

Obstinação terapêutica: quando a intervenção médica fere a dignidade humana

Lucimeire Aparecida da Silva¹, Eduarda Isabel Hubbe Pacheco², Luciana Dadalto³

1. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Trêz Lagoas/MS, Brasil. 2. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil. 3. Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte/MG, Brasil.

Resumo

Em razão das possibilidades oferecidas pela tecnociência, a obstinação terapêutica se tornou frequente. Buscando evitar tal prática, profissionais de saúde vivenciam dilemas éticos de manutenção ou suspensão de tratamentos considerados inúteis. O estudo descreve a percepção do profissional de saúde diante da distanásia e reflete sobre aspectos bioéticos envolvidos em questões inerentes ao ser humano. Trata-se de revisão integrativa da literatura realizada a partir de trabalhos publicados nas bases de dados científicos SciELO e BVSsalud, no período de 2010 a 2020. Cuidados paliativos e princípios bioéticos são os principais aliados para a recuperação da dignidade do paciente, sendo necessária legislação específica para respaldo do profissional e do paciente. A distanásia consiste em prolongar a vida de enfermos considerados incuráveis, o que, além de não estar de acordo com o princípio da beneficência, resulta em maleficência, devido à exposição à grande incidência de dor e desconforto.

Palavras-chave: Assistência terminal. Bioética. Autonomia pessoal.

Resumen

Obstinación terapéutica: cuando la intervención médica hiere la dignidad humana

En virtud de las posibilidades ofrecidas por la tecnociencia, la obstinación terapéutica se hizo frecuente. Para evitar dicha práctica, profesionales de la salud viven dilemas éticos con el mantenimiento o la suspensión de tratamientos considerados inútiles. El estudio describe la percepción del profesional de la salud ante la distanasia y reflexiona sobre aspectos bioéticos intervinientes en cuestiones inherentes al ser humano. Se trata de una revisión integradora de la literatura elaborada a partir de trabajos publicados en las bases de datos científicas SciELO y BVSsalud, durante el período entre 2010 y 2020. Los cuidados paliativos y los principios bioéticos son los principales aliados para la recuperación de la dignidad del paciente, aunque se necesita una legislación específica para respaldar al profesional y al paciente. La distanasia consiste en prolongar la vida de enfermos considerados incurables, lo que, además de no estar de acuerdo con el principio de la beneficencia, tiene como resultado la maleficencia, debido a que están expuestos a una gran incidencia de dolor y molestias.

Palabras clave: Cuidado terminal. Bioética. Autonomía personal.

Abstract

Therapeutic obstinacy: when medical intervention hurts human dignity

The possibilities offered by technoscience turned therapeutic obstinacy into a frequent occurrence. Seeking to avoid this practice, health professionals experience ethical dilemmas of maintenance or suspension of treatments considered useless. This study describes the health professional's perception of dysthanasia and reflects on bioethical aspects involved in issues inherent to human beings. This is an integrative literature review carried out from articles published in the scientific databases SciELO and BVSsalud, from 2010 to 2020. Palliative care and bioethical principles are the main allies for the recovery of a patient's dignity, requiring specific legislation to support the professional and the patient. Dysthanasia consists of prolonging the life of patients considered incurable, which, in addition to not being in accordance with the principle of beneficence, results in maleficence due to exposure of the patient to a high incidence of pain and discomfort.

Keywords: Terminal care. Bioethics. Personal autonomy.

Declararam não haver conflito de interesse.

Os avanços técnico-científicos da medicina permitiram o prolongamento da vida, diminuindo significativamente o número de mortes decorrentes de causas naturais. No entanto, isso pode não ser benéfico ao paciente, uma vez que em alguns casos configura distanásia^{1,2}, extensão do processo de morrer em que medidas de conforto não são oferecidas e as intervenções acabam sendo agressivas. Como consequência disso, inúmeros pacientes sobrevivem em estado crítico e crônico, com deficiências funcionais e cognitivas graves³.

