Globethics Repository



Ética em cuidados paliativos [Ethics in palliative care]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Nunes, Lucília
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-11-18 02:25:08
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/224830

Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo

Lucília Nunes

Resumo: Pensar os limites do investimento curativo requer perspectivas a partir da noção ética de limite, de desenvolvimento da biomedicina e das reflexões da bioética, assim como da natureza dos cuidados paliativos. As três perspectivas – a da ética, a da bioética e a dos cuidados paliativos – configuram territórios compartilhados. No eixo do compromisso de lutar pela vida sem maximizar as intervenções e humanizar os cuidados, destaque-se o respeito pela decisão do doente capaz e competente e a convicção de que existem *limites aos cuidados*, porque têm de fazer *sentido* para quem os presta e para aquele a quem são prestados. Os cuidados paliativos podem assegurar uma assistência o mais completa possível à pessoa que se encontra na última etapa da vida, considerando a morte como um processo normal, que não podem nem devem retardar ou acelerar. O objetivo é prover a melhor qualidade de vida possível para o doente em fase terminal e sua família, até o momento da chegada da morte, de modo verdadeiramente humano, respeitando os limites advenientes da dignidade da pessoa.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Dignidade. Ética. Bioética.



Lucília Nunes
Doutora em Filosofia, professora coordenadora da área disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Investigadora na Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) de Lisboa e presidente do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, Portugal

Pensar os limites do investimento curativo supõe e requer perspectivas a partir da noção ética de limite, de desenvolvimento da biomedicina e das reflexões da bioética, bem como da natureza dos cuidados paliativos. Assim, esboçaria uma reflexão a partir de três perspectivas: primeira, a da ética, seguindo-se a da bioética e, depois, a dos cuidados paliativos. Naturalmente, configuram-se territórios partilhados entre essas três visões.

Da visão da ética

O propriamente ético da conduta não se dá ao nível dos comportamentos exteriores, mas ao nível constituinte do agir – isso quer dizer que a ação resulta dos fins que a pessoa estabeleceu para si, pelo que implica a referência à liberdade da ação. Daí resulta que o elemento determinante é a intenção que move para a deliberação e a tomada de decisão. Dito de outro modo, a pessoa quer realizar algo (intenção), pondera entre as

alternativas (delibera) e age em conformidade (decide).

A responsabilidade é uma das noções éticas fundamentais e é correlativa à liberdade, uma vez que se é responsável pelas ações que se escolheu voluntariamente. Note-se, porém, que a responsabilidade é *constitutiva do* ato e não *consecutiva ao* ato, de onde se conclui que se é responsável pelo ato ao escolhê-lo e realizá-lo e não apenas pelo que decorre das suas conseqüências.

Nesse ponto se encontra a idéia de autonomia da conduta, já que *agir eticamente* é *agir autonomamente*. A liberdade que define o ser pessoal manifesta-se em suas escolhas porquanto um compromisso reflexivo da vida ética, já que o ser humano põe fins a si mesmo, perspectiva-se como projeto de construção autônoma e é, em última instância, o criador de si ou *causa sui* (causa de si mesmo).

Enquanto tentativa de fundamentação de uma ordem humana racional e livre, a ética visa compreender o que há de *mais humano no homem*, ou seja, o seu fundamento é a pessoa humana. Porque respeitamos os direitos dos outros? Que razão há para sermos honestos nas relações e nos compromissos? O que nos leva a julgar umas ações boas e outras más? Essas são algumas perguntas que poderemos colocar e que se reportam à problemática dos valores éticos. O agir – mesmo na diferença – é o que faz do Homem um ser ético e permite-lhe organizar e hierarquizar a vida e a ação segundo uma norma que necessariamente encontra no dinamismo de seu próprio ser; isto é, na sua natureza de ser pessoa.

A problemática da ética reside exatamente no fato do seu suposto ser, a pessoa humana, que é um fim em si mesma – um ser único, original, dotado de dignidade própria. A sua conduta é sempre singular, imprevisível e 'irrepetível'. Não podemos ser como os outros, mesmo quando os tomamos como exemplos, da mesma forma que não há verdades nem modelos em ética. Cada um traça seu próprio caminho e é nesse percurso existencial que se define a si próprio, transformando-se pouco a pouco na imagem que desenhou para si ou na pessoa que deseja ser. Assim, ninguém pode percorrer o caminho de outrem, tal como não se pode trocar de lugar com ninguém, por mais próximo esteja. Só o que se pode fazer é *estar com*, mas não *no lugar de* outro ser humano.

