



doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.39.103.AO09>

Limitação terapêutica em oncologia pediátrica

Limitation of therapeutic in pediatric oncology

Limitación terapéutica en oncología pediátrica

Daniela Trevisan Monteiro
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
E-mail: daniela.trevisan.monteiro@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4736-0460>

Leonardo Soares Trentin
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
E-mail: leosoarest16@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0355-5864>

Danusa Scremin Rolim
Universidade Franciscana (UFN)
E-mail: danusarolim@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7986-8598>

Aline Cardoso Siqueira
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
E-mail: alinecsiq@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1430-9722>

Resumo

Este estudo possui como objetivo compreender a perspectiva de profissionais da saúde, de uma unidade de oncologia pediátrica, sobre limitação terapêutica no tratamento de pacientes pediátricos em processo de morte. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, realizada em hospital de ensino. Foram entrevistados ao todo 16 profissionais da saúde que atuam em unidade

de oncologia pediátrica. Foi utilizada a análise de conteúdo para a interpretação dos dados. Os resultados apontaram que o conhecimento sobre limitação terapêutica apresentado pelos profissionais versa a partir da experiência de cada um. Foram apresentadas dificuldades de comunicação à família, falta de consenso sobre as decisões entre os médicos e não participação de outros profissionais da equipe em qualquer etapa do processo decisório. A distanásia com criança ainda acontece, mas é evitada por gerar sofrimento. Ao prestar assistência ao paciente pediátrico oncológico, a equipe deve atuar como uma unidade de cuidado. Aponta-se a importância do trabalho multiprofissional como meio de facilitar as decisões que devem ser tomadas.

Palavras-chave: Serviço hospitalar de oncologia; Cuidados paliativos na terminalidade da vida; Pediatria; Pessoal de Saúde; Atitude Frente a Morte.

Abstract

This study aims to understand the perspective of health professionals, who work in a pediatric oncology unit, on limitation of therapeutic effort in the treatment of pediatric patients in the process of death. This qualitative research was carried out in a teaching hospital. A total of 16 health professionals who work in a pediatric oncology unit were interviewed. Content analysis was used to analyze data. The results showed that the professionals' knowledge about limitation of therapeutic effort is based on their own experience. Difficulties in communication to families, lack of consensus on decisions among doctors and lack of participation of the other team professionals in any stages of the decision-making process were addressed. Dysthanasia is still a reality for children, but it is avoided because of the suffering it causes. When providing assistance to pediatric patients with cancer, the team must act as a care unit. The importance of multiprofessional work is pointed out as way to make easier taking decisions that must be made.

Keywords: Hospital oncology service; Hospice Care; Pediatrics; Health personnel; Attitude to death.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo comprender la perspectiva de profesionales de la salud, de una unidad de oncología pediátrica, sobre limitación terapéutica en el tratamiento de pacientes pediátrico en proceso de muerte. Se trata de una investigación de carácter cualitativo, realizada en un hospital de enseñanza. Fueron entrevistados un total de 16 profesionales de la salud que actúan en unidad de oncología pediátrica. Fue utilizado el análisis de contenido para la interpretación de los datos. Los resultados señalaron que el conocimiento sobre limitación terapéutica presentado por los profesionales versa a partir de la experiencia de cada uno. Fueron presentadas dificultades de comunicación a la familia, falta de consenso sobre las decisiones entre los médicos y no participación del otros profesionales del equipo en cualquier etapa del proceso decisório. La distanasia con niño aún ocurre, pero es evitada por generar sufrimiento. Al prestar asistencia al paciente pediátrico oncológico, el equipo debe actuar como una unidad de cuidado. Se señala la importancia del trabajo multiprofesional como medio de facilitar las decisiones que deben ser tomadas.

Palabras clave: Servicio de oncología en hospital; Cuidados paliativos al final de la vida; Pediatria; Personal de salud; Actitud frente a la muerte.

Introdução

O câncer é uma das principais causas de morte infantil, com cerca de 300 mil novos casos por ano em crianças de zero a 19 anos. Em países de baixa e média renda, essas crianças têm quatro vezes mais chances de morrer devido ao câncer, pois as

enfermidades não são diagnosticadas precocemente, e muitas crianças são forçadas a abandonar o tratamento devido aos altos custos (OMS, 2018). O tratamento é complexo e envolve uma série de procedimentos, por vezes, invasivos. A decisão de iniciar ou não o tratamento mescla aspectos técnicos e questionamentos éticos e deve agregar o valor da dignidade do paciente. Nesse contexto, as crianças são frequentemente alvo de uma postura médica obstinada, na qual há grande investimento da equipe de saúde em tratamentos que não trarão a cura e, por vezes, acabam prolongando o sofrimento da criança e de sua família (Palhares, Santos, & Cunha, 2016). Segundo Souza et al. (2013), é um grande desafio oferecer uma morte digna para o paciente infantil, pois envolve um equilíbrio entre as perspectivas e necessidades da criança, da família e dos próprios profissionais de saúde. Existe um conflito pessoal do profissional sobre resistir e investir ou aceitar a morte de uma criança como algo natural, pois sua formação profissional tem um enfoque maior na área curativa. Outra dificuldade é a falta de respaldo legal e de autonomia do profissional, que podem impedir a promoção da morte digna para a criança, porque o profissional se vê diante do dilema entre aquilo que acredita ser a melhor conduta a seguir, e a responsabilidade legal de seus atos.

Com isso, na intenção de dar suporte, reumanizar ou possibilitar uma morte mais digna aos pacientes com doenças crônicas e/ou em fase final de vida, começa a nascer o movimento dos cuidados paliativos. O projeto Hospice, fundado por Dame Cicely Saunders em 1967, propõe um modelo de cuidados ao fim da vida que busca diminuir a dor e demais sintomas dos doentes e permite maior autonomia e independência dos mesmos. A proposta aproxima o doente às decisões que serão tomadas (Rothman, 2014).

