

## TRATAMENTO HUMANITÁRIO: DO CONCEITO ORIGINAL À PRÁTICA FUNDAMENTAL DO CUIDAR

CHEMIN, MRC.<sup>1</sup>,  
SILVA, JS.<sup>2,\*</sup>

A eclosão de novos conhecimentos e procedimentos na área de saúde é um traço evidente do espírito de nosso tempo. Desse avanço, e dos valores e incertezas que dele emanam, reivindica-se o estabelecimento de propostas que enfrentem os novos e constantes desafios que envolvem a humanização na área de saúde. Nesse cenário, a Bioética assume destaque não somente como baliza crítica, mas através da humanização como interlocutora privilegiada sobre os novos conhecimentos e comportamentos que tratam dos cuidados sobre a vida e sua finitude. Nesse horizonte, em que a ética da responsabilidade sobre o outro deve assentar-se em hipóteses ontológicas, objetiva-se refletir como a humanização do cuidado pode gerar confiança, garantir beneficência e autonomia ao paciente, conforme o pensamento de Pellegrino. Para atingir esse objetivo o estudo alicerçou-se na análise qualitativa bibliográfica. Pautado no princípio de beneficência e autonomia, que confere respeito à vontade do paciente, o cuidado em saúde eleva a conduta profissional propriamente à “conduta humana”. A (re)humanização do cuidado favorece a diluição da aridez profissional que permeia a relação entre cuidador e cuidado. Neste contexto, o teólogo é aventado como

---

<sup>1</sup> Mestre em Bioética-Programa de Pós-Graduação em Bioética da PUC-PR. Especialista em Ética e Educação com ênfase em Teologia Moral (FACSUL). Especialista em Bíblia (FAVI). E-mail: [maychizini@yahoo.com.br](mailto:maychizini@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Doutorando em Teologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR), Mestre em Educação pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), especialista em Ética e Educação com ênfase em Teologia Moral (FACSUL). E-mail: [jeffersonpdgg@gmail.com](mailto:jeffersonpdgg@gmail.com)

promotor da excelência no cuidado humanizado quando participe da equipe multidisciplinar em saúde.

**Palavras-chave:** Bioética. Tratamento. Humanitário. Ética das Virtudes.

**Área de Concentração:** Teologia

**Opção de apresentação:** Oral

## TRATAMENTO HUMANITÁRIO: DO CONCEITO ORIGINAL À PRÁTICA FUNDAMENTAL DO CUIDAR

CHEMIN, MRC.<sup>3</sup>,

SILVA, JS.<sup>4,\*</sup>

Apresentação Oral (artigo)

### Resumo

A eclosão de novos conhecimentos e procedimentos na área de saúde é um traço evidente do espírito de nosso tempo. Desse avanço, e dos valores e incertezas que dele emanam, reivindica-se o estabelecimento de propostas que enfrentem os novos e constantes desafios que envolvem a humanização na área de saúde. Nesse cenário, a Bioética assume destaque não somente como baliza crítica, mas através da humanização como interlocutora privilegiada sobre os novos conhecimentos e comportamentos que tratam dos cuidados sobre a vida e sua finitude. Nesse horizonte, em que a ética da responsabilidade sobre o outro deve assentar-se em hipóteses ontológicas, objetiva-se refletir como a humanização do cuidado pode gerar confiança, garantir beneficência e autonomia ao paciente, conforme o pensamento de Pellegrino. Para atingir esse objetivo o estudo alicerçou-se na análise qualitativa bibliográfica. Pautado no princípio de beneficência e autonomia, que confere respeito à vontade do paciente, o cuidado em saúde eleva a conduta profissional propriamente à “conduta humana”. A (re)humanização do cuidado favorece a diluição da aridez

---

<sup>3</sup> Mestre em Bioética-Programa de Pós-Graduação em Bioética da PUC-PR. Especialista em Ética e Educação com ênfase em Teologia Moral (FACSUL). Especialista em Bíblia (FAVI). E-mail: [maychizini@yahoo.com.br](mailto:maychizini@yahoo.com.br)

<sup>4</sup> Doutorando em Teologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR), Mestre em Educação pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), especialista em Ética e Educação com ênfase em Teologia Moral (FACSUL). E-mail: [jeffersonpdgg@gmail.com](mailto:jeffersonpdgg@gmail.com)

profissional que permeia a relação entre cuidador e cuidado. Neste contexto, o teólogo é aventado como promotor da excelência no cuidado humanizado quando partícipe da equipe multidisciplinar em saúde.

**Palavras-chave:** Bioética. Tratamento humanitário. Ética das Virtudes.

## Introdução

A eclosão de novos conhecimentos e procedimentos na área de saúde é um traço evidente do espírito de nosso tempo. Nela inserida, o termo “Bios” assume relevância ao exibir atraente e singular novidade ao coadunar-se aos termos “tecnologia”, “genética”, “genoma” e “ética”. A partir dessa relação, dos valores e incertezas que dela emanam, faz-se necessário o estabelecimento de propostas que enfrentem os novos e constantes desafios que envolvem a humanização na área de saúde (DURANT, 2007).

Nesse cenário, a Bioética associada à humanização assume destaque não somente como baliza crítica, mas também como interlocutora privilegiada sobre os novos conhecimentos e comportamentos que tratam dos cuidados sobre a vida e seu término, convertendo-se em um epíteto caro à sociedade, pois é a “ciência da sobrevivência” (PESSINI et al, 2010).

Nesse horizonte, em que a ética da responsabilidade sobre o outro deve assentar-se em hipóteses ontológicas, marcadas pelos conceitos de “*Bem*”, “*Dever*” e “*Ser*” (JONAS, 1995), objetiva-se refletir como a humanização do cuidado pode gerar confiança, garantir beneficência e autonomia ao paciente. São estas as mesmas bases do pensamento de Pellegrino e Thomasma e sua ética das virtudes que se apoia na tradição aristotélica, sustentando que “não são os princípios, mas o caráter virtuoso dos agentes que torna possível a moralidade das ações” (PETRY, 2005 p.59) .

## Tratamento humanitário: do conceito ao cuidado prático

Desde a antiguidade os filósofos morais tinham ciência que o sentimento deve estar efetivamente coadunado à razão, para que sobre a vontade humana sobreponha-se o bem objetivo. Com isso, não olvidavam que a mesma moral que impacta os sentimentos com determinados mandamentos é também carente de “afetos”. Essa noção é encontrada (mesmo que de formas distintas) em outros filósofos importantes, como Baruch Spinoza (1632-1677), Immanuel Kant (1724-1804), Kierkegaard (1813-1855), Friedrich Nietzsche (1844-1900), dentre outros. Porém, não há neles o que Hans Jonas (1903-1993), denomina “sentimento de responsabilidade”. Nesse sentido, indica Jonas (1995) que (assentados nos conceitos de totalidade, continuidade e futuro) o pilar fundamental dessa responsabilidade é o próprio “ser humano”, ou seja, esse é o protótipo de responsabilidade primeira, a “responsabilidade do homem sobre o homem<sup>5</sup>”.

De acordo com essa tese, é possível afirmar que genericamente a responsabilidade humana pelo outro está constantemente presente, pois quando se vive entre os homens haverá sempre responsabilidade sobre alguém, com destaque ao cuidado paterno<sup>6</sup>, que por ser experimentado de uma ou outra forma por todos, espraiava-se pelas relações sociais e profissionais (JONAS, 1995). Assim, Segundo Levinas (1997. p. 291) desde “toda a eternidade um homem responde por um outro. De único a único. Que ele me olhe ou não, ele me diz respeito; devo responder por ele.” A mencionada asserção coaduna-se propriamente ao conceito de cuidado em saúde, não

<sup>5</sup> No original: “responsabilidad del hombre por el hombre.” (JONAS, 1995, p. 172).

<sup>6</sup> Segundo Jonas (1995, p. 160), o cuidado com a prole: “Es tan espontaneo que no precisa ninguna invocación a la ley moral, es el prototipo elemental de coincidencia entre la responsabilidad objetiva y el principio subjetivo de responsabilidad; mediante esse proposito la naturaleza nos há educado de antemano para todas las clases de responsabilidad, que nos están muy asseguradas por el instinto, y ha preparado nuestro sentimiento para eso.”

em seu fenômeno, mas em sua essência. A definição de *Cuidado de Saúde* no verbete do Dicionário da Educação Profissional em Saúde espalha-se para além da rudimentar conduta técnica e da simples disposição do sistema de saúde no atendimento dos pacientes, sendo em sua origem uma “ação integral” que comporta sentidos direcionados para a percepção da saúde como o “direito de ser”. Não obstante, essa definição é comumente suprimida pelo endeusamento dos exames, pelo tratamento das doenças e pelo triunfo do diagnóstico:

O ‘cuidado’ é uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro. O trabalho interdisciplinar e a articulação dos profissionais, gestores dos serviços de saúde e usuários em redes, de tal modo que todos participem ativamente, podem ampliar o ‘cuidado’ e fortalecer a rede de apoio social. Com isso, a noção de ‘cuidado’ integral permite inserir, no âmbito da saúde, as preocupações pelo bem estar dos indivíduos – opondo-se a uma visão meramente economicista – e devolver a esses indivíduos o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde, situando-os assim como outros sujeitos e não como outros-objetos (PINHEIRO, 2009).

A possível conversão do conceito abstrato em prática concreta na área de saúde pode culminar na promoção e no desenvolvimento do tratamento humanitário, o qual permeia o conteúdo do texto da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde:

A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida. Nas doenças crônicas ou muito graves isto é muito importante, porque o resultado sempre depende da participação da pessoa doente, e esta participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas sim uma capacidade de “inventar-se” apesar da doença (BRASIL, 2004 p.11-12).

Nesse sentido, a formação humanista desejada, recebida e exercida pelos profissionais de saúde será aquela que os fará perceber o quanto é vital legitimar que os sujeitos que compõe o ambiente clínico, ou seja, “cuidados” e “cuidadores” são detentores de “subjetividades” com capacidade de provocar e inspirar reciprocamente nos encontros (CHEMIN, 2015 p. 54), com isso em mente poderão estabelecer sadia relação com seus pacientes. Assim, para aqueles que exercem profissões médicas e

afins, o exercício reflexivo sobre determinado “conflito moral” no ofício da profissão empreendido somente sob o parâmetro do “código deontológico”, equivalerá a uma “visão míope e muito restrita da problemática ética nele contida” (KIPPER; CLOTET, 1998 p. 40).

### **Beneficência na confiança: uma proposta de humanização aos profissionais da saúde**

A excelência na prática do cuidado em saúde contempla a beneficência com o complemento da autonomia, onde o bem do paciente, ou ainda, o melhor interesse do paciente, está em primeiro lugar. Desta concepção eclode uma relação médico-paciente fundamentada na confiança. O paciente confia que o médico e demais profissionais que lhes dispensam cuidados estão exercendo desde a sua arte, desde o seu saber, para seu benefício, e que importam seus valores e suas crenças. Dentre as virtudes, vem em auxílio a prudência, pois é a “[...] disposição que permite deliberar corretamente sobre o que é bom ou mau para o homem (não em si, mas no mundo tal como é, não em geral, mas em determinada situação) e agir em consequência, como convier” (COMTE-SPONVILLE, 1999 p.17). Sendo assim, rege, regula, prevê, antecipa e decide “se põe a serviço de fins que não são os seus e só se ocupa com a escolha dos meios” (COMTE-SPOVILLE, 1999 p.17), ou seja é a virtude esperada no agir ético do cuidado, como pensam Kipper e Clotet (1998, p.50) a “aplicação eticamente correta dos princípios da beneficência e da não-maleficência é o resultado do exercício da *Phronesis* ou Prudência, que sempre deveria acompanhar toda atividade e decisão do profissional de saúde.”

Em pleno século XXI, já não cabe o paternalismo que permite uma relação equivocada onde o cuidado dispensado suprime a pessoa, sendo ela “objeto do mesmo”, conferindo-lhe sem que perceba um trânsito do saber ao poder, com resultados lastimáveis, aniquilando a individualidade singular da pessoa (KIPPER;

CLOTET, 1998). A restauração da beneficência, modelo apregoado por Pellegrino e Thomasma denominado *Beneficência na confiança* (1988, p.58-60), em contraponto ao paternalismo considera que a base está no *telos*, mais que as construções sociais, importam como fim o paciente e seus interesses que se apresentam como fazendo parte da noção pessoal de bem (PELLEGRINO E THOMASMA, 1988). Nesse horizonte, a confiança se estabelece entre os dois pares na relação médico-paciente, visto que a boa prática da medicina se refere a fazer o recomendável pela ciência médica desde que de acordo com os melhores interesses do paciente, a dita confiança está na crença de que a atuação médica se dará sempre neste sentido. O respeito a autonomia do paciente apresenta-se neste cenário como respeito à escolha pela concordância ou não a um tratamento proposto, pela continuidade ou não de um tratamento, uma vez que há possibilidade da futilidade em vista de uma obstinação terapêutica.