O visível desconforto de muitos profissionais de saúde para tratar do processo de morte e morrer deve-se à dificuldade de abordar abertamente o assunto durante a formação acadêmica, o que gera estranhamento ao encarar a possibilidade de perder um paciente⁴. Assim, a morte ainda é um tabu para eles, apesar de ser uma situação enfrentada diariamente em suas práticas.

A morte não é considerada um processo puramente científico e restrito ao campo da medicina, visto que alcança também a dimensão pessoal, cultural e religiosa. Pelo olhar humanizado da medicina paliativa, o paciente é reconhecido além de suas questões físicas e recebe conforto nos aspectos emocionais, sociais e espirituais^{1,5}. Entretanto, aceitar que a ciência não vencerá todas as batalhas é uma questão que constantemente angustia profissionais da saúde, que podem revelar um despreparo mais intenso se um paciente, consciente de seu estado, expressa o desejo de morrer e anuir ao curso natural da doença – uma manifestação clara de sua autonomia, um dos pilares da bioética contemporânea¹.

A obstinação terapêutica ocorre quando há prolongamentos desnecessários, que não trazem benefícios para o paciente em fase terminal. Nessas situações, por falta de familiaridade com todos os aspectos envolvendo a morte, o profissional de saúde pode experimentar a sensação de impotência e frustração perante uma “cura” limitada de seu paciente. Além disso, ele muitas vezes acredita que a morte precisa ser vencida e isso, conseqüentemente, leva à prática da distanásia⁴.

A distanásia consiste num tratamento inútil que apenas prolonga a dor, tornando qualquer investimento na cura uma agressão à dignidade da pessoa humana com o propósito de, a qualquer custo, adiar a morte². Nessa situação, o foco está na duração da vida e no emprego de todos os

recursos terapêuticos disponíveis para prolongá-la ao máximo – sem considerar que tais intervenções podem ferir o princípio da dignidade. A distanásia contradiz, portanto, o que é esperado de uma boa morte ou morte digna, já que seu objetivo nem sempre está associado ao bem-estar, sendo conceituada como morte difícil⁶.

A garantia da dignidade da pessoa humana está expressa na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988¹. Desse modo, o paciente tem direito a uma morte digna, sem ser submetido a tratamentos que não visem oferecer a cura de uma doença que ameaça a continuidade da vida. Com isso, troca-se a distanásia pela ortotanásia: morte boa e correta, no seu tempo, de modo que o processo de morte não seja estendido.

Diante do exposto, o presente estudo descreve a percepção do profissional de saúde sobre a distanásia e reflete a respeito de aspectos bioéticos envolvidos em questões inerentes ao ser humano.

Referencial teórico

Distanásia: a busca incansável e desnecessária pela cura

Os avanços da medicina trouxeram benefícios à saúde da população e propiciaram maior controle do processo de morte, com a possibilidade de manter o organismo em funcionamento por meio de máquinas. Com isso, houve um deslocamento do lugar da morte e o que antes ocorria em casa passou a acontecer no ambiente hospitalar¹.

A partir dessa mudança, a humanização e o cuidado paliativo ganharam visibilidade nos procedimentos relacionados à morte de pacientes. De acordo com o International Association for Hospice and Palliative Care (IAHCP), *os cuidados paliativos são cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionados à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo dos cuidados paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores*⁷. Entretanto esse tratamento costuma ser oferecido tardiamente – no curso muito avançado da doença –, o que impede a manutenção da qualidade de todos os cuidados prestados⁵.

O cuidado paliativo reconhece a importância da vida, mas considera a morte um processo natural. Para isso, determina que o cuidado não deve acelerar a chegada da morte nem prolongar a vida com medidas terapêuticas desproporcionais. Desse modo, integra o alívio da dor a aspectos biopsicossociais como estratégia no cuidado, reunindo habilidades interdisciplinares para que o paciente receba um auxílio eficaz que o ajude no enfrentamento da condição provocada pela doença⁵.

