

Eutanásia e distanásia: percepção de médicos e enfermeiros de uma cidade sul mineira

Euthanasia and dysthanasia: doctors' and nurses' perceptions in a town in southern Minas Gerais

Eutanasia y distanasia: percepciones de médicos y enfermeros en una ciudad del sur de Minas Gerais

Meire Marques Guimarães^I; Marina Andrade Ferreira de Carvalho^{II};
Ivandira Anselmo Ribeiro Simões^{III}; Rogério Silva Lima^{IV}

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção de médicos e enfermeiros sobre eutanásia e distanásia. **Método:** pesquisa de abordagem qualitativa, constituída por 20 participantes, 10 médicos e 10 enfermeiras. A amostragem foi do tipo *Bola de Neve*. A coleta de dados foi realizada nos anos de 2012 e 2013, em dois hospitais do Sul de Minas Gerais, por meio de um roteiro de entrevistas semiestruturado, composto por duas perguntas que foram gravadas. O método utilizado para a análise dos dados foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Resultados: observou-se que os entrevistados percebem o tema como complexo e pouco discutido no meio acadêmico. **Conclusão:** os limites entre a prática da distanásia e ortotanásia não são precisos no cotidiano profissional.

Palavras-chave: Eutanásia; distanásia; médicos; enfermeiros.

ABSTRACT

Objective: to understand doctors' and nurses' perceptions of euthanasia and dysthanasia. **Method:** in this exploratory, qualitative study of a snowball sample of 10 doctors and 10 nurses at two hospitals in southern Minas Gerais, data were collected in 2012 and 2013 by semi-structured interviews with two open questions. The interviews were recorded and analyzed using Collective Subject Discourse. **Results:** interviewees were observed to perceive the topic as complex and little discussed in academic circles. **Conclusion:** the boundaries between dysthanasia and orthothanasia are not precise in daily professional routine.

Keywords: Euthanasia; dysthanasia; doctors; nurses.

RESUMEN

Objetivo: entender la percepción de médicos y enfermeros sobre eutanasia y distanasia. **Método:** investigación de abordaje cualitativo, constituída de 20 participantes: 10 médicos y 10 enfermeras. El muestreo fue de tipo *bola de nieve*. La recolección de datos fue realizada en 2012 y 2013 en dos hospitales en el sur de Minas Gerais, a través de un guión de entrevistas semiestructurado, compuesto de dos preguntas que han sido grabadas. El método utilizado para el análisis de los datos fue el del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). **Resultados:** se ha observado que los entrevistados consideran al tema complejo y poco discutido entre los círculos académicos. **Conclusión:** los límites entre la práctica de la distanasia y ortotanasia no están precisos en el cotidiano profesional.

Palabras clave: Eutanasia; distanasia; médicos; enfermeros.

INTRODUÇÃO

A eutanásia não se relaciona apenas com a morte, mas também com a dignidade da pessoa humana. Ainda hoje, ela não é aceita pelo Estado Brasileiro, que configura como crime a sua prática. Nesse sentido, a eutanásia é uma questão polêmica, perpassada por conflitos de valores fundamentais e princípios que regem a vida e a dignidade humana. Também, entre os profissionais de saúde, a eutanásia é tomada como temática revestida de singular complexidade, inscrita no cotidiano das ações profissionais, como por exemplo, nas situações relacionadas ao consentimento para realizar a eutanásia e à questão da incurabilidade¹.

Sabe-se que o aumento do sofrimento, sem o restabelecimento da saúde, leva, muitas vezes, a gasto de recursos e gera situação de angústia e transtornos para a família, profissionais e, principalmente, aos pacientes². Tendo em vista a complexidade desse fenômeno face às implicações na práxis do trabalho em saúde, faz-se necessário mais estudos que se dediquem a explorar a questão da eutanásia e da distanásia e sua inter-relação aos aspectos éticos dos atores envolvidos na assistência do paciente em processo de morrer. Isso posto, este estudo teve como objetivo compreender as percepções de enfermeiros e médicos da área hospitalar sobre eutanásia e distanásia.

