

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	Lopes de Paiva, Fabianne Christine;Damásio,Anne Christine;de Almeida Júnior, José Jailson
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-13 04:20:19
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/216241

Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida

Fabianne Christine Lopes de Paiva¹, José Jailson de Almeida Júnior², Anne Christine Damásio³

Resumo

O objetivo deste artigo é destacar a importância dos cuidados paliativos e da prática do cuidado humanizado diante do processo de terminalidade enfrentado pelos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. Foi sumarizada a literatura existente sobre os conceitos acerca desses cuidados, bem como sua trajetória histórica no Movimento Hospice Moderno. Além disso, pensou-se o processo de morte e morrer a partir da perspectiva das fases do luto, estimulando a reflexão dos dilemas bioéticos associados aos aspectos da dignidade da pessoa humana. A revisão narrativa empreendida surge como forma de referenciar a existência de lacunas na compreensão do tema, o que requer maior gama de estudos, sobretudo se considerarmos a importância desse conhecimento para a assistência digna e para a melhor qualidade de vida dessas pessoas. A despeito das questões éticas, o desafio é considerar a dignidade humana diante da proximidade da morte para além da dimensão físico-biológica e da perspectiva médico-hospitalar.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Bioética. Assistência terminal. Morte. Pesar.

Resumen

Ética en los cuidados paliativos: concepciones sobre el final de la vida

El propósito de este artículo es destacar la importancia de los cuidados paliativos, así como la práctica de la atención humanizada antes del proceso de terminalidad que enfrentan los pacientes con enfermedades terminales sin condiciones de tratamiento de cura. Se ha resumido la literatura existente sobre los conceptos de cuidado, su trayectoria histórica en el Movimiento Hospice Moderno, además de pensar el proceso de la muerte y el morir desde la perspectiva de las etapas del duelo, fomentando la reflexión de los dilemas bioéticos relacionados con aspectos de la dignidad de la persona humana. La revisión narrativa realizada surge como una manera de referirse a las lagunas en la comprensión de la materia, lo que requiere una mayor gama de estudios, especialmente teniendo en cuenta la importancia de este conocimiento para la atención digna y una mejor calidad de vida de estas personas. A pesar de los problemas éticos, el reto es tener en cuenta la dignidad humana ante el acercamiento hacia la muerte para el más allá de la dimensión físico-biológica y perspectiva médica.

Palabras-clave: Cuidados paliativos. Bioética. Cuidado terminal. Muerte. Pesar.

Abstract

Ethics in palliative care: conceptions about the end of life

The purpose of this article is to highlight the importance of palliative care, as well as the practice of humanized care in the process of human terminality faced by patients who are out of a therapeutic possibility of cure. It was summarized the literature on concepts about such care, its historical trajectory of the Modern Hospice Movement, besides looking at death process and dying under the perspective of mourning phases, stimulating the reflection about bioethical dilemmas associated with aspects of human dignity. The narrative review undertaken emerges as a way to refer to gaps in the understanding of the subject, which requires a wider range of studies and research, especially given the importance of this knowledge for dignified care and a better quality of life for these patients. Regarding ethical issues, the challenge is to consider human dignity at the approach of death beyond the physical dimension of biological and medical perspective.

Keywords: Palliative care. Bioethics. Terminal care. Death. Grief.

1. **Mestranda** fabiannepaiva@yahoo.com.br 2. **Doutor** jailsonjr@gmail.com 3. **Doutora** annecdamasio@yahoo.com.br – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, Brasil.

Correspondência

Fabianne Christine Lopes de Paiva – Rua Jaguarari, 4.985/901 Bloco C, Candelária CEP 59064-500. Natal/RN, Brasil.

Declararam não haver conflitos de interesse.

Os cuidados paliativos (CP) são um conjunto de práticas e discursos voltados para o período final da vida de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. Essa nova especialidade de saúde reflete a mudança de paradigma e de conceitos sobre o corpo humano, o adoecimento e a morte ¹. Os CP não têm objetivo curativo nem buscam prolongar ou adiantar a morte do enfermo, visto que seu enfoque é o controle dos sinais e sintomas físicos e psicológicos próprios do estágio avançado da doença incurável e a melhora da qualidade de vida ^{2,3}.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, os cuidados paliativos consistem na assistência ativa e integral a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. O principal objetivo é garantir melhor qualidade de vida tanto ao paciente quanto aos seus familiares. Os cuidados paliativos destinam-se a controlar a dor e demais sintomas, evitando assim o sofrimento do paciente ⁴.

A prática ainda é pouco discutida, sendo até negligenciada, em vários países. É necessária determinação política e social, com a finalidade de criar políticas públicas e introduzir práticas voltadas para oferecer bem-estar e qualidade de vida a esses pacientes, bem como para lhes proporcionar assistência integral e digna, tanto quanto possível e até o fim da vida ⁵. Cuidar desses pacientes envolve atos de responsabilidade, solidariedade e dedicação, além de competências e habilidades concernentes ao relacionamento interpessoal. É importante que, em sua atuação, a equipe de saúde reconheça o indivíduo a quem prestará assistência – quais são suas necessidades e limitações –, possibilitando, assim, adotar conduta humanística e sensível para com ele ⁶.

Faz-se necessário, portanto, pensar a assistência e o cuidado a partir da construção de novo significado para esses termos, mais abrangente e integral, que permita superar o predomínio da prática mecanizada e resgatar o valor da existência humana. Em um mundo devotado ao cuidar, a atenção prestada ao indivíduo considera o modo de agir, pensar, sentir e se expressar ⁷.

