

Autoria

Evelyn Cristina Silva dos Santos¹ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6023-4595>

Instituição

¹Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha - Campo Limpo, Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM), São Paulo, SP, Brasil.

Autor Correspondente

Evelyn Cristina Silva dos Santos

e-mail: eveylinsantos.psyco@gmail.com

Como citar este artigo

Santos ECS. Cuidados Paliativos e o Protagonismo do Paciente Através das Diretivas Antecipadas de Vontade. Rev. Tec. Cient. CEJAM. 2024;3:e202430027. DOI: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202430027>.

Submissão

12/07/2024

Aprovação

29/07/2024

Artigo de Reflexão

Cuidados Paliativos e o Protagonismo do Paciente Através das Diretivas Antecipadas de Vontade

Palliative Care and the Role of the Patient Through Advance Directives

Resumo

Objetivo: O presente artigo busca apresentar o conceito de cuidados paliativos, bem como a importância da participação ativa do paciente durante o processo de doença e tratamento, através das diretivas antecipadas de vontade. **Método:** O presente estudo trata-se de uma análise reflexiva sobre a temática de cuidados paliativos e como se dá a autonomia do paciente durante esse processo. Por se tratar de um estudo reflexivo, não houve uma padronização na revisão de literatura, sendo considerados artigos que explorassem a temática de cuidados paliativos, diretivas antecipadas de vontade e equipe multiprofissional. **Resultados:** O presente estudo considerou que quando o paciente está bem assistido e recebe as devidas orientações sobre seu quadro clínico e prognóstico, existe uma possibilidade maior dele se apropriar de seus desejos e ter autonomia em suas escolhas.

Descritores: Cuidados Paliativos; Diretivas Antecipadas; Assistência ao Paciente; Autonomia Pessoal; Morte.

Abstract

Objective: This article seeks to present the concept of palliative care, as well as the importance of the patient's active participation during the disease and treatment process, through advance agreements of will. **Method:** The present study is a reflective analysis on the topic of palliative care and how autonomy is given to the patient during this process. As it was a reflective study, there was no standardization in the literature review, considering articles that explored the theme of palliative care, advance dispositions of will and multidisciplinary team. **Results:** The present study considers that when the patient is well cared for and receives appropriate guidance about their clinical condition and prognosis, there is a greater possibility of them taking ownership of their desires and having autonomy in their choices.

Descriptors: Palliative Care; Advance Directives; Patient Care; Personal Autonomy; Death.

INTRODUÇÃO

O termo "cuidado paliativo" ainda é pouco conhecido, sendo associado ao cuidado direcionado para pacientes com doenças terminais ou em final de vida. Pouco se fala a respeito da morte ou o morrer, pois em nossa sociedade, a morte ainda é vista como um tabu. Suas compreensões e reflexões existem de forma muito velada, visto que ainda não é totalmente aceita. De acordo com Kübler-Ross⁽¹⁾, ao estudar as culturas de povos antigos é possível observar que já havia uma abominação da morte, pois estava ligada a uma questão ruim ou castigo e nunca como uma forma natural de se encerrar a vida.

Desta forma, em um ambiente hospitalar onde há um diagnóstico de doença terminal, o paciente e seus familiares, geralmente, ficam aflitos com a situação, muitas vezes esquecendo-se de viver e simplesmente tentando contornar a doença para se evitar a morte.

Sabendo que nessa condição esses comportamentos são comuns, os cuidados paliativos objetivam atenuar esse sofrimento, tanto do paciente, quanto de sua família através de iniciativas que possam confortá-los neste momento e garantir uma melhor qualidade de vida durante essa espera.

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)⁽²⁾, cuidados paliativos é uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida.

Segundo Pimenta, Mota e Cruz⁽³⁾, o conceito de cuidados paliativos surgiu em busca de controlar as dores advindas de um processo de tratamento em fases avançadas da doença, abordando as dimensões psicológicas, sociais e espirituais dos pacientes e seus familiares.

Na graduação em saúde, geralmente o objetivo principal é compreender as patologias em busca de um tratamento e cura, entretanto, existem doenças na qual não existe tratamento curativo. E quando isso acontece, muitas vezes o profissional se depara com o desconhecido, não sabendo como lidar com tais questões e é neste contexto que surge a necessidade de se conhecer os cuidados paliativos. De acordo com Floriani e Schramm⁽⁴⁾, é necessária a inclusão da disciplina "cuidados paliativos" na graduação em saúde, em busca de acolher o paciente e sua família.