Segundo a OMS, os cuidados paliativos são uma abordagem de assistência promovida por uma equipe multiprofissional que objetiva a melhor qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença ou final de vida. A prevenção e o alívio do sofrimento, a identificação precoce, avaliação impecável, o tratamento da dor e dos demais sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais são fundamentais nesse processo. Os cuidados paliativos são cuidados abrangentes e envolvem um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver o mais ativamente possível (OMS, 2018).

No contexto de cuidados paliativos no Brasil há apenas autorização para a equipe médica reduzir procedimentos diagnósticos e terapêuticos, porém não há leis que punam as condutas de obstinação terapêutica. Além disso, tais condutas podem ainda serem vistas como manutenção de direito à vida. Limitar os esforços terapêuticos deve ser uma

decisão tomada pela equipe juntamente com os pais ou cuidadores da criança e vai depender das particularidades de cada paciente (Palhares et al., 2016). Na medicina, o processo de tomada de decisão está presente em diferentes momentos: desde a interpretação de um resultado de laboratório e/ou imagem, passando pelo diagnóstico, pela escolha do tratamento mais adequado, resolução de problemas e prognóstico (Silva et al., 2013).

A limitação do esforço terapêutico ou limitação do suporte à vida é conceituada como a decisão de não estabelecer tratamento médico ou descontinuar o suporte avançado de vida é iniciado em pacientes em final de vida e sem possibilidade de cura (França, 2008). A limitação do esforço terapêutico é permitida no Brasil, garantida através da Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM). Na limitação o médico pode tomar a decisão de limitar ou suspender aqueles procedimentos que apenas prolongam a vida, sem qualidade, respeitando a vontade do paciente ou se seu representante legal, por conseguinte, respaldando a decisão médica pelos cuidados paliativos (Conselho Federal de Medicina, 2006).

Segundo Furtado et al. (2018), os cuidados paliativos se desenvolvem de maneira ética, segura e humana. Porém, no cotidiano da hospitalização em oncologia, emergem alguns dilemas bioéticos. A bioética emerge para assegurar a garantia do direito de ter e receber uma assistência de qualidade quando os pacientes são considerados fora da possibilidade terapêutica de cura. Para Gomes et al. (2014), quando o paciente está nessa condição, as decisões de limitar os esforços terapêuticos são muito complexas, multifacetadas e acompanhadas pela intensificação dos cuidados paliativos, assim, não devem ser vistas de forma simplista e unilateral.

No que diz respeito às condutas médicas de tratamento às crianças com doenças crônicas em final de vida, a questão sobre limitar os esforços terapêuticos deve ser uma decisão tomada pela equipe dos profissionais de saúde juntamente com os pais ou cuidadores dessa criança e vai depender das particularidades de cada paciente (Palhares et al., 2016). Nesse sentido, com relação às tomadas de decisão, os profissionais sentem-se inseguros para lidar com as questões que envolvem o final de vida dos pacientes. Tanto em questões legais, pois não contam com um respaldo ético que especifique sua atuação, quanto nas questões relacionadas ao tratamento do paciente (Santana, Dutra, Carlos, & Barros, 2017).

Para Santos e Almeida (2015), o processo de tomada de decisão deve sempre visar ao melhor interesse da criança e deve se considerar a proporcionalidade do tratamento. Nesse sentido, as decisões de iniciar, limitar ou suspender o tratamento são percebidas com grande complexidade pela equipe que presta os cuidados. Há dificuldades em definir com exatidão a melhor terapêutica que deve ser utilizada, a fim de reduzir os impactos psicológicos para todos os envolvidos neste processo. Para os pais da criança que está em tratamento, os fatores que mais exercem influência nas decisões são: o sofrimento da criança, a qualidade de vida, influência da cultura e informações médicas. Já para os médicos, são analisadas: a qualidade de vida, a probabilidade de sobrevivência, a incapacidade neurológica crônica, o envolvimento familiar e o medo de processos litigiosos. A qualidade da comunicação desse processo é primordial e pode contribuir para um melhor desfecho nas decisões de final de vida (Santos & Almeida, 2015).

Dessa forma, a importância da participação da família no cuidado é reconhecida pelos profissionais de saúde. A interação com a família, sendo positiva, contribui para o estabelecimento de vínculo com a criança. Os familiares podem tornar-se apoio, incentivo e fonte de informações sobre o paciente, o que irá auxiliar o profissional no tratamento. Nesse sentido, a dinâmica familiar da criança, quando favorável, atua para o bem estar desta (Gomes et al., 2014), sendo importante o estabelecimento de vínculo com todos os envolvidos no processo, paciente e familiares.

O tipo de dinâmica familiar irá refletir na relação entre o profissional e a criança, seja pela ausência ou pelo excesso da participação sobre a situação da doença, o que faz os profissionais sofrerem o seu efeito em ambos os casos. Isto porque a família é um importante canal de comunicação, pois são os principais conhecedores da personalidade, do estilo de enfrentamento e dos desejos do paciente (Geovanini & Braz, 2013). A relação com a família traz um desafio a mais aos profissionais que precisam dar conta do paciente grave e atender às demandas familiares, podendo exigir mais atenção da equipe no intuito de reestabelecer a segurança e a confiança que foram abaladas pela hospitalização. Os profissionais precisam estar preparados para desempenhar um papel complexo, que alia atribuições técnicas, éticas, legais e relacionais (Monteiro, Magalhães, Féres-Carneiro & Machado, 2015).

O processo da morte e do morrer de pacientes pediátricos são temas de alta complexidade, pois não são socialmente aceitos. Para os profissionais que exercem seu cuidado a morte de crianças é de difícil aceitação. Desta forma, emergem sentimentos

perturbadores ao lidar com estas questões (Menin & Pettenon, 2015). Segundo Almeida, Funes e Moraes (2018), a rotina hospitalar em oncologia pediátrica pode ser desgastante para a equipe de saúde, pois a morte é um evento frequente e considerado doloroso. Eles encontram dificuldades em manejar essa situação de forma adequada, assim sentimentos de ansiedade, angústia e medo são constantemente vivenciados pelos profissionais. Considerando esse contexto de trabalho, este estudo possui como objetivo compreender a perspectiva dos profissionais da saúde, de uma unidade de oncologia pediátrica, sobre limitação terapêutica no tratamento de pacientes pediátricos em processo de morte.

