

**PESQUISA**

Conflitos bioéticos nos cuidados de fim de vida

Maria Olívia Sobral Fraga de Medeiros¹, Mariana do Valle Meira², Fernanda Moreira Ribeiro Fraga³, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho⁴, Darci de Oliveira Santa Rosa⁵, Rudval Souza da Silva⁵

1. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Federal da Bahia (Ufba), Salvador/BA, Brasil. 2. Departamento de Enfermagem, Hospital Geral de Salvador (HGeS), Salvador/BA, Brasil. 3. Unidade Metabólica de Pediatria, Complexo Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Hupes), Ufba, Salvador/BA, Brasil. 4. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana/BA, Brasil. 5. Colegiado de Enfermagem, Universidade do Estado da Bahia (Uneb), Senhor do Bonfim/BA, Brasil.

Resumo

Esta revisão integrativa da literatura tem por objetivo identificar os principais conflitos entre paciente em cuidados de fim de vida, familiares e equipe de saúde sob a ótica da ética principialista. A partir de pesquisa em bases de dados, chegou-se à amostra final de 12 publicações que, após avaliada pela técnica de análise de conteúdo, revelou três categorias temáticas: condutas profissionais – respeito à autonomia do paciente e ao princípio da beneficência; princípios bioéticos no contexto dos cuidados de fim de vida; e dilemas bioéticos nesse mesmo cenário. Autonomia e beneficência são fatores preponderantes nos cuidados de fim de vida, ratificando a ideia de que o paciente é o ator principal e necessita de assistência humanizada e digna. Além disso, constataram-se fragilidades no processo de educação e comunicação, e na relação entre equipe, enfermo e familiares.

Palavras-chave: Ética. Equipe de assistência ao paciente. Relações profissional-família. Participação do paciente. Cuidados paliativos na terminalidade da vida.

Resumen**Conflictos bioéticos en los cuidados al final de la vida**

Esta revisión integrativa de la literatura tiene como objetivo identificar los principales conflictos entre el paciente con cuidados al final de la vida, los familiares y el equipo de salud, bajo la óptica de la ética principialista. A partir de una investigación en bases de datos, se llegó a una presentación final de 12 publicaciones, que después de ser evaluada por la Técnica de Análisis de Contenido, permitió emerger tres categorías temáticas: respeto a la autonomía del paciente y el principio de la beneficencia; principios bioéticos en el contexto de los cuidados al final de la vida; dilemas bioéticos en el mismo contexto. Se concluye que la autonomía y la beneficencia se destacan en la dinámica de los cuidados de al final de la vida, ratificando la idea de que el paciente es el actor principal, debiendo ser oído, como también ser atendido en sus necesidades, para proporcionar un buen cuidado humanizado y digno. Además de los dilemas bioéticos, se revelan debilidades en el proceso de educación y comunicación en la relación equipo, paciente, familia.

Palabras clave: Ética. Grupo de atención al paciente. Relaciones profesional-familia. Participación del paciente. Cuidados paliativos al final de la vida.

Abstract**Bioethical conflicts in end of life care**

This integrative review of the literature aims to identify the main conflicts between patients in palliative care, family and healthcare team from the point of view of the principialist ethics. A search was performed on databases, generating a final sample of 12 publications that, after being evaluated by the content analysis technique, enabled the emergence of three thematic categories: professional conduct – respect for the patient's autonomy and the principle of beneficence; bioethical principles in the context of end of life care; and bioethical dilemmas in this context. We concluded that autonomy and beneficence stand out in the palliative care, ratifying the idea that the patient is the main actor and needs a humanized and comprehensive health care. In addition, we found some weaknesses in the process of education and communication in the healthcare team, patient and family relationship.

Keyword: Ethics. Patient care team. Professional-family relations. Patient participation. Hospice Care.

Declaram não haver conflito de interesse.

A bioética envolve reflexões sobre atitudes autônomas, como a tomada de decisão sem coação de valores, com base no exercício da liberdade, livre de constrangimentos ou preconceitos e com respeito às divergências. Na vida cotidiana, baseia-se em quatro princípios – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça –, que buscam estabelecer novo contrato social entre sociedade, cientistas, profissionais da saúde e governos. Neste contexto a bioética fundamenta o resgate dos direitos civis e da qualidade de vida¹.