Na perspectiva da relação profissional-paciente-família, o foco do cuidado não deve ser direcionado somente à pessoa em processo de terminalidade, mas a todo o grupo familiar ⁸, já que a família também precisa ser cuidada, tendo em vista seu papel de auxiliar nas atividades de cuidados ao paciente. Por esse motivo, podemos dizer que, nessa fase, o olhar da equipe de saúde deve se voltar também para a família que se prepara para perder seu ente querido ⁹.

Considerando os problemas que surgem com os cuidados no fim da vida, expõe-se a necessidade de aprofundar o debate sobre a proximidade da morte e a terminalidade humana, de modo a avaliar a evolução das práticas da sociedade e das condutas éticas dos profissionais de saúde no que se refere aos cuidados paliativos. Esse debate é motivado pela possibilidade de dar maior visibilidade ao tema, a fim de fornecer embasamento teórico para a construção de argumentos que condigam com a incorporação de referenciais bioéticos.

Método

Trata-se de estudo de revisão bibliográfica realizado mediante levantamento de literatura especializada sobre “cuidados paliativos”, “bioética”, “assistência terminal”, “morte” e “pesar”. Foram utilizadas bases de dados diversas, como bibliografias brasileiras e estrangeiras, que incluíram não apenas livros e artigos publicados, mas também trabalhos acadêmicos. Nas bases de dados foram explorados os descritores supracitados. Em termos do recorte necessário para a construção deste trabalho científico, optou-se por não delimitar o marco temporal, visto que os cuidados paliativos são tema relativamente recente na história da saúde pública.

Cuidados paliativos: breve digressão

Durante muito tempo, os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura foram esquecidos pelos serviços de saúde, uma vez que o modelo biomédico, amplamente utilizado na época, não se preocupava com a qualidade de vida dos pacientes, considerando que o principal foco da medicina estava na cura dos doentes ^{10,11}. Os efeitos dessa concepção reducionista do paradigma biomédico trouxeram à tona questionamentos éticos acerca dos cuidados disponibilizados aos doentes terminais, o que motivou o surgimento de movimentos sociais em prol da morte menos sofrida, mais digna e com maior autonomia por parte do paciente, permitindo assim o desenvolvimento dos cuidados paliativos ¹⁰.

Os cuidados paliativos se desenvolveram em grande parte devido aos excessos cometidos pela medicina tecnocrática, que conduzia o paciente a um final de vida medicalizado e carregado de sofrimento, em contraposição à qualidade do viver. O processo de crescente medicalização da morte no

ambiente frio dos hospitais estabeleceu o que os críticos da “morte moderna” e paliativistas costumam denominar “encarniçamento terapêutico”. Tal situação está relacionada com as ideias de “futilidade” e “obstinação terapêutica”, utilizadas para definir o excesso de recursos tecnológicos, aparentemente com finalidades curativas, que valorizam a continuidade da vida do paciente, mesmo que isso traga como consequência o aumento de seu sofrimento ¹².

Considerando o exposto, entende-se que, durante muito tempo, os profissionais de saúde tiveram atitudes bastante sedimentadas em uma concepção mecanicista da vida, razão pela qual é possível observar atualmente as inúmeras dificuldades no reconhecimento da realidade complexa e multidimensional do cuidado à saúde. Foi exatamente esse pensamento mecanicista que deu origem ao modelo biomédico, segundo o qual o corpo era tido como máquina e a doença, como prejuízo a essa máquina, sendo função exclusiva do médico reparar/curar os danos causados ¹³.

Diante da contestação ao crescente poder médico, veiculada pelo movimento em defesa da eutanásia e das críticas ao “encarniçamento terapêutico” dos pacientes, os profissionais foram levados a posicionar-se acerca da produção do cuidado destinado aos pacientes terminais, de modo que os cuidados paliativos têm crescido em significado ¹². Contudo, Pessini ¹⁴ afirma que o atendimento aos doentes sem possibilidades terapêuticas de cura ocorre desde a Antiguidade. Segundo esse autor, os primeiros registros sobre cuidados paliativos remontam ao século IV da era cristã. Todavia, os cuidados destinados aos moribundos distinguem-se consideravelmente dos CP que conhecemos hoje.

Naquele período, a assistência às pessoas em fase final de vida era baseada na hospitalidade e na misericórdia praticada por cidadãos comuns. Somente mais tarde essa característica do movimento *hospice* da Antiguidade foi assumida pela Igreja, a qual passou a encarregar-se do cuidado com os pobres e doentes, fato que perdurou por toda a Idade Média ¹⁴.

Foi apenas no século XX que os cuidados paliativos se tornaram modelo institucionalizado de assistência à saúde. Isso ocorreu em Londres, na Inglaterra, com a criação em 1967 do primeiro *hospice* moderno – o St. Christopher Hospice – pela enfermeira, médica e assistente social, Cicely Saunders. Considerada pioneira nos cuidados paliativos, ela dedicou sua vida laboral a pacientes oncológicos em fase terminal, com a finalidade de lhes oferecer

morte digna, disseminando o conceito de cuidar e a proposta de manter o foco nas necessidades do paciente, até o fim de sua vida ^{12,15}.

Antes da fundação do St. Christopher existiram outros *hospices* destinados aos doentes terminais. No entanto, neles não havia preocupação com o alívio do sofrimento nem com a melhora da qualidade de vida dos enfermos, cujos padecimentos (físico, psíquico, social e espiritual) eram frequentemente ignorados pela equipe que os assistia ^{16,14}. Assim, os cuidados paliativos surgiram ao longo do tempo como resultado de amplas transformações nas relações sociais e nas representações do processo de morte e do morrer, bem como em decorrência de transformações inerentes ao campo médico ¹².