E ao agir segundo o seu ser pessoal, adquire-se aquilo que é definido como *personalidade*, isto é, cada um estrutura-se de determinada maneira. Assim, é possível encontrar personalidades mais ou menos amadurecidas pelo grau de consciência e responsabilidade no agir e no pensar face ao mundo, face aos outros e face ao absoluto. É particularmente no confronto horizontal entre as pessoas, no *eu-tu* e no *ser tu para um outro eu,* que

os seres humanos se estruturam e identificam fora de si o ideal de ser *pessoa* que pode, então, ser erigido como norma de agir. E será mais simples compreender que a personalização ocorre no nível interpessoal.

A ilimitada capacidade da ação para estabelecer relações (a sua "produtividade específica") faz com que uma das virtudes políticas por excelência seja a moderação, o manter-se dentro de certos limites, pois que a tentação por excelência é a *hubris*[1], incorrer no excesso, no des-limite. Podem existir mecanismos que instaurem *limitações e fronteiras* à ação, na seqüência da tendência a violar os limites, mas são impotentes para conter *sua inerente imprevisibilidade*[1].

A noção do *limite* traz a idéia do *manter confinado*, circunscrito à esfera própria. Entendemos que o limite pode ser visto como espécie de linha de demarcação, sobraçando o triplo sentido de conter, manter e encerrar, da mesma forma que o traço de uma circunferência contém o círculo. Pois, a rigor, o círculo só existe – verdadeiramente – pela existência do traço, que o delimita e, ao mesmo tempo, o contém.

É a dimensão ética do ser humano, que idealizamos e realizamos por meio dos juízos morais, que dá conotação existencial à vida. Talvez sejam o desenhar e o testar os limites que configurem as dimensões existenciais de cada um.

Da visão da bioética

Nas últimas décadas, de forma evidente, a biomedicina conheceu um desenvolvimento extraordinário, o qual, suportado pelo progresso da tecnologia e da informática, ampliou muito as possibilidades de intervenção sobre o ser humano. Todos estão de acordo que grandes conquistas foram alcançadas no campo da genética, da biologia molecular, dos transplantes ou das neurociências.

Naturalmente, os progressos alicerçam-se, prioritariamente, na investigação e cada nova descoberta produz efeitos (alguns deles, em série) abrindo mais do que um novo horizonte. Maiores possibilidades técnicas de intervenção sobre o homem devem exigir maior responsabilidade por parte dos cientistas e dos profissionais e maior necessidade de orientação ética na ação. Na verdade, e por princípio, não existem limites éticos à ciência, em si mesma. Mas tão-somente à sua utilização.

A reflexão orientada pela ética, que se debruça sobre o desenvolvimento científico, encaminha para a dimensão dos limites que se impõem a este *progresso*. Se a finalidade da ciência é melhorar a vida das pessoas e a sociedade como um todo, há que *equacionar alguns limites éticos ao horizonte infinito do apetite pelo conhecimen*to científico. Evidente que essa equação terá tanto maior relevo quanto mais nos aproximarmos da investigação realizada com

pessoas e, sem passar para o território dos protocolos de investigação, daqui decorre igualmente a reafirmação da diferença entre o *tecnicamente possível* e o *eticamente admissível*[2]. E com razão se pode falar de uma *ética da investigação biomédica*, passível a ajudar a fazer um itinerário que respeite a dignidade da pessoa. É fundamental reforçar a idéia de que a *dignidade humana* é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e que deve estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções.

Situemo-nos, por exemplo, nos princípios bioéticos aplicados à saúde: o princípio da beneficência, da não-maleficência, do respeito pela autonomia, da justiça, bem como o de vulnerabilidade.