Em prol da dignidade humana no processo de morrer, na morte e no luto dos familiares, espera-se dos profissionais de saúde práticas pautadas nos princípios bioéticos para que sejam garantidos os cuidados de fim de vida¹. Esses cuidados se sustentam na assistência ativa e integral, prestada a pacientes com doença grave, progressiva e irreversível que não respondem a tratamentos curativos, buscando controlar a dor e outros sintomas, tendo em vista a prevenção precoce e o alívio do sofrimento nas dimensões física, emocional, social e espiritual². Trata-se de perspectiva centrada no enfermo e na família, que rompe o paradigma da atenção biologicista (direcionada exclusivamente para a doença) por compreender que nada é mais humano do que ajudar a aliviar o sofrimento da pessoa em cuidados paliativos e seus familiares³⁻⁴.

Diante dessas considerações, surgem questionamentos sobre a tomada de decisões dos profissionais de saúde e as adversidades envolvidas nesse contexto. Em busca de possíveis respostas a essa inquietação, buscou-se identificar os principais conflitos entre paciente em cuidados de fim de vida, familiares e equipe de saúde sob a ótica da ética principialista.

Método

Trata-se de estudo de revisão integrativa, do tipo exploratório e descritivo, que seguiu as seguintes etapas: definição do objeto e formulação da questão norteadora – “quais são os principais conflitos entre paciente em cuidados de fim de vida, familiares e equipe de saúde sob a ótica da ética principialista?” –; pesquisa nas bases de dados e delimitação dos critérios de inclusão; categorização dos estudos; avaliação; interpretação; e apresentação da síntese do conhecimento⁵.

A partir da estratégia PICO (significando Paciente, Intervenção ou área de interesse, Comparação,

Outcomes ou resultados) e da questão norteadora, os artigos foram selecionados com base nos seguintes parâmetros: pacientes em cuidados de fim de vida, conflitos bioéticos (área de interesse), sem comparações e ética principialista como desfecho. Os procedimentos utilizados na busca em bases de dados e os critérios de exclusão constam no fluxograma (Figura 1), como recomendado pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Prisma)⁶.

O levantamento bibliográfico foi realizado no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), entre junho e julho de 2018, incluindo as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e o Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (Ibecs).

Os descritores selecionados foram os termos do Medical Subject Headings, também presentes nos Descritores em Ciências da Saúde: “equipe de assistência ao paciente/*patient care team*”; “família/*family*”; “bioética/*bioethics*”; “assistência ao paciente/*patient care*”; e “cuidados paliativos na terminalidade da vida/*hospice care*”. O cruzamento dos descritores foi feito de forma não controlada para se ter maior abrangência de estudos sobre o tema: “equipe de assistência ao paciente” and “família” and “bioética” and “assistência ao paciente” and “cuidados paliativos na terminalidade da vida”, na Lilacs, SciELO e Ibecs, no portal da BVS, e “*patient care team*” and “*family*” and “*bioethics*” and “*patient care*” and “*hospice care*” no Medline.