Quando o paciente está em condições terminais da doença e os tratamentos curativos já não fazem mais efeito, é comum que busquem alternativas para auxiliá-lo. Contudo, esses processos, geralmente, contribuem para amenizar os sintomas físicos, não abordando dimensões psicológicas do paciente. Desta forma, se faz necessário a atuação multiprofissional, para que possam sustentar tanto as dimensões físicas, quanto as psicológicas do paciente.

As pesquisas apontam que a atuação de uma equipe multiprofissional se faz necessária para que haja uma assistência digna ao paciente, uma vez que todas as suas questões e enfermidades serão olhadas e sustentadas por um profissional devidamente qualificado para tal. De acordo com Oliveira e Silva⁽⁵⁾,

[...] pode-se afirmar que os cuidados paliativos dependem de uma abordagem multidisciplinar para produzir uma assistência

harmônica e convergente ao indivíduo sem possibilidade de cura e à sua família^(5:213).

Para que a dignidade do paciente seja garantida, existem as diretivas antecipadas de vontade (DAV), consistindo em permitir que o paciente expresse suas vontades e desejos relacionados a seus últimos momentos de vida.

Abordar sobre esse assunto com o paciente acaba sendo desconfortável para seu familiar, uma vez que sempre há uma esperança de cura, fazendo com que neguem a realidade da morte. Neste momento, a intervenção da equipe de saúde se faz necessária, não apenas para efetuar as vontades finais do paciente, mas também orientar a importância para a família.

Uma das possíveis atuações da equipe de saúde é fazer a intermediação com a família, para que possam promover essas diretivas, interagindo com seu familiar para que ele expresse seus desejos. Contudo, é comum haver o cerco do silêncio, onde a família é alertada de algumas questões sobre o paciente, mas as esconde dele. Quando a equipe detecta essa falta de comunicação, se faz necessário que haja uma intervenção com a família para que ela possa compreender a importância da autonomia do paciente e que a mesma é uma forma de respeito, assim como uma premissa fundamental dos cuidados paliativos.

Desta forma, o presente artigo busca compreender a importância e a atuação de profissionais da área da saúde em cuidados paliativos e como se dá a relação com os familiares ao se tratar das diretivas antecipadas de vontade. Intenciona, ainda, entender de qual forma a interação de uma equipe torna-se benéfica ao paciente e sua família, buscando desmistificar o processo de morte para que haja uma melhor compreensão da mesma, pois uma vez que há essa reflexão, possivelmente a família contribuirá com a equipe nos desdobramentos da doença do paciente e com o processo de finitude.

MÉTODO

Desenho e Cenário

Trata-se de uma comunicação reflexiva sobre a temática de cuidados paliativos e como se dá a autonomia do paciente durante esse processo.

Por se tratar de conteúdo reflexivo, não houve uma padronização na revisão de literatura, sendo considerados artigos que explorassem a temática de cuidados paliativos, diretivas antecipadas de vontade e equipe multiprofissional.

RESULTADOS

Pensar em cuidados paliativos é algo muito recente, contudo, há indícios de sua existência desde os primórdios. Antigamente, os cuidados oferecidos à população em geral tinham um segmento mais próximo ao cuidar do que ao curar. Porém essa condição foi sofrendo inúmeras alterações com o passar dos anos, devido a alguns fatores que serão discutidos ao longo da exposição.

O cuidar é instintivo, podendo ser observado ao longo da evolução no comportamento dos animais. Os progenitores ficavam sempre a disposição de seus filhotes, a fim de protegê-los e assegurar sua sobrevivência, assim como alimentá-los e ensiná-los a fugir de predadores e se alimentarem sozinhos, pois a perpetuação da espécie e a preservação da vida, sempre foram instintos básicos⁽³⁾.

Essa condição ilustra que o cuidar sempre esteve presente nas relações, o que não difere do ser humano. Todavia, tais cuidados passaram de seu modo instintivo ao profissional, pois ao se depararem com a crescente demanda de pessoas que o precisavam, foram surgindo diferentes modos de fazê-lo.

