Edição IV

Clínica Médica & Cirurgia

Capítulo 22

CUIDADOS PALIATIVOS E ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR DO PACIENTE COMPLEXO

EDUARDO RODOLFO TOMAZZONI[1]
FELIPE EMMERT[2]
KAROLINE FIN RODRIGUES[3]
LAURA CRISTINA PUDELL[4]

[1]Acadêmico do Curso de Medicina, Universidade Feevale, Novo Hamburgo, RS, Brasil.
[2]Médico, Graduado pela Universidade do Vale do Taquari – Univates, Lajeado, RS, Brasil.
[3]Médica, Graduada pela Universidade Feevale, Novo Hamburgo, RS, Brasil.
[4]Acadêmica do Curso de Medicina, Universidade Feevale, Novo Hamburgo, RS, Brasil.

Palavras-chave: *Cuidados Paliativos; Interdisciplinaridade; Paciente Complexo.*

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento científico e tecnológico modificou profundamente a trajetória das doenças e a forma como a Medicina se relaciona com a vida, o adoecimento e a morte. Recursos diagnósticos cada vez mais precisos, terapias farmacológicas, procedimentos invasivos e métodos de suporte artificial de órgãos permitiram prolongar a sobrevida e transformar doenças anteriormente rapidamente fatais em condições crônicas ou de evolução prolongada. Ao mesmo tempo, esse progresso trouxe novos desafios: pacientes convivem durante períodos cada vez maiores com multimorbidades, perda funcional, sintomas persistentes, dependência de cuidados e sucessivas transições entre diferentes pontos da rede assistencial. Nesse contexto, a tomada de decisão deixa de depender apenas da existência de uma intervenção tecnicamente possível e passa a exigir análise de seus benefícios, riscos, proporcionalidade e compatibilidade com os objetivos e valores de cada pessoa (CHIBA *et al.*, 2016).

A complexidade clínica também não se limita ao número de diagnósticos. Uma doença grave pode produzir repercussões físicas, emocionais, sociais e espirituais que se sobrepõem e se modificam ao longo do tempo, afetando simultaneamente paciente, familiares e cuidadores. O sofrimento decorrente da doença, das limitações funcionais, da incerteza prognóstica, das decisões terapêuticas e da perspectiva de finitude frequentemente exige uma abordagem mais ampla do que aquela oferecida por um modelo centrado exclusivamente na doença. O cuidado torna-se, portanto, necessariamente multidimensional. O Manual de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde e do Hospital Sírio-Libanês destaca que doenças ameaçadoras à vida demandam um olhar amplo para a totalidade da experiência do paciente e recomenda assistência especializada e multiprofissional quando as necessidades alcançam maior grau de complexidade (D'ALESSANDRO *et al.*, 2023).

É nesse cenário que os cuidados paliativos ocupam papel central. Longe de representarem abandono terapêutico ou assistência restrita aos últimos dias de vida, constituem uma abordagem destinada à prevenção e ao alívio do sofrimento, integrada aos tratamentos dirigidos à doença e ajustada às necessidades individuais. O cuidado paliativo contemporâneo pode acompanhar o paciente desde fases precoces de uma enfermidade grave e coexistir com intervenções curativas ou modificadoras da doença, aumentando sua participação à medida que sintomas, fragilidade, dependência e complexidade decisória se intensificam (D'ALESSANDRO *et al.*, 2023).

A assistência ao paciente complexo exige, assim, uma Medicina tecnicamente competente, mas também capaz de reconhecer limites, comunicar incertezas, compreender preferências, controlar sintomas e compartilhar decisões. Dignidade, autonomia, proporcionalidade terapêutica e interdisciplinaridade deixam de constituir conceitos periféricos para integrar o próprio raciocínio clínico.

ENTRE PROLONGAR A VIDA E CUIDAR DA PESSOA: OS LIMITES DA MEDICINA CONTEMPORÂNEA

A capacidade de interferir na evolução das doenças tornou-se uma das maiores conquistas da Medicina moderna. Entretanto, o mesmo recurso que recupera funções e prolonga uma vida com qualidade em determinada circunstância pode produzir sofrimento sem benefício proporcional em outra. Tecnologias de suporte

artificial, internações em terapia intensiva, procedimentos invasivos e tratamentos dirigidos à doença não possuem valor terapêutico absoluto; sua indicação depende do contexto clínico, do prognóstico, das possibilidades reais de recuperação e dos objetivos do paciente.

O processo de morrer também sofreu profunda transformação. A morte, que historicamente ocorria com maior frequência no ambiente doméstico e no convívio familiar, tornou-se progressivamente hospitalizada e medicalizada. Essa mudança contribuiu para transferir ao médico e às instituições de saúde responsabilidades cada vez maiores sobre decisões relacionadas ao final da vida. Paralelamente, uma formação profissional predominantemente orientada para diagnóstico, intervenção e cura pode dificultar o reconhecimento da morte como parte da condição humana. Aleluia e Peixinho identificaram, em médicos que lidavam frequentemente com pacientes terminais, dificuldades diante das situações de perda, da angústia produzida pela relação com o paciente em fim de vida e da própria finitude, relacionando parte dessas dificuldades a lacunas na formação médica (ALELUIA; PEIXINHO, 2002).

Essa formação pode favorecer uma interpretação inadequada da morte como evidência de fracasso profissional. Quando isso ocorre, a manutenção de intervenções passa a ser confundida com manutenção do cuidado. Entretanto, interromper ou não iniciar uma medida desproporcional não significa necessariamente desistir do paciente. Em muitas circunstâncias, representa reconhecer que o objetivo terapêutico mudou: de reversão da doença para controle de sintomas, preservação da funcionalidade possível, conforto e qualidade de vida.

Os cuidados paliativos contribuem justamente para superar a falsa oposição entre "tratar" e "não tratar". Em pacientes criticamente enfermos, por exemplo, tratamento modificador da doença e cuidado paliativo podem coexistir. A intensidade de cada abordagem deve acompanhar a evolução clínica, as possibilidades de reversibilidade e as necessidades do paciente. Assim, mesmo quando a recuperação é provável, aliviar dor, dispneia, ansiedade, delirium e sofrimento familiar permanece parte do cuidado; quando a reversibilidade diminui, a proporcionalidade das intervenções assume importância crescente; e, quando a morte se torna iminente ou inevitável, o controle de sintomas e o conforto podem tornar-se os objetivos predominantes.

Para o paciente complexo, essa mudança de perspectiva é particularmente importante. Multimorbidade, fragilidade, perda progressiva de funcionalidade, internações repetidas, sintomas difíceis de controlar e conflitos entre expectativas, prognóstico e possibilidades terapêuticas podem tornar inadequadas decisões baseadas isoladamente em protocolos de uma única doença. O planejamento precisa considerar a pessoa como um todo e ser continuamente revisto de acordo com a evolução clínica.

O limite da Medicina, portanto, não deve ser compreendido como o ponto em que "nada mais pode ser feito", mas como o momento em que é necessário redefinir aquilo que deve ser feito. Quanto menores as possibilidades de reversão da doença, maior pode ser a necessidade de cuidado.

DIGNIDADE E AUTONOMIA NA TOMADA DE DECISÃO NO FIM DA VIDA

A dignidade da pessoa humana constitui uma das bases éticas para compreender por que o paciente não pode ser reduzido ao diagnóstico, ao órgão comprometido ou à possibilidade

de manutenção de funções biológicas. Na formulação desenvolvida por José Afonso da Silva a partir da tradição kantiana, a pessoa possui valor próprio e deve ser reconhecida como fim em si mesma, jamais apenas como instrumento ou meio para uma finalidade externa (SILVA, 1998). A dignidade, nesse sentido, não depende da produtividade, independência funcional ou expectativa de sobrevida. Persiste diante da dependência, da incapacidade e da proximidade da morte.

Na prática assistencial, respeitar a dignidade significa individualizar o cuidado, controlar sofrimento evitável, preservar intimidade e conforto, comunicar-se de maneira adequada e reconhecer o paciente como participante das decisões que afetam seu corpo e sua trajetória de vida. É nesse ponto que dignidade e autonomia se aproximam.

Historicamente, a relação médico-paciente foi fortemente influenciada pelo paternalismo, no qual o profissional, amparado por seu conhecimento técnico, assumia grande parte das decisões. A evolução da bioética contribuiu para deslocar esse modelo em direção ao reconhecimento do paciente como agente moral capaz de participar das escolhas terapêuticas. Cordero da Silva ressalta a tensão entre paternalismo e autonomia no fim da vida e vincula o consentimento livre e esclarecido a uma comunicação compreensível e suficiente para que a pessoa possa formular seu próprio juízo sobre as possibilidades apresentadas (SILVA, 2014).

Autonomia, contudo, não deve ser interpretada como simples transferência da responsabilidade médica para o paciente. Decidir exige informação clínica adequada, compreensão das alternativas, avaliação de benefícios e riscos e conhecimento do prognóstico. O médico continua responsável por indicar aquilo que possui justificativa clínica e por não oferecer como equivalentes intervenções que sejam inúteis ou claramente desproporcionais. A decisão compartilhada surge justamente da integração entre conhecimento técnico e conhecimento pessoal: a equipe conhece a doença, os tratamentos e suas probabilidades de benefício; o paciente conhece sua história, seus valores, limites aceitáveis e prioridades.

Em situações de doença avançada, essas conversas idealmente devem ocorrer antes de crises agudas que comprometam a capacidade decisória. O planejamento antecipado de cuidados permite discutir valores, objetivos e preferências diante de cenários futuros, reduzindo a necessidade de decisões precipitadas em situações críticas. Diretivas antecipadas também podem funcionar como expressão da autonomia quando o indivíduo já não consegue manifestar sua vontade. O *Manual de Cuidados Paliativos* de 2023 dedica atenção específica aos aspectos ético-jurídicos, às diretivas antecipadas e ao planejamento avançado de cuidados, situando esses instrumentos dentro de uma assistência baseada em comunicação e tomada de decisão individualizada (D'ALESSANDRO *et al.*, 2023).

A família participa de modo relevante desse processo, sobretudo quando existe dependência funcional ou comprometimento cognitivo. Entretanto, a família não deve substituir automaticamente os valores da pessoa pelos seus próprios. Quando o paciente conserva capacidade para decidir, sua vontade permanece central. Quando não a possui, conhecer previamente seus valores, preferências e manifestações anteriores permite aproximar a decisão substitutiva daquilo que teria significado benefício para aquela pessoa.

No paciente complexo, as decisões raramente são isoladas. A escolha sobre internação, ventilação mecânica, alimentação artificial, diálise, cirurgia, antibioticoterapia ou permanên-

cia domiciliar pode produzir consequências sobre funcionalidade, carga de sintomas, dependência, dinâmica familiar e qualidade de vida. Por isso, a autonomia precisa ser exercida dentro de um processo longitudinal e relacional de cuidado, e não restrita à assinatura de um consentimento em um momento pontual.

DISTANÁSIA, ORTOTANÁSIA E PROPORCIONALIDADE TERAPÊUTICA

Os avanços médicos tornaram possível manter funções fisiológicas mesmo quando a doença de base possui reduzida ou nenhuma possibilidade de reversão. Esse cenário exige distinguir a preservação de uma vida que ainda pode beneficiar-se de determinada intervenção do prolongamento artificial de um processo irreversível de morrer.

A distanásia está relacionada à obstinação terapêutica e ao prolongamento do processo de morte por intervenções que oferecem benefício insuficiente em relação aos ônus produzidos. Cardin e Nery associam essa prática à manutenção de tratamentos sem perspectiva efetiva de cura ou recuperação, capazes de acrescentar dor, angústia e sofrimento ao paciente e à família (CARDIN; NERY, 2021).

A dificuldade está em reconhecer que a proporcionalidade não pode ser definida apenas pelo fato de um tratamento produzir algum efeito fisiológico. Uma intervenção pode corrigir temporariamente um parâmetro laboratorial ou sustentar determinada função orgânica sem modificar de forma significativa o prognóstico global, a funcionalidade ou o sofrimento. Por esse motivo, a análise deve considerar objetivo, probabilidade de benefício, ônus, reversibilidade, tempo necessário para obtenção de resposta e consequências para a experiência concreta do paciente.

A ortotanásia ocupa espaço distinto. Seu propósito não é provocar a morte, mas permitir que ela ocorra em seu tempo diante de uma doença irreversível, evitando intervenções desproporcionais e assegurando assistência ativa para alívio do sofrimento. A distinção em relação à eutanásia é fundamental: na ortotanásia, a causa do óbito permanece a própria doença, enquanto o cuidado clínico é mantido e redirecionado para aquilo que efetivamente beneficia o paciente. Barroso e Martel apontam a limitação consentida de tratamento, os cuidados paliativos e o controle da dor como elementos relevantes na proteção da dignidade ao final da vida (BARROSO; MARTEL, 2010).

Essa compreensão modifica a pergunta feita à beira do leito. Em lugar de questionar apenas se determinado suporte “pode ser feito”, a equipe deve avaliar para qual finalidade ele está sendo utilizado e qual resultado razoavelmente pode ser esperado. Em um paciente com condição potencialmente reversível, uma intervenção intensiva pode ser plenamente proporcional. A mesma intervenção, diante de doença avançada, falência progressiva de múltiplos órgãos e ausência de possibilidade de recuperação compatível com os valores do paciente, pode adquirir significado completamente diferente.

Em casos de incerteza, a proporcionalidade pode ser reavaliada por meio de metas terapêuticas claras e intervalos definidos de observação. Uma intervenção pode ser iniciada quando ainda existe dúvida razoável sobre reversibilidade, desde que sua continuidade seja condicionada à resposta obtida e aos objetivos previamente estabelecidos. Essa abordagem evita tanto a omissão prematura de tratamentos potencialmente benéficos quanto sua manutenção automática apesar da ausência de resposta.

O conceito de dignidade no processo de morrer também precisa considerar o extremo oposto da obstinação terapêutica. Mendonça e

Silva abordam a mistanásia como uma morte prematura e socialmente marcada por condições de abandono, desigualdade e insuficiência de proteção, ampliando o debate para além do excesso de tecnologia (MENDONÇA; SILVA, 2014). Esse contraponto é importante: cuidado proporcional não significa negar recursos necessários. A boa prática exige evitar simultaneamente a intervenção excessiva e a insuficiência assistencial.

Assim, a proporcionalidade constitui elemento de equilíbrio. Ela não deriva de uma oposição abstrata entre "fazer" e "não fazer", mas da busca pelo tratamento que ofereça benefício real àquela pessoa, naquela fase da doença e de acordo com seus objetivos.

CUIDADOS PALIATIVOS COMO RESPOSTA CLÍNICA E ÉTICA AO SOFRIMENTO

Os cuidados paliativos oferecem uma resposta organizada à complexidade produzida pelas doenças graves. Seu foco ultrapassa o controle da enfermidade e incorpora a prevenção, identificação e tratamento do sofrimento em múltiplas dimensões. A experiência da doença não é exclusivamente biológica: dor, dispneia, náuseas, delirium e fadiga podem coexistir com medo, ansiedade, perda de papéis sociais, dependência, conflitos familiares, preocupações financeiras, sofrimento espiritual e sensação de perda de sentido.

Essa multidimensionalidade justifica a necessidade de avaliação abrangente. No Manual da ANCP, o diagnóstico do sofrimento é apresentado como etapa indispensável ao cuidado e relacionado à integração das dimensões física, psíquica, social e espiritual, especialmente diante da complexidade encontrada em pacientes e familiares no fim da vida.

A assistência paliativa também não deve ser confundida com cuidado exclusivo dos últimos momentos. O modelo atual propõe integração com tratamentos dirigidos à doença. Em uma fase inicial, o controle de sintomas e a comunicação podem acompanhar terapias com intenção curativa. Com a progressão da enfermidade, a participação paliativa pode aumentar conforme aumentam as necessidades. Somente em determinadas situações, quando a morte é iminente e intervenções modificadoras da doença já não oferecem benefício, o cuidado paliativo torna-se o foco exclusivo.

Esse modelo é particularmente adequado ao paciente complexo, cuja trajetória raramente apresenta uma divisão clara entre uma fase "curativa" e outra "paliativa". Doenças cardíacas, respiratórias, renais, neurológicas, oncológicas e síndromes de fragilidade podem evoluir com períodos de estabilidade interrompidos por exacerbações, hospitalizações e recuperações incompletas. Nessas situações, esperar o reconhecimento de uma terminalidade inequívoca para iniciar cuidados paliativos significa perder oportunidades de controle de sintomas, comunicação e planejamento.

A complexidade também ajuda a definir quando cuidados paliativos especializados são necessários. O Manual do Ministério da Saúde diferencia necessidades que podem ser manejadas por profissionais com competências gerais em cuidados paliativos daquelas que requerem equipes especializadas. Sintomas de difícil controle, sofrimento emocional ou existencial complexo, conflitos relacionados aos objetivos de tratamento e outras situações de maior complexidade justificam a participação de especialistas. Ao mesmo tempo, o documento enfatiza que todo profissional que cuida de pessoas com doenças ameaçadoras à vida deve possuir competências básicas em cuidados paliativos, desde

a atenção primária até o ambiente hospitalar (D'ALESSANDRO *et al.*, 2023).