^IAcadêmica de enfermagem do 8º período da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz. Itajubá, Minas Gerais, Brasil. E-mail: meire_marquesg@hotmail.com.

^{II}Acadêmica de enfermagem do 6º período da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz. Itajubá, Minas Gerais, Brasil. E-mail: andrade_mah@hotmail.com.

^{III}Enfermeira. Mestre em Bioética pela Universidade do Vale do Sapucaí. Docente da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz. Itajubá, Minas Gerais, Brasil. E-mail: ivandiranselmors@hotmail.com.

^{IV}Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Docente da Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Minas Gerais, Brasil. Email: rogerio.lima@unifal-mg.edu.br.

REVISÃO DE LITERATURA

Entende-se por eutanásia o uso de meios que procuram dar morte sem sofrimento a um doente incurável³. A eutanásia é compreendida como um suicídio assistido que acontece por uma decisão oriunda do próprio paciente⁴. A distanásia, por sua vez, significa morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento, ou seja, o prolongamento não razoável da vida, a qualquer custo, quando a hora da morte chega⁵.

Nesse aspecto, a prática da distanásia não consegue discernir as intervenções terapêuticas daquelas inúteis. No contraponto dessa ideia, pautada em uma perspectiva biologicista que pretende controlar e medicalizar todas as fases do ciclo vital, a ênfase que se deveria almejar é a proteção da vida humana, vislumbrando a morte digna como também um direito inalienável⁵.

Percebe-se que, pelo fato de muitas vezes não aceitarem o término da vida, alguns profissionais sentem-se culpados e encontram dificuldades nos tratamentos associados ao aparato tecnológico. É importante ressaltar que o desenvolvimento da tecnologia científica possibilitou o prolongamento da vida, entretanto, nem sempre morrer cercado por alta tecnologia representa o que o paciente mais precisa no momento de sua morte.

Portanto, são necessárias condições que favoreçam a humanização, tais como a compreensão dos familiares, o apoio dos amigos e a solidariedade dos profissionais de saúde. Os vários recursos tecnológicos devem proporcionar ao paciente uma morte digna, sem sofrimento e em paz. Cabe aos profissionais de saúde perceber as necessidades do paciente para poder ajudá-lo a ter uma passagem tranquila^{6,7}.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, do tipo descritivo, com o uso da abordagem qualitativa, desenvolvido no ano de 2012, em dois hospitais gerais de uma cidade do sul de Minas Gerais. Os participantes do estudo foram 10 médicos e 10 enfermeiros selecionados pelo critério de amostragem intencional do tipo *Bola de Neve*.

A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada composta por duas questões que versavam sobre as percepções dos participantes relativas à eutanásia e distanásia. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Para análise de dados, foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), embasado na Teoria das Representações Sociais. As representações sociais, inscritas no âmbito da psicologia social, visam compreender como ocorre a relação indivíduo-sociedade na construção do conhecimento e da realidade a partir da sua inscrição no solo social, histórico e cultural⁸.

O método do DSC é uma técnica que procura revelar o pensamento da coletividade, por meio da

compreensão dos significados circulantes no senso comum dos atores sociais. Para tanto, com o uso dessa técnica, busca-se a descrição do pensamento coletivo para subsidiar sua interpretação⁹.

Esse recurso metodológico, como proposta de tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos por meio de depoimentos, favorece a compreensão dos construtos sociais não sob a forma de gráficos e tabelas, mas de uma forma direta, por meio do discurso⁹.

Para construção do DSC, optou-se pelo uso de três figuras metodológicas: as expressões-chave (ECh), as ideias centrais (ICs) e o próprio DSC. As ECh são trechos do material verbal de cada depoimento, na sua íntegra. As ICs descrevem, de maneira sintética, o sentido presente nos depoimentos. O DSC configura-se como o depoimento dos entrevistados agrupados e colocados na primeira pessoa do singular, composto pelas ECh e ICs, como se fosse o discurso de um único indivíduo⁹.