Em contraponto a esse olhar humanizado diante das necessidades individuais do paciente, a distanásia consiste no uso exagerado de tecnologias médicas. Essa prática, que etimologicamente significa “morte disfuncional”, ocorre quando há prolongamento da vida de paciente em estado crítico, ou seja, é a aplicação obsessiva de procedimentos terapêuticos em pacientes que não serão salvos, de modo que o malefício exceda o benefício^{1,4}. Essa “terapia agressiva”, contrária à dignidade, é rejeitada por muitos especialistas em ética e bioética pelo impacto que causa na qualidade de vida do paciente e seus familiares¹.

No que se refere à legislação, o novo Código de Ética Médica reforça que a distanásia é uma prática contrária à ética e destaca os cuidados paliativos. De acordo com o inciso XXII do Capítulo I, referente aos princípios fundamentais, *nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados*⁸.

Formação curativa dos profissionais de saúde

Urge falar sobre a morte e o morrer

Morrer por meio das tecnologias que permitem atenuar o sofrimento de paciente terminal tornou-se um processo e não mais um episódio⁵. Conversar com o indivíduo envolvido nesse processo é importante, embora seja uma questão constantemente negligenciada em nossa cultura devido sobretudo a um incômodo que as pessoas sentem ao abordar o assunto. Dessa forma, cabe ao profissional de saúde iniciar essa abordagem tão necessária e, ao mesmo tempo, mediar uma comunicação eficiente e aberta com a família do paciente⁴.

Muitos profissionais de saúde não têm preparo para introduzir o tema, o que dificulta essa abordagem. Além disso, no que diz respeito aos médicos, cuja formação é curativa, a morte é associada ao fracasso. Quanto a isso, diferentes estudos mencionam que o médico deve admitir a terminalidade, mas para tanto é fundamental o ensino sobre a morte e o morrer durante a formação acadêmica^{4,9}.

O currículo dos profissionais de saúde necessita de disciplinas que contemplem a tanatologia, mas, como mostram Souza e Lemônica¹⁰, a universidade não se preocupa com a formação humanística de seus alunos, priorizando a parte técnica. Assim, não há um preparo adequado para lidar com situações que fogem ao que é técnico, como cuidar de pacientes terminais⁵. Por isso uma formação voltada ao tratamento e diagnóstico de doenças, como é o caso da medicina, resulta nas dificuldades enfrentadas pelo médico ao tratar um paciente terminal⁵.

Sem discussões sobre o processo de morte e morrer, a construção do conhecimento gera a ideia de que finalizar uma função orgânica é fracassar, fazendo surgir práticas como a distanásia, que, com o preparo adequado, poderia ser evitada⁴.

Autonomia no fim da vida e respeito à dignidade humana

Pautada em quatro princípios fundamentais – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça –, a bioética resgata os direitos civis do paciente. Durante boa parte do século XX, o princípio da beneficência respaldou a relação médico-paciente, de modo que o médico tinha suas escolhas terapêuticas justificadas – mesmo que isso implicasse o prolongamento da vida – pela “proteção” que devia ao paciente. Assim, a restauração da saúde a todo custo, considerando critérios próprios e sem o consentimento do enfermo, era legitimada pelo paternalismo médico².

Isso possibilita reflexões sobre o comportamento autônomo do ser humano, manifesto pela tomada de decisão diante de uma conduta terapêutica baseada no respeito à liberdade de escolha, que é estabelecido pelo princípio da autonomia. Esta só pode ser exercida quando a equipe de saúde compartilha com o paciente informações sobre sua saúde^{2,11}. Rejeitar ou consentir as condutas hospitalares que vivenciará durante seu processo

de doença é, na prática, o direito do paciente de determinar o que será realizado em seu corpo – defendendo, dessa forma, sua dignidade^{2,12}.