Inicialmente, a prática era quase restrita a pacientes oncológicos e terminais; contudo, no final dos anos 1980, os CP ganharam visibilidade e tornaram-se questão-chave da saúde pública, abrangendo aqueles que apresentavam alguma enfermidade que causasse dor intensa, bem como outros sintomas físicos, emocionais ou espirituais que acarretassem sofrimento e que tornassem a vida intolerável ^{6,12}. Em 1990, a OMS definiu *cuidados paliativos*, ressaltando e facilitando a sua aplicação. Em 2002, o conceito foi revisado e sua definição, readequada à nova percepção do processo de morrer ⁴.

No Brasil, o Rio Grande do Sul foi o primeiro estado a contar com o Serviço de Cuidados Paliativos ¹². Mas somente em 1997, com a fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), tomou-se a iniciativa de introduzir e promover os CP mediante a formação de profissionais de saúde ¹⁷. No ano seguinte, o Ministério da Saúde inaugurou no Instituto Nacional do Câncer (Inca) sua primeira Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos, cuja filosofia se expandiu posteriormente para outras instituições e estados ^{18,19}. Em 2005, um grupo de médicos fundou a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), com o objetivo de estimular a atuação de profissionais paliativistas no país ¹⁷. E, em 12 de dezembro de 2006, foi instituída a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos pelo Ministério da Saúde ²⁰.

Apesar de a história dos cuidados paliativos ser relativamente recente no Brasil, a trajetória dessa discussão contribuiu para o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a filosofia prestada aos pacientes sem prognóstico de cura, favorecendo assim o processo de cuidado e valorização do ser humano.

Proximidade da morte e a terminalidade humana

Para Eizirik, Kapczinski e Bassol ²¹, a morte representa o poder sobre o qual não temos nenhum controle; é para nós indomável e desconhecida. É também fato social inerente à vida humana, assim como o nascimento, a fome, a sede, a sexualidade, o riso, e, como tal, possui significados que vão além da sua representatividade ²².

O vocábulo “terminal” tem muitos significados. Um deles refere-se ao *doente que se encontra na etapa final de uma doença, portanto próximo da morte* ²³. Para Borges e colaboradores ²⁴, a percepção da morte na visão do paciente terminal é diferente em cada fase do ciclo de vida. Segundo os autores, na infância, a morte pode ser representada conforme se modificam o pensamento e a linguagem. Para o adulto, a morte pode depender da experiência física e psicológica pela qual se está passando. Já, para o idoso, a morte pode ser configurada em uma perspectiva de maior resignação.

A maioria dos indivíduos não está preparada para enfrentar a morte, incluindo os pacientes e seus cuidadores. A falta de conhecimento sobre os aspectos relacionados ao final da vida pode tornar a assistência a pacientes em fase terminal uma experiência apavorante para muitos profissionais. E, quanto mais jovem o paciente, mais difícil lidar com a situação. A morte é evento “previsível” para as pessoas idosas e, por isso, o grau de aceitação da morte desses pacientes é maior, dado ser encarada como a fase final do ciclo da vida ²⁵.

A morte não atinge a equipe de saúde do mesmo modo, porque a percepção da perda é determinada por fatores como idade, circunstância da morte e, sobretudo, pelo grau de envolvimento com o paciente ²⁶. Contudo, embora a morte faça parte do contexto da vida e da rotina do ambiente hospitalar, os integrantes da equipe multiprofissional de saúde – em geral – não estão preparados para enfrentar a morte e lidar com a perda de pacientes. Somente os indivíduos seguros em relação aos seus sentimentos, e com atitudes naturais diante da vida e da morte, terão atingido o estágio que lhes outorga capacidade de compreensão para auxiliar terceiros ²⁶.

Conforme sustentam Costa e Lima ²⁷, para que se possa dar assistência adequada aos pacientes terminais, é necessário compreender as reações e comportamentos que tanto os pacientes quanto os familiares podem apresentar diante da proximidade da morte. O paciente poderá reagir de várias ma-

neiras em relação à sua doença e à terminalidade de sua vida. Poderá aceitar ou negar; poderá ter o conhecimento de que está morrendo, mas emocionalmente se sentir incapaz de aceitar; ou poderá aceitá-la, mas não conseguir verbalizar a situação ²⁸.

Segundo Kübler-Ross ²⁵, o diagnóstico de uma doença potencialmente terminal é fator de desestruturação psicológica, fazendo com que pacientes e familiares passem por algumas fases emocionais características. Sem necessariamente constituir um processo linear, de sequência rigorosa, já que nem todos os pacientes o vivenciam da mesma forma], os estágios sistematizados por Kübler-Ross permitem acompanhar o processo de morrer dos pacientes terminais, minorando seu sofrimento.

Primeiro estágio: negação e isolamento

A negação é mecanismo de defesa temporário diante da morte. Ocorre com mais frequência no início da doença, e em pacientes e familiares que são prematuramente informados acerca do seu diagnóstico. A intensidade e duração desse estágio dependem da capacidade do enfermo, e das outras pessoas que convivem com ele, de lidar com essa dor. Em geral, a negação não persiste por muito tempo. No entanto, alguns pacientes podem jamais ultrapassar esse estágio, indo de médico em médico, até encontrar alguém que o apoie em sua posição. O mais sensato seria falar sobre a morte com pacientes e familiares antes que ela ocorra de fato e desde que o queiram, até porque é mais fácil para a família discutir esses assuntos em tempos de relativa saúde e bem-estar do paciente. Ademais, adiar esse tipo de conversa não beneficia o doente em nenhum aspecto.