Pimenta, Mota e Cruz⁽³⁾ trazem a ideia do curandeiro, pajés, parteira, que remete a um cuidado mais natural, ou seja, não existiam muitas intervenções cirúrgicas ou farmacológicas como conhecemos hoje e essas pessoas eram as responsáveis em promover e cuidar da saúde do povo naquela época, pois acreditavam que nasciam com um dom para tal. Suas intervenções eram realizadas através de elementos que extraíam da própria natureza e os cuidados prestados eram focalizados no bem-estar do outro. A cura era almejada sim, porém os cuidados eram direcionados primeiramente na amenização do sofrimento, e só a partir daí, pensava-se em outra alternativa.

Essa mesma estrutura, era encontrada nos primeiros profissionais da saúde, pois até o século XX, esses profissionais compartilhavam os mesmos objetivos dos curandeiros e pajés, porém com uma demanda maior. Começou a se difundir a eficácia desses cuidados a partir da melhor qualidade de vida que proporcionavam.

Com o decorrer dos anos, tais cuidados se sofisticaram, surgindo especialistas que passaram a pensar em tratamentos, primeiramente, contra ferimentos de guerra e logo após contra sintomas em geral. Inicialmente, surgiram equipamentos para auxiliar esses profissionais, contribuindo para os tratamentos. Contudo, atendimentos que eram realizados à domicílio, passaram a se concentrar em centros específicos, devido a maquinaria e materiais necessários para tal.

Com essas novas descobertas tecnológicas foi-se atribuindo valores para esses cuidados, ou seja, começou a comercialização da saúde, sendo elas tanto públicas como privadas, tendo que envolver agências para organizar essa demanda⁽³⁾.

Muitos tratamentos começaram a ser realizados na busca excessiva por cura e a humanização acabava ficando de lado. Cirurgias e tratamentos invasivos eram realizados em grande quantidade, pois acreditavam que era necessário fazer todo o possível para curar o paciente.

Não se pode descartar as inúmeras contribuições da tecnologia para a medicina, pois muitas pessoas estão sendo curadas devido a isto. Contudo, o que se pretende ressaltar é que existe um limite da utilização de instrumentos modernos para salvar uma vida, pois existem polos nos quais apenas um olhar endereçado e um cuidado significativo pode alcançar.

O cuidar acabou ficando em segundo plano, entretanto, essa filosofia vem sendo resgatada da antiguidade e fazendo valer na atuação de muitos profissionais, que começaram a rever a forma de enxergar o outro, utilizando-se do aforismo de que "a medicina cura algumas vezes, melhora muitas vezes, mas consola sempre"^(3:14).

Contudo, foi na Idade Média que começou a se pensar na filosofia dos cuidados paliativos que, de acordo com a ANCP⁽²⁾, surgiram locais chamados hospícios que abrigavam pessoas em situação de rua, enfermos, mulheres grávidas, pobres, enfim, todos com alguma vulnerabilidade eram acolhidos a fim de serem cuidados.

Nestes hospícios, o cuidar era fundamental e o objetivo principal era o controle da dor e o cuidado com as esferas psicológicas e sociais. Através desse movimento, começou a se pensar nesta outra forma de se fazer medicina, porém outros profissionais eram necessários para tal, visto que não apenas o fisiológico era olhado, mas as necessidades do paciente como um todo. Primeiramente, buscou-se voluntários, para depois incluírem outros profissionais, formando assim, uma equipe interprofissional.

Em 1967, Cicely Saunders fundou o St. Christopher's, através do Movimento Hospice Moderno e começou a fazer com que os cuidados paliativos fossem introduzidos em diversas enfermarias, em busca da amenização de sintomas e controle da dor.

A partir deste movimento, que também promovia estudo e pesquisa em cuidados paliativos, essa filosofia foi se disseminando, até chegar ao Brasil em 1997, através da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), fundada em São Paulo, que buscou uma padronização para esses cuidados, que existiam de forma indireta, porém não se pensava sobre, trazendo assim essa reflexão para o cenário hospitalar brasileiro.

Conceitos Gerais e o Protagonismo do Paciente

Dentro do conceito de cuidados paliativos e ações em saúde, existem algumas diferenciações quanto ao cuidado ofertado ao paciente, sendo eles: eutanásia, distanásia e ortotanásia, sendo o último conceito o mais próximo da filosofia dos cuidados paliativos.

Para se pensar sobre a ortotanásia, é importante caminhar pela eutanásia e a distanásia para que a compreensão seja mais sólida e a aproximação com os cuidados paliativos se torne mais coerente.