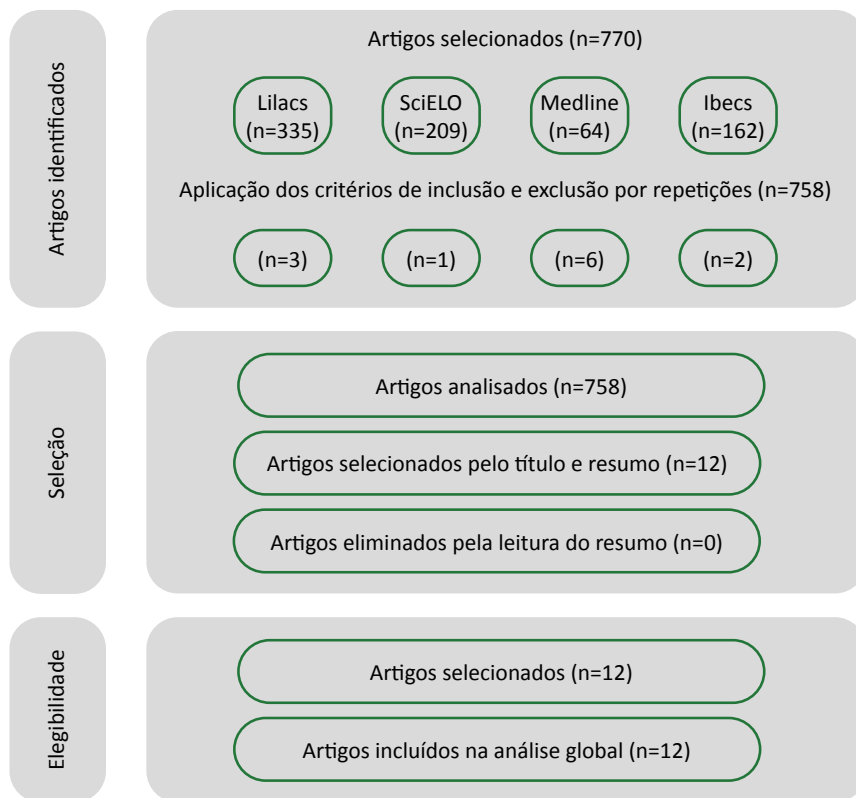
Os critérios de inclusão para os estudos foram artigos completos que abordassem conflitos éticos nas relações entre doentes terminais em cuidados de fim de vida, família e equipe no ambiente hospitalar com base na ética principialista, publicados entre janeiro de 2014 e dezembro de 2017, nos idiomas português, espanhol e inglês. Foram excluídos resumos, editoriais, artigos duplicados, artigos de revisão (integrativa ou sistemática), relato de experiência, estudos de caso, cartas ao editor, anais de eventos científicos, teses e dissertações. O recorte temporal (2014-2017) teve o objetivo de obter referências mais atualizadas sobre a temática em questão. Após aplicar esses critérios, a amostra final compreendeu 12 artigos, lidos na íntegra e analisados com base no objetivo proposto (Figura 1).

Para coletar informações, foi elaborado um instrumento com os seguintes itens: características (título do artigo, autor, periódico, país), tipo, amostra, objetivos e resultados (principais achados e

contribuições) dos estudos analisados. Por último, a análise crítica e síntese dos manuscritos que

compuseram o *corpus* da pesquisa foram apresentados em três categorias.

Figura 1. Fluxograma, segundo Prisma, para selecionar os estudos encontrados (Salvador/BA, 2019)



Resultados

A amostra foi composta por 12 artigos, sendo 2016 e Brasil o ano e o país com maior representatividade, com metade das publicações, predominando a abordagem qualitativa. A qualidade da

produção intelectual das revistas, segundo o Qualis Periódicos, variou entre A1 e B2. Quanto aos participantes das pesquisas, os artigos estavam divididos da seguinte forma: sete envolviam equipe multiprofissional, familiares, cuidadores e pacientes, três apenas médicos e dois somente enfermeiros (Tabela 1).

Tabela 1. Estudos incluídos na revisão integrativa (Salvador/BA, 2019)

Identificação	Periódico, ano, país, Qualis e base de dados	Contribuições
Artigo 1 ⁷	<i>Revista Bioética</i> , 2014, Brasil, B2, Lilacs	Ensino: desenvolvimento de habilidades de comunicação dos profissionais. Prática: comunicação como instrumento para ter autonomia na relação terapêutica, ajustamento psicológico e resolução de pendências.
Artigo 2 ⁸	<i>Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental</i> , 2016, Brasil, B2, Lilacs	Prática: melhorar a qualidade de vida dos doentes sem possibilidades terapêuticas.
Artigo 3 ⁹	<i>Medicine</i> (Baltimore), 2016, Taiwan, B2, Medline	Prática: treinamento de tomada de decisões de enfermeiros sob o marco de princípios éticos e melhores programas comunitários de cuidados paliativos para melhorar os problemas encontrados.

continua...

Tabela 1. Continuação

Identificação	Periódico, ano, país, Qualis e base de dados	Contribuições
Artigo 4 ¹⁰	<i>Revista Bioética</i> , 2015, Brasil, B2, SciELO	Prática: tomada de decisão prudente e razoável, ou seja, deliberação moral.
Artigo 5 ¹¹	<i>BMC Medical Ethics</i> , 2015, México, B2, Medline	Prática: redescoberta de valores e virtudes na prática clínica paliativa, ajudando os profissionais a encontrar maior motivação e nova perspectiva de crescimento profissional e pessoal.
Artigo 6 ¹²	<i>Revista Bioética</i> , 2016, Brasil, B2, Lilacs	Ensino: dia a dia dos cuidados paliativos como disciplina acadêmica em construção. Prática: a bioética narrativa pode oferecer importantes subsídios para enriquecer a prática profissional.
Artigo 7 ¹³	<i>Medicine, Health Care and Philosophy</i> , 2016, Holanda, B1, Medline	Prática: equilíbrio reflexivo e da sensibilidade dos profissionais de saúde para atenderem melhor às necessidades dos pacientes. Além disso, os resultados podem auxiliá-los a lidar com a esperança de forma a melhorar e reforçar o relacionamento com os enfermos.
Artigo 8 ¹⁴	<i>The Oncologist</i> , 2015, Alemanha, A1, Medline	Prática: estimular postura proativa dos oncologistas para que assumam a tarefa de preparar doentes terminais. São necessárias mais orientações concretas sobre quando iniciar a comunicação do fim da vida para aprimorar a tomada de decisão em casos de doentes com câncer avançado.
Artigo 9 ¹⁵	<i>Revista Bioética</i> , 2016, Brasil, B2, Lilacs	Ensino: criar espaços de discussão durante a formação médica sobre como lidar com a morte dos enfermos. Pesquisa: novos estudos para ampliar ainda mais o conhecimento sobre o tema, envolvendo outros segmentos da sociedade. Prática: vivência de médicos e familiares sobre o fim da vida e a morte, de modo a redirecionar o cuidado nesse momento difícil da vida humana.
Artigo 10 ¹⁶	<i>BMC Medical Ethics</i> , 2014, Bélgica, B2, Medline	Prática: diferentes formas de proximidade têm papel importante na compreensão dos provedores de cuidado sobre suas responsabilidades morais. Esse processo explicita o raciocínio dos participantes quando envolvidos em práticas como a sedação contínua no final da vida.
Artigo 11 ¹⁷	<i>Revista Bioética</i> , 2016, Brasil, B2, Lilacs	Prática: enfermeiros devem refletir sobre a prática profissional cotidiana, para evitar terapêutica fútil e dar assistência mais humanizada, favorecendo a dignidade do doente terminal, minimizando seu sofrimento e de seus familiares.
Artigo 12 ¹⁸	<i>BMC Medical Ethics</i> , 2014, Austrália, B2, Medline	Prática: médicos australianos utilizam o princípio do duplo efeito apesar de o considerarem estrutura médico-legal polêmica e inadequada. Estes profissionais sentem-se obrigados a negociar o processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida entre pacientes e familiares com base em estrutura legal restritiva, cujos resultados influenciam as experiências de todos os envolvidos.

Discussão

Para estruturar a discussão, os resultados foram esquematizados em três tópicos: 1) condutas profissionais – respeito à autonomia do paciente e o princípio da beneficência; 2) princípios bioéticos no contexto dos cuidados de fim de vida; 3) dilemas bioéticos nesse mesmo cenário.

Condutas profissionais: respeito à autonomia do paciente e o princípio da beneficência

O princípio da beneficência estabelece que devemos fazer o bem ao outro, independentemente de desejá-lo ou não, dando espaço para que as pessoas possam tomar suas próprias decisões. Desta relação podem surgir dilemas bioéticos, como o conflito entre respeitar a liberdade dos pacientes

(autonomia) e fazer o que é melhor para eles (beneficência). O equilíbrio nesta relação seria a chave para elucidar o processo de tomada de decisão. No entanto, as decisões dos pacientes e o desejo de participar ou não do tratamento também são variáveis influenciadas pelo meio cultural, social e familiar no qual se encontram inseridos, pela relação paciente-profissional e pela criação de ambiente acolhedor.