O estudo preservou os preceitos éticos e recebeu a aprovação do Comitê de Ética e pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), sob o nº do protocolo 766/2011. Para garantia da privacidade e anonimato, os médicos foram identificados pela letra M e os enfermeiros, pela letra E, seguidas pelo numeral arábico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os entrevistados, 6(60%) médicos eram do sexo masculino, com a média de idade de 32 anos. A religião predominante foi a católica – 7(70%). Dentre os médicos entrevistados, 7(70%) são pós-graduados e 3(30%) estão cursando a pós-graduação. A média do tempo de atuação profissional foi de sete anos. Quanto aos enfermeiros, 100% dos entrevistados eram do sexo feminino, com média de idade de 23 anos; 9(90%) professam a religião católica; 9(90%) estão cursando pós-graduação. A média do tempo de atuação profissional foi de quatro anos.

O discurso dos participantes médicos permitiu a identificação das seguintes IC: *Sou contra; Deixar morrer com dignidade; Assunto pouco discutido; Quando o médico deixa de fazer algum procedimento e Deve ser realizado com critério*. No discurso das enfermeiras, as IC encontradas foram: *Não sou a favor da eutanásia; Pouco discutida no meio profissional; Assunto delicado; É um crime; Deve ocorrer de modo natural; Qualidade de morte sem sofrimento e Sou a favor da eutanásia*. Ver a Tabela 1.

A análise do tema eutanásia permite observar que a IC *Sou contra a eutanásia* foi a mais frequente. Eis o depoimento;

Não concordo em provocar a morte do paciente, tem que procurar proporcionar o bem do paciente. É um assassinato, é proibido na legislação brasileira [...] Sou católica e sou contra a gente causar a morte de outra pessoa. (DSC1)

O sentido expresso pelos médicos no DSC acima vai ao encontro do discurso político e religioso proeminente no Brasil, uma vez que o País é predominantemente cristão e as crenças religiosas constituem uma grande influência contra a prática e aceitação da eutanásia⁹. Na mesma direção, o DSC que emerge a partir da IC *Deixar morrer com dignidade* advoga em favor da vida e de uma morte com seu curso natural. Talvez essa IC possa ser compreendida quando se examina a história da profissão médica, uma vez que o conhecimento agregado pelos profissionais sempre se desenvolveu no sentido de preservar a vida. Desse modo, intervenções que a interrompam são difíceis de ser assimiladas pelos médicos, mesmo frente à impossibilidade terapêutica¹⁰.

Então é complicado responder, mas a gente deve ajudar a não apressar, e sim deixar o doente morrer com dignidade. (DSC2)

Por outro lado, da IC *Pouco discutido* emergiu o seguinte discurso:

A eutanásia é um método que precisa ser melhor discutido no País, porque algumas situações ela consegue amenizar o sofrimento, são situações muito seletas, então eu acho que a população devia opinar mais sobre isso. (DSC3)

Os médicos são contrários à prática da eutanásia desde os tempos hipocráticos; estima-se que essa conduta continuará sendo crime (punível com prisão, de 2 a 4 anos). No entanto, observa-se que a prática profissional e o convívio com situações conflituosas diante do processo de morrer têm levado os profissionais a questionar o preparo que o meio acadêmico os tem proporcionado para lidarem com a questão. Não parece claro e consistente para os médicos quais intervenções incorreriam em eutanásia e a partir de qual momento a terapêutica determinaria a distanásia. Talvez daí se compreenda a necessidade de que essa questão seja

mais discutida nas escolas médicas. Enfatiza-se, as medidas atenuantes são aquelas coerentes com os princípios fundamentais do Direito, da razoabilidade e da proporcionalidade^{2,11}.

Em relação às enfermeiras, a IC que mais prevaleceu foi *Não sou a favor da eutanásia*:

Eu acredito que a eutanásia não deve ser praticada, e isso não vem ocorrendo no ambiente onde eu trabalho, tanto pelo perfil dos trabalhadores, da equipe multidisciplinar que lá atuam. Não sou a favor da eutanásia. (DSC4)

Também para as enfermeiras, em sua maioria, a ideia da prática da eutanásia parece inaceitável. Acredita-se que, além dos motivos contextuais e comuns à profissão médica, para a enfermagem, agrega-se o fato de que a profissão possui, desde seus primórdios, um cunho caritativo e religioso que perpassa até hoje o imaginário social. Desse modo, provocar a morte seria, obviamente, uma prática inadmissível¹².