O termo eutanásia, um pouco mais conhecido pelo senso comum, é fazer com que haja uma aceleração do processo de morrer, sendo essa uma escolha do próprio paciente. Porém esse entendimento, muitas vezes é deturpado e acaba sendo associado ao suicídio.

Sá⁽⁶⁾ apresenta uma discussão do termo, apontando sua data de criação, que ocorreu no século XVII, que deriva do grego, significando "boa morte", "morte apropriada", "direito de matar", entre outros. A eutanásia proporciona a aceleração do processo de morrer. Todavia, atualmente, o Projeto de Lei Nº 5058, de 2005, que regulamenta em seu art. 226, § 7º, da Constituição Federal, dispendo sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso.

Na distanásia ocorre o efeito inverso da eutanásia. Enquanto a eutanásia acelera o processo do morrer, a distanásia o prolonga. Quando se analisa os avanços tecnológicos na área da medicina, percebe-se uma grande mudança nos tratamentos que ocorreram na atualidade.

A distanásia é sempre o resultado de uma determinada ação ou intervenção médica, que ao negar a dimensão da mortalidade humana, acaba absolutizando a dimensão biológica do ser humano^(7:201).

Kovács⁽⁷⁾ aponta a distanásia como uma "futilidade médica", visto que realizam tratamentos invasivos, em um momento que se sabe que não existe recuperação, provocando dor e sofrimento

ao paciente. Neste sentido, Marta, Hanna e Silva⁽⁸⁾ apontam que:

Ademais, a manutenção meramente artificial de práticas que conseguem manter temporariamente os fenômenos vitais em um organismo moribundo não deve ser confundida com "aquela vida" protegida pela Constituição Federal, para a qual está garantida a dignidade da pessoa humana. A obrigação legal da aplicação dessas medidas implica submeter os pacientes terminais a terapêuticas aviltantes e desumanas^(8:59).

A partir do pensamento de Kovács⁽⁷⁾, é possível observar que a ideia da realização da distanásia, no senso comum, está muito colada a não oferecer um tratamento curativo. Contudo, como ela afirma, nem sempre isso é o melhor, pois existem outras possibilidades de ajuda frente à finitude da vida.

[...] a morte é vista como parte do processo da vida, e no adoecimento, os tratamentos devem visar a qualidade dessa vida e o bem estar da pessoa, mesmo quando a cura não é possível; mas frente essa impossibilidade, nem sempre o prolongamento da vida é o melhor – e insisto que não se está falando de eutanásia, como muitos creem^(7:116).

O valor da experiência humana e da morte como constituinte, já não faz mais sentido em um momento onde as máquinas operam, pois estar "vivo", é poder reconhecer suas próprias limitações e compreender sua finitude, é poder ter sua autonomia e integridade física e moral protegidas.

Frente a esta discussão, surge a utilização do termo ortotanásia, que vem do grego e significa "morte natural". A ortotanásia faz parte da filosofia dos cuidados paliativos, é o cuidar e deixar com que a vida siga naturalmente. Muitos pensam que é uma omissão de ajuda, contudo, só é realizada a partir do momento em que os tratamentos curativos já não são mais funcionais.

Nos cuidados paliativos, o tratamento da doença é minimizado ou até mesmo deixado de lado e o controle dos sintomas começa a ser o foco principal a ser olhado no paciente. Não apenas os sintomas físicos, mas também psíquicos e sociais.

Pensar na ortotanásia como uma ação exclusiva dos cuidados paliativos, é contribuir para o estigma que a própria atuação do paliativista carrega: "deixar o paciente morrer". Muitos pacientes quando são encaminhados para a equipe paliativista, perdem a esperança de viver, mas desconhecem o real propósito, a contribuição e o cuidado que podem lhe oferecer diante do processo de finitude.

Admitir a morte como um fato, é doloroso para qualquer um, contudo, essas questões que atravessam o paciente podem ser trabalhadas com objetivo de ajudá-lo em sua elaboração, para que possa compreender que essa fase pode ser passada com um olhar diferente e com sua dignidade e autonomia preservada.

[...] o movimento de cuidados paliativos traz um grande progresso no que concerne aos cuidados no fim da vida, restituindo o bem-estar global e a dignidade ao paciente gravemente enfermo, favorecendo a possibilidade de viver sua própria morte, um respeito por sua autonomia e não o abandono à própria sorte^(7:206).