Tal princípio também engloba a qualidade de vida, sendo fator essencial para escolher quais intervenções médicas serão realizadas, e o bem-estar dá-se pela capacidade de interagir com outras pessoas, consigo mesmo e com a vida¹². Desse modo, ampliar o debate em relação à autonomia e ao direito de morrer é colocar em pauta um questionamento inerente ao ser humano: “acometido de uma doença incurável, que tipo de qualidade de vida terei ao fim da vida?”. Por isso, é necessário debater fatores éticos, legais e morais que envolvem o processo de adoecimento – e de morte – de um paciente, para que a vontade dele seja respeitada no final de sua vida¹³.

Método

Trata-se de revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados virtuais BVSalud e SciELO utilizando os descritores “distanásia”, “bioética” e “autonomia”, unidos pelo conectivo

“and”. A coleta de dados ocorreu no mês de abril de 2020 e seguiu o método duplo-cego independente. A pergunta norteadora foi: “Qual é a relação da distanásia com a formação curativa dos profissionais de saúde brasileiros?”.

Como critérios de inclusão adotaram-se: artigos científicos disponíveis integralmente on-line; que continham os descritores no título ou resumo; escritos nos idiomas português, espanhol ou inglês; e publicados entre 2010 e 2020. A escolha do ano inicial do recorte temporal deve-se ao aumento das publicações sobre a importância dos cuidados paliativos e da bioética para o paciente terminal. Foram excluídos os trabalhos que não atendiam à temática central, bem como editoriais, dissertações, teses e estudos presentes em mais de uma base de dados.

Resultados e discussão

Foram encontrados nove artigos científicos e, após análise, adequação ao tema da revisão e exclusão de duplicatas, selecionaram-se seis: um em espanhol e cinco em português (Quadro 1).

Quadro 1. Trabalhos selecionados nas bases de dados BVS e SciELO referentes a distanásia e bioética, entre os anos 2010 e 2020

Ano	Autor	Título	Conclusão
2011	Stolz C, Gehlen G, Bonamigo EL, Bortoluzzi MC ¹⁴	“Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia”	A regulamentação ética e legal das vontades antecipadas é uma medida favorável ao respeito à autonomia do paciente e relevante fator de inibição à distanásia.
2013	Oliveira MZPB, Barbas S ¹⁵	“Autonomia do idoso e distanásia”	É necessário que a evolução dos estudos e da legislação brasileira favoreça condutas médicas adequadas no momento certo do tratamento, evitando a manutenção de falsas esperanças ao paciente moribundo e seus familiares, bem como excesso de gastos quando a vida não pode mais ser resgatada e muito sofrimento em casos em que a morte já se anuncia, além de processos judiciais contra médicos que favorecerem a dignidade humana e fizerem uso racional da tecnologia.
2014	Kovács MJ ¹⁶	“A caminho da morte com dignidade no século XXI”	É preciso abrir espaço para a reflexão e práticas sobre a morte com dignidade no Brasil, principalmente no tocante ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de programas de cuidados paliativos, para que a qualidade de vida e de morte seja consistente em nosso meio.

continua...