No discurso das enfermeiras, encontra-se, também, a IC *Pouco discutida no meio profissional*. Tais profissionais têm em mente que a eutanásia é um assunto complexo, que sempre levará a novas discussões e muitas indagações. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de novas pesquisas que proponham um estudo detalhado do tema em seus diversos contextos¹. Ressalta-se o discurso:

Realmente, a eutanásia é discutida pouco no ambiente de trabalho, mesmo quando o paciente está em estado terminal de uma doença grave ou não tem prognóstico nenhum [...] Já chegou um limite que não tem recurso nenhum. É um assunto que deve ser mais discutido mesmo... (DSC5)

Esse dilema revela que o fenômeno da morte é discutível, sendo um assunto delicado e que implica inúmeras situações¹³. A esse respeito, da IC *Assunto delicado* derivou o discurso:

TABELA 1: Ideias centrais, sujeitos e frequência das ideias centrais do tema: Percepção dos médicos e enfermeiros sobre eutanásia. Minas Gerais, 2012.

Nº	Ideias centrais médicos	Sujeitos	Frequência das ideias centrais
1	Sou contra	1,3,7,8,9,10	6
2	Deixar morrer com dignidade	2	1
3	Assunto pouco discutido	4	1
4	Quando o médico deixa de fazer algum procedimento	5	1
5	Deve ser realizado com critério	6	1
Nº	Ideias centrais enfermeiras	Sujeitos	Frequência das ideias centrais
1	Não sou a favor da eutanásia	1,2,4,5,6	5
2	Pouco discutida no meio profissional	3,8	2
3	Assunto delicado	5,6	2
4	É um crime	8,9	2
5	Deve ocorrer de modo natural	9	1
6	Qualidade de morte sem sofrimento	7	1
7	Sou a favor da eutanásia	10	1

Assunto delicado. Envolve não só o paciente em si e a repercussão para a família, mas a ética profissional dos envolvidos [médico, enfermagem]. É um assunto extremamente delicado, onde envolve vida, morte e também sentimentos, seja ele da própria pessoa ou de seus familiares. (DSC6)

Observa-se que, ao contrário do discurso médico, as enfermeiras ampliam a visão sobre a temática levando em consideração a família e os aspectos subjetivos.

Quanto à distanásia, no discurso dos médicos, foi possível identificar as seguintes IC: *Sou contra; Deve ser mais discutido, sou obrigado a fazer; Promover o bem-estar do paciente; É egoísmo tirar o direito do paciente opinar e, Tem que fazer o melhor dentro das nossas limitações.* Para as enfermeiras, as Ideias Centrais que mais prevaleceram foram: *Ocorre a distanásia; É bem complicado; É uma questão ética; e Sou contra a distanásia.* Ver a Tabela 2.

Os médicos posicionam-se contra a distanásia, conforme o DSC:

A distanásia é um procedimento que eu discordo totalmente; eu acho que o objetivo do médico e da equipe de enfermeiras, que está assistindo o doente, não tem que prorrogar o sofrimento de ninguém. Então, quando você percebe que o paciente não tem prognóstico e que por mais que você intervenha, você vai conseguir, no máximo, prolongar alguns dias ou algumas semanas na vida dele sem manter uma qualidade mínima de vida. Isso não é viável, você pega, por exemplo, um paciente já com idade avançada com uma doença crônica [...], com o uso de drogas vasoativas, isso vai só prolongar o sofrimento tanto do paciente como da família, então eu sou contra a distanásia. (DSC7)

Entende-se que a existência humana é singular e única, e a maneira de tratar seu fim também deve ser considerada nessa mesma perspectiva de singularidade. No entanto, o posicionamento frente à terminalidade da vida envolve um conjunto de situações que implica outras questões sociais, tais como a família, cultura, religião, o paciente e, também, o profissional de saúde. Sabe-se que, hoje em dia, dificilmente se morre em

casa, mas sim cercado, muitas vezes, de uma estrutura tecnológica dentro de uma unidade de terapia intensiva⁸. A Resolução nº 1.805/2006 e o parágrafo único do artigo 41 do CEM/2009 regulamentam a prática da ortotanásia e reprovam a distanásia. Vale ressaltar que o CEM foi atualizado em 2010, incluindo os princípios éticos dos cuidados paliativos no artigo 41².