Método

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo. O hospital onde foi realizada a pesquisa caracteriza-se como um hospital de ensino, geral, público, de nível terciário, atendendo somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo foi realizado em uma unidade de oncologia pediátrica. Esta possui 18 leitos e atende crianças e adolescentes de zero a 21 anos que recebem o diagnóstico de câncer no hospital. Apesar da unidade também atender jovens adultos, ela recebe o nome de unidade pediátrica, sendo o atendimento pediátrico prioritário nesse local. Nesse contexto a pesquisa realizada especificou o trabalho em pediatria.

Os participantes do estudo foram profissionais da saúde que dispensam cuidados às crianças internadas na unidade. Foram entrevistados ao todo 16 profissionais: dois médicos, cinco enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, um psicólogo, um assistente social, um terapeuta ocupacional e um fisioterapeuta. Dos cinco médicos que trabalham na unidade apenas dois médicos aceitaram participar do estudo, os demais, após a apresentação do estudo e da equipe de trabalho, não aceitaram participar. Entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, apenas um profissional de cada área trabalha na unidade e todos aceitaram participar da pesquisa. Alguns enfermeiros e técnicos de enfermagem, mesmo após aceite, não conseguiram participar da entrevista, visto a demanda de trabalho.

O tempo de formação mínimo foi de sete anos, e o máximo de 40, sendo a média de tempo de formação de 18 anos. As idades variaram de 30 a 63 anos, sendo a média de 41 anos. Em relação ao tempo de trabalho, este variou de quatro à 40 anos. A maioria dos profissionais era concursado à quatro anos. Entre os entrevistados, seis tinham filhos e,

destes, quatro tinham filhos crianças (até 11 anos). Quatro dos participantes, entre técnicos de enfermagem e enfermeiros, trabalhavam em turno noturno.

Foram seguidas as recomendações éticas da Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016), consideradas pelo sistema CEP/CONEP, que prescreve a ética nas pesquisas com seres humanos. Os entrevistados tiveram participação voluntária, sem coerção institucional ou psicológica, instruída com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O sigilo dos participantes foi mantido através da utilização de siglas para a identificação das falas, quando havia mais de um profissional entrevistado por área. Foi utilizada a sigla inicial da profissão: M, médico; E, enfermeiro; TE, técnico de enfermagem, seguida do número da entrevista, exemplo: M1, M2, M3; E1, E2, E3, e assim sucessivamente. As demais profissões foram escritas por extenso no final da fala. As atividades de campo apenas ocorreram após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número do parecer: 2.958.814.

Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, com a elaboração de um roteiro. Neste, constaram apenas alguns itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objeto. São estes: processo de tomada de decisão sobre as limitações terapêuticas, critérios que norteiam uma decisão médica em não investir mais no paciente, processo de comunicação das limitações, o trabalho após a tomada de decisão, prática de distanásia com pacientes pediátricos, autonomia ou autoridade dos pais ou representantes legais nas decisões terapêuticas, consenso entre a equipe sobre as decisões, o vínculo com o paciente e familiares após a tomada de decisão, morte da criança.

Realizou-se a análise de conteúdo. Primeiramente, as narrativas das entrevistas foram transcritas para que pudessem ser percebidas as falas mais significativas, seja por sua repetição, por sua carga emocional, ou pelo grau de congruência ou contradição das narrativas.

Resultados

A coleta de dados apontou que não há um conhecimento técnico sobre o termo limitação terapêutica. O conhecimento apresentado pelos profissionais versa a partir da experiência de cada um. Além disso, a maioria dos profissionais relacionou a limitação terapêutica com o limite em relação aos medicamentos que possam trazer a cura ao paciente infantil. As falas a seguir explanam esse conhecimento:

A gente tem um limite de intervenções principalmente invasivas no sentido de fazer o paciente se sentir melhor, mas até um limite. Não por evoluir com condutas que vão resgatar aquele processo, mas sim de bem estar de paliação de sintomas [...] um limite mesmo (Fisioterapeuta)

Pra mim limitações é quando tu não tem mais medicações que tragam a cura, mas tu tem outros suportes terapêuticos [...] que é conforto, que é tirar dor, que é ficar menos tempo no hospital (E1).

Não usar mais drogas que vão causar mais mal do que bem [...] primum non nocere, o mais importante do juramento é primeiro de tudo não prejudicar, não se faz isso. Não tem mais benefício, vamos interromper (M1)

Esse limite medicamentoso também foi apontado em relação às medicações que não são providas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo acionando meios jurídicos, os profissionais relataram que, na maioria das vezes, a medicação demora a chegar. Esta espera prolongada pela medicação causa a piora do quadro do paciente, como se percebe na fala a seguir:

Mas nós não temos essa possibilidade aqui, nós não temos alternativa de usar essas drogas, elas não estão disponíveis no Brasil [...]. Então eles pedem, mas a gente diz: “não, nós não temos disponibilidade”. Então, não há uma dificuldade muito grande de lidar com isso, sabe? (M1).

Quanto à participação da família, os profissionais ressaltaram que esta participa das decisões de limitação terapêutica. No entanto, dois problemas foram apresentados pelos profissionais. O primeiro refere-se ao fato dos familiares e cuidadores não possuírem todas as informações necessárias para a tomada de decisão, mesmo que estas sejam repassadas, muitas vezes a família não compreende o teor médico da fala. O segundo problema se refere à demora da comunicação sobre as limitações terapêuticas para os familiares. Muitas vezes a comunicação do médico acontece quando a criança já está em fase final de vida. Assim, os familiares acabam apenas concordando com a decisão médica, sendo irrisória a decisão deles. As falas a seguir elucidam estas situações:

[os pais] têm autonomia sim, eles têm autonomia pra decidir. Sempre é uma conversa que os médicos têm com eles, aí eles vão decidir (TE5).

Eu não sei se eles têm toda informação que eles precisam pra decidir. Às vezes, eu acho que, às vezes, é deixado pra muito próximo do processo de terminalidade, próximo ao óbito. Talvez se tivesse se tocado no assunto ou conversado bem antes, as decisões fossem diferentes (Fisioterapeuta).