O princípio da beneficência relaciona-se ao dever de fazer o bem, de ajudar os outros a ganhar ou a ter o que é para seu benefício. É evidente que a tomada de decisão baseada exclusivamente nesse princípio pode incorrer em paternalismo, enquanto atuação limitante da liberdade do outro e que é invocado com freqüência como estando ao serviço dos desejos, do bem ou dos melhores interesses das pessoas. É de salientar que a aplicação prática do princípio de beneficência é muito complexa. A ponderação entre risco e benefício não é fácil, uma vez que depende dos valores e interesses das pessoas implicadas, da reflexão das conseqüências individuais e sociais, entre outros fatores.

O princípio da não-maleficência implica em não fazer o mal, não causar dano. Há autores que defendem que não causar dano é imperativo, mais obrigatório do que a exigência de promover o bem. O respeito pela autonomia refere-se à liberdade de ação com que cada pessoa escolhe. As pessoas autônomas são capazes de escolher e agir segundo planos que elas mesmas selecionem. Respeitar a autonomia implica no reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesmo – livre e autônoma – capaz de autogovernar-se e de decidir por si mesma. Por isso, a informação antecede as escolhas de maneira a que essas possam ser livres e esclarecidas, devendo-se, subseqüentemente, respeitar essas mesmas decisões.

O princípio da justiça salienta que situações idênticas devem ser tratadas igualmente e as que não são iguais, tratadas de forma diferente, de acordo com as suas diferenças. Tradicionalmente, define-se justiça como *dar a cada um o que lhe é devido*, mas as concepções de justiça, em cuidados de saúde, diferem bastante, sendo candente o tema da distribuição de recursos e dos critérios a utilizar. O conceito de vulnerabilidade liga-se à possibilidade de ser ferido, de se encontrar diminuído, fragilizado, de ter a autonomia reduzida e de precisar ser protegido e suportado em suas decisões.

Naturalmente esses princípios não têm relação simples nem hierárquica; freqüentemente, existem tensões na sua aplica-

ção. Talvez a tensão mais freqüente seja entre o princípio da autonomia e o da beneficência. Há circunstâncias em que se atribui o primado ao da beneficência, colocando em primeiro lugar a saúde e a vida, como acontece no internamento compulsivo de doentes mentais. Em outros casos, confere-se a primazia ao princípio da autonomia, respeitando na globalidade a decisão e a vontade da pessoa. O critério que pode ser decisivo nessa decisão reporta-se, segundo julgamos, à operacionalização do respeito pela dignidade da pessoa.

A interseção entre ética e bioética

No ponto de união no qual se cruzam as visões da ética e da bioética, pode fazer-se emergir o princípio da precaução que concretiza o princípio da responsabilidade de Jonas, sendo paradigmática a sua admoestação a *agir de modo que os efeitos da tua ação não sejam destruidores da possibilidade* da vida humana na Terra[3]. O princípio da precaução está ligado à importância crescente do debate sobre o desenvolvimento sustentável, à gestão do risco e à avaliação das escolhas tecnológicas. Tal princípio tem sido formalmente proposto como abordagem de garantia contra riscos potenciais que, de acordo com o estado atual do conhecimento, não podem ser ainda identificados, preceituando a implementação de medidas. A definição desse princípio contém todos os ingredientes atinentes ao problema, ou seja, o risco, a incerteza dos conhecimentos, a responsabilidade e a legitimidade.

Do ponto de vista do Direito, declara-se a necessidade de princípios comuns que inspirem os povos a preservar e promover o ambiente humano, tendo em conta o direito das gerações futuras. No preâmbulo da *Declaration of the United Nations Conference on the Human Environment*, promovida pela Organização das Nações Unidas em Estocolmo, em 16 de junho de 1972, afirma-se a necessidade de uma perspectiva comum e de princípios comuns para inspirar e guiar os povos do mundo na preservação e desenvolvimento do ambiente humano[4]. A abordagem da precaução foi referida nos quadros da preocupação ambiental, que constitui uma das atuais inquietações da humanidade, alargada progressivamente a outros domínios do saber e da *práxis*, incluindo a proteção da saúde pública.

A esse respeito deve ser conferido destaque à *Charte des Nations Unies pour la Nature* (1982) e para a *Rio Declaration on Environment and Development*, de 1992, bem como para o preâmbulo do *Cartagena Protocol on Biosafety*, de 2003. Tomamos como exemplos o Relatório do Conseil National de l'Ordre des Médecins, aprovado em abril de 1999, cujo relator foi Jean Pouillard, sob o título *Le principe de precaution*[5] ou *Protecting public health and the environment: implementing the precautionary pri*nciple[6], formulado pelo governo estadunidense, dedicado exclusivamente às políticas de saúde.