Isso evita duas distorções frequentes: restringir os cuidados paliativos a uma especialidade isolada ou imaginar que apenas equipes especializadas podem oferecê-los. A abordagem paliativa geral deve integrar a prática dos profissionais que acompanham o paciente; as equipes especializadas complementam essa assistência diante de necessidades de maior complexidade.

O controle de sintomas permanece um dos pilares desse cuidado, mas não o esgota. Analgesia adequada, manejo da dispneia, controle de náuseas, delirium e outros sintomas precisam estar associados à comunicação, suporte emocional, apoio à família, atenção às questões sociais e reconhecimento da dimensão espiritual quando relevante para o paciente. O objetivo não é apenas reduzir uma escala de dor ou corrigir um sinal fisiológico, mas melhorar a experiência global da pessoa diante da doença.

Essa concepção resgata a diferença entre tratar uma enfermidade e cuidar de alguém que está doente. O paciente continua sendo destinatário de assistência ativa mesmo quando a doença já não pode ser curada. Em vez de diminuir, a atenção pode tornar-se mais intensa, pois sintomas, dependência e necessidades familiares frequentemente aumentam na fase de maior fragilidade.

COMUNICAÇÃO E DECISÃO COMPARTILHADA: O CUIDADO INTERDISCIPLINAR NA PRÁTICA

A interdisciplinaridade adquire significado quando diferentes profissionais não apenas atuam simultaneamente, mas integram suas avaliações em um plano comum de cuidado. A mera presença de várias categorias profissionais caracteriza uma equipe multiprofissional; uma abordagem verdadeiramente interdisciplinar exige comunicação entre os diferentes saberes, definição compartilhada de objetivos e reconhecimento de que nenhuma área isoladamente responde a todas as necessidades de um paciente complexo.

O médico possui responsabilidades específicas: compreender o diagnóstico, a história natural da doença, os tratamentos realizados, as possibilidades terapêuticas e o prognóstico; avaliar a proporcionalidade das intervenções; tratar sintomas; e comunicar informações clínicas relevantes. Entretanto, mesmo elevada competência técnica não é suficiente para responder às necessidades físicas, emocionais, familiares, sociais e espirituais de uma pessoa gravemente enferma. O trabalho em equipe permite ampliar essa compreensão e transformar avaliações fragmentadas em um projeto terapêutico coerente.

Na equipe de cuidados paliativos, a comunicação é elemento estruturante. Consolim (2012) destaca o papel do médico na interlocução com paciente, família e demais profissionais e enfatiza que o planejamento terapêutico deve ser construído conjuntamente, com participação ativa do paciente e promoção de sua autonomia.

A enfermagem, por permanecer em contato contínuo com o paciente, tem papel relevante na identificação de sintomas, resposta às intervenções, conforto e reforço das orientações. Psicologia, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudiologia e assistência espiritual podem acrescentar perspectivas específicas conforme as necessidades apresentadas. A contribuição de cada área não deve resultar em planos paralelos, mas convergir para objetivos compartilhados.

A reunião interdisciplinar constitui espaço privilegiado para essa integração. A discussão

deve incluir situação clínica, prognóstico, funcionalidade, sintomas prioritários, compreensão do paciente e da família sobre a doença, preferências, rede de apoio, dificuldades sociais e objetivos do cuidado. Divergências internas precisam ser discutidas antes da comunicação de decisões sempre que possível, evitando mensagens contraditórias que aumentem insegurança e sofrimento.

Da mesma forma, reuniões familiares não devem ser reservadas apenas para situações de conflito. Elas permitem avaliar o que paciente e familiares compreenderam, corrigir expectativas irreais, apresentar cenários possíveis e identificar o que é mais importante para aquela pessoa. Comunicação efetiva não significa apenas transmitir informações; envolve escutar, reconhecer emoções, utilizar linguagem compreensível e permitir tempo para assimilação. No paciente complexo, no qual decisões apresentam múltiplas consequências, essa competência é tão importante quanto o conhecimento técnico sobre os procedimentos disponíveis.