Outra questão apontada pelos profissionais referente ao poder decisório dos pais está na inadequação dessa decisão em relação ao benefício que ela trará a criança. Se a decisão dos pais trazer mais sofrimento/malefício ao paciente infantil, então ela não é aceita pelos profissionais, como segue:

A quimioterapia tem um limite. Então, geralmente, se todo esse limite já for, se já for dado para a criança tudo que tinha, mesmo o pai querendo outro remédio, não vai ter outro remédio. [...] os pais têm que entender que tudo o que for feito a partir daqui vai só prejudicar, não vai mais ajudar (E1).

Tal inadequação na decisão dos pais está relacionada aos sentimentos que esta envolve e ao desconhecimento da área médica. Os profissionais compreendem o quanto é difícil para os pais terem que tomar uma decisão de limitação e discordam que esta decisão seja responsabilidade deles, como explana a fala:

É uma decisão que não deveria ser pra eles, mas que não tem outra forma porque eles que são os responsáveis legais. [...] O que eu quero que façam com meu filho? Têm muitos que dizem assim: tudo até o fim. Aí, às vezes, eles precisam de um certo convencimento de que não vai trazer benefício nenhum (E5).

O que acontece muito é médicos dando opções para os pacientes, tipo: a gente tem a opção de não colocar na ventilação mecânica ou colocar, o que você escolhe? Mas imagina perguntar isso para uma pessoa que não tem estudo [...]. Ele não consegue imaginar que esse paciente talvez nunca mais vai sair da ventilação mecânica, que vai ficar três, quatro meses, que vai morrer ali (Terapeuta Ocupacional).

A limitação terapêutica não é informada diretamente ao paciente, muitas vezes a pedido dos pais. Entretanto, os profissionais percebem que a criança possui algum entendimento sobre o que está acontecendo:

Então quando a gente vai ver o paciente, a gente percebe o que o paciente já está entendendo. Mesmo que a gente não toque no assunto, no assunto de terminalidade, limitação de esforço, não investir em novas formas de tratamento curativas (M2).

Eu já vi crianças que fizeram um, tipo testamento, no sentido dos bens. Tipo: eu quero que a boneca tal vá pra paciente tal. [...] Os adultos, às vezes, não conseguem fazer isso. E as crianças conseguem. [os adultos] Negam até o fim que isso vai acontecer, né? E tu vê crianças que, que conseguem se organizar (Assistente Social).

Quem informa sobre a limitação terapêutica é o médico. Na unidade na qual a pesquisa foi realizada não há somente um médico responsável por determinado paciente, então quaisquer dos médicos que lá atuam podem realizar a comunicação. A equipe multiprofissional não participa desse momento, como segue:

A maior parte da decisão final, no que diz respeito à terapêutica, é o médico. Porque acaba que a decisão é deles mesmos. A gente que acaba passando mais tempo com o paciente na beira do leito, que vê as dificuldades e vê o que precisa ser feito (E2).

Na tomada de decisão pode acontecer de não haver consenso entre todos os médicos e aceitação da equipe. Nesses casos, eles costumam seguir a decisão daquele que se utiliza de um melhor embasamento técnico ou que conhece melhor o paciente, porém a falta de consenso prejudica a atuação da equipe multiprofissional, como revelam as falas:

Não é bem uma vitória, mas às vezes ganha o que consegue ter uma opinião mais embasada, com mais dados, mostrando o que tá acontecendo. Às vezes, ganha o que conhece mais o paciente [...] (M2).

Eles não entram num acordo entre eles, tem conduta diferente entre os médicos. Daí quando eu peço pra deixarem registrado qual é a conduta, não tem mais nada pra fazer, se parar parou, a gente não está mais investindo nesse paciente, daí vai ter aquele paciente que a gente vai dar só conforto, vai dar apoio familiar. Daí próximo plantão, três dias depois, chega aqui investindo tudo naquele paciente [...]. Aí tu fica no meio de campo, tu não sabe o que fazer (E4).

A gente teve uma paciente que ela tinha tumor cerebral e daí os médicos não queriam mais investir. Então a gente entrou muito em confronto, as partes assim, os opostos. [...] Então, aquela coisa: mas o que que é cuidado paliativo que tanto pregam aqui, o cuidado humanizado? (TE5).

A tomada de decisão não é considerada pelos profissionais uma tarefa fácil. Não há um protocolo específico a ser seguido, depende de cada situação e de como o paciente responde ao tratamento. É preciso avaliar o quanto de benefício ou malefício a criança terá com a continuidade ou limitação do tratamento e como os pais reagem com esta possibilidade, como explicam os médicos:

Esses critérios estabelecidos, definidos, como tipo protocolo, não servem pra todo mundo do mesmo jeito. É preciso individualizar cada situação. Por exemplo, há pais que não estão ainda preparados para se despedir dos seus filhos. Então, você não pode dizer assim: ele vai morrer [...]. Porque é o processo de aceitação [...]. Que é um momento em que se você não parar, talvez você piore a situação então, tem que parar (M1).

Nem sempre se decide de uma vez só, às vezes precisa de dias. Às vezes você até precisa começar o tratamento curativo, para que os pais percebam: Olha! Não está surtindo efeito, vamos parar? Aí, aos pouquinhos, a maioria aceita (M2).

E a família, claro, a família quer, ela quer a vida, né?. Mas se tu começar a conversar com essa família, que não vai ter essa possibilidade, que é melhor a gente não ser tão invasivo, não fazer tantas outras químios. E tentar deixar ela numa qualidade de vida, né? (Assistente Social).

Considerando as dificuldades apresentadas, pode ocorrer a prática de distanásia com crianças, segundo os profissionais. Eles relatam que atualmente essa prática diminuiu, porém ainda acontece, como segue:

Sim [existe distanásia com crianças]. Com certeza em alguns casos a gente consegue evitar, mas em outros, não. Eu acho que sim e eu acho que também vai muito do perfil da família. [...] Eu acho que se tenta mais, às vezes, até por medo de algum processo judicial, então não condeno porque a gente vê os dois lados (Fisioterapeuta).