Segundo estágio: raiva

Esse estágio pode estar relacionado à impotência e à falta de controle sobre a própria vida. É muito difícil lidar com o paciente nessa fase: faz exigências, se revolta, solicita atenção contínua, faz críticas e tem explosões comportamentais caso não seja atendido ou se sinta incompreendido e desrespeitado. É importante que, nesse estágio, haja compreensão dos demais sobre a angústia transformada em raiva no paciente que teve de interromper as atividades da sua vida por causa da doença. Os pacientes nesse estágio são difíceis de tratar. Geralmente se revoltam contra Deus, o destino ou alguém próximo. Uma pergunta comum é “*Por que eu? Por que isso está acontecendo logo comigo?*”. Desse modo, o manejo de pacientes que se encontram nessa fase envolve a compreensão de que a raiva expressada não pode ser encarada como algo pessoal ²⁹.

Terceiro estágio: barganha

Nessa fase, geralmente o paciente tenta negociar com Deus de maneira implícita ou até mesmo com os médicos, entrando em algum tipo de acordo que adie seu desfecho inevitável. Os pacientes acreditam que, por serem obedientes, alegres e não questionadores, o médico fará com que melhorem. Normalmente, a pessoa que se encontra nesse estágio realiza promessas em sigilo, contando com a possibilidade de ser recompensada por seu bom comportamento. Em geral, o paciente se mantém sereno, reflexivo e dócil ²⁹.

Quarto estágio: depressão

Essa fase surge quando o paciente se encontra em fase terminal e tem consciência da sua debilidade física; portanto, não pode mais negar sua doença. Nessa etapa, o indivíduo é muitas vezes forçado a submeter-se a mais uma hospitalização ou a outra cirurgia. Aqui a depressão assume quadro clínico característico: desânimo, desinteresse, apatia, tristeza, choro etc. As tentativas anteriores não deram certo: negar não adiantou; revoltar-se e fazer barganhas, também não. Dessa forma, deve-se deixá-lo à vontade para externar seu pesar e assim aceitar a situação mais facilmente ²⁵. O paciente está prestes a perder tudo e todos os que amam, por isso é importante que passe os momentos finais junto de seus familiares e entes queridos.

Quinto estágio: aceitação

Kübler-Ross ²⁵ chega à conclusão de que, no último estágio, os pacientes que viveram a doença e receberam apoio podem chegar a essa fase aceitando o processo. Na maioria das vezes, o paciente manifesta grande tranquilidade e pode permanecer em silêncio. Já não experimenta o desespero nem rejeita sua realidade. Esse é o momento em que os familiares mais precisarão de amparo, ajuda e compreensão, devendo a equipe responsável ter ciência do estágio pelo qual o paciente está passando.

É importante conhecer os principais fatores implicados no processo do adoecer e morrer. Não se pode desistir do tratamento do paciente, porque, ao sentir-se abandonado ou sem assistência, ele se entrega e desiste também. O paciente se sentirá confortado em saber que não foi esquecido, mesmo quando não houver mais nada a se fazer por ele ⁷. Nesse momento, os cuidados paliativos vão ao encontro das necessidades do paciente terminal, uma vez que podem, isso sim, minimizar a dor e o sofrimento, e ao mesmo tempo atender às suas necessidades básicas de higiene, nutrição

e conforto, ajudando-o a manter sua dignidade como pessoa.

Bioética e aspectos legais da morte

A situação mais correta para a conduta no final da vida está diretamente relacionada com a dignidade da pessoa humana e o respeito às suas decisões sobre o processo de morte e morrer ⁶. Segundo Fabriz, embora o *direito à vida* constitua prerrogativa inviolável, deve ser sempre visto à luz do princípio da *dignidade da pessoa humana: se a vida é um pressuposto fundamental, premissa maior, a dignidade se absolutiza em razão de uma vida que somente é significativa, se digna* ³⁰.

Por sua vez, Kloeffer ³¹ afirma que o direito à vida é, sobretudo, o direito de viver. Abrange a existência corporal, a existência biológica e física, que é pressuposto vital para desfrutar de todos os direitos fundamentais. A proteção refere-se, aqui, à vida individual, não apenas à vida humana em geral. A vida é compreendida, então, em sentido exclusivamente biológico e fisiológico.

A problemática acerca do fim da vida, que envolve sobretudo a definição do tratamento de pacientes terminais e o processo de morte e morrer, implica dilemas éticos e impasses de natureza jurídica, fazendo com que não só os profissionais de saúde, mas também os estudiosos de diversas áreas, e até mesmo o público leigo, reflitam de forma crítica a respeito da conduta ética e juridicamente mais adequada ante a terminalidade da vida humana ³².

A bioética é definida como reflexão de caráter transdisciplinar, focalizada prioritariamente no fenômeno da vida humana ligado aos grandes avanços da tecnologia, das ciências biomédicas e do cuidado para com a saúde de todas as pessoas que dele precisem, independentemente da sua condição social ³³. O principialismo é a corrente de estudo mais difundida da bioética. Segundo Diniz e Guilhem ³⁴, foi com a publicação da obra "Princípios da ética biomédica", de Beauchamp e Childress ³⁵ que a *bioética consolidou sua força teórica*, ao propor quatro princípios norteadores da atuação do profissional de saúde: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Ainda de acordo com Diniz e Guilhem ³⁴, a obra representa *a primeira tentativa bem-sucedida de instrumentalizar os dilemas relacionados às opções morais das pessoas no campo da saúde e da doença*, considerando a abordagem ao paciente e as decisões a serem tomadas em relação a sua situação.