Reconhece-se, assim, sem dificuldades aparentes, que o ser humano tem a solene responsabilidade de proteger e melhorar o ambiente para as gerações presentes e futuras. A libertação prometéica, à qual a ciência hoje confere força insuspeita, *reclama uma ética que, por entraves livremente consentidos, impeça o poder do homem de se tornar uma maldição*[7]. Existe um imperativo ético que, recusando tanto obscurecer como endeusar a ciência e a técnica, pretende redimensionar a visão para a relação do ser humano com a natureza. Há orientação para uma ética alargada, da responsabilidade humana face ao ambiente, em que se delimitem pontos que não possam ser ultrapassados, tornando-se, na forma positivada de afirmar o mesmo, *limites livremente consentidos*.

A vulnerabilidade da natureza em face da tecnociência levanta a necessidade de um saber previdente, voltado à proteção da vida, remetendo-nos para *um futuro real previsível como dimensão aberta da nossa responsabilidade* [8]. E isto limita necessariamente a liberdade da humanidade. Acrescente-se, pela relação entre a responsabilidade e o perigo para a humanidade porvir, um traço de distinção com a imputabilidade, uma vez que *considera-se responsável, sente-se efetivamente responsável, aquele a quem é confiada a guarda de algo perecível* [9].

E o que há de mais perecível (e diríamos, até, mais frágil) do que a vida? Esse encontro entre a ética e a bioética, fomentando a reflexão, pode assumir papel basilar na clarificação e consciência dos limites que respeitem os princípios éticos e o fundamental valor da *dignidade da pessoa humana*.

Dos cuidados paliativos

Neste ponto, estamos frente ao *cuidado total ativo de doentes cuja doença não tem benefício com o tratamento curativo. O objetivo é a obtenção de melhor qualidade de vida para o doente e sua família*, de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS). Se a doença está no estádio de evolução chamado "terminal", a morte é previsível em mais ou menos curto termo. As intervenções levadas a cabo visam atenuar os sintomas da doença (em particular, a dor), sem agir sobre a causa. Nesse contexto, o objetivo dos cuidados é *preservar* não a integridade corporal ou a saúde, mas *a dignidade humana*, que é essa possibilidade, para cada ser humano, de, por intermédio da consciência, agir livremente e se autodeterminar.

Assim se afirma o valor da vida e de lidar com o processo de morrer como fato normal no decurso da vida. Não se atrasa nem apressa a morte. Pretende fornecer-se um alívio da dor e de outros sintomas penosos. Integram-se os aspectos psicológicos e espirituais e oferece-se um sistema de apoio que ajuda a viver tão ativamente quanto possível até a morte; e mais, proporciona-se um sistema de apoio que ajuda a família nos aspectos que se relacionam

com a doença do seu ente querido e com o seu próprio luto.

Em *Oxford text-book of palliative medicine*[10] os editores dividem as questões éticas da medicina paliativa em quatro grupos: no *cuidado e conforto* que diz respeito a continuar a cuidar, sem ser para curar, transformando progressivamente a esperança em aceitação; no *consentimento e comunicação*, sendo que essa relação assenta-se sobre a verdade, de acordo com as capacidades individuais e sem causar dano; nas *necessidades e recursos* para proporcionar a satisfação das necessidades na vida e na morte, já que se entende que, nos cuidados paliativos, há um novo valor para a vida, que nasce da onipresença da morte[11]. E é este valor que faz com que os gestos terapêuticos e de conforto adquiram significado próprio. Que se revalorize o tempo de vida.

É preciso destacar dois aspectos: a incidência na comunicação e a autonomia da pessoa no final de sua vida. Pensando na comunicação, recordo uma frase de Bernard Shaw, que afirmava que *toda profissão é uma conspiração contra os leigos*[12], mas isso pode ser bem mais penoso quando há problemas técnicos na linguagem. Grosso modo, quer dizer que pode ser difícil entender a "trapalhada" científica das áreas diagnóstica e terapêutica. Refere-se também aos casos em que existem problemas de clareza nas mensagens, às quais tendem a produzir confusão e, portanto, não conferem segurança.