Desistir do tratamento curativo não é próprio do médico, é complicado, tá? Então, às vezes, você precisa de algum outro médico, algum colega teu dizendo: olha! Deu já, vê o que que você tá fazendo, isso não tá mais melhorando. [...] Uns [médicos] mais antigos, eles ainda tem uma tendência de tentar curar. Então, eu tenho percebido que cada vez menos a gente têm (...), um termo ruim que eu vou usar que a gente fala assim: cozinhar o paciente com a quimioterapia. Que era o que a gente via, às vezes, acontecer (M2).

A gente, enquanto equipe, caminha em marcha lenta. Não sei se é porque a equipe sabe pouco sobre o assunto, mas, geralmente, é investido tudo o que, tudo o que precisa ser feito (E2).

Quando ocorre a decisão por limitar o tratamento emergem sentimentos de derrota e sofrimento entre os profissionais, principalmente quando existe um vínculo mais forte com a criança, como é mencionado a seguir:

A primeira sensação é uma sensação de derrota, né? É que você perdeu, perdeu. [...] A gente têm neoplasias que tem taxa de cura abaixo de vinte por cento [...]. Quando você perde, pelo menos a, a via curativa, você diz: "ah, perdi". A primeira sensação é uma sensação de derrota (M2).

E é frustrante como profissional também, é ver que tu fez tudo e que não deu certo, que nem tudo tá nas, nas tuas mãos. Mas é, é difícil entender assim que, que tem momento que precisa parar, né? (E2).

Porém, mesmo com sofrimento, a equipe multiprofissional, que permanece mais tempo ao lado do leito da criança e, conseqüentemente, se envolve mais com esta e sua família, ressalva que para alguns pacientes é melhor que ocorra a limitação, pois o sofrimento da criança e da família é muito grande. Eles percebem que é melhor limitar e terminar mais rápido com o sofrimento do que “ficar se arrastando”, como dito nas entrevistas, e apenas prolongando a dor.

Discussão

A partir dos resultados, evidencia-se a ausência de uma compreensão técnica por parte profissional sobre o conceito de limitações terapêuticas, tanto no campo teórico quanto no campo prático. Por conseguinte, o consenso entre esses sobre questões que envolvem o assunto se torna corrompido, o que acarreta em obstáculos e discordâncias na tomada de decisão. O conceito de limitações terapêuticas referido pelos profissionais, em sua maioria, está relacionado somente aos limites de intervenções medicamentosas e de drogas que possam curar o paciente. Outra forma de limitação terapêutica apontada pelos profissionais é quando há a ausência de algum medicamento, inexistência em território nacional ou quando esse não está disponível pelo SUS. A restrição de esforço terapêutico pode ser entendida como uma conduta que restringe ações médicas, principalmente de função curativa, diante da impossibilidade de recuperação do doente (Santana et al., 2017). Além disso, os profissionais relataram que a limitação terapêutica também está relacionada à limitação de condutas invasivas, que causam mais malefícios do que benefícios ao paciente infantil e que prolongam o seu sofrimento, destacando as medidas de conforto como solução viável. Diante disso, a limitação da proposta terapêutica, se necessária, deve ser compreendida como uma medida para preservar a dignidade do paciente, e não como uma forma de abandono ou negligência (Ferreira, Nascimento, & Sá, 2018). Todavia, como relatado por alguns profissionais dessa unidade, as limitações terapêuticas nem sempre são as primeiras intervenções a serem adotadas quando todas as possibilidades terapêuticas foram esgotadas, em muitos casos há procedimentos de obstinação terapêutica.

Prolongar o sofrimento de uma vida em fase final implica em decisões que exigem alto conhecimento do processo, observação das condutas e diálogo sobre as decisões que precisam ser tomadas por parte dos envolvidos. Se não há mais tratamento curativo, é preciso adotar os cuidados paliativos para diminuir o sofrimento nessa etapa da vida e

garantir a dignidade do paciente (Poletto, Bettinelli, & Santin, 2016). Assim, frente às questões éticas, que envolvem os processos de adoecimento e a finitude, os profissionais precisam buscar respostas que lhes assegure a dimensão humana associada às necessidades e ao respeito à dignidade da criança e de sua família (Oliveira, Flávio, Marengo, & Silva, 2011).

A tomada de decisão deve ser realizada pelo médico, pelo doente (quando maior de idade) e por sua família (Hossne & Pessini, 2015). No entanto, os profissionais relataram que mesmo que a família participe e seja comunicada sobre as limitações terapêuticas do paciente infantil, a tomada de decisão final fica a cargo da equipe médica. Além disto, a equipe multiprofissional, a qual permanece mais tempo com o paciente, não participa desse momento, nem dessa decisão.

Diante dessa situação, alguns problemas foram indicados pelos entrevistados. O primeiro deles relaciona-se a comunicação de informações necessárias à tomada de decisão, por parte do médico para a família. Mesmo que estas sejam repassadas, muitas vezes, a família não entende o teor técnico da fala do médico, o que fomenta dificuldades na compreensão do quadro do paciente e conseqüentemente obstáculos para uma tomada de decisão mais apropriada. A outra questão refere-se a que, em muitos casos, a comunicação do médico ocorrer quando a criança já está em estágio final de vida, o que diminui o tempo que os familiares têm para uma devida tomada de decisão. À vista desses dois problemas, os familiares somente concordam com a decisão do médico, sem nenhuma reflexão sobre as medidas mais adequadas a serem tomadas. A falta de preparo dos profissionais para a comunicação e suporte emocional aos pacientes e seus familiares pode resultar em silenciamentos, falsas promessas de cura ou comunicações abruptas com sérios prejuízos à relação terapêutica. Para se comunicar uma notícia difícil como a limitação, deve-se estar preparado para responder aos questionamentos de maneira segura e equilibrada. Nesse contexto, a participação e treinamento da equipe multidisciplinar dão início aos cuidados paliativos e proporciona transparência na comunicação e vínculo com a equipe (Bastos, Fonseca, Pereira, & Silva, 2016).