O princípio do respeito à autonomia é o de maior relevância para a bioética, pressupondo que, para o exercício das moralidades, é necessária a existência da pessoa autônoma³⁴. O princípio da beneficência é o que estabelece a obrigação moral de agir para o benefício do outro. Na área das ciências biomédicas, diz respeito não só ao ponto de vista técnico-assistencial, mas também ao aspecto ético³⁶. Já, de acordo com o princípio da não maleficência, o profissional de saúde tem o dever de, intencionalmente, não causar mal e/ou danos a seu paciente³⁷.

O princípio da justiça defende o direito de todas as pessoas, tanto no que se refere à sua condição de seres humanos, que merecem consideração e respeito, quanto no que concerne à obtenção igualitária de assistência e à luta pela distribuição dos limitados recursos para a saúde e do máximo de benefícios para a comunidade³⁸. Nesse contexto, o conceito de justiça fundamenta-se na premissa de que as pessoas têm garantia de igualdade de direitos, entre eles os direitos concernentes aos cuidados com sua saúde³⁹.

A despeito disso, o papel dos profissionais de saúde em cuidados paliativos deve voltar-se para o alívio da dor e do sofrimento, mesmo que em determinadas situações alguns procedimentos possam influir na duração da vida, seja em seu abreviamento ou prolongamento⁴⁰.

A principal distinção ética observada nos cuidados paliativos se dá no acompanhamento à pessoa em seu processo de finitude, com o objetivo de manter sua dignidade e aliviar-lhe o sofrimento e a dor no fim da vida⁶. Nessa perspectiva bioética, voltada aos cuidados paliativos e aos pacientes fora de possibilidades de cura, discutem-se a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia.

Eutanásia

Segundo Pinho e Barbosa⁴¹, a palavra “eutanásia” é de origem grega e significa boa morte (*eu* = boa + *thanatos* = morte). Foi empregada pela primeira vez no século XVII, por seu suposto criador, o filósofo e político inglês Francis Bacon. Bizatto⁴² afirma que, na prática, a eutanásia equivale à ação médica destinada a abreviar a vida de pessoas em estado de grave sofrimento proveniente de doença incurável e sem perspectivas de melhora, estando o paciente condenado à morte progressiva. O que nada mais é do que promover o óbito mediante conduta capaz de empregar meio eficiente para produzir a morte nesses pacientes, interrompendo-lhe a vida.

A eutanásia tem por finalidade levar à retirada da vida do indivíduo por considerações tidas como humanísticas; todavia, é infração ética e conduta ilegal pela legislação brasileira⁴³. No mundo desenvolvido, o princípio da qualidade de vida é usado para defender a noção de que a vida sem qualidade não vale a pena ser vivida, e isso constitui justificativa para a prática da eutanásia⁴⁴.

Assim entendida, a eutanásia é vista como a morte piedosa e, de acordo com Villas-Boas⁴⁵ e Siqueira-Batista e Schramm⁴⁶, pode ser classificada como ativa, passiva ou de duplo efeito. Essas definições se configuram conforme o ato e quanto ao consentimento do paciente. A eutanásia ativa é planejada entre o paciente ou parente e o profissional de saúde. O ato se dá por ação deliberada do médico. Na eutanásia passiva, a morte acontece por omissão proposital de não iniciar a terapia médica de suporte vital ao paciente ou pela interrupção da terapêutica existente, mesmo quando se constata que há benefícios para o tratamento da doença ou cuidado dos sintomas. E a eutanásia de duplo efeito ocorre quando a morte é acelerada em decorrência de ação médica que não objetiva o efeito letal, mas sim o alívio do sofrimento. Também é conhecida como eutanásia ativa indireta.

Há, ainda, a eutanásia voluntária, caso em que a vida do paciente é abreviada conforme sua vontade, e a não voluntária, quando ocorre sem que se conheça o desejo do paciente. A respeito dessas últimas categorizações, Siqueira-Batista e Schramm⁴⁶ ponderam que, a partir do princípio do consentimento, podem ser encontradas justificativas morais para a eutanásia voluntária e, eventualmente, para a não voluntária, mas nunca para a involuntária, isto é, aquela realizada contra a vontade do paciente, pois nesse caso não se trataria de qualquer forma de eutanásia, mas pura e simplesmente de assassinato.

Quanto ao método utilizado ou tipo de ação para sua prática, a eutanásia pode ser natural ou provocada. Para Cabette⁴⁷, no primeiro caso não há sofrimento, já no segundo existe a interferência da conduta humana envolvendo terceiros.

É importante salientar que, quando a morte é provocada autonomamente, é considerada suicídio, fato atípico no ordenamento jurídico brasileiro. No entanto, acrescenta-se que, no caso da morte provocada de forma autônoma, o desinteresse penal pelo tema não é absoluto de acordo com a legislação brasileira, considerando os crimes de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio, previsto no artigo 122 do Código Penal⁴⁷. Em casos como esse, fala-se em suicídio assistido, o qual, apesar de não

ter o mesmo significado, é o que mais se assemelha à tipificação de eutanásia.

No Brasil, de acordo com os Códigos de Ética Médica e de Enfermagem, é proibido esse tipo de ação. Segundo o artigo 29 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, é vetada a promoção da eutanásia ou participação em prática destinada a antecipar a morte do paciente ⁴⁸. Segundo Cabrera ⁴⁹, o Código Penal em vigor no país não especifica o crime de eutanásia. Todavia, o médico que abrevia a vida do seu paciente, ainda que movido por ato de solidariedade, comete crime de homicídio simples, previsto no artigo 121 da citada lei, estando o autor sujeito a pena de 6 a 20 anos de reclusão, por ter ferido o *princípio da inviolabilidade do direito à vida*, assegurado pela Constituição da República.