Entre as estratégias para minimizar esses conflitos, pode-se mencionar a boa comunicação entre profissionais, paciente e família; respeito à autonomia, preferências e desejos do enfermo, sem interferir no princípio da beneficência e garantindo a dignidade durante a prestação dos cuidados; e vínculos entre profissionais e pacientes para um cuidado mais humanizado e holístico^{7,13}. Além disso, de acordo com a ética principialista, as fragilidades e ambiguidades individuais dos pacientes não podem ser motivo para interferências e desrespeito à sua autonomia e ao seu direito de tomar decisões.

No ambiente hospitalar, paciente, familiares e profissionais de saúde precisam manter comunicação eficiente e saudável, de forma que a família possa assumir as preferências e recomendações do enfermo quando este não estiver mais em condições de deliberar por si próprio. Cabe à equipe questionar e confirmar as decisões manifestadas anteriormente pela pessoa em cuidados de fim de vida. Ao restringirem sua atuação à simples supervisão formal, os profissionais entram em contradição com os princípios da autonomia e beneficência em sua prática profissional⁶.

Princípios bioéticos no contexto dos cuidados de fim de vida

O processo de morrer e a morte são experiências vividas de forma singular por cada ser humano. Por outro lado, para os profissionais de saúde, essas questões tornam-se parte de seu cotidiano pela frequência com que ocorrem em seu ambiente de trabalho. Trata-se de tema que deveria ser debatido não somente nessa área, mas na sociedade em geral, uma vez que a morte está vinculada a questões como aceitação, medo, incertezas, revelações e principalmente ao luto antecipatório da família, que muitas vezes pode amenizar o sofrimento¹⁴.

Nesse contexto, o profissional de saúde deve discutir sobre as decisões nos cuidados de fim de vida com a equipe e familiares/cuidadores, respeitando a dignidade e autonomia do paciente, para minimizar o sofrimento¹⁴. Embora muitos profissionais de saúde compreendam bem os conceitos de eutanásia, distanásia e ortotanásia, por vezes a equipe médica

acaba prolongando o tratamento¹⁷, colocando o bem-estar do enfermo em segundo plano, uma vez que sua morte é frequentemente vista como fracasso por parte da equipe de saúde.

A eutanásia ainda gera muitos debates por envolver perspectivas éticas, morais e religiosas¹⁷. Apesar de ser considerada crime no Brasil e na maior parte do mundo, muitas vezes é apontada como solução ideal para erradicar o sofrimento ou como forma deliberada de acelerar a morte. Nos países onde a eutanásia é legalizada, leva-se em conta o princípio da autonomia do paciente como norteador para a decisão de acelerar a morte, ou seja, ele é quem tem o poder de decidir sobre a questão¹⁷.

No Brasil, o artigo 5º da Constituição Federal¹⁹ preconiza o direito à vida e criminaliza a prática da eutanásia. No entanto, a ortotanásia, que também enfatiza a autonomia do paciente para que tenha morte mais natural e sem sofrimento, vem ganhando espaço na assistência multiprofissional, principalmente no campo da enfermagem¹⁶. Dessa forma, os princípios bioéticos contribuem para orientar a ética médica, respaldando ações humanizadas na assistência paliativa e garantindo a dignidade de pacientes terminais^{20,21}.

Dilemas bioéticos nos cuidados de fim de vida

A abordagem dos cuidados paliativos tem relação direta com os princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, pois o tratamento de pacientes com doença sem possibilidade de cura exige do profissional atenção refinada, sensível e humanizada²². Além do alívio das dores físicas, o apoio espiritual é muito importante para o bem-estar da pessoa sob cuidados paliativos e deve estar presente em todo o processo, integrando ciências biológicas e humanas¹¹.

Ao tentar amenizar o sofrimento do paciente terminal, o profissional pode se envolver além do esperado. Alguns estudos apontam a necessidade de cautela na forma de proceder nesse contexto para evitar exacerbações e fadiga profissional por compaixão⁸. Dependendo do indivíduo, prognóstico e expectativa de vida, a esperança é desejável, sendo a força propulsora da luta pela vida, quando ainda existe a possibilidade de cura.

