

CONDUTAS RECORRENTES DE REANIMAÇÃO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: UMA DISCUSSÃO BIOÉTICA SOBRE A DISTANÁSIA

RECURRENT RESUSCITATION CONDUCT IN PEDIATRIC PATIENTS: A BIOETHICAL DISCUSSION ABOUT DISTANCE

Akemi Svaiter Tominaga¹

Ana Júlia Rodrigues Bezamat²

Bernardo Teixeira Amarante³

Júlia da Mata Dias Corrêa⁴

Ronaldo Melo Dias Neto⁵

Elizabeth Alt Parente⁶

Lays Costa Silva⁷

Resumo: O presente estudo refere-se a um relato de caso real, no qual se desenvolve uma análise bioética, sob a ótica do principlalismo, no ambiente de uma unidade de terapia intensiva pediátrica, com o objetivo de discutir a distanásia praticada no cenário médico e a tomada de decisão dos envolvidos neste caso. Foi realizada busca nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed para revisão de literatura. A distanásia consiste em um tratamento que apenas prolonga a dor, tornando qualquer investimento na cura uma agressão à dignidade da pessoa humana. Quando o paciente é uma criança em proximidade da morte, a dificuldade dos profissionais se torna ainda maior. Portanto, faz-

1 Acadêmica do 10º período de medicina da Universidade Estácio de Sá (UNESA-IDOMED)

2 Acadêmica do 10º período de medicina da Universidade Estácio de Sá (UNESA-IDOMED)

3 Acadêmico do 10º período de medicina da Universidade Estácio de Sá (UNESA-IDOMED)

4 Acadêmica do 10º período de medicina da Universidade Estácio de Sá (UNESA-IDOMED)

5 Acadêmico do 10º período de medicina da Universidade Estácio de Sá (UNESA-IDOMED)

6 Médica pediatra, mestre em saúde coletiva e professora da Universidade Estácio de Sá (UNESA-IDOMED)

7 Médica de família e comunidade, mestre em saúde da família e professora da Universidade Estácio de Sá (UNESA-IDOMED)



se necessária uma maior atenção ao currículo, suscitando discussões e reflexões sobre o tema, a fim de capacitar profissionais a lidar com a finitude e desempenhar seu papel de oferecer apoio e conforto, assim como ajudar as famílias a identificar o que a qualidade de vida significa para elas e de que forma é possível alcançá-la.

Palavras Chaves: “distanásia” ; “distanásia e crianças”; “eutanásia, distanásia e ortotanásia”; “suporte de vida pediátrico”; “dilemas na pediatria”.

Abstract: The present study refers to a real case report, in which a bioethical analysis develops, from the perspective of principle, in the environment of a pediatric intensive care unit, with the objective of discussing the distances practiced in the medical scenario and the decision making of those involved in this case. The Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Pubmed to review literature review was performed on Scientific Electronic Library. Dystanasia consists of a treatment that only prolongs pain, making any investment in cure an aggression to the dignity of the human person. When the patient is a child near death, the difficulty of professionals becomes even greater. Therefore, greater attention is required to the curriculum, raising discussions and reflections on the subject, in order to enable professionals to deal with finitude and play their role of offering support and comfort, as well as helping families identify what Quality of life means to them and how it is possible to reach it.

Keywords: “Dystanasia”; “Dystanasia and children”; “Euthanasia, distance and orthothanasia”; “Pediatric Life Support”; “Dilemmas in pediatrics”.

INTRODUÇÃO

A distanásia, também conhecida como obstinação terapêutica, consiste em um tratamento que apenas prolonga a dor, tornando qualquer investimento na cura uma agressão à dignidade da pessoa



humana com o propósito de, a qualquer custo, adiar a morte. O prefixo grego *dis* tem o significado de “afastamento” e *thanatos*, de “morte”. Portanto, a *distanásia* significa prolongamento exagerado da morte de um paciente. O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento inútil ou fútil. Trata-se da atitude médica que, visando salvar a vida do paciente terminal, submete-o a grande sofrimento (Silva et al., 2021).