Recentemente, observa-se que o tema não se resume a casos de pacientes terminais, porque é comum falar em aplicação desse procedimento a casos de recém-nascidos portadores de anomalias congênitas, pacientes em estado vegetativo irreversível e inválidos ⁴⁷.

Distanásia

Assim como “eutanásia”, a palavra “distanásia” também é formada por vocábulos de origem grega (*dis* = dificuldade, privação + *thanatos* = morte), e designa o prolongamento exagerado da vida quando não há possibilidade de cura ou melhora do paciente, condição que gera agonia, dor e sofrimento, ao prorrogar o processo de morrer ^{50,41}.

A distanásia, cultivada na sociedade ocidental, valoriza a salvação da vida a qualquer custo, submetendo pacientes a terapias que não prolongam a vida, mas, sim, o processo de morte ^{51,52}. A distanásia prolonga o sofrimento da pessoa sem que ela tenha expectativa de cura ou melhora em sua qualidade de vida. Por conseguinte, é vista como tratamento fútil e sem benefícios para o paciente terminal.

O investimento na cura de paciente fora de possibilidades terapêuticas pode ser considerado agressão à dignidade da pessoa, comprometendo a qualidade de vida do enfermo e de sua família ^{53,41}. Assim, a distanásia como prolongamento artificial do processo de morte, resultando no sofrimento do paciente, opõe-se à eutanásia, empregada para abreviar tal situação, pois se preocupa com a qualidade de vida humana em sua fase final.

Na distanásia pouco importam as condições de humanização e dignidade do paciente, uma vez que

seu objetivo é o tratamento com foco nas realidades tecnológicas existentes, o que caracteriza a chamada obstinação terapêutica (ou “encarniçamento terapêutico”), como a prática é conhecida na Europa ⁵⁴. Nos Estados Unidos é mais comum a utilização do termo *futilidade médica*.

Sendo a dignidade da pessoa humana o princípio norteador do ordenamento jurídico brasileiro, a distanásia é equiparada ao tratamento degradante e desumano, mesmo que decorra de sentimento nobre do médico que pretende prolongar a vida do paciente, e deve ser impedida por acarretar morte dolorosa e sofrida ⁵⁵. Adoni ⁵⁴ ainda afirma que, embora a distanásia afete o estado físico e mental do paciente em decorrência de sua agonia prolongada, muitas vezes ele ainda está lúcido e senhor de suas faculdades mentais.

Nesse contexto, a partir da leitura de Pessini ¹⁴, é possível compreender que não há nenhuma obrigação de iniciar ou continuar uma intervenção terapêutica quando o sofrimento e o esforço despendido não se aplicam aos benefícios reais. Pois o importante é viver com dignidade e, quando chegar o momento, morrer também com dignidade.

Ortotanásia

Diferentemente da eutanásia e da distanásia, há a possibilidade da morte em seu ritmo e circunstâncias próprias: a ortotanásia. Essa prática não acelera nem posterga a morte do indivíduo, mas lhe oferece momento natural de partida. Definindo a morte como parte do ciclo da vida, assegurando ao paciente o *direito de morrer com dignidade* ⁵⁶. O termo “ortotanásia” também é formado por radicais gregos (*orthos*, certo, correto + *thanatos*, morte), e significa o não prolongamento artificial do processo natural da morte. Sendo, portanto, considerada como boa morte ou morte desejável ⁴¹.

Santoro ⁵⁵ afirma que a ortotanásia é o comportamento médico que, diante da morte iminente e não evitável, suspende a realização de ações que prolongam a vida do paciente e que levariam ao tratamento inútil e ao sofrimento desnecessário. Na ortotanásia passa-se a oferecer ao doente os cuidados paliativos adequados para que venha a morrer com dignidade. Por isso, pode ser considerada como a conduta correta perante morte, não a antecipando nem retardando, mas, sim, aceitando que, uma vez iniciado o processo de morte, é preciso continuar a respeitar a dignidade do ser humano, não submetendo esse paciente a sofrimento inútil.

A prática da ortotanásia respeita o tempo de sobrevida do paciente que se encontra em fase terminal, de modo que são eliminados os métodos que mantêm artificialmente a vida, permitindo que ela siga seu curso natural ⁵⁷. Tal conduta é considerada atípica no ordenamento jurídico penal brasileiro, tendo em vista que corresponde à promoção de atitude lícita, já que não tem como objetivo abreviar a vida do paciente, mas formalizar situação irreversível de morte encefálica. Ademais, a ortotanásia encontrará campo de atuação quando estiver diante de quadro de distanásia ⁵⁴.

Para o Conselho Federal de Medicina (CFM), a ortotanásia é a abordagem apropriada diante de paciente que está em fase final de vida. A Resolução CFM 1.805/2006 ⁵⁸ autoriza ao médico limitar ou suspender procedimentos ou tratamentos que posterguem a vida de paciente em fase terminal de doença incurável, respeitada a vontade da pessoa e de seu representante legal, podendo ser facultada aos médicos a sua realização mediante o consentimento da família.

É importante destacar que, antes da criação da resolução que autoriza a prática da ortotanásia, o médico assumia a função de garantidor da não ocorrência da morte, porque, se ele só optasse por usar o tratamento paliativo e não o de manutenção da vida mesmo que o paciente fosse terminal, poderia responder por homicídio doloso por omissão, ainda que o paciente em posse de suas faculdades mentais autorizasse a interrupção do tratamento ⁵³. Sendo assim, contando com o respaldo técnico do CFM, a Câmara dos Deputados, por meio de sua Comissão de Seguridade Social e Família, aprovou no dia 8 de dezembro de 2010 uma proposta que regulamenta a prática da ortotanásia, assegurando ainda todos os cuidados básicos e paliativos cabíveis. Tal proposta é um substitutivo do deputado José Linhares ⁵⁹ ao Projeto de Lei do Senado 6.715 de 2009 ⁶⁰, que previa apenas a discriminação da conduta.