Paralelamente, o *respeito pela pessoa* elimina uma relação autoritária e humaniza os cuidados. Nesta área, assumem particular dimensão os aspectos relacionados com uma seqüência que nos parece clara: é o respeito pela autonomia da pessoa que pressupõe o consentimento livre e esclarecido, cujo nome já explicita o necessário conhecimento do doente em relação à sua situação. A dita informação permite deliberar e decidir autonomamente e é necessária, inclusive, ao doente terminal, que tem direito a viver o fim de sua vida.

Por isso, dentre as questões éticas ligadas ao fim da vida, levanta-se a da distanásia, como um prolongamento exagerado da existência, por vezes com recurso a meios extraordinários ou desproporcionados de tratamento. Há anos, a propósito da abordagem do doente terminal, Osswald falou da *morte anunciada* como o fato de que a vida está se a aproximar do termo, por uma doença inexorável, para a qual não existe cura ou meio eficaz de interromper sua progressão e que inevitavelmente conduzirá à morte do doente. Parece que pode existir uma tendência para investigar e tratar excessivamente alguns doentes, com prejuízo grave da qualidade de vida no tempo que lhes resta. Interrogo-me se o empenhamento terapêutico excessivo não refletirá também a dificuldade de aceitar a morte como fato natural da vida e, talvez, tanto ou mais, a dificuldade em aceitar as limitações da intervenção dos médicos e da ciência. A maior parte de

nós, cidadãos e profissionais de saúde, fomos educados tendo a morte como tabu e tornamo-nos profissionais de saúde para ajudar a curar, debelar a doença, vencer a morte, reanimar com sucesso.

Não me parece que sejamos formados para lidar com a inevitabilidade da morte, de tal modo que me interrogo se, em algumas reanimações, em vez de se lutar pela vida o combate não é, simplesmente, contra a morte. Também parece que nos hospitais os cuidados correm o risco de diminuir à medida que a necessidade desses doentes aumenta. Ademais, a medicalização da morte é fácil, caracterizando-se pela relação impessoal com o doente, estudos diagnósticos excessivos e agressivos, terapêuticas de alta tecnologia ineficazes, hospitalização desnecessária e morte institucional. Essas estratégias afastam a reflexão sobre a morte e sua inevitável proximidade. Ao contrário, quando se orientam as intervenções para o alívio do sofrimento se está mais preocupado com a pessoa doente do que com a doença da pessoa.

Na perspectiva ética, não bastam a linha cultural, o desenvolvimento econômico ou o ambiente social para determinar a qualidade de vida: o homem ético é o profundamente humano, fiel a si próprio. E a qualidade de vida poderá consistir principalmente na capacidade de integração e de aceitação dos desafios, desembocando numa sabedoria pessoal e num estilo de vida. Mas, sobretudo, cabe ao profissional assumir sua ignorância em relação ao que é qualidade de vida para o Sr. João ou a D. Manuela. E que o conceito e a vivência da qualidade de vida é verdadeiramente subjetivo, pertence a cada um.

Os portadores de doenças incuráveis e crônico-degenerativas ou os doentes terminais atravessam uma *trajetória de sobrevivência* e a falência de qualquer dos sistemas de apoio (desde a família aos profissionais) pode levá-los a uma penosa vivência de sua trajetória pela doença. Do ponto de vista da concepção dos cuidados paliativos, o dever de quem cuida é agir de modo a respeitar a autonomia desse doente. O que significa que esse é um *limite* muito relevante...

Considerações finais

No eixo do compromisso de lutar pela vida sem maximizar as intervenções e de humanizar os cuidados, emerge o respeito pela decisão do doente capaz e competente. E existem *limites aos cuidados*, porque os cuidados têm de fazer *sentido* para quem os presta e para aquele a quem são prestados. Há que orientar o sentido, a razão de ser, a oportunidade desses cuidados. Os cuidados só ganham sentido e têm valor se tiverem em conta a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, clarificando o que tem sentido ou contribui para dar sentido à sua vida.