Os cuidados paliativos buscam permitir que o paciente tenha uma "boa morte" e participe integralmente deste processo, que não haja sofrimentos e dores, que ela venha em seu tempo naturalmente. Porém é preciso ter certo cuidado ao buscar conceituar essa "boa morte", pois para isso é fundamental o conhecimento de cada caso em particular⁽⁷⁾. Não existe uma

normatização dos procedimentos de ortotanásia, pois cada paciente é único e tem suas necessidades específicas a serem olhadas em sua singularidade.

Dentro dos cuidados paliativos, o olhar dos profissionais abrange todas as questões, por isso deve ser composto por uma equipe multiprofissional, pois cada profissional terá o cuidado necessário para garantir uma qualidade de vida para esse sujeito.

Os profissionais buscam promover uma reflexão sobre a finitude com o paciente, pois o medo de morrer, sofrer, sobrecarregar a família, entre outros, são constantes. Porém, Kovács⁽⁷⁾ aponta uma dificuldade em esclarecer essas questões quando não há um apoio da família ou eles também não conseguem tomar contato com o assunto. Por este motivo, o contato e acompanhamento da família é fundamental, pois na falta da palavra do paciente, a família responde por ele. Contudo, a autonomia do paciente não é deixada de lado, então, a família deve decidir de acordo com as vontades expressas do paciente. Sendo assim, é necessário que tenha uma aproximação da família com as condições do paciente e um contato próximo, permitindo com que essas vontades sejam declaradas e respeitadas.

A possibilidade de um indivíduo saber que não há perspectiva de cura para sua doença, e, portanto, abrir reflexão sobre questões referentes a sua finitude, pode gerar intenso sofrimento para uma família, e sobretudo pra quem atravessa tal situação.

Ter a possibilidade de ter suas crenças, cultura e moral respeitadas, é imprescindível. De acordo com Abreu e Fortes⁽⁹⁾, o respeito a autonomia do paciente tem significância clínica, legal e psicológica. Do ponto de vista clínico, favorece a confiança na relação terapêutica, maior cooperação do paciente e satisfação com relação ao tratamento. Em termos legais, respalda os direitos individuais sobre o próprio corpo. Do ponto de vista psicológico, oferece ao paciente senso de controle sobre a própria vida e de valor pessoal.

Poder decidir, com o apoio de seu médico, sobre seu tratamento medicamentoso e sobre a realização ou não de procedimentos invasivos, é acima de tudo, ter sua dignidade respeitada. Contudo ainda não há uma lei específica no que diz respeito à efetivamente exercer o direito de decidir sobre a morte. A ortotanásia, como já exposto, consiste sumariamente em validar a prática médica de respeitar a morte natural do sujeito.

No entanto, existe também uma resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1.995, do dia 31 de agosto de 2012⁽¹⁰⁾, que busca dar a possibilidade de o médico poder respeitar os desejos do paciente, tratando-se de não determinar que haja uma tentativa abusiva de reverter o processo natural da morte, em algum caso avançado e irreversível de doença. É recomendado que o profissional registre essas vontades no prontuário do paciente e as mesmas passem a ser validadas e respeitadas.

Essa conduta oferece a possibilidade de o sujeito que esteja consciente e lúcido, discorrer sobre a realização ou não de determinados procedimentos. É o seu testamento vital, além de possibilitar a nomeação de uma pessoa escolhida por ele, para que seja seu procurador de saúde, e que decida frente a equipe médica, considerando sobretudo suas vontades, caso o mesmo não tenha mais condições de manifestar as mesmas.

As DAV podem ser uma possibilidade de dignidade para o paciente, o qual terá a oportunidade de decidir sobre seu corpo, sua vida. Para o paciente elaborar sua DAV juntamente com seu

médico, é necessário que ele entenda com clareza sua doença e suas perspectivas de tratamento. É fundamental a comunicação efetiva e assertiva entre a equipe multiprofissional e o paciente, logo entre equipe e familiares, e deve haver também essa comunicação entre o doente e seus familiares.

Contudo, às vezes ocorre uma falha na comunicação entre família e o enfermo, pois se estabelece um clima de segredo entre eles, fazendo com que haja informações truncadas, onde se dá o nome de "cerco do silêncio". A equipe precisa estar atenta para identificar e agir para que não ocorra. Por vezes o paciente tenta esconder a real situação de seu estado clínico dos familiares e a família também quer esconder do próprio sujeito o que realmente ocorre com sua saúde.