A decisão de reanimação em um paciente que foi submetido a consecutivas intervenções no seu processo de adoecimento e o desejo de recuperação do doente a todo custo, ao invés de ajudar ou permitir uma morte natural, acaba prolongando sua agonia (Silva et al., 2021).

Quando o paciente é uma criança, em proximidade da morte, a dificuldade dos profissionais se torna ainda maior, uma vez que há no imaginário coletivo a ideia de que “crianças não podem morrer”, fato que, por sua vez, é considerado natural quando se trata de idosos. Portanto, a abordagem da morte em uma criança mostra-se mais desafiadora, pois a perda é vivenciada como um triplo fracasso: primeiro, porque eles não teriam tido o método, o talento, ou as habilidades para salvá-la; segundo, porque, em seu papel social como adulto, eles foram incapazes de protegê-la das complicações e, terceiro, porque eles traíram os pais que confiaram a eles o bem mais valioso de suas vidas. Inevitavelmente, esse fracasso aumenta as reações de pesar e intensificam os sentimentos de desamparo, culpa, raiva e tristeza apresentados pelos profissionais (Barbieri, 2014).

O princípio dos “melhores interesses” é um componente chave das políticas relacionadas com a tomada de decisões em todas as áreas da prática médica. Frequentemente, quando um paciente carece de autonomia, como é o caso do paciente pediátrico, essas decisões se tornam mais delicadas. Logo, a discussão sobre a prática médica de como lidar com a tomada de decisão é de fundamental importância (Birchley, 2021).

Estudos apontam que crianças com doenças fatais criam estresses emocionais imensos sobre aqueles que as atendem, sejam pais, parentes, equipe hospitalar ou médicos. O artigo 18 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) diz que “É dever de todos zelar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou



constrangedor. (...)”. Assim, é imprescindível que a equipe multiprofissional de saúde analise bem o caso para que o paciente não sofra desnecessariamente (Barbieri, 2014).

Este estudo visa apresentar e discutir um caso real de distanásia em um paciente pediátrico e sua interface com a Bioética, tendo por base o principlismo de Beauchamp e Childress. Contudo, conceitos como eutanásia, ortotanásia e distanásia, com ênfase no terceiro, somado aos princípios bioéticos do principlismo serão analisados frente a uma discussão sobre a autonomia do paciente pediátrico e sua família nas decisões terapêuticas.

RELATO DE CASO

F.G., 3 anos, masculino, filho único de gravidez desejada, pais casados, mãe professora e pai auxiliar de obra, é encaminhado do hospital do interior do estado para UTI pediátrica da capital, por desidratação e sepse, após quadro de gastroenterite aguda. Apresentou parada cardiorrespiratória durante o transporte, sendo socorrido após 40 minutos em UTI, em mau estado geral, e necessitando de suporte cardiocirculatório, ventilação mecânica e, posteriormente, hemodiálise. O quadro infeccioso evoluiu com meningite. Após 3 meses de evolução, encontrava-se estável hemodinamicamente, mas dependente de ventilação mecânica.

A avaliação neurológica evidenciou estado vegetativo permanente, isto é, dependência de ventilação mecânica por apneia, sem interação com o meio ou as pessoas que o cercam, sem respostas a estímulos externos, sem reações espontâneas ou reprodutíveis a estímulos visuais, auditivos ou táteis, sem controle esfinteriano, preservação variável de reflexos dos nervos cranianos e espinhais, funções autonômica do hipotálamo e do tronco cerebral suficientemente preservadas para sobreviver com cuidados médicos intensivos e de enfermagem.

Após extensa explanação do quadro clínico e do seu significado aos pais, estes se opuseram a qualquer proposta da equipe médica, a exemplo de uma ordem de não reanimação em parada cardiorrespiratória espontânea, que não a de suporte pleno de funções orgânicas e recuperação



cardiopulmonar.

Já se passaram quatro anos de internação com o paciente traqueostomizado, alimentado por sonda, em ventilação mecânica e quadro neurológico inalterado. Apresentou duas fraturas por osteoporose e, algumas vezes, recebeu cronotrópicos por apresentar três episódios graves de choque cardiogênico.

A média histórica de permanência dos pacientes nesta UTI é de 5,4 dias, tendo este paciente ocupado o espaço de 271 pacientes. As despesas médico-hospitalares pagas pelo convênio são, em média, de R\$15.500,00/ mês (total de R\$744.000,00).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo qualitativo, no formato de relato de caso real, que incluiu a busca de artigos indexados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed, utilizando os seguintes descritores: “distanásia”; “distanásia e crianças”; “eutanásia, distanásia e ortotanásia”; “suporte de vida pediátrico”; e “dilemas na pediatria”.

Além dessas fontes, conforme listado nas referências bibliográficas, outras foram consultadas. No entanto, a seleção priorizou os artigos que atendessem aos seguintes critérios:

- Estarem publicados em português, inglês ou espanhol;
- Disponíveis na íntegra como artigos científicos, incluindo revisões sistemáticas e relatos de caso;
- Publicados no período de 2010 a 2024.

Para a construção do relato de caso, foi utilizado o artigo de Kipper e Hossne disponível no site da Revista Bioética (disponível no link: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/314/452). Já a análise e discussão do caso clínico basearam-se no referencial teórico



da Bioética, com ênfase na Bioética Princípalista, conforme proposto por Beauchamp e Childress. Adicionalmente, foram utilizados o livro Cuidados Paliativos na Prática Pediátrica (SOPESP, 2019) e o site do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) como fontes para embasamento dos conceitos bioéticos.

DISCUSSÃO

Abordagem Clínica

Gastroenterite

Gastroenterite é a inflamação do revestimento do estômago e dos intestinos grosso e delgado. Seus sintomas incluem anorexia, náuseas, vômitos, diarreia e desconforto abdominal. A perda de líquidos e eletrólitos decorrente desses sintomas, e sua não reposição, pode causar repercussões hemodinâmicas no paciente, levando-o a um choque hipovolêmico (um estado de hipoperfusão de órgãos que resulta em disfunção) ou a distúrbios hidroeletrólíticos (o nível adequado de eletrólitos no sangue ajuda o organismo a regular a volemia, os impulsos nervosos, as contrações musculares e o equilíbrio ácido-base). A maioria dos casos ocorre por infecção, mas também pode ser causada pela ingestão de fármacos ou toxinas (Jameson et al., 2020).

Sepse

Sepse é uma resposta do organismo a uma infecção, mais frequentemente bacteriana, que traz risco de vida e causa disfunção de órgãos vitais. Para o diagnóstico de sepsis, além da presença de infecção, é necessário que pelo menos dois dos quatro sinais da síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS) estejam presentes (Jameson et al., 2020). Esses sinais são:



- Febre ($T > 38^{\circ}\text{C}$) ou hipotermia ($T < 36^{\circ}\text{C}$);
- Taquicardia ($\text{FC} > 90 \text{ BPM}$);
- Taquipneia ($\text{FR} > 20 \text{ IRPM}$),
- Hipocapnia (pressão parcial de $\text{CO}_2 < 32 \text{ mmHg}$) ou necessidade de assistência ventilatória;
- Leucocitose ($> 12000 \text{ células/mm}^3$), leucopenia ($< 4000 \text{ células/mm}^3$), ou desvio à esquerda ($> 10\%$ de bastões).

Estado vegetativo

O estado vegetativo é definido pela ausência prolongada de reação e alerta, causada por uma disfunção dos hemisférios cerebrais, mas com preservação suficiente para manter os reflexos autônomos, motores e os ciclos de sono-vigília. Os pacientes podem apresentar reflexos complexos, incluindo movimentos oculares, bocejos e movimentos involuntários originados por estímulos dolorosos, porém são incapazes de demonstrar consciência (Jameson et al., 2020).

Quando é indicado intubar e realizar hemodiálise?

A intubação orotraqueal é um procedimento essencial na prática médica, recomendado quando o paciente apresenta insuficiência respiratória aguda, ventilação ou oxigenação inadequada, quando é necessária a proteção de vias aéreas em paciente com redução do nível de consciência, segundo a Escala de Coma Glasgow, com parâmetro ≤ 8 (Jameson et al., 2020).

A hemodiálise é indicada em casos que o paciente apresenta hipervolemia refratária grave (hipertensão arterial sistêmica), acidose metabólica grave ($\text{pH} < 7,2$), síndrome urêmica (potássio $> 6,5$ ou alterações no eletrocardiograma), e quando o tratamento clínico for refratário. Pode ser usada em casos de intoxicação por drogas e outras toxinas, azotemia e disnatremia (Jameson et al., 2020).



Importância do vínculo e comunicação com a família

Uma comunicação efetiva entre o médico e o paciente é parte indispensável de uma consulta. No entanto, alcançá-la nem sempre é uma tarefa simples e demanda muita habilidade, conhecimento e empatia por parte do médico. Uma boa comunicação permite que o paciente entenda melhor sua condição e siga a proposta terapêutica. Essa comunicação adequada, a médio prazo, facilita a criação de vínculo entre os médicos, os serviços de saúde e os pacientes, o que promove ainda mais a adesão às terapias sugeridas e melhora o acesso ao serviço de saúde, fazendo com que o paciente se sinta acolhido e confiante nos profissionais que lá trabalham (Pinto et al., 2010).

Na pediatria, a comunicação possui características particulares, dado que a criança ainda se encontra em desenvolvimento cognitivo, psicológico e social. Embora a criança deva ser ouvida, caso possua capacidade cognitiva, a tomada de decisão passa pela equipe médica e seu responsável, cabendo a ele o consentimento final (Gabarra et al., 2010).

Além disso, pacientes na UTI ou com mau prognóstico devem ter suas famílias bem informadas sobre a condição em que se encontram, possíveis desfechos e condutas a serem seguidas com o curso esperado da doença. Assim, cabe ao médico esclarecer quantas vezes forem necessárias a situação da criança diante dos cuidadores e familiares, para não gerar expectativas irrealistas ou minimizar a negação, no momento da tomada de decisões difíceis (Ferreira et al., 2018).

No caso em discussão, o paciente era pediátrico e encontrava-se na UTI com um mau prognóstico, portanto a importância de manter uma boa comunicação com a família faz-se imprescindível, avaliando-se a situação por diversas perspectivas e em processo dialógico permanente.

Abordagem Bioética

Eutanásia

A eutanásia consiste na abreviação da vida de um indivíduo com o objetivo de aliviar e trazer



finitude ao sofrimento do mesmo. Esta prática é ilegal no Brasil, constando no Código de Ética Médica Brasileiro de 1988, artigos alusivos ao tema, contrários à participação do médico na eutanásia (Felix et al., 2013). Atualmente, a eutanásia é permitida em cinco países da Europa Ocidental: Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Espanha e Suíça; em dois países norte-americanos: Canadá e Estados Unidos, nos estados de Oregon, Washington, Montana, Vermont e Califórnia; e na Colômbia, o único representante na América do Sul (De Castro et al., 2016).

Ortotanásia

A ortotanásia é conhecida também como “morte correta” e “morte natural sem interferência da ciência”, ou seja, nessa prática não são utilizados métodos desproporcionais para o prolongamento da vida, a exemplo de ventilação artificial e outros procedimentos invasivos (Cano et al., 2020). O objetivo principal da ortotanásia é promover uma morte digna, sem adiamento e, também, sem provocar a morte. Essa prática enfatiza a importância do respeito aos limites do paciente e à finitude da vida (Felix et al., 2013).