O sentido ético da morte está presente quando cada um de nós toma consciência

de que temos os dias contados, o que nos impele a avançar na construção de nosso projeto de vida. Os cuidados paliativos podem assegurar uma assistência o mais completa possível ao ser humano que se encontra na última etapa da vida, considerando a morte como um processo normal, que não podem nem devem retardar ou acelerar. O objetivo é prover a melhor qualidade de vida possível para o doente em fase terminal e sua família, até o momento da chegada da morte, de modo verdadeiramente humano, respeitando os limites advenientes da dignidade da pessoa.

Resumen

Ética en atenciones paliativas: límites a la inversión curativa

Pensar los límites de la inversión curativa requiere perspectivas desde la noción ética de límite, de desarrollo de la biomedicina y de las ponderaciones de la bioética, así como de la naturaleza de las atenciones paliativas. Las tres perspectivas – ética, bioética y las atenciones paliativas – configuran territorios compartidos. En el eje del compromiso de luchar por la vida sin maximizar las intervenciones y humanizar las atenciones, se destaque lo respeto por la decisión del enfermo capaz y competente y la convicción del que existen límites a las atenciones, porque tienen de hacer sentido para quien les presta y para aquél a quien sean prestados. Las atenciones paliativas pueden asegurar una asistencia lo más completa posible a la persona que se encuentra en la última etapa de la vida, considerando la muerte como un proceso normal, que no pueden ni deben retardar ni acelerar. El objetivo es proveer la mejor calidad de vida posible para el enfermo en fase terminal y su familia, hasta al momento de la llegada de la muerte, de un modo verdaderamente humano, respetando los límites que vienen de la dignidad de la persona.

Palabras-clave: Atenciones paliativas. Dignidad. Ética. Bioética.

Abstract

Ethics in palliative care: limits to the curative investment

Thinking the limits of curative investment requires prospects from the conception of ethics limit, development of biomedicine and the reflection of bioethics, as well as the nature of palliative care. The three prospects – ethics, bioethics and then the palliative care – set shared territories between the three views. In the commitment axis of fighting for life without maximizing the interventions and humanizing care, the respect to the capable and competent patient's decision and the conviction that there are limits to the care is emphasized, because the care must make sense to the ones who provide them and for those who are provided with them. Palliative care can ensure the fullest possible assistance to the person who is in the final stage of life, considering death as a normal process, which can not and must not be delayed or accelerated. The goal is to provide the best possible quality of life for the terminating patient and their families, until death comes, in a truly human way within the limits that result from human beings' dignity.

Key words: Palliative care. Dignity. Ethics. Bioethics.

Referências

1. Arendt H. A condição humana. Lisboa: Relógio d'Água Editores; 2001. p.241.
2. Osswald W. Progresso da ciência: sentido e limites. In: Archer L, Biscaia J, Osswald W. Novos desafios à bioética. Porto: Porto Editora; 2001. p.9-13.
3. Jonas H. Le principe responsabilité: une éthique pour la civilisation technologique. 3 ed. Paris: Flammarion; 1995.
4. United Nations. Declaration of the United Nations Conference on the Human Environment; 1972 Jun 16; Estocolmo [Online]. [Acessado em 17 abril 2008]. Disponível em: URL: http://www.un-documents.net/unchedec.htm.
5. Pouillard J. Le principe de precaution. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Relatório 1999 Abr.
6. Protecting public health and the environment: implementing the precautionary principle. Washington DC: Island Press, 1999.
7. Jonas H. Op. cit., 1995. p. 47.
8. Jonas H. Op. cit., 1995. p. 26.
9. Ricœur P. A região dos filósofos. São Paulo: Loyola, 1996. p. 230 (Leituras 2).
10. Doyle D, Hanks G, Cherney N. Oxford textbook of palliative medicine. 3 ed. New York: Oxford University Press; 2004. p. 9.
11. Twycross R. Cuidados paliativos. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2003.
12. Shaw GB. The doctor's dilemma [Online]. [Posted on 2002 Apr 14]. 1906. [Acessado em 26 jan 2008]. Disponível em: URL: http://www.gutenberg.org/dirs/etext04/dcdlm10.txt.

Recebido: 11.11.2007 Aprovado: 10.3.2008

Contato

Lucília Nunes – *lucilia.nunes@gmail.com*