



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Toffoletto, Maria Cecilia; Viski Zanei, Suely S.; Curvelo Hora, Edilene; Puerta Nogueira, Gisele;
Miyadahira, Ana Maria K.; Kimura, Miako; Grillo Padilha, Kátia
A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações
sobre a participação dos enfermeiros
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 18, núm. 3, julio-septiembre, 2005, pp. 1-5
Escola Paulista de Enfermagem
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026606012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros*

Disthanasia as an ethical dilemma at the Intensive Care Units: considerations about nurses involvement

La distanasia como generadora de dilemas éticos en las Unidades de Terapia Intensiva: algunos aspectos a cerca de lo involucrimiento de los enfermeros

Maria Cecilia Toffoletto¹, Suely S. Viski Zanei², Edilene Curvelo Hora³, Gisele Puerta Nogueira⁴, Ana Maria K. Miyadahira⁵, Miako Kimura⁶, Kátia Grillo Padilha⁷

RESUMO

A distanásia apresenta-se como uma das fontes geradoras de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Discute-se o contexto que favorece a prática da distanásia nesse ambiente, com ênfase na utilização excessiva do suporte tecnológico. Tecemos comentários sobre a participação dos familiares e profissionais envolvidos, principalmente médicos e enfermeiros, considerando-se o papel sócio-profissional atribuído a cada um. Pretende-se com as considerações apresentadas, fornecer subsídios para a reflexão do tema, com vistas a uma participação mais ativa dos enfermeiros de UTI nos dilemas éticos relacionados à distanásia.

Descritores: Cuidados intensivos; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem; Bioética; Ética

ABSTRACT

Disthanasia is conceptualized and presented as an ethical dilemma in Intensive Care Units (ICU). The context favoring the disthanasia practice on this environment focusing the excessive use of technological devices will be discussed. The study will approach the family, physician and nurse's participation in the situations, considering the social and professional role of each one. This study aims to provide support for healthcare professionals to reflect on this subject, aiming the nurse's more effective participation on ethical dilemmas related to disthanasia.

Keywords: Intensive care; Intensive Care Units; Nursing; Bioethics; Ethics

RESUMEN

La distanasia se presenta como una de las fuentes generadoras de los dilemas éticos en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Discute el contexto que favorece la práctica de la distanasia en este ambiente, con énfasis en la utilización excesiva del arsenal tecnológico. Además de los comentarios sobre la posición de los familiares y de los profesionales involucrados, principalmente los médicos y enfermeros, se consideró el papel socio-profesional que se atribuye a cada uno. Para finalizar, los profesionales del área son estimulados a reflexionar sobre el tema y los enfermeros a participar de manera más activa en las discusiones de los dilemas éticos relacionados a la distanasia.

Descriptores: Cuidados intensivos; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermería; Bioética; Ética

* Estudo realizado durante a disciplina "Análise Crítica da Enfermagem em Cuidados Intensivos" do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

¹ Aluna do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

² Aluna do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

³ Aluna do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Aluna do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

⁵ Professora Titular da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

⁶ Professora Livre-Docente da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

⁷ Professora Livre-Docente da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

No decorrer do século XX, a medicina obteve evidentes benefícios com o avanço tecnológico permitindo aumento da eficiência e segurança graças à utilização de novas modalidades terapêuticas. Entretanto, o seu emprego exagerado em situações questionáveis, como no caso de pacientes não recuperáveis, fez crescer dilemas sociais, institucionais e profissionais quanto aos aspectos econômicos, éticos e legais pertinentes⁽¹⁾.

Neste cenário, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), passaram a ser alvo de constantes conflitos éticos no que se refere à crescente utilização de tecnologias no tratamento de pacientes que não mais respondem aos tratamentos disponíveis, com conseqüente prolongamento do processo de morte quando a mesma é inevitável.

As UTIs constituem um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinados ao atendimento de pacientes graves ou em risco de morte, que exigem, além de equipamentos, assistência médica e de enfermagem ininterruptas e especializadas⁽²⁾. A utilização de recursos tecnológicos e medicamentos potentes para suporte hemodinâmico (por exemplo, balão intraórtico e drogas vasoativas), ventilatório (ventilação pulmonar mecânica), renal (tratamentos dialíticos), ou ainda para a reanimação cardiopulmonar, fazem parte do dia-a-dia das UTIs.

A concentração destes recursos somada à gravidade dos pacientes internados em UTIs, pode favorecer, no decorrer da evolução da doença, o surgimento de um momento no qual o processo de morte é irreversível, gerando dilemas éticos relacionados à distanásia⁽¹⁾.

O termo distanásia, pouco empregado no meio hospitalar, é definido como morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento. Pode ser empregado como sinônimo de tratamento fútil ou obstinação terapêutica e retrata a atitude persistente dos profissionais de recuperar o paciente terminal, podendo causar grande desconforto físico e emocional tanto para o paciente quanto para a família e demais integrantes da equipe multidisciplinar⁽³⁾.

Vários autores discutem a distanásia em seus estudos, questionando os tratamentos dispensados a pacientes não recuperáveis, o uso indiscriminado de arsenal tecnológico para pacientes em processo de morte e a conseqüente sustentação indefinida do suporte vital⁽³⁻⁵⁾.

Esta conduta persistente vem sendo discutida há mais de quatro décadas. A tese médica clássica pauta-se na concepção de que o médico não deve nunca abandonar o tratamento de um paciente, pois “enquanto há vida, há esperança”^(3,5). Mas, o que fazer diante de um paciente em situações extremas, que a despeito da utilização de todos os recursos de suporte terapêutico disponíveis, por vários dias consecutivos, não apresenta melhora? Situações como esta não são incomuns nos ambientes onde se concentram pacientes graves, podendo gerar dúvidas

e dilemas éticos entre os profissionais e familiares quanto à adequação moral de cada escolha.