Distanásia

A distanásia, também chamada de obstinação terapêutica, consiste no prolongamento do processo da morte, a partir de tratamentos e procedimentos invasivos que visam somente estender a vida biológica do paciente, sem abranger a qualidade de vida, a dignidade, a saúde mental e emocional do mesmo (Felix et al., 2013).

Ao correlacionar o conceito de distanásia com o relato de caso, é possível notar nitidamente o prolongamento do processo de morte da criança, promovido por pais enlutados que não conseguem aceitar a realidade do filho, o qual se encontra em estado vegetativo permanente há quatro anos, completamente dependente da ventilação artificial, sem interação com o meio e sem resposta a estímulos



externos. A manutenção de tratamentos ineficazes que prolongam, de forma dolorosa, a vida biológica, como por exemplo o suporte pleno de funções orgânicas e a recuperação cardiopulmonar, fato relatado no caso em estudo, culminam em uma morte sem dignidade e sem qualidade de vida.

Observa-se no caso que, após quatro anos internado, mesmo com as inúmeras intervenções (traqueostomia, sonda nasogástrica, ventilação mecânica), permaneceu com quadro inalterado e ainda desenvolveu fraturas por osteoporose e precisou receber cronotrópicos, a fim de restaurar o ritmo cardíaco.

Sendo assim, é possível concluir que, ao prolongar a vida biológica de um paciente com um quadro não reversível, distancia-se da proposta dos princípios da medicina humanizada e da própria essência da vida.

Ótica do Princípioalismo no caso

O caso clínico apresentado envolve diversas questões bioéticas complexas, relacionando-se ao tratamento e decisões médicas de um paciente que está em estado vegetativo permanente. Nesse sentido, os princípios bioéticos são de suma importância na tentativa de diminuir os números exorbitantes de processos ético-profissionais impetrados por iatrogenia. Sendo assim, a bioética principialista deve ser analisada em cada contexto particular e entendida pelos profissionais de saúde, tendo como objetivo atuar em benefício do paciente, evitando danos, respeitando seus direitos e buscando a equidade (Salomão et al., 2021).

Os princípios básicos da bioética são beneficência, autonomia, não maleficência e justiça. A beneficência refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo; a autonomia requer que os indivíduos capacitados de deliberar sobre suas escolhas pessoais devam ser tratados com respeito pela sua capacidade de decisão; a não maleficência estabelece que a ação do médico sempre deve causar o menor prejuízo ou agravos à saúde do paciente - ação que não cause o mal. É universalmente consagrado através do aforismo hipocrático *primum non nocere* - primeiro não prejudicar, cuja finalidade



é reduzir os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas no ser humano e, por fim, a justiça, que estabelece a equidade e imparcialidade (CREMESP, 2020).

Pode-se dizer que a distanásia fere os princípios bioéticos da beneficência e não maleficência, uma vez que prejudica o paciente mais do que maximiza os benefícios. Num paciente com doença terminal, por exemplo, sem expectativas reais de melhora, o prolongamento da vida permanece apenas trazendo a ele dor e sofrimento. A complexidade aumenta ainda mais quando se fala de pacientes pediátricos, nos quais o princípio de autonomia é exercido pela família.

Autonomia

O termo “autonomia” deriva do grego - autos (próprio) e nomos (regra, governo, domínio, lei). Representa a capacidade de autogoverno, de fazer as próprias escolhas, decidindo o que é melhor para sua qualidade de vida, saúde física e mental, assim como para suas relações sociais (Iglesias, 2019). Baseia-se em apresentar, de forma clara e transparente, o que se passa com o sujeito e as opções que a ciência biomédica coloca a seu dispor, respeitando a sua decisão sobre o que ele entende ser melhor para si (CREMESP, 2020).

O princípio da autonomia se aplica diferente na pediatria pois, nesse caso, os responsáveis decidem as ações que serão tomadas, haja vista que os pacientes são dependentes e vulneráveis, com capacidades cognitivas e de discernimento ainda em desenvolvimento. Se o pequeno paciente não tem capacidade de decidir sobre as questões de sua própria saúde, então cabe a seus pais ou responsáveis este direito por procuração, by proxy, como “substitutos”. Assim, a autonomia, no contexto da infância, acaba substituída pelo conceito de best interests, ou seja, decisões tomadas pelos pais ou responsáveis legais nos “melhores interesses” daquela criança (Pastura, 2018).

No caso citado, os pais do paciente se opuseram a qualquer proposta da equipe de saúde, mesmo após uma explanação detalhada do quadro clínico do filho. Por mais que os responsáveis legais tenham o direito de tomar decisões pelo indivíduo, vale salientar que tal direito possui limites,



principalmente quando estas são consideradas fúteis no tratamento, ou seja, não irão gerar nenhuma melhoria no quadro clínico.

Beneficência

Tal princípio dita que o médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício, mesmo depois da morte. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativas contra sua dignidade e integridade, conforme reza o Código de Ética Médica (CEM) em seu capítulo 1, artigo VII.

Nesse âmbito, pode-se realizar um comparativo com o paciente em questão, que está em estado vegetativo permanente, com baixa qualidade de vida, dependente de ventilação mecânica e suporte pleno das funções orgânicas. Faz-se questionável se o prolongamento da vida do paciente é realmente benéfico, uma vez que os tratamentos não surtem efeito positivo em sua clínica.

Não-maleficência

É a obrigação de não causar dano ou prejuízo intencionalmente ao indivíduo (Beauchamp; Childress, 2002). O estado vegetativo permanente do paciente garante que nenhum tratamento restabelece a vitalidade de seu organismo. Com isso em mente, as terapias realizadas podem ser vistas como ineficazes, prolongando o processo de vida de um paciente incurável.

O contexto em questão implica ao paciente sofrimento físico, emocional, psíquico e espiritual, afastando-se da beneficência e da não maleficência (Silva et al., 2021). Em paralelo, cabe ao médico impedir a distanásia, uma vez que a família tende a buscar infinitos tratamentos para ter seu ente querido de volta à vida.



Justiça

Estabelece como condição fundamental a equidade; obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado, de dar a cada um o que lhe é devido. Os recursos devem ser equilibradamente distribuídos, com o objetivo de alcançar, com melhor eficácia, o maior número de pessoas assistidas (Beauchamp; Childress, 2002).

O paciente do caso possui alcance aos recursos, entretanto os números de leitos que foram ocupados apenas com a sua internação prejudicaram centenas de indivíduos, o que impossibilita a distribuição plena da assistência médica. Sendo assim, o princípio da justiça, na concepção bioética, não foi aplicado para todos de forma igualitária, prejudicando a camada da população que não obteve recursos de saúde devido à internação prolongada em questão. O tempo médio de permanência na UTI onde o paciente em tela foi internado é de 5,4 dias, tendo o mesmo ocupado o espaço de 271 pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A distanásia é uma prática influenciada por diversos fatores - culturais, religiosos, éticos, morais, pessoais e, também, pela formação profissional dos agentes de saúde. Nesse sentido, ao debater as possíveis abordagens para um paciente sem perspectiva de cura, o consenso entre a equipe multidisciplinar, o paciente e a família do paciente pode ser de difícil alcance.

A prática da distanásia infringe os conceitos bioéticos da Teoria Principlialista, na direção contrária ao aforismo hipocrático *primum non nocere* - primeiro não prejudicar, cuja finalidade é reduzir os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas. Em razão disso, o prolongamento do processo da morte deve ser fortemente desencorajado entre os profissionais de saúde.

A equipe multiprofissional que acompanha o paciente tem papel de acolher, explicar e orientar os familiares acerca das escolhas mais adequadas para o bem estar físico e mental do indivíduo, desestimulando decisões alinhadas com a obstinação terapêutica.



Além disso, é dever dos profissionais de saúde entender e lidar com o processo da morte, a morte em si e o luto, apoiando ativamente os familiares em todas as etapas. Os âmbitos psicológico, emocional e comportamental devem ser abordados por uma equipe com profissionais de diversas áreas, entendendo e respeitando as fases do luto.

Portanto, é necessária uma maior atenção ao currículo, durante a formação profissional, suscitando discussões e reflexões sobre a distanásia e seus malefícios ao paciente e à sua dignidade, capacitando profissionais de saúde a desencorajar essa prática perante os familiares. É importante também abordar, no ensino superior, a complexidade da finitude da vida e implementar cenários práticos em enfermarias paliativas, para que os estudantes possam vivenciar uma melhor relação com a morte e assim desempenhar seu papel de ajudar as famílias a identificar o que a qualidade de vida significa para elas e de que forma é possível alcançá-la, se tornando capazes de oferecer o apoio e o conforto que necessitem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBIERI, A.G. Distanásia em crianças: significados atribuídos por médicos de unidades de terapia intensiva. Dissertação de mestrado em processos de desenvolvimento humano e de psicologia. Universidade Federal de Santa Maria, RS. 2014.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. Princípios de Ética Biomédica. São Paulo: Loyola, 2002.

BIRCHLEY, G. “The theorisation of ‘best interests’ in bioethical accounts of decision-making.” BMC medical ethics, v. 22,1 n. 68. jun. 2021.

CANO, C. W. A. et al. Finitude da vida: compreensão conceitual da eutanásia, distanásia e ortotanásia. Revista Bioética, v. 28, n.2, p. 376-383, 2020.

CASTRO, M. P. R. et al. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. Revista Bioética, v. 24, n. 2, p. 355-367, 2016.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Código de Ética Médica: Resolução CFM no 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM no 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Código de Ética Médica. São Paulo: CREMESP, 2018. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/>. Acesso em: 02 mai. 2023.

FELIX, Z. C. et al. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, 2013.

FERREIRA, A. C. S. et al. Comunicação entre médico e paciente frente ao diagnóstico. *Revista Interdisciplinar Pensamento Científico*, v. 4, n. 1, 2018.

GABARRA, L. M. CREPALDI, M. A. A comunicação médico-paciente pediátrico-família na perspectiva da criança. *Psicologia Argumento*, v. 29, n. 65, p. 209-218, 2011.

JAMESON, J. L. et al. In: *Harrison Medicina Interna*, v.2. 20ª. Edição. Rio de Janeiro:McGrawHill, 2020.

PASTURA, P. S. V. C.; LAND, M. G. P. Decisões Dilemáticas em Pediatria. *DIVERSITATES International Journal*, v. 8, n. 1, 2016.

PINTO, L. M. O. Comunicação pediatra, paciente e acompanhante: uma análise comparativa entre níveis assistenciais. Dissertação de mestrado em processos de desenvolvimento humano e de saúde. Universidade de Brasília, DF. 2010.

REGO, S., PALÁCIOS, M., and SIQUEIRA-BATISTA, R. A bioética e suas teorias. In: *Bioética para profissionais da saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 39-62. ISBN: 978-85-7541-390-6.

SALOMÃO, M.S. et al. Princípioalismo no exercício da medicina e em processos ético-profissionais. *Revista Bioética*, v.29, n.1, p.100-106, 2021.

SILVA, J. A. C. et al. Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular.



Revista Bioética, Brasília, v. 22, n. 2, p. 358-366, Aug. 2014

SILVA, L. A. et al. Obstinação terapêutica: quando a intervenção médica fere a dignidade humana.
Revista Bioética, v. 29. n.1, p. 798-805, 2021.