Os sentimentos que a situação de final de vida envolve e o desconhecimento da área médica pode suscitar uma decisão por parte da família que prolongue o sofrimento e que traga mais malefícios ao paciente pediátrico. Assim sendo, alguns profissionais, mesmo concordando que todas as informações devam ser compartilhadas entre todos – equipe e familiares – admitem que a tomada de decisão não deva ficar sobre a

responsabilidade dos familiares, por isso concordam em omitir certas opções e alternativas de tratamentos que possam apenas prolongar a vida e trazer mais malefícios ao paciente. Essa situação reforça a posição paternalista e absolutista do médico, na qual a saúde e o bem-estar do paciente estão sob a tutela da decisão desse, devido ao seu “saber-fazer” (Schramm, 2017). Diante disso, deve ser enfatizada a necessidade de uma educação democrática em saúde, na qual em situações como esta de limitação terapêutica, o profissional e/ou a instituição presente ao paciente ou seu responsável legal o máximo de informações e perspectivas possíveis e eduquem de forma a modificar e melhorar o processo de tomada de decisão no âmbito da assistência em saúde (Lefevre, Lefevre, & Cavalcanti, 2015).

Ainda, deve ser destacada a ausência da participação da equipe multiprofissional e dos pacientes na tomada de decisão. A primeira, mesmo estando mais tempo com os pacientes do que os médicos não possuem espaço na tomada de decisão, somente passam informações sobre os pacientes para os médicos e executam as decisões tomadas por estes. Essa situação é semelhante ao estudo de Ferreira et al. (2018) sobre a percepção dos profissionais diante desse processo de morte e o seu preparo para a promoção de cuidados no fim da vida. A pesquisa realizada em um hospital-escola apontou para uma organização hierárquica implícita na equipe, na qual o médico é o responsável pelas decisões acerca da conduta e plano terapêutico dos pacientes, mesmo que possua menos tempo de experiência profissional que outros membros da equipe.

Já os pacientes, além de não participarem da tomada de decisão, muitas vezes, não são informados sobre a limitação terapêutica a pedido dos pais. Esses, quando menores de idade, junto com deficientes intelectuais ou um indivíduo em estado de coma possuem um representante legal, como familiares ou terceiros legitimados, devido ao fato de serem considerados sem condições de autogoverno e/autodeterminação (Oliveira, Oliveira, & Oliveira, 2013). No entanto, os profissionais relataram que percebem que o paciente infantil detém entendimento sobre a sua situação e fazem até mesmo um testamento de seus bens, como exemplificou um entrevistado. Todavia, a inexistência de dispositivos legais que legitimem a decisão de crianças e adolescentes sobre procedimentos clínicos a serem nelas executados corrobora para a deterioração de sua autonomia e fomenta a atuação paternalista de profissionais e/ou responsáveis legais, que tomam uma decisão visando o benefício para o paciente, porém com base na própria perspectiva (Albuquerque & Garrafa, 2016).

Outro entrave na tomada de decisão é a ausência de consenso entre o médico sobre quais procedimentos vão, ou não, serem adotados no quadro do paciente. Como na unidade pesquisada trabalham mais de um médico, qualquer um desses pode realizar a tomada de decisão. Isso desencadeia, muitas vezes, decisões que vão uma de encontro a outra. Essa problemática se agrava principalmente nas trocas de plantão e dos profissionais. Nessas situações, a equipe multiprofissional fica desorientada o que prejudica a sua atuação. Para Palhares et al. (2016), a limitação terapêutica é a situação na qual mais se emergem conflitos jurídicos e bioéticos. Além disso, mesmo que se chegue ao acordo por limitação terapêutica, as medidas a serem tomadas após essa decisão nem sempre estão em concordância. Como mencionaram alguns profissionais, eles ficam em “meio de campo”, pois, em alguns casos, mesmo se decretando que não há mais terapêuticas possíveis, são realizados todos os procedimentos possíveis, o que pode configurar um processo de distanásia e de prolongamento do sofrimento da criança.

Segundo os profissionais, a tomada de decisão não é uma tarefa fácil, principalmente porque não existem protocolos específicos que normatizam essas decisões. Por conseguinte, as medidas tomadas dependem de cada situação e de como o paciente reage aos tratamentos propostos e dos seus possíveis benefícios e malefícios. Além disso, o modo como os pais respondem à possibilidade de restrição dos esforços terapêuticos também influencia na tomada de decisão. Conforme relatou um médico, às vezes, mesmo o paciente estando em limitações terapêuticas, inicia-se o tratamento curativo para que os pais percebam que o paciente não está melhorando e que o tratamento não está surtindo efeito. É um tempo para a aceitação do fim de vida, mas também é um tempo que prolonga o sofrimento do paciente infantil. A comunicação em saúde, principalmente de notícias difíceis, engloba a tomada de decisão, a saúde e a qualidade de vida dos pacientes, seus familiares e dos profissionais de saúde. Por este motivo, faz-se fundamental um manejo assertivo bem como, o uso recursos de enfrentamento saudáveis e adaptativos já que esse momento não abarca somente a transmissão de informação, mas também implica os sentimentos de todos os envolvidos (Lima, Maia, & Nascimento, 2019). Para um profissional, assistente social, a conversa com a família é o caminho para evitar processos invasivos e sustentar a qualidade de vida do enfermo. Apesar disso, os profissionais relataram que ainda ocorrem práticas de distanásia mas que, atualmente, essas diminuíram na unidade. A definição de distanásia ou obstinação terapêutica corresponde ao tratamento que não pode curar o paciente, mas é executado

neste, o que acarreta no prolongamento de sua vida em condições adversas (Pastura & Land, 2017). A distanásia é sinônimo de tratamento fútil, também citada como futilidade médica (Hossne & Pessini, 2015). É o afastamento da morte de forma forçada, a qualquer custo. A morte é prolongada além do período natural (Xavier, Miziara, & Miziara, 2014).