Um dilema ocorre quando se utiliza um argumento que coloca o indivíduo entre duas proposições opostas. Pode ser, igualmente, uma situação embaraçosa com duas saídas difíceis ou penosas⁽⁶⁾. A Ética, por sua vez, é definida como um mecanismo de regulação das relações sociais do homem com o objetivo de garantir a coesão social e harmonizar interesses sociais e coletivos. Implica em uma opção individual, uma escolha ativa, que requer adesão íntima da pessoa a valores, princípios e normas morais, estando intrinsecamente ligada à noção da autonomia individual⁽⁷⁾.

Situações geradoras de grandes dilemas éticos podem levar pacientes (se conscientes), familiares e profissionais, a se depararem com a necessidade de tomada de decisão no que concerne ao prolongamento ou interrupção das medidas terapêuticas. Delimitar o tratamento, definir ações e utilizar a mesma linguagem fazem da decisão um processo difícil, nem sempre concordante e uniforme. Cabe esclarecer aos pacientes, família e profissionais que é lícito conformarem-se com os meios normais que a medicina pode oferecer e que a recusa de uma terapêutica obstinada não corresponde à omissão do tratamento⁽¹⁾.

A ocorrência de dilemas éticos entre os profissionais no decorrer do atendimento dos pacientes tem provocado inúmeras reflexões na área da Bioética⁽⁸⁾. Como membro integrante da equipe multiprofissional na UTI, o enfermeiro deve questionar, refletir e debater os pontos polêmicos, atuando como participante ativo na busca de soluções de problemas éticos que ocorrem no cotidiano do seu trabalho.

DILEMAS ÉTICOS NAS UTIS: OS ENFERMEIROS NESSE CONTEXTO

A Bioética é entendida como a ética aplicada à vida em um contexto social. É a ética aplicada a situações novas causadas pelo progresso da biotecnologia e os problemas decorrentes da sua aplicabilidade em seres humanos⁽⁹⁾.

Paradoxalmente, por ter a vida como objeto de estudo, a Bioética abarca as questões inerentes ao processo de morrer. Por sua abrangência, é considerada campo de ação e de interação de profissionais e estudiosos de várias áreas do conhecimento humano, pois a discussão sobre a vida e a saúde humana, não apenas interessa a todos os homens, como também requer a bagagem de conhecimentos de diferentes profissionais⁽⁴⁾.

No contexto das UTIs, tal como ocorre nos diversos sistemas institucionais de atendimento à saúde, as decisões bioéticas são, em geral, assumidas pelo médico, principalmente por sua atuação chave em questões decisórias acerca do tratamento⁽¹⁰⁾.

Já a participação dos enfermeiros no processo de tomada de decisão de dilemas éticos, apesar de importante, muitas vezes tem se mostrado tímida, aquém do que seria desejável e possível.. Se por um lado os enfermeiros poderiam contribuir efetivamente para a tomada de decisões defendendo a autonomia do paciente e a família, por outro, ao priorizarem o desejo dos pacientes e familiares, diferente do que ocorre com os médicos, os enfermeiros enfrentam novos dilemas, por terem que cumprir tratamentos com os quais não concordam⁽¹¹⁾.

A despeito de muitos enfermeiros desejarem participar da discussão dos dilemas éticos que surgem na sua prática, não há, em geral, espaço para uma atuação efetiva nas tomadas de decisões, o que acaba gerando insatisfação profissional⁽¹²⁻¹⁴⁾. Em contrapartida, observa-se também enfermeiros que tendem a manter distanciamento dessas situações, por vezes, de forma consciente, em razão do sofrimento emocional que o enfrentamento dessas situações acarreta, nem sempre fácil de ser vivenciado. O comportamento passivo dos enfermeiros frente a situações complexas que exigem tomada de decisão, conhecido como ética alienada, pode ainda funcionar como mecanismo de defesa ou indicar desconhecimento de uma nova visão a respeito da ética que mantém os enfermeiros subalternos e resignados perante autoridades ou chefes imediatos⁽¹⁵⁾. No caso das UTIs, esta autoridade geralmente é assumida pelo médico intensivista, que pode, no entanto, ser tão despreparado quanto os enfermeiros para o enfrentamento dos problemas éticos.

Estudiosos do assunto, tanto na literatura nacional como internacional, concordam sobre a necessidade de se discutir amplamente com a família todas as alternativas terapêuticas possíveis, a fim de que ela possa contribuir para a solução dos dilemas éticos inerentes ao tratamento intensivo. Além da família, recomenda-se que a discussão seja interdisciplinar, agregando tantos profissionais quanto possível⁽¹⁶⁻²⁰⁾.

Na prática, no entanto, tal procedimento ainda é pouco observado e, na maioria das vezes, o médico é levado a decidir isolada e unilateralmente, não compartilhando opiniões devido à falta de comunicação entre os profissionais⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Percebe-se também que a decisão de se interromper determinado tratamento (por ter sido considerado como fútil por quem o decidiu) nem sempre é consensual entre os profissionais e sustentada pelos diferentes intensivistas da mesma instituição. Dessa forma, não é incomum que em plantões diferentes, um outro médico retome o tratamento anterior, motivado por suas convicções pessoais, criando um círculo vicioso de difícil solução e que reflete a falta de diálogo entre a própria equipe médica. Tais condutas, indesejáveis e contraditórias, não só confundem os familiares, como podem aumentar ou trazer falsas expectativas em relação à evolução clínica do paciente⁽²¹⁾.

Também entre a equipe de enfermagem, cria-se uma situação desconfortável, pois muito freqüentemente, os familiares procuram respostas aos seus anseios junto aos enfermeiros. