantir dignidade¹⁸.

Foi observado que em nenhuma publicação foi citado o Código de Ética Médica (CEM) do Brasil como documento norteador e de respaldo para o médico, quando resolver interromper tratamentos fúteis e que aumentam o sofrimento quando da existência de doenças incuráveis, em processo de final de vida¹⁹. É a primeira vez que em um CEM, de um país da América Latina, foi abordada a aplicação dos CP, como forma de liberar o médico ao uso de habilidades que tragam dignidade e conforto no final da vida, mesmo que essas habilidades não possam prolongar o processo de morte.

Tabela 1. Resumo dos estudos encontrados na revisão de literatura

ANO	PERIÓDICO	VOL(N)	TÍTULO	AUTORES
2013	Revista da ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA	59(6)	Terminalidade e cuidados paliativos em terapia intensiva	Antônio Cláudio do A. Baruzzi Dimas T. Ikeoka
	PERSONA Y BIOÉTICA	17(2)	Sobre la injusticia de la eutanasia. El uso de la compasión como máscara moral. Referencia a nuevos documentos bioéticos europeos.	José Miguel Serrano-Ruiz-Calderón
	INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO	17(44)	Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade	Kilda Mara Sanchez y Sanches Eliane Maria Fleury Seidl
	CIÊNCIAS & SAÚDE COLETIVA	18(9)	Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde	Hélida Ribeiro Hermes Isabel Cristina Arruda Lamarca
	CIÊNCIAS & SAÚDE COLETIVA	18(9)	Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva	Ceci Figueredo da Silva Dalila Melo Souza Larissa Chaves Pedreira Manuela Ribeiro dos Santos Tássia Nery Faustino
	CIÊNCIAS & SAÚDE COLETIVA	18(9)	Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia	Luís Roberto Gonçalves dos Santos Mariana Pires Menezes Sílvia Mayumi Obana Gradvoh

	CIÊNCIAS & SAÚDE COLETIVA	18(9)	A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças	Rachel Aisengart Menezes Patricia de Castro Barbosa
2014	NASCER E CRESCER revista de pediatria do centro hospitalar do porto	23(2)	O fim da vida: uma questão de autonomia	José Antonio Cordero da Silva
	Persona y Bioética	18(2)	Testamento Vital: Conocer y Comprender su sentido y significado	Crisitna Quijada Gonzalez Gloria Maria Tomaz y Garrido
ANO	PERIÓDICO	VOL(N)	TÍTULO	AUTORES
2016	COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO	20(59)	Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem	Álvaro Percínio Costa Kátia Poles Alexandre Ernesto Silva
	Springer Science Theor Med Bioeth	-	Death with dignity from the Confucian perspective	Yaming Li1 Jianhui Li
2017	Revista de Bioética y Derecho Perspectivas Bioéticas	39	Autonomia, cuidado e respeito: o debate sobre o prolongamento assistido da vida	LÉO PERUZZO JÚNIOR
2018	Educación Médica	19(2)	A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos	Pablo G. Blasco

A revisão sistemática sobre o conhecimento do médico em oferecer conforto e dignidade ao doente que se aproxima da morte revelou que a assistência direcionada à terminalidade da vida, é algo que necessita ser melhorada, resgatando ainda na educação médica o cuidado à pessoa, com humanismo e não somente à doença. Os trabalhos encontrados descreveram o uso da tecnologia como primeiro cuidado ao doente com uma doença que põe a vida em risco, com a prescrição de exames e equipamentos que com o passar do tempo tornam-se fúteis, prolongam o sofrimento e o processo de morrer sem qualidade de vida.

Baruzzi e Ikeoka (2013) descrevem que a forma de tratamento de um doente com doença avançada e sem cura é ilimitado, com perda da dignidade como se tivesse que “viver” a qualquer custo, mesmo sem qualidade e chegam a citar este sofrimento como distanásia, algo bem comum para os dias de hoje. Estes autores deixam claro que na vida acadêmica dos médicos nada se aprende sobre cuidar com dignidade¹⁴.

Serrano e Calderon (2013) citam a bioética como forma de ajudar no princípio da dignidade oferecida. Fazem uma contraposição com a eutanásia que é proibida ao médico pelo juramento hipocrático que então realizam a distanásia. Estes autores descrevem o ensinamento de fazer medicina para curar e não cuidar, o que contribui para a falta de habilidades na assistência ao final da vida²⁰.

Sanchez e Seidl (2013) descrevem também o uso da bioética, citando os princípios bioéticos como autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça para ajudar no tratamento da terminalidade de vida, sendo o único artigo que fala da legislação brasileira Resolução 1805/2006, sobre práticas de retirada de suporte vital. Após uma pesquisa com médicos especialistas em oncologia, os autores verificaram que a maioria tem conhecimento do conceito de distanásia, ortotanásia e eutanásia e que pouco acreditam no poder desta lei para contribuição na assistência diária¹⁶.

Hermes e Lamarca (2013) descrevem um dos poucos trabalhos que citam os cuidados paliativos como uma filosofia humanitária, usada por um grupo interdisciplinar para o cuidado sem sofrimento em fim de vida que trazem a notícia da disponibilidade de poucas disciplinas no currículo dos profissionais de saúde que falam sobre a temática da morte. Aproveitamos para uma crítica que não existe paciente terminal, citado pelos autores, mas sim, doença terminal. Falamos de paciente com doença que põe a vida em risco ou com elegibilidade para cuidados paliativos²¹.

Silva et al (2013) descrevem sobre o uso de cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva, após uma pesquisa com os profissionais e relatam sobre o que já conhecemos na prática: médicos que não interagem com os outros profissionais e não se comunicam e acabam por prescrever o uso de máquinas, medicamentos e exames que prolongam o sofrimento, a solidão e aumentam os custos do tratamento²².

Menezes e Barbosa (2013) apresentam um trabalho de modelo paliativista, através de pesquisas em livros, manuais, artigos e anais de congresso, e relatam a ortotanásia como boa morte para adultos e inclui as crianças citando a preocupação com o atendimento das necessidades biopsico-sócio-espiritual dos envolvidos. Os pesquisadores deixaram claro que o conhecimento pode ser acessado, com facilidade e com garantia de informações claras e corretas¹⁷.

Silva (2014) descreve a autonomia como forma de dignidade humana quando se permite a pessoa doente escolher sobre o que e como querer terminar seus últimos dias de vida. O autor fala da dificuldade de educar, ensinar e transformar o processo de morrer com dignidade em algo cheio de amor e respeito ao próximo, quando nos deparamos com a alta tecnologia²³.

González e Garrido (2014) trazem informações do testamento vital em sua pesquisa e a expressão clara de dignidade quando se escreve um documento com suas vontades de final de vida e

não se está consciente para decidir. Mostra-se um documento completo e valioso, escrito por profissionais Espanhóis, muito adiantados no conhecimento e uso. Essa pesquisa é uma leitura muito rica para os brasileiros, que deve ser lida, principalmente, por profissionais da saúde e que possam ter respeito pelo pedido de quem se aproxima da morte e não incorrer em ações anti-éticas¹⁸.

Blasco (2018) descreve o sentimento fracassado do médico diante de uma doença que não se pode curar. O autor cita uma ordem incorreta que se ensina na educação médica, onde é deixado o conforto e alívio para depois da cura. O autor abre uma discussão sobre a necessidade do conforto, independente da recuperação onde a dignidade aparece quando permitimos ao paciente participar de seu tratamento focado a cura ou não²⁴.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Cuidado Paliativo é recomendado pela Organização Mundial de Saúde como uma tecnologia obrigatória a todas as pessoas portadoras de uma doença que coloca a vida em risco e sem cura, podendo ser encarada como política pública de saúde e apoiar o fortalecimento integral dos sistemas de saúde, em todos os seus níveis²⁵.

O conhecimento do médico sobre oferecer um tratamento com dignidade a aqueles que vivem a terminalidade, precisa ser melhorado, ainda na graduação, com a oferta e acompanhamento de disciplinas que abordam a vida e morte com naturalidade, humanismo e ética.

Há a necessidade de implantação no currículo do ensino médico da disciplina de bioética com seus princípios e valores, inclusive conceituando e diferenciando eutanásia, distanásia e ortotanásia, finalizando com a importância da aplicação de habilidades de conforto e medidas paliativas aos pacientes que possuem uma doença que põe a vida em risco e atendimento aos enlutados.