Isso pode denotar um movimento social de reaproximação para com o processo de morrer, capaz, talvez, de ressignificar a morte e reinseri-la no debate, nos meios profissional e acadêmico, ao encontro, portanto, dos anseios dos profissionais, médicos e enfermeiros. A esse respeito, pode-se identificar, no discurso médico, a seguinte IC: *Deve ser mais discutido, sou obrigado a fazer:*

Mas eu acho que tem que ser uma coisa muito bem discutida, e muito bem especificada, porque é difícil de você decidir em qual paciente eu vou investir, ou em qual paciente eu não vou investir. Então, acho que deveria ser melhor discutida no âmbito do Ministério da Saúde, para orientar melhor os médicos com relação a quando investir e quando não investir. A distanásia é uma coisa que eu sou obrigado a fazer, porque se eu não fizer eu vou preso. (DSC8)

A evolução científica e tecnológica na área da saúde, a melhoria das condições técnicas e científicas para o tratamento e a transformação da atenção ao paciente sobre o fim da vida determinam uma realidade complexa, que exige dos profissionais um posicionamento a favor dos cuidados paliativos, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares¹².

Nesse entendimento, observa-se que a IC *Promover o bem-estar do paciente* agrupa a percepção dos médicos nesse quesito:

O mínimo que o médico pode fazer é promover o bem-estar, atuaria dando o mínimo de condições ao paciente, qualidade de vida, conforto com relação à dor, à hidratação, equilíbrio eletrolítico, isso você pode fazer sem esperar a evolução natural do paciente. (DSC9)

TABELA 2: Ideias centrais, sujeitos e frequência das ideias centrais do tema: Percepção dos médicos e enfermeiros sobre distanásia. Minas Gerais, 2012.

Nº	Ideias centrais médicos	Sujeitos	Frequência das ideias centrais
1	Sou contra	1,5,6,7,9,10	6
2	Deve ser mais discutido, sou obrigado a fazer	4,5	2
3	Promover o bem-estar do paciente	2	1
4	É egoísmo tirar o direito do paciente opinar	3	1
5	Tem que fazer o melhor dentro das nossas limitações	8	1
Nº	Ideias centrais enfermeiras	Sujeitos	Frequência das ideias centrais
1	Ocorre a distanásia	1,2,4,8	4
2	É bem complicado	3,7,8,	3
3	É uma questão ética	5,6,8	3
4	Sou contra a distanásia	9,1	2

Os profissionais, ao perceberem o sofrimento e a dor alheia, buscam um modo para avaliá-la, a fim de oferecer conforto ao paciente e seus familiares. Porém, os conhecimentos adquiridos pelos profissionais de saúde não são suficientes para a redução de todo o sofrimento e se limitam, muitas vezes, ao cuidado físico, esquecendo-se do cuidado integral¹².

Isso pode ser observado no discurso das enfermeiras em relação à distanásia, quando afirmam que *Ocorre a distanásia*. Ressalta-se que, no momento em que não se consegue atingir os objetivos da terapia médica, que é de preservar a saúde ou aliviar o sofrimento, parece surgir a obrigação de cessar as medidas inúteis e intensificar o empenho para amenizar o desconforto do morrer¹⁴.

Eu acredito que quando se esgotarem todas as formas [de recuperação] e ele não tem mais mesmo a cura, só o cuidado permanece, e o pessoal insiste em prolongar a vida com sofrimento, com os medicamentos, mesmo sabendo que ele não tem possibilidade terapêutica. (DSC10)

Ao encontro dessa constatação, o espaço de tempo entre o adoecer e o morrer, no século passado, era curto, e nos dias atuais, este tempo se prolongou, ficando a pessoa *morrendo por muito tempo*, graças às conquistas da ciência e tecnologia. Porém, no ambiente hospitalar, faltam meios para discussões a este respeito, a morte é considerada algo negativo e existe certo despreparo por partes dos profissionais de saúde⁶ para enfrentar tal realidade^{6,7,10,12-15}.

Assim como os médicos, há uma frustração dos profissionais de enfermagem diante da morte do paciente, pois durante sua graduação, o foco é salvar vidas a qualquer custo. Quando isso não é possível, esses profissionais deparam-se com a falta de preparo e, ao mesmo tempo, vivenciam vários conflitos. Vivenciam, assim, o processo de morrer do cliente como perda, sofrimento, angústia, quando deveriam receber um acompanhamento psicológico, acessível a todos para aprenderem a lidar com esses sentimentos¹⁵.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu a compreensão da percepção dos médicos e enfermeiros com relação à eutanásia e distanásia. Foi possível perceber que o tema é complexo e requer mais pesquisas que se debrucem sobre a temática, sobretudo quando se percebe que ambos, médicos e enfermeiros, apontam a eutanásia e distanásia como problemas pouco discutidos no meio acadêmico e profissional.

Sugere-se que as questões que tangenciam o processo de morrer, inclusive os cuidados paliativos, sejam objeto de estudo e discussão entre profissionais que atuam na assistência e na formação de médicos e enfermeiros. Isso também pode ser favorecido pela inclusão nos currículos de uma disciplina específica que privilegie os espaços de diálogo e construção de conhecimentos no tocante à tanatologia.

REFERÊNCIAS

1. Bueno AAB, Fassarella CS. Eutanásia: discutindo a relatividade da bioética. Rev Rede Cuid Saúde. 2011; 5:1-10.
2. Ribeiro KV, Soares MCS, Gonçalves CC, Medeiros IRN, Silva GI, Eutanásia em paciente terminal: concepções de médicos e enfermeiros intensivistas. Enferm Foco. 2011; 2(1):28-32.
3. Santos JLG. Ética profissional: conduta dos profissionais de saúde diante da vida e da morte. Rev intensiva. 2008; 3:17-22.
4. Teixeira AT. Aspectos jurídicos da morte e do morrer. In: Santos SF. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 361-71.
5. Pessini L. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. In: Santos SF. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 319-45.
6. Batista RS, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. Ciên saúde coletiva. 2008; 9:31-41.
7. Timby BK. Morte e morrer. In: Timby BK. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 6ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2001.
8. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
9. Lefreve F, Lefreve AM. Pesquisa de representação social: um enfoque qualitativo. Brasília (DF): Liber Livro; 2010.
10. Tittanegro GR. Bioética e final da vida: reflexões fisiológicas sobre a morte. In: Malagutti W, organizadora. Bioética e enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas. Rio de Janeiro: Rubio; 2007. p.195-203.
11. Conselho Federal de Medicina [internet]. Brasília (DF); 2012. [citado em 13 jan 2013]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23148%3Amedicos-discutem-r&catid=3%3Aportal&Itemid=1.
12. Silva JV. Bioética: visão multidimensional. In: Silva JV ; Simões IAR, organizadores. Os significados de boa morte e morte digna. São Paulo: Iátria; 2010. p. 159-67.
13. Bushatsku T, Sarinho ESC, Lima LS, Faria JH, Baibich-Faria TM, Cuidados paliativos em pacientes fora de possibilidade terapêutica: um desafio para a profissão de saúde e cuidadores. Rev Bioethikos. 2011;5:309-16.
14. Menezes MB , Selli L, Alves JS. Distanásia: Percepção dos profissionais de Enfermagem. Rev Latino-Am de Enfermagem. 2009;17:443-8.
15. Santos JLD, Bueno SMV. A questão da morte e os profissionais de enfermagem. Rev enferm UERJ. 2010;18:484-7.