Entretanto, vale salientar que em algumas situações a esperança pode gerar conflitos entre familiares e pacientes, prolongando o sofrimento humano na tentativa de evitar a morte a qualquer custo, sendo responsabilidade dos profissionais de saúde administrar as expectativas nos cuidados de fim de vida¹². Em

contrapartida, ainda são comuns posturas paternalistas de profissionais que preferem ocultar o prognóstico do paciente, impedindo-o de decidir sobre os cuidados que gostaria de receber na fase derradeira da vida²³⁻²⁴.

Como alternativa, alguns estudos^{8-10,15} apontam trabalhos educativos e esclarecimentos sobre a autonomia do doente para favorecer a tomada de decisão. Entretanto, é preciso evitar desviar o foco da tomada de decisão do indivíduo para uma suposta coletividade, dividindo responsabilidades ou simplesmente assumindo a figura do “executor” das vontades da pessoa com doença terminal^{9,15}. Trata-se de processo de educação permanente, no qual a equipe assume o papel de também orientar o enfermo e sua família, em benefício da prática clínica humanizada¹⁰, tendo em vista os princípios da bioética principialista.

Considerações finais

O respeito à autonomia do paciente e sua relação com a beneficência foi questão primordial

nos estudos que compuseram o *corpus* desta pesquisa. Nesse sentido, os dilemas bioéticos relativos aos cuidados de fim de vida revelaram fragilidades na educação e comunicação entre equipe, paciente e familiares.

Os princípios da justiça e não maleficência não foram diretamente abordados nos estudos analisados, mas puderam ser identificados, pois ao compreender o atendimento pautado na beneficência e a definição da não maleficência como “evitar o mal” e “desejar e fazer o melhor pelo paciente/família”, automaticamente se discute a não maleficência.

Foram encontradas apenas duas publicações sobre o assunto envolvendo a equipe de enfermagem^{8,17}. Portanto, pode-se dizer que há certa escassez de estudos sobre a participação do enfermeiro e de como ele lida com os dilemas bioéticos em suas relações com os familiares do paciente. Tal resultado pode também ser associado às limitações deste artigo.

Referências

1. Barchifontaine CP. Bioética no início da vida. Rev Pistis Prax Teol Pastor [Internet]. 2010 [acesso 10 ago 2018];2(1):41-55. DOI: 10.7213/pp.v2i1.13499
2. Palliative care. World Health Organization [Internet]. 19 fev 2018 [acesso 2 mar 2018]. Disponível: <https://bit.ly/35df1Eg>
3. Connor SR, Bermedo MCS, editors. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. Londres: World Palliative Care Alliance; 2014 [acesso 30 jan 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2MOo2gl>
4. What is palliative care? Palliative Care Australia [Internet]. [s.d] [acesso 13 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/35JCjsf>
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2008 [acesso 13 dez 2018];17(4):758-64. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018
6. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação Prisma. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2015 [acesso 13 dez 2018];24(2):335-42. DOI: 10.5123/s1679-49742015000200017
7. Abreu CBB, Fortes PAC. Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2014 [acesso 18 jul 2018];22(2):299-308. DOI: 10.1590/1983-80422014222011
8. Andrade CG, Andrade MI, Brito FM, Costa ICP, Costa SFG, Santos KFO. Cuidados paliativos e bioética: estudo com enfermeiros assistenciais. Rev Pesqui Cuid Fundam [Internet]. 2016 [acesso 18 jul 2018];8(4):4922-8. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4922-4928
9. Chih AH, Su P, Hu WY, Yao CA, Cheng SY, Lin YC, Chiu TY. The changes of ethical dilemmas in palliative care: a lesson learned from comparison between 1998 and 2013 in Taiwan. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2016 [acesso 21 jul 2018];95(1):e2323. DOI: 10.1097/MD.0000000000002323
10. Eich M, Verdi MIM, Martins PPS. Deliberação moral em sedação paliativa para uma equipe de cuidados paliativos oncológicos. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2015 [acesso 23 jul 2018];23(3):583-92. DOI: 10.1590/1983-80422015233095
11. Guevara-López U, Altamirano-Bustamante MM, Viesca-Treviño C. New frontiers in the future of palliative care: real-world bioethical dilemmas and axiology of clinical practice. BMC Med Ethics [Internet]. 2015 [acesso 20 jul 2018];16:11. DOI: 10.1186/s12910-015-0003-2
12. Manchola C, Brazão E, Pulschen A, Santos M. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 18 jul 2018];24(1):165-75. DOI: 10.1590/1983-80422016241118
13. Olsman E, Willems D, Leget C. Solicitude: balancing compassion and empowerment in a relational ethics of hope: an empirical-ethical study in palliative care. Med Health Care Philos [Internet]. 2016 [acesso 10 jun 2018];19:11-20. DOI: 10.1007/s11019-015-9642-9