Com a finalidade de oferecer conforto e aliviar a angústia intolerável do paciente, medicações sedativas também podem ser utilizadas ^{61,62}. Na sedação paliativa, a finalidade é aliviar o sofrimento utilizando fármacos sedativos recomendados apenas para controle dos sintomas ⁶¹. Não há evidência de que a sedação paliativa, administrada de forma adequada, acelere a morte. Contudo, é importante que o nível de consciência do paciente seja reduzido apenas o suficiente para o alívio dos sintomas ⁶³.

A dor é uma das razões mais comuns de incapacidade e sofrimento nos pacientes terminais. Em algum momento da evolução de sua doença, cerca de 80% dos pacientes experimentarão dor ⁶⁴. Na experiência dolorosa, os aspectos sensitivos, emocionais e sociais são indissociáveis e devem ser igualmente investigados, e o preparo adequado da equipe é condição fundamental para o controle da dor e sintomas prevalentes em pacientes sob cuidados paliativos ⁶⁴.

Considerações finais

O estudo buscou refletir e encorajar o debate acerca do tema. Procurando trazer questões relevantes aos cuidados paliativos e à bioética, ressalta a prática da assistência terminal humanizada na perspectiva das fases do luto e da terminalidade. A finalidade do artigo foi mostrar que a morte é fenômeno complexo e repleto de dilemas éticos e profissionais, dotado de sentimentos que necessitam ser trabalhados e discutidos mediante princípios éticos que se resumem no bem-estar e na dignidade do paciente.

Os cuidados paliativos têm conquistado seu espaço gradativamente. No panorama brasileiro, nota-se o processo de ampliação de sua importância para o bem-estar das pessoas que se encontram nos últimos dias de vida. No entanto, a dor e o sofrimento ainda são vistos mais da perspectiva da aceitação do que do questionamento e enfrentamento com dignidade, o que impede o paciente de participar ativamente dos processos de tomada de decisão e de contar com a possibilidade de viver adequadamente o pouco de tempo que ainda lhe resta. O apoio à família diante da iminência da perda, do sofrimento potencial e do período do luto é questão comumente negligenciada.

O desempenho dos cuidados paliativos apresenta-se como desafio real aos serviços e equipes de saúde. Sua importância revela-se na medida em que é capaz de responder às necessidades humanas, o que indica a necessidade de novas investigações para o aprimoramento contínuo de sua prática. A despeito das questões éticas, o desafio é considerar a dignidade humana perante a proximidade da morte para além da dimensão físico-biológica e da perspectiva médico-hospitalar, implicando uma nova visão diante da realidade social, em que a singularidade de cada indivíduo, seus aspectos biopsicossociais e sua autonomia sejam valorizados. Em especial, quando a vida se encontra mais próxima da morte.

Referências

1. Silva AE. Cuidados paliativos de enfermagem: perspectivas para técnicos e auxiliares [dissertação]. Divinópolis: Universidade do Estado de Minas Gerais; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle de sintomas do câncer avançado em adultos. *Rev Bras Cancerol*. 2000;46(3):243-56.
3. Silva E, Sudigursky D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(3):504-8.
4. World Health Organization. National cancer control programs: policies and management guidelines. 2ª ed. Genebra: WHO; 2002.
5. Quill TE, Lo B, Brock DW, Meisel A. Last-resort options for palliative sedation. *Ann Intern Med*. 2009;151(6):421-4.
6. Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari; 2013.
7. Silva PM. O cuidado na terminalidade do ser [monografia]. Novo Hamburgo: Centro Universitário Feevale; 2005.
8. Ferreira NMLA, Souza CLB, Stuchi Z. Cuidados paliativos e família. *Rev Ciências Médicas*. 2008;17(1):33-42.
9. Carvalho MVB. O cuidar no processo de morrer na percepção das mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.
10. Machado MA. Cuidados paliativos e a construção da identidade médica paliativista no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
11. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
12. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz; 2004.
13. Capra F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 1993.
14. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Centro Universitário São Camilo/ Loyola; 2001.
15. Melo AGC, Figueiredo MTA. Cuidados paliativos: conceitos básicos. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM, organizadores. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri: Manole; 2006. p. 16-28
16. Kruse MHL, Vieira RW, Ambrosini L, Niemeyer F, Silva FP. Cuidados paliativos: uma experiência. *Rev HCPA*. 2007;27(2):49-52.
17. Maciel MGS. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. *Rev Prática Hospitalar*. 2006;47(8):46-9.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. Rio de Janeiro: Inca; 2001.
19. Teixeira M, Lavor M. Assistência no modelo hospice: a experiência do Inca. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM, organizadores. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri: Manole; 2006. p. 360-83
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.150, de 12 de dezembro de 2006. Institui a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos. *Diário Oficial da União*. 13 dez 2006 [acesso 3 out 2012];(238): Seção I, p. 111. Disponível: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=111&data=13/12/2006>
21. Eizirik CL, Kapczinski FE, Bassol AMS. O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed; 2001.
22. Maranhão JLS. O que é a morte? 4ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1998.
23. Rios DR. Minidicionário da língua portuguesa. [verbete]. São Paulo: DCL; 1999. p. 516.
24. Borges ADVS, Silva EF, Toniollo PB, Mazer SM, Valle ERM, Santos MA. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicol Estud*. 2006;11(2):361-9.
25. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
26. Santoro DC, Oliveira CM. Considerações sobre morte súbita no contexto do cuidado. *Rev Enferm Brasil*. 2003;2(5):309-13.
27. Costa JC, Lima RAG. Luto da equipe: revelações dos profissionais sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(2):151-7.
28. Oliveira MF, Luginger S, Bernardo A, Brito M. Morte: intervenção psicológica junto da família do paciente terminal [monografia]. Lisboa: Universidade Lusíada; 2004.
29. Kaplan HI, Sadok BI, Grebb IA. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.
30. Fabriz DC. Bioética e direitos fundamentais: a bioconstituição como paradigma do biodireito. Belo Horizonte: Mandamentos; 2003. p. 276.