Mesmo em limitações terapêuticas, dependendo da compreensão da família, são tomadas medidas invasivas por medo de algum processo judicial por parte dessa. Um médico relatou que não é próprio da categoria médica desistir de um tratamento curativo, principalmente dos profissionais que possuem mais anos de atuação na carreira. Dadalto e Affonseca (2018) afirmam que para a categoria médica é aceitável o prolongamento da vida biológica do indivíduo, sem que se façam maiores inferências sobre os benefícios para o paciente, já que esse profissional está preparado para manter a vida e afastá-la da morte. Ainda, o médico afirmou que diante da obstinação terapêutica, é necessária a intervenção de outro médico para aconselhar e apontar os esforços fúteis e invasivos. Igualmente, um enfermeiro declarou que a equipe sempre investe tudo e que poucas vezes observou um decreto definitivo de limitações terapêuticas. Diante disso, nota-se que a unidade está caminhando a passos lentos sobre esse assunto, como relatou este último entrevistado.

As dificuldades em decretar limitações terapêuticas também estão relacionadas aos sentimentos de derrota e de frustração que emergem nos profissionais de saúde frente ao prognóstico reservado do paciente infantil. Apesar da morte fazer parte do cotidiano dos profissionais de saúde, ela ainda é vista como uma situação difícil, permeada de desconforto, angústia e estranheza (Santana, Pessini, & Sá, 2017). Por isso, os profissionais optam por executar todos os procedimentos disponíveis, mesmo que não surja efeito benéfico, para manter a vida do paciente. Assinalar a possibilidade do tratamento fútil não é tarefa fácil aos profissionais. Há de se reconhecer que a obstinação terapêutica instituída será maléfica ou nociva ao doente. Ou, pelo menos, não benéfica para ser considerada fútil. Ou em que momento um tratamento útil torna-se fútil ao doente (Hossne & Pessini, 2015).

Ainda que obtendo os dados através da metodologia científica e precisão de testes, eles serão sempre considerados como probabilidade e não certeza absoluta. Mesmo quando resultados da meta-análise, ainda assim, se utiliza da “medicina baseada em evidências”. Ou seja, o médico não disporá de dados de valor absoluto, fato que ocorre

em qualquer situação médica, tanto para procedimentos diagnósticos quanto terapêuticos (Hossne & Pessini, 2015).

Contudo, é imprescindível destacar que esses processos podem aumentar o sofrimento do paciente. Por isso, é necessário que os profissionais da saúde compreendam essa limitação e entendam a finitude humana como um processo natural e cronológico do desenvolvimento humano (Santana et al., 2017).

Considerações finais

Os resultados desse estudo possibilitam avançar na construção de conhecimento no campo da limitação terapêutica como cuidado integral oferecido ao paciente infantil de unidade oncológica e de sua família. Quando as possibilidades de cura estão esgotadas, surgem as decisões sobre as limitações terapêuticas, a comunicação aos familiares e o cuidado através dos cuidados paliativos exclusivos no processo de morte e morrer. No entanto, algumas rupturas nesse processo foram apresentadas pelos profissionais, como a dificuldade de comunicação à família, a falta de consenso sobre as decisões entre os médicos e a não participação da equipe multiprofissional em qualquer etapa do processo decisório. Questões que podem colaborar para a prática da distanásia com crianças.

Ao prestar assistência ao paciente infantil oncológico, a equipe deve atuar como uma unidade de cuidado. Enfermeiros e técnicos de enfermagem são os profissionais que mais realizam cuidados junto ao paciente. Outros profissionais como: psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais – entrevistados nessa pesquisa – igualmente podem possuir uma relação mais próxima ao paciente e sua família e conhecer outros aspectos que envolvem o sistema familiar, o desenvolvimento infantil, a história de vida e os desejos da família e da criança. Por isso, aponta-se a importância do trabalho multiprofissional como meio de facilitar as decisões que devem ser tomadas. O conhecimento psicossocial da criança e sua família poderá trazer aspectos diferenciados que auxiliarão na decisão da limitação terapêutica, bem como no processo de morte e morrer da criança. Há a necessidade de se criar espaços para a equipe, de reflexões e intervenções educativas para o enfrentamento da morte e do morrer. Com isso, terão melhores condições de manejar tais questões, o que contribui para o cuidado do paciente e familiares.

Essa pesquisa limitou-se à profissionais de uma unidade de oncologia pediátrica. O tema da limitação terapêutica é importante e não se esgota devido sua complexidade. Por isso, sugere-se que estudos prospectivos sejam realizados com um maior número de profissionais e em outras unidades de assistência pediátrica. Ainda sugere-se que estudos sejam realizados com acadêmicos das diferentes áreas, para que se possa compreender o processo de formação e as expectativas e receios sobre este tema.

Referências

- Albuquerque, R., & Garrafa, V. (2016). Autonomia e capacidade sem consentimento: o caso da idade menor. *Revista Bioética*, 24(3), 452-458. doi: 10.1590/1983-80422016243144
- Almeida, F. A., Funes, M. M., & Moraes, M. W. (2018). A Vivência do Enfermeiro no Processo de Morte e Morrer do Paciente com Câncer. *Atas - Investigação Qualitativa em Educação*, 2, 1058-1067. Recuperado de: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1879/1829>
- Bastos, B. R., Fonseca, A. C. G., Pereira, A. K. S., & Silva, L. C. S. (2016). Formação dos Profissionais de Saúde na Comunicação de Más Notícias em Cuidados Paliativos. Oncológicos. *Revista Brasileira De Cancerologia*, 62(3), 263-266. doi: 10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n3.342
- Conselho Federal de Medicina (2006). Resolução nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. *Jornal Oficial da União*. 9 de novembro de 2006. Seção 1: 169. Retirado de: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tratamentos-na-terminalidade-da-vida.pdf>
- Dadalto, L., & Affonseca, C. A. (2018). Considerações médicas, éticas e jurídicas sobre decisões de fim de vida em pacientes pediátricos. *Revista Bioética*, 26(1), 12-21. doi: 10.1590/1983-80422018261221
- França G. V. (2008). Tanatologia médico-legal. Em: França G.V. *Medicina Legal*. 8th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 380-388.
- Ferreira, J. M. G., Nascimento, J. L., & Sá, F. C. (2018). Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(3), 87-96. doi: 10.1590/1981-52712015v42n3rb20170134