Pouco se descreveu sobre a legislação, Resolução CFM 1805/2006 que normatiza a ortotanásia, mostrando que os profissionais precisam melhorar interesse nas leituras disponíveis sobre o tema.

Nenhum trabalho encontrado citou o Código de Ética Médica (2009) como norteador do profissional médico, no respaldo profissional quando decide interromper o tratamento de uma doença que não tem cura e todas as futilidades aplicadas e proporcionar conforto com o emprego de cuidados paliativos.

6. REFERÊNCIAS

1. Bosslet GT. Parental procreative obligation and the categorization of disease: the case of cystic fibrosis. *Journal of Medical Ethics* 2011, 37:280-284.
2. Silva J. Bioética: Um olhar bioético de quem cuida do final da vida. 1a ed. Pernambuco: Nova Presença, 2017. 260 p.
3. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida. São Paulo: Centro Universitário São Camilo - Loyola; 2001.
4. Carvalho RT, Arantes ACLQ. UTI. In: CREMESP - Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. p 178.
5. Forte DN, Carvalho RT. Processo de tomada de decisão: como diferenciar as fases de assistência paliativa na UTI. In: Moritz RD. Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva. 1a ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2012. p 33-40.
6. Ferreira ABH. Novo Aurélio: Século XXI. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. p 527.
7. Esslinger I. O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e Cuidados Paliativos. São Paulo: Loyola; 2004. p 149-163.
8. Carvalho RT, Arantes ACLQ. UTI. In: CREMESP - Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. p 181.
9. Forte DN. Procedimentos sustentadores de vida em UTI. In: Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Porto Alegre. 2012. p 434.
10. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida. São Paulo: Centro Universitário São Camilo - Loyola; 2001. p 159.
11. Godinho AM, Leite GS, Dadalto L. Tratado Brasileiro sobre o Direito Fundamental à Morte Digna. São Paulo: Almedina. 2017
12. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa de evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. São Carlos, v.11, p. 83-89. fev/2007.
13. Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. V. 18(9). Rio de Janeiro. Set/2013
14. Baruzzi ACA, Ikeoka DT. Terminalidade e cuidados paliativos em terapia intensiva. *Revista da Associação Médica Brasileira* [Internet]. 2013 [citado 2018 junho 6]; 59(6).

15. Conselho Regional de Medicina. Resolução CFM nº1.805/2006. Publicada no DOU, 28/11/06, Seção I, Brasília, p.169.
16. Sanches KMS, Seidl EMF. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. Interface - Comunicação, Saúde , Educação [Internet]. 2013 [citado 2018 junho 8]; 17(44).
17. Menezes RA, Barbosa PC. A construção da "boa morte" em diferentes etapas da vida. Ciências & Saúde Coletiva [Internet]. 2013 [citado 2018 junho 2]; 18(9).
18. Quijada Gonzalez G, Tomaz y Garrido G. Testamento Vital: conocer y comprender su sentido y significado. pers.bioet.2014; 18(2).138-152.DOI:10.5294/pebi.2014.18.2.4.
19. Código de Ética Médica.Conselho Regional de Medicina do Estado São Paulo. p7- 11.
20. Serrano JM, Calderón R. Sobre la injusticia de la eutanasia. Persona Y Bioética [Internet]. 2013 [citado 2018 junho 8]; 17(2).
21. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais na unidade de terapia intensiva. Ciências & Saúde Coletiva [Internet]. 2013 [citado 2018 junho 9]; 18(9).
22. Silva CF. et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Ciências & Saúde Coletiva [Internet]. 2013; 18 (9).
23. Silva JAC. O fim da vida: uma questão de autonomia. Revista Nascer e Crescer [Internet]. 2014 [citado 2018 junho 2]; 23(2).
24. Blasco PG. A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. Educacion Médica. [Internet]. 2018; 19(2).
25. BRASIL. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite. Res Nº 41, de 31 de outubro de 2018. Edição: 225 | Seção: 1 | Página: 276.Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/11/2018&jornal=515&pagina=276>