31. Kloepper M. Vida e dignidade da pessoa humana. In: Sarlet IW, organizador. *Dimensões da dignidade: ensaios de filosofia do direito e direito constitucional*. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2005. p. 153-84.
32. Mesquita AAB, Marangão VP. A equipe multiprofissional diante do processo de morte e morrer da criança hospitalizada [monografia]. Campos Gerais: Faculdade de Ciências da Saúde de Campos Gerais; 2008.
33. Kipper DJ. Medicina e os cuidados de final de vida: uma perspectiva brasileira e latino-americana. In: Pessini L, Garrafa V, organizadores. *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola; 2003. p. 409-14.
34. Diniz D, Guilhem D. O que é bioética? São Paulo: Brasiliense; 2002. p. 38.
35. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.
36. Kottow MH. *Introducción a la bioética*. Santiago de Chile: Ed. Universitaria; 1995.
37. Kipper DJ, Clotet J. Princípios de beneficência e não maleficência. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, organizadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 37-52.
38. Tapiero AA. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? *An Med Interna (Madrid)*. 2001;18(12):650-4.
39. Loch JA. Princípios da bioética. In: Kipper DJ, organizador. *Uma introdução à bioética*. São Paulo: Nestlé Nutrition Institute; 2002. p. 12-9. (Temas de Pediatria Nestlé, 73).
40. Barbosa A. Bioética e cuidados paliativos. In: Barbosa A, Galriça-Neto I, editores. *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa/Universidade de Lisboa; 2006. p. 439-52.
41. Pinho LMO, Barbosa MA. Vida e morte no cotidiano: reflexões com o profissional de saúde. *Rev Eletr Enf*. 2009;11(1):200-12.
42. Bizatto JI. *Eutanásia e responsabilidade médica*. 2ª ed. Leme: LED; 2000.
43. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini L, Bertachini L. *Humanização e cuidados paliativos*. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2006. p. 181-208.
44. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Bioética*. 1996;4(1):31-43.
45. Villas-Boas ME. Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final da vida. Rio de Janeiro: Forense; 2005.
46. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):111-9.
47. Cabette ELS. *Eutanásia e ortotanásia: comentários à Resolução 1.805/06 CFM, aspectos éticos e jurídicos*. Curitiba: Juruá; 2009.
48. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 311, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [Internet]. Cofen;2007 [acesso 9 out 2012]. Disponível: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html
49. Cabrera HA. *Eutanásia: direito de morrer dignamente [dissertação]*. Osasco: Unifio; 2010.
50. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Bioética*. 1996;4(1):31-43.
51. Garcia JBS. Eutanásia, distanásia ou ortotanásia? *Rev Dor*. 2011;12(1):3.
52. Pessini L, Barchifontaine CP. *Problemas atuais de bioética*. 9ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2010.
53. Menezes MB, Selli L, Alves JS. Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(4):443-8.
54. Adoni AL. Bioética e biodireito: aspectos gerais sobre a eutanásia e o direito a morte digna. *Revista dos Tribunais*. 2003;818(92):395-423.
55. Santoro LF. *Morte digna: o direito do paciente terminal*. Curitiba: Juruá; 2010.
56. Martini M. Ortotanásia, sim; eutanásia, não!!! *Revista Jurídica Consulex*. 2010;332(19):33-4.
57. Vane MF, Posso IP. Opinião dos médicos das unidades de terapia intensiva do complexo Hospital das Clínicas sobre a ortotanásia. *Rev Dor*. 2011;12(1):39-45.
58. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. [Internet]. 28 nov 2006 [acesso 15 nov 2012]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm
59. Brasil. Câmara dos Deputados. Comissão de Seguridade Social e Família. Substitutivo ao Projeto de Lei nº 6.715, de 2009. Dispõe sobre os cuidados devidos a pacientes em fase terminal de enfermidade. [Internet]. Brasília; 08 dez 2010 [acesso 15 nov 2012]. Disponível: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=827792&filename=Tramitacao-PL+6715/2009
60. Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 6.715, de 2009. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia. [Internet]. 8 dez 2009 [acesso 15 nov 2012]. Disponível: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=827792&filename=Tramitacao-PL+6715/2009
61. Muller-Busch HC, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care: a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care*. 2003;2(1):2.

62. Gonçalves JAF. Sedation and expertise in palliative care. J Clin Onc. 2006;24(25):44-5.
63. Verkerk M, Van Wijlick E, Legemaate J, De Graeff A. A national guideline for palliative sedation in the Netherlands. J Pain Symptom Manage. 2007;34(6):666-70.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: Inca; 2001.

Participação dos autores

Fabianne Christine Lopes de Paiva trabalhou na concepção, redação e elaboração do artigo. José Jailson de Almeida Júnior e Anne Christine Damásio trabalharam na revisão crítica do texto e redação final.

Recebido: 2.10.2013

Revisado: 14. 5.2014

Aprovado: 5.11.2014