Quadro 1. Continuação

Ano	Autor	Título	Conclusão
2014	Santos DA, Almeida ERP, Silva FF, Andrade LHC, Azevêdo LA, Neves NMBC ¹⁷	“Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático”	A atividade médica deve ser respaldada no legado hipocrático, que ensina a <i>curar quando possível, aliviar quando necessário, consolar sempre</i> ¹⁸ . Então, deve partir dos profissionais de saúde – e estender-se à sociedade como um todo – a compreensão de que a morte é condição intrínseca à natureza dos seres vivos, à qual todos estão fadados. Sua inevitabilidade implica considerar que o fenômeno perpassa e transcende traços culturais, princípios éticos e pressupostos científicos relacionados a contextos e períodos históricos definidos. Na atualidade, o fenômeno é tema polêmico em vista de as sociedades o negarem peremptoriamente, o que se reflete na formação das áreas acadêmicas da saúde e na prática dos serviços que lidam diretamente com a morte. Assim, urge refletir sobre essa temática para transformar a percepção e as práticas relativas à morte e ao morrer, sem confundir processos legítimos, como a ortotanásia, e ilegítimos, como a eutanásia, como se pretendeu nessa discussão.
2015	Lima MLF, Almeida ST, Siqueira-Batista RS ¹⁹	“A bioética e os cuidados de fim da vida”	A discussão dos aspectos atuais e de um arcabouço mínimo de ferramentas bioéticas, para a abordagem das questões pontuadas, é essencial para qualquer profissional de saúde que atue com enfermos em processo de morrer, de modo a permitir um passamento digno, o que pressupõe acolhimento dos desejos da pessoa, sem imposições baseadas na técnica e/ou no paternalismo.
2017	Ríos RM ²⁰	“Acceso universal de los cuidados paliativos: derecho universal a no sufrir: análisis desde la visión bioética y de derechos humanos”	Há evidências nesta revisão de artigos que provam que cuidados paliativos devem ser universalmente fornecidos e a falta de provisão deles viola um direito humano fundamental.

A morte é um assunto frequente para profissionais de saúde, porém muitos deles ainda a consideram um tabu⁴. Dentre os diversos motivos para isso, está o fato de o tema ser pouco abordado durante a formação profissional, ocasionando embaraço diante da possibilidade do óbito de um paciente. Outro fator de grande relevância é o sentimento de impotência ante a limitação da cura, que em muitos casos favorece o início da distanásia⁴.

Abordagens que visam manter a vida a qualquer custo são desnecessárias, exageradas e insuficientes, e, além de ignorar o sofrimento do paciente e de seus familiares, produzem falsa esperança. A obstinação terapêutica provoca a ilusão de longevidade em doentes desprovidos de qualquer chance de cura ou de mínima manutenção de qualidade de vida, sendo um tratamento fútil

e angustiante para eles²¹. Os cuidados paliativos, por outro lado, são uma alternativa para essa situação, pois, ao quebrar esse tabu, ampliam e desenvolvem a dignidade da pessoa em situação terminal, de modo que, sem eles, muitas vezes o paciente fica sujeito à violação de direitos humanos fundamentais²⁰.

Embora conhecer a verdade sobre sua doença e seu prognóstico seja direito do paciente, frequentemente o profissional de saúde negligencia detalhes cruciais para a compreensão, diminuindo drasticamente as escolhas daquele em seu fim de vida⁴. Portanto é essencial abrir espaço para essa reflexão e colocar em prática a morte com dignidade, principalmente nos programas de cuidados paliativos, para que haja qualidade de vida e de morte de forma consistente¹⁶.

Quanto a aspectos bioéticos, atualmente a regulamentação ética e legal das vontades antecipadas é a principal ferramenta favorável ao respeito e à autonomia do paciente, sendo muitas vezes um dos mais importantes fatores de inibição da distanásia¹⁴. Por essa razão, a discussão acerca da situação atual e a construção de um embasamento bioético são de extrema necessidade para as questões apresentadas neste trabalho. Isso tem em vista principalmente a atuação e o respaldo do profissional de saúde no oferecimento de uma morte digna, o que pressupõe acolhimento dos desejos da pessoa, sem imposição tecnicista/tecnológica, respeitando a autonomia do paciente¹⁹.

Os avanços tecnológicos e sua aplicação em pacientes levantam o questionamento moral sobre os limites do exercício das profissões de saúde em busca da cura e a necessidade de debater acerca da morte²². Outro fator de grande relevância é a legislação brasileira, que carece de leis específicas sobre o assunto, não dando respaldo ao profissional de saúde nem ao paciente, principalmente ao que opta pelo testamento vital ou pelas diretivas antecipadas de vontade (DAV)¹⁵.

Em 2012, o Conselho Federal de Medicina²³ aprovou a Resolução CFM 1.995, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade, especificando que o paciente tem autonomia, junto a seu médico, para decidir sobre a realização ou não de procedimentos inúteis em sua terminalidade de vida. Com isso, o paciente tem garantido o direito de não prolongar seu sofrimento, com respaldo no princípio bioético da autonomia¹⁷.

No entanto, mesmo com a Resolução CFM 1.995/2012, muito se questiona sobre a dinâmica em casos de terminalidade: até que ponto a vontade do paciente, da família e do médico, dentro de suas pluralidades e interesses, pode interferir na conduta terapêutica? O profissional de saúde está preparado para a prática da ortotanásia, possibilitando melhor qualidade de morte para o paciente¹⁷?

É necessário discutir as questões bioéticas relacionadas ao cuidar, buscando estimular reflexões sobre o significado dos avanços tecnológicos e suas práticas e subsidiar profissionais de saúde na tomada de decisões²⁴. A manutenção de falsas esperanças em pacientes e familiares, o excesso de gastos quando a vida já não pode ser resgatada e o sofrimento ao anunciar a morte e enfrentar processos judiciais são algumas das consequências da distanásia. Muitas dessas situações são causadas pela falta de legislação específica que respalde pacientes e profissionais^{15,17}.

Considerações finais

A distanásia é o prolongamento da vida de enfermos considerados incuráveis e ocorre em um contexto de constante sofrimento físico, emocional, psíquico e espiritual. Nessa situação, o profissional provoca maleficência e afasta-se da beneficência.

As ações dos profissionais de saúde são de extrema importância e têm o intuito de garantir a autonomia e a dignidade humana, levando em conta que cada paciente deve ser tratado de forma individual, segundo suas vontades e necessidades físicas, psicológicas e espirituais. Desse modo, mesmo que as disposições do paciente sejam contrárias à decisão médica, é necessário diálogo entre as partes, com exposição dos benefícios e malefícios dos tratamentos.

Além disso, é importante ressaltar que a atividade do profissional de saúde deve ser respaldada por seus códigos e princípios, visando curar quando possível, aliviar quando necessário e consolar sempre. Portanto, esse profissional deve compreender que a morte é uma condição intrínseca à natureza dos seres vivos, à qual todos estão fadados, e muitas vezes um tratamento que a prolongue pode ser interpretado e sentido como tortura.

Referências

1. Moraes IM, Nunes R, Cavalcanti T, Soares AKS. Percepção da "morte digna" por estudantes e médicos. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2016 [acesso 10 ago 2021];24(1):109-17. DOI: 10.1590/1983-80422016241112
2. Tomishima HO, Tomishima GO. Ortotanásia, eutanásia e a distanásia: uma análise sob o aspecto da dignidade da pessoa humana e a autonomia da vontade. *ETIC* [Internet]. 2019 [acesso 10 ago 2021];15(15). Disponível: <https://bit.ly/2Xbj5XE>

3. Mazutti SRG, Nascimento AF, Fumis RRL. Limitação de suporte avançado de vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2016 [acesso 10 ago 2021];28(3):294-300. DOI: 10.5935/0103-507X.20160042
4. Ferreira JMG, Nascimento JL, Sá FC. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2018 [acesso 10 ago 2021];42(3):87-96. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n3RB20170134
5. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso 10 ago 2021];18(9):2577-88. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900012
6. Felix ZC, Costa SFG, Alves AMPM, Andrade CG, Duarte MCS, Brito FM. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso 10 ago 2021];18(9):2733-46. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900029
7. International Association for Hospice and Palliative Care. Definição de cuidados paliativos [Internet]. 2018 [acesso 10 ago 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3mYrWoF>
8. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Aprova Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 90, 24 set 2001 [acesso 10 maio 2020]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2YN9XJc>
9. Silva JAC, Souza LEA, Silva LC, Teixeira RKC. Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2014 [acesso 10 ago 2021];22(2):358-66. DOI: 10.1590/1983-80422014222017
10. Souza MTM, Lemônica L. Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2003 [acesso 10 ago 2021];11(1):83-100. Disponível: <https://bit.ly/3IN7ckp>
11. Medeiros MOSF, Meira MV, Fraga FMR, Sobrinho CLN, Rosa DOS, Silva RS. Conflitos bioéticos nos cuidados de fim de vida. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2020 [acesso 10 ago 2021];28(1):128-34. DOI: 10.1590/1983-80422020281375
12. Lima CAS. Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos. *Rev Soc Bras Clín Méd* [Internet]. 2015 [acesso 10 ago 2021];13(1):14-7. Disponível: <https://bit.ly/3mWU63h>
13. Silva HB. Beneficência e paternalismo médico. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet]. 2010 [acesso 10 ago 2021];10(supl 2):419-25. DOI: 10.1590/S1519-38292010000600021
14. Stolz C, Ghelen G, Bonamigo EL, Bortoluzzi MC. Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2011 [acesso 10 ago 2021];19(3):833-45. Disponível: <https://bit.ly/3IFpDai>
15. Oliveira MZPB, Barbas S. Autonomia do idoso e distanásia. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 10 ago 2021];21(2):328-37. DOI: 10.1590/S1983-80422013000200016
16. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2014 [acesso 10 ago 2021];22(1):94-104. Disponível: <https://bit.ly/30sxlN5>
17. Santos DA, Almeida RP, Silva FF, Andrade LHC, Azevêdo LA, Neves MBC. Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2014 [acesso 15 maio 2020];22(2):367-72. DOI: 10.1590/1983-80422014222018
18. Santos DA, Almeida RP, Silva FF, Andrade LHC, Azevêdo LA, Neves MBC. Op. cit. p. 371.
19. Lima MLF, Almeida ST, Siqueira-Batista R. A bioética e os cuidados de fim de vida. *Rev Soc Bras Clín Méd* [Internet]. 2015 [acesso 10 ago 2021];13(4):296-302. Disponível: <https://bit.ly/3IFLlph>
20. Riveros Ríos M. Acceso universal de los cuidados paliativos: derecho universal a no sufrir: análisis desde la visión bioética y de derechos humanos. *An Fac Cienc Méd (Assunción)* [Internet]. 2017 [acesso 10 ago 2021];50(2):67-78. DOI: 10.18004/anales/2017.050(02)67-078
21. Costa TNM, Caldato MCF, Furlaneto IP. Percepção de formandos de medicina sobre a terminalidade da vida. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acesso 10 ago 2021];27(4):661-73. DOI: 10.1590/1983-80422019274349

22. Nunes L. Do ensino da bioética e as escolhas temáticas dos estudantes. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2017 [acesso 10 ago 2021];25(3):512-26. DOI: 10.1590/1983-80422017253208
23. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 269-70, 31 ago 2012 [acesso 15 maio 2020]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3DFF5JY>
24. 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 maio 2020];24(3):579-89. DOI: 10.1590/1983-80422016243157

Lucimeire Aparecida da Silva – Graduada – meiresilvino@gmail.com

 0000-0002-9571-7578

Eduarda Isabel Hübbe Pacheco – Graduanda – ehubbepacheco@gmail.com

 0000-0002-0746-5383

Luciana Dadalto – Doutora – luciana@lucianadadalto.com.br

 0000-0001-5449-6855

Correspondência

Lucimeire Aparecida da Silva – Rua Marcílio Dias, 2568, Jardim Oiti CEP 79645-510. Três Lagoas/MS, Brasil.

Participação das autoras

As autoras contribuíram igualmente para a pesquisa e a realização do presente artigo.

Recebido: 5.7.2020

Revisado: 31.8.2021

Aprovado: 4.10.2021