Conforme exposto por Abreu e Fortes⁽⁹⁾ pode-se concluir que há uma boa intenção em se tratando da motivação que leva a realizar o cerco do silêncio, porém o resultado diverge da segurança e serenidade, pois leva a um elevado estado de ansiedade, medo e confusão. Além do fato de negar aos sujeitos a oportunidade de repensar, planejar e adaptar suas vidas para a realização de metas mais plausíveis, baseadas em esperanças e aspirações pautadas na verdade. No caso dos cuidados paliativos, é extremamente necessário que sejam dadas informações concisas para as decisões a respeito do local da assistência da morte sejam tomadas, e também para que seja possível colocar assuntos pendentes em ordem, despedir-se, fazer as pazes e proteger-se de terapias fúteis. O respeito por colocar a verdade ao paciente através de informações consistentes é tido como imperativo ético.

E segundo Kovács⁽⁷⁾:

[...] na maior parte das instituições hospitalares observa-se a mencionada posição paternalista, na qual, baseada no princípio da beneficência, a equipe age unilateralmente, justificando-se com a ideia de que sabe o que é melhor para o paciente; ou seja, considera que este não está preparado para saber o que é melhor para si. Assim a equipe de saúde é depositária do saber^(7:168).

No entanto, existe uma busca por mudar tal pensamento, fazendo com que se torne primordial olhar o sujeito, ante a sua doença e avaliar a situação como um todo, para que se possa de fato respeitar, e respaldar as escolhas do mesmo. Pode-se afirmar que a filosofia de uma equipe de cuidados paliativos se baseia em buscar ter essa sensibilidade e dar suporte, para que todos possam facilitar os percalços que possam surgir para que de fato as DAV possam ser realizadas e respeitadas.

É necessário que haja uma equipe que respeite o ser humano, e que tenha um manejo adequado para tratar de questões tão delicadas, e que, ao ouvir os pacientes, possam realmente compreender o que de fato eles queiram fazer, sem julgamento, juízo de valor, impressões pessoais e interferências. Aceitar a subjetividade, a história de vida e as diferenças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta reflexão possibilitou uma aproximação com o tema de cuidados paliativos, ampliando a visão de seus objetivos e contribuições em relação ao paciente e sua família, bem como mostrou que a atuação da equipe multiprofissional se faz necessária para que o trabalho possa ter êxito nos resultados e que o paciente possa ser protagonista em suas escolhas.

Entende-se que durante um processo de adoecimento, é

possível que o paciente fique mais fragilizado e muitos vezes limitado para fazer suas próprias escolhas e exercitar sua autonomia. Diante disso, se faz necessário que os profissionais de saúde considerem a diretiva antecipada de vontade como recurso primordial para assegurar que o paciente tenha seus desejos e limites respeitados. Todavia, para que haja a possibilidade de tal manejo, é preciso que a equipe tenha a conduta bem delimitada e forneça as informações necessárias ao paciente, para que ele possa ter tempo hábil para elaborar tal experiência, se apropriar do assunto e conseguir falar sobre seus desejos.

Tendo em vista os amplos aspectos a serem discutidos, se faz necessária a propagação do tema através de novas pesquisas. Considerando o enfoque multiprofissional, é necessário que todas as categorias profissionais compreendam a importância de sua atuação para os cuidados paliativos, disseminando esse conceito para promover novas discussões e atualizações sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. Kübler-Ross E. Sobre a morte e morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras e religiosos e aos seus próprios parentes. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
2. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Acesso em: junho de 2024. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/ancp>.
3. Pimenta CAM, Mota DDCL de F, Cruz DALM. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri, SP: Manole; 2006.
4. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. Cad Saúde Pública. 2007 Sep;23(9):2072-2080.
5. Oliveira AC de, Silva JP da. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. Acta Paul Enferm. 2010;23(2):212-217.
6. Sá MFF de. Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido. 2ª ed. Belo Horizonte: Del Rey; 2005.
7. Kovács MJ. Bioética nas questões de vida e morte. Psicol USP. 2003;14(2):167-189.
8. Marta GN, Hanna SA, Silva JLF da. Cuidados Paliativos e Ortotanásia. Diagn Tratamento. 2010;15(2).
9. Abreu CB, Fortes PAC. Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. Rev Bioética. 2014 Aug;22(2):299-308.
10. Conselho Federal de Medicina (CFM - Brasil). Código de ética médica. Resolução nº 1.995, de 31 de agosto de 2012. Acesso em: junho de 2024.