14. Pfeil TA, Laryionava K, Reiter-Theil S, Hiddemann W, Winkler EC. What keeps oncologists from addressing palliative care early on with incurable cancer patients? An active stance seems key. *Oncologist* [Internet]. 2015 [acesso 15 dez 2018];20(1):56-61. DOI: 10.1634/theoncologist.2014-0031
15. Poletto S, Bettinelli LA, Santin JR. Vivências da morte de pacientes idosos na prática médica e dignidade humana. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2016 [acesso 15 jul 2018];24(3):590-5. DOI: 10.1590/1983-80422016243158
16. Raus K, Brown J, Seale C, Rietjens JAC, Janssens R, Bruinsma S *et al.* Continuous sedation until death: the everyday moral reasoning of physicians, nurses and family caregivers in the UK, The Netherlands and Belgium. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2014 [acesso 22 jul 2018];15:14. DOI: 10.1186/1472-6939-15-14
17. Silva RS, Evangelista CLS, Santos RD, Paixão GPN, Marinho CLA, Lira GG. Percepção de enfermeiras intensivistas de hospital regional sobre distanásia, eutanásia e ortotanásia. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2016 [acesso 15 jul 2018];24(3):579-89. DOI: 10.1590/1983-80422016243157
18. Trankle SA. Decisions that hasten death: double effect and the experiences of physicians in Australia. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2014 [acesso 21 jul 2018];15:26. DOI: 10.1186/1472-6939-15-26
19. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* [Internet]. 5 out 1988 [acesso 15 abr 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2tqBINm>
20. Wansa MCD. Autonomia versus beneficência. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2011 [acesso 21 jul 2018];19(1):105-17. Disponível: <https://bit.ly/39PVj4P>
21. Felix ZC, Batista PSS, Costa SFG, Lopes MEL, Oliveira RC, Abrão FMS. O cuidar de enfermagem na terminalidade: observância dos princípios da bioética. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 2 ago 2018];35(3):97-102. DOI: 10.1590/1983-1447.2014.03.46405
22. Marengo MO, Flávio DA, Silva RHA. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2009 [acesso 1º ago 2018];42(3):350-7. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v42i3p350-357
23. 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 11 ago 2018];40(108):170-7. DOI: 10.1590/0103-1104-20161080014
24. Floriani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2008 [acesso 6 ago 2018];13(Supl 2):2123-32. DOI: 10.1590/S1413-81232008000900017


Participação dos autores

Maria Olívia Sobral Fraga de Medeiros, Mariana do Valle Meira e Rudval Souza da Silva redigiram o manuscrito. Fernanda Moreira Ribeiro Fraga colaborou no levantamento bibliográfico. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho e Darci de Oliveira Santa Rosa contribuíram com a revisão final do texto.


Correspondência

Rudval Souza da Silva – Universidade do Estado da Bahia. Colegiado de Enfermagem. Campus VII. Rodovia Lomanto Júnior, BR 407, km 127 CEP 48970-000. Senhor do Bonfim/BA, Brasil.

Maria Olívia Sobral Fraga de Medeiros – Mestra – poppmedeiros@yahoo.com.br

 0000-0001-6811-378X


Mariana do Valle Meira – Especialista – mariana.meira12@gmail.com

 0000-0003-0280-9455


Fernanda Moreira Ribeiro Fraga – Especialista – fernandamoreiraribeiro@yahoo.com.br

 0000-0002-0502-3442


Carlito Lopes Nascimento Sobrinho – Doutor – lua@uefs.br

 0000-0002-0479-3760

Darci de Oliveira Santa Rosa – Doutora – darcisantarosa@gmail.com

 0000-0002-5651-2916

Rudval Souza da Silva – Doutor – rudvalsouza@yahoo.com.br

 0000-0002-7991-8804