Rocha (2013), expõe e não concorda que embora o modelo de Pellegrino possa parecer apenas estar reafirmando o modelo de autonomia como atestam Beauchamps e Childress, pois que este garante tão somente “o diálogo entre médico e paciente a fim de estabelecer os procedimentos que melhor atendem aos interesses do paciente” (p. 90-91). E defende que no proposto por Pellegrino, ao paciente não cabe reivindicar do médico intervenções “fúteis” ou “extraordinárias” pelo simples fato de constituírem parte de sua “decisão autônoma”, um dos perigos que ronda a etapa da vida onde se instala a fase da terminalidade das doenças crônicas, das doenças infecto-contagiosas terminais humanas (Tuberculose resistente, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), das neoplasias malignas em metástase, e das doenças degenerativas do sistema nervoso como o Mal de Alzheimer, é o tratamento fútil.

Pellegrino (2015, p.93), acredita que o equilíbrio de três critérios pode guiar com prudência o fazer médico a fim de evitar a futilidade no cuidado, são eles: a eficácia, o benefício e o custo do tratamento, sempre em relação ao bem do paciente. Eficácia é um meio objetivo, avalia a possibilidade das terapêuticas atingirem ou não efeito sobre o curso da doença. Benefício traz em seu bojo toda uma concepção de valor, aquilo que o enfermo entende como seu bem, portanto de cunho subjetivo.



Custo, ao contrário do que possa parecer em primeira impressão, considera todo um âmbito de custos além dos econômicos, os psicológicos, os sociais, e os físicos, que no todo são dificilmente quantificáveis. Destas considerações a determinação da qualidade de vida fica totalmente imbricada nos valores pessoais do enfermo.

O conceito de bem, isto é, o bem do paciente, é aprofundado pelos estudos de Pellegrino (2015, p.95), que o entende a partir de quatro componentes: bem-estar físico, a própria avaliação, o bem do paciente como pessoa, e o bem espiritual, nessa ordem de hierarquia. O bem-estar físico, diz dos aspectos psicossociais e do organismo físico, é meio de atuação médica, já quando o ponto de vista é do das preferências, do modo como entende o bem viver, a avaliação é pessoal é a referência. A lei natural rege o conceito na categoria de bem como pessoa, aquilo que é próprio para a vida de ser humano, busca a autenticidade do humano, aqui nem médico nem enfermo tem competência para interferir. Quanto à seara espiritual, os autores assumem uma visão cristã e, portanto, reconhecem a vida para além da morte física, onde a fé da pessoa enferma até pode ser ignorada pelos profissionais, porém é parte da pessoa.

Ao equilibrar os critérios citados com a valorização do conceito de bem do paciente pode-se escapar do uso utilitarista do tratamento fútil, que de outro modo poderia justificar procedimentos eutanásicos. Pellegrino (2015, p.106), define exigências para a definição de tratamento fútil onde a dignidade da pessoa, a avaliação de todos os aspectos da vida do enfermo deve ser levado em conta, o que requer moderada apreciação da experiência particular de doença no interior da substância teológica e metafísica individual”, ressaltando o não-abandono do cuidado (dor e sofrimento merecem atenção especial), o contínuo avanço nas pesquisas (para evitar qualquer estigmatização de vulneráveis), assim como o compartilhamento das decisões entre o enfermo e seu médico.

Com a aproximação do momento da morte, ou seja quando a doença entra em fase terminal, há uma mudança de perspectiva. Neste ponto, os cuidados paliativos podem corresponder ao melhor da técnica e ciência a disposição da vida, e ao mesmo tempo representam o ápice do cuidado humanizado. Como a cura já não é possível, os

procedimentos visam o alívio da dor e desconforto. A pessoa na sua inteireza vai ficando ainda mais em evidência. Necessidades físicas atendidas, é tempo de permitir a proximidade da pessoa enferma com seus parentes e amigos, proporcionando assistência espiritual, deixando-a como protagonista da própria morte.

A filosofia dos cuidados paliativos (OMS, 1990 p.11) se preocupa em afirmar a vida e encarar o morrer como um processo normal; não apressar nem adiar a morte; procurar aliviar a dor e outros sintomas angustiantes; oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem ativamente tanto quanto possível até a morte, e para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e com seu próprio luto; e integrar os aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados do paciente. Segundo Pessini (2007), outras necessidades afloram além de tratar a pessoa como objeto de cuidados:

[...] o respeito à autonomia da pessoa sem abandoná-la à sua própria sorte no individualismo; a verdade sobre sua condição de saúde e a participação no processo de tomada de decisões, ajudando-a a elaborar sua própria verdade; o não-abandono [...] (PESSINI, 2007, p. 228).

Neste ponto as equipes multidisciplinares que atuam em ambiente de clínica ampliada poderiam contar com a presença oportuna e preparada de um teólogo que pode muito contribuir, inclusive no preparo para a condução do enfermo a estabelecer suas vontades para fase de terminalidade da doença. O serviço onde o homem está no centro da atenção seja como pessoa enferma, seja como aquele que cuida e ajuda, a este espaço privilegiado dá-se o nome de pastoral da saúde. Desde que o ser humano está implicado aí encontramos bases para a reflexão bioética, uma prática de mínimos e de máximos, uma teologia que se pratica concretamente.

Alarcos (2006), alude a algumas condições indispensáveis para a realização de uma pastoral com vistas a promover cura, numa dimensão de mínimos (que podem ser entendidos como a aceitação dos princípios da beneficência, da não- maleficência, da autonomia e da justiça) e máximos como não causar danos, para não estender mais o sofrimento; humanizar o trato entre enfermos e cuidadores; ajudar no enfrentamento das situações, recompondo energias, ressaltar a pedagogia da esperança promovendo serenidade.

Ainda coloca como premissas para que o atuar da pastoral da saúde e a possibilidade da reflexão bioética aconteça em sinergia: a capacidade racional de discernimento como instância orientadora da reflexão e elaboração de juízos, a aspiração ao bem comum como meta de suas respectivas funções e o reconhecimento da liberdade geradora de iniciativa e pluralidade de opções que não lesem gravemente o dito bem comum. Aí estão perfilados elementos de fundamentação bioética para a pastoral da saúde, o princípio da beneficência, entendida como necessidade pessoal que nasce do interior, e não uma obrigação (que sempre seria imperfeita, pois o bem é relativo a cada situação, somente o não fazer o mal é perfeito) e o cuidar, onde a compaixão se realiza: “Ajudando ativa, livre e desinteressadamente o outro, cria-se no final, em relação a este, a vinculação entre homem e homem, que é relação de proximidade” (ALARCOS, 2006 p.219).

O cuidado que leva a pastoral da saúde a ação é aquele que nasce da virtude da disciplinada aplicação e vivência do bem: “A defesa dos direitos dos enfermos, a saúde para todos, a luta pela vida, a atenção ao moribundo, a presença na bioética e na humanização,[...]” (ALARCOS, 2006 p.211).

### **Considerações finais**

A capacidade de ter responsabilidade por outros iguais é uma característica imanente ao ser do homem e que o leva a uma obrigação objetiva, promovida por uma exigência ontológica, conservada consciente ou inconscientemente (JONAS, 1995). Deste modo, a lei, as normas de conduta profissionais não podem ser “causa”, nem tampouco objeto único de respeito, mas sim o “ser”, em sua capacidade e plenitude, pode gerar e receber respeito.

Porém, de acordo com o anunciado nesse texto, as *Diretivas Antecipadas de Vontade* (BRASIL, 2012) podem humanizar o cuidado em saúde uma vez que demandam e estimulam um processo de tomada de decisão conjunta para aquele

momento onde o enfermo já não tenha condição de expressar suas vontades. Ainda mais, é na confiança de que seu médico vai lhe atender com seu melhor fazer técnico sem deixar de prezar seus valores que se estabelecem as diretivas.

Assim, o conceito de (re)humanizar o cuidado precisa ir para além da crítica fácil acerca do desenvolvimento biotecnológico que acaba por mecanizar o agir, faz-se necessário apresentar meios práticos. Entende-se que as considerações propostas por Pellegrino, pautadas no modelo de beneficência, podem significar um caminho profícuo às equipes como conjunto e cada profissional em particular na prestação do cuidado próximo a excelência, conjugada por uma “prática médica” humanizada e humanizadora, pois com o olhar voltado às necessidades e possíveis vontades do paciente, diluindo assim, a “hegemonia e aridez do principialismo e as limitações dos modelos comercial e contratual de relação médico-paciente.” (CRUZ, 2012, p. 9).

Cabe, por fim ressaltar que nossa existência é marcada tanto por acontecimentos previsíveis, como por eventos imersos no “imponderável” e de forma surpreendente. O término da vida comporta principalmente o segundo aspecto, por isso, o tratamento verdadeiramente humanizado pela restauração da beneficência é primordial no término da vida, pois a ser experimentado por muitos (D’ASSUNÇÃO, 2010). Nesse princípio, do cuidado pelo outro, estão os vínculos mais fortes e profundos da responsabilidade do homem sobre o homem. É também nesse espaço que a presença do teólogo assume destaque, pois além de zelar para que a vontade do paciente seja respeitada, pode conduzir o paciente a reconciliar-se com a vida ao conferir sentido ao sofrimento por ele experimentado, possibilitando-lhe uma morte digna, ou seja, a excelência no cuidado humanizado.

## Referências

ALARCOS, F. J. **Bioética e pastoral da saúde**. São Paulo: Paulinas, 2006.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Publicada no D.O.U. de 31 de agosto de 2012, Seção I, p.269-70) **RESOLUÇÃO 1995/2012**. Disponível em <<http://www.portalmédico.org.br>> Acesso em 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. **Humaniza SUS: a clínica ampliada** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <[www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&id=299](http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&id=299)> Acesso em 21 mai 2015.

CHEMIN, M.R.C. **A dignidade na morte sob a perspectiva das Diretivas Antecipadas de Vontade**. 2015 84f. Dissertação (Mestrado em Bioética). Curitiba, Pontificia Universidade Católica do Paraná, 2015.

COMTE-SPONVILLE, A. **Pequeno tratado das grandes virtudes**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

CRUZ, J. Uma bioética das virtudes. **Revista Portuguesa de Bioética**. ISSN 1646-8082. vol. Dezembro nº17. p.9, 2012.

D'ASSUMPCÃO, E. A. **Sobre o viver e o morrer: manual de tanatologia e biotanatologia para os que partem e os que ficam**. Petrópolis: Vozes, 2010.

DURANT, G. **A bioética: natureza, princípios e objetivos**. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2008.

JONAS, H.. **El principio de la responsabilidad: Ensayo de una ética para la civilización tecnológica**. Barcelona: Editora Helder, 1995.

KIPPER, D.J.& CLOTET, J. **Princípios da Beneficência e Não-maleficência**. In COSTA, S.I.F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. Iniciação à bioética. Brasília : Conselho Federal de Medicina, 1998.

PELLEGRINO, E. D. **Decision at the End of Life: The Use and Abuse of the Concept of Futility**. Disponível em [ufl.org/vol10/pellegrino10.pdf](http://ufl.org/vol10/pellegrino10.pdf). Acesso em 11/maio/2015.

PELLEGRINO, E.D.; THOMASMA, D. **For the Patient's Good: Toward a Restoration of Beneficence in Health Care**, New York: Oxford University Press, 1988.

PESSINI, L. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Loyola, 2007.

PESSINI, L; SIQUEIRA, J. E. ; BARCHIFONTAINE, C. P. Bioética aos 40 anos: reflexões a partir de um tempo de incertezas. **Revista Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/76/130a143.pdf> Acesso em: 02/05/2015.

PETRY, F.B. Princípios ou virtudes na bioética? **Controvérsia** – v.1, n.1, p. 49-65 .jan-jun 2005) ISSN 1808-5253

PINHEIRO, R. **Cuidado em saúde**. In PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F. In Dicionário da Educação Profissional em Saúde. EPSJV-Fiocruz, 2009. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/autores.html#rospin>. Acesso em 21 mai 2015.

ROCHA, D.M. **Beneficência e autonomia: questões bioéticas da sociedade secular**. 276f. Tese (Doutorado em Filosofia). Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer pain relief and paliative*. Geneva, *A report of a WHO Expert Committee, 1990 - Technical Report Series, 804* . Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>. Acessado em 20 de maio de 2015.