- Furtado C. R., Gehlen M. H., Ventura J., Paula, S. F., Pereira, A. D., Ferreira, C. L., & Stobaus C. D. (2018). A bioética no cotidiano hospitalar e o desenvolvimento dos cuidados paliativos pela equipe de enfermagem. *Disciplinarum Scientia*, 19(2), 245-253. Recuperado de: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2509/2171>
- Geovanini, F., & Braz, M. (2013). Conflitos éticos na comunicação de mais notícias em oncologia. *Revista Bioética*, 21 (3), 455-462. doi: 10.1590/S1983-80422013000300010
- Gomes, H. A., Almeida, M. A., Matoso, T. V. F., Viana, M. A. A., Rezende, M. B. C., Bento, M. A. F., Guimarães, T. S. F., Alcântara, S. V. O., Demétrio Júnior, A., Silva, A. P. G. C, Moreira, C. R. P., Albergaria, D. S. V., Coutinho, M. K, Medeiros, M., Souza, R. M. S., & Dumont, P. C. P. (2014). Limitação de esforço terapêutico na pessoa com lesão encefálica grave. *Revista Bioética*, 22(2), 282-290. doi: 10.1590/1983-80422014222009
- Hossne, W., & Pessini, L. (2015). Distanásia: o tratamento fútil e/ou inútil. Da angústia à serenidade do equacionamento bioético. *Revista Eclesiástica Brasileira*, 75(300), 776-808. doi: 10.29386 / reb.v75i300.261
- Lefevre, F., Lefevre, A. M. C., & Cavalcanti, C. C. T. J. (2015). A educação democrática e sua aplicação ao campo da saúde. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 176-183. doi: 10.1590/s0104-12902015s01015
- Lima, K. M. A., Maia, A. H. N., & Nascimento, I. R. C. (2019). Comunicação de más notícias em cuidados paliativos na oncopediatria. *Revista Bioética*, 27(4), 719-727. doi: 10.1590/1983-80422019274355
- Menin, G. E., & Pettenon, M. K.. (2015). Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros. *Revista Bioética*, 23 (3), 608-614. doi: 10.1590/1983-80422015233097
- Monteiro, M. C., Magalhães, A. S., Féres-Carneiro T., & Machado, R. N. (2015). A relação médico-família diante da terminalidade em UTI. *Psicologia Argumento*, 33(81), 314-329. doi: 10.7213/psicol.argum.33.081.AO07
- Oliveira, F. T., Flávio, D. A., Marengo, M. O., & Silva, R. H. A. (2011). Bioética e humanização na fase final da vida: visão de médicos. *Revista Bioética*, 19(1), 247-258.

- Recuperado de:
http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/553/635
- Oliveira Junior, E. Q., Oliveira, E.Q., & Oliveira, P.B.Q. (2013). Autonomia da vontade do paciente X autonomia profissional do médico. *Journal of Cardiac Arrhythmias*, 26(2), 89-97. Recuperado de: <http://www.relampa.org.br/details/886/pt-BR/autonomia-da-vontade-do-paciente-x-autonomia-profissional-do-medico>
- Organização Mundial da Saúde (2018). Cuidados paliativos. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Palhares, D., Santos, I. A., & Cunha, A. C. R.. (2016). Limitação terapêutica para crianças portadoras de malformações cerebrais graves. *Revista Bioética*, 24(3), 567-578. doi: 10.1590/1983-80422016243156
- Pastura, P. S. V. C., & Land, M. G. P. (2017). Crianças com múltiplas malformações congênitas: quais são os limites entre obstinação terapêutica e tratamento de benefício duvidoso?. *Revista Paulista de Pediatria*, 35(1), 110-114. doi: 10.1590/1984-0462/2017;35;1;00004
- Poletto, S., Bettinelli, L. A., & Santin, J. R. (2016). Vivências de morte de pacientes idosos na prática médica e dignidade humana. *Revista Bioética*, 24 (3), 590-595. doi: 10.1590/1983-80422016243158
- Rothman, D. J. (2014) Where we die. *The New England Journal of Medicine*, 370(26), 2457-2460. Recuperado de: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1404427>
- Santana, J. C. B., Dutra, B. S., Carlos, J. M. M., & Barros, J. K. A. (2017). Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. *Revista Bioética*, 25(1), 158-167. doi: 10.1590/1983-80422017251177
- Santana, J. C. B., Pessini, L., & Sá, A. C. (2017). Vivências de profissionais da saúde frente ao cuidado de pacientes terminais. *Enfermagem Revista*, 20(1), 1-12. Recuperado de: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/15410>
- Santos, S., & Almeida, F. (2015). Decisões de não iniciar, limitar ou suspender terapêutica nas unidades de cuidados intensivos pediátricos. *Arquivos de Medicina*, 29(3), 80-85. Recuperado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132015000300004

- Schramm, F. R. (2017). Comunicação e consentimento na pesquisa e na clínica: análise conceitual. *Revista Bioética*, 25(1), 11-18. doi: 10.1590/1983-80422017251161
- Silva, B. R. et al. (2013). Sistemas de Apoio à Decisão Médica. *Revista Eletrônica de Sistemas de Informação e Gestão Tecnológica*, 3(1), 1-11. Retirado de: <http://periodicos.unifacef.com.br/index.php/resiget/article/view/582>
- Sousa, D. M., Soares, E. O., Costa, K. M. S., Pacífico, A. L. C., & Parente, A. C. M. (2009). A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 18(1), 41-47. doi: 10.1590/S0104-07072009000100005
- Souza, L. F., Misko, M. D., Silva, L., Poles, K., Santos, M. R., & Bousso, R. S.. (2013). Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 30-37. doi: 10.1590/S0080-62342013000100004
- Xavier, M. S.; Miziara, C. S. M. G.; Miziara, I. D. (2014). Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia. *Saúde, Ética & Justiça*, 19(1), 26-34. Recuperado de: <file:///C:/Users/wi7pc/Downloads/97135-167664-1-SM.pdf>.

Submetido em: 13/05/2020

Aprovado em: 28/10/2020