Conflitos podem surgir quando familiares solicitam intervenções que a equipe considera desproporcionais, quando o paciente recusa uma proposta terapêutica ou quando os próprios profissionais discordam sobre prognóstico e objetivos. Nessas situações, a primeira tarefa não é convencer, mas compreender a origem da divergência. Medo de abandono, informação insuficiente, culpa, diferenças culturais, experiências anteriores e interpretações distintas sobre o significado de "fazer tudo" frequentemente participam desses conflitos.

A expressão "fazer tudo", aliás, merece especial cuidado. Para uma equipe orientada apenas à manutenção biológica, pode significar utilizar todos os recursos tecnológicos disponíveis. Em uma abordagem paliativa e interdisciplinar, significa fazer tudo aquilo que possua possibilidade razoável de beneficiar a pessoa: controlar sintomas, tratar condições reversíveis quando compatíveis com os objetivos definidos, reduzir sofrimento, favorecer presença familiar, preservar dignidade e preparar paciente e familiares para os acontecimentos previsíveis.

O cuidado interdisciplinar também facilita a continuidade assistencial. Pacientes complexos transitam entre atenção primária, ambulatórios especializados, emergência, hospital, terapia intensiva e domicílio. Sem comunicação adequada entre esses pontos, preferências previamente discutidas podem ser perdidas e decisões precisam ser reconstruídas em cada nova crise. Registrar objetivos, decisões e planejamento futuro no prontuário e transmitir essas informações à rede assistencial reduz fragmentação e aumenta a coerência do cuidado. O Manual de 2023 recomenda explicitamente a definição de objetivos atuais e futuros, o planejamento conjunto com paciente e família e a documentação e coordenação do plano de cuidados.

A interdisciplinaridade, portanto, não representa apenas um arranjo organizacional. É uma resposta à própria natureza da complexidade humana diante da doença. Quanto mais numerosas e interdependentes são as necessidades do paciente, menos adequada se torna uma assistência fragmentada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado do paciente complexo evidencia uma das questões fundamentais da Medicina contemporânea: a ampliação da capacidade de intervir sobre o organismo precisa ser acompanhada pela mesma capacidade de compreender quando, por que e para quem cada intervenção produz benefício. Cuidados paliativos oferecem uma estrutura clínica e ética para esse desafio ao integrarem controle de sintomas, comunica-

ção, planejamento terapêutico, autonomia, suporte familiar e atenção às dimensões psicológica, social e espiritual do adoecimento.

A abordagem interdisciplinar amplia essa capacidade ao reunir diferentes competências em torno de objetivos comuns, evitando tanto a fragmentação assistencial quanto a redução do paciente à doença. Reconhecer limites terapêuticos não significa abandonar o cuidado, assim como optar pelo conforto não significa ausência de tratamento. Em muitos momentos da trajetória de uma doença grave, cuidar adequadamente exige justamente modificar o objetivo da intervenção, evitar medidas desproporcionais e concentrar esforços naquilo que permanece clinicamente relevante para aquela pessoa. A qualidade da assistência passa, então, a ser medida não apenas pelo tempo de vida acrescentado, mas também pela capacidade de preservar dignidade, reduzir sofrimento e permitir que decisões difíceis sejam tomadas de forma informada, compartilhada e coerente com os valores do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALELUIA, L.M.; PEIXINHO, A.L. O médico diante da morte: aspectos da relação médico-paciente terminal. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 14, p. 99, 2002.

BARROSO, L.R.; MARTEL, L.C.V. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia, v. 38, p. 235, 2010.

CARDIN, V.S.G.; NERY, L.M.G. Até quando prolongar a vida? Revista Brasileira de Sociologia do Direito, v. 8, p. 18, 2021.

CHIBA, T. *et al*. Cuidados paliativos. In: MARTINS, M.A. *et al.*, editor. Clínica médica. 2. ed. ampl. e rev. Barueri: Manole, 2016.

CONSOLIM, L.O. O papel do médico na equipe. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A., organizadores. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

D'ALESSANDRO, M.P.S. *et al.*, editor. Manual de cuidados paliativos. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, 2023.

MENDONÇA, M.H.; SILVA, M.A.M. Vida, dignidade e morte: cidadania e mistanásia. Iusgentium, v. 9, p. 151, 2014.

SILVA, J.A. A dignidade da pessoa humana como valor supremo da democracia. Revista de Direito Administrativo, n. 212, p. 89, 1998.

SILVA, J.A.C. O fim da vida: uma questão de autonomia. Nascer e Crescer, v. 23, p. 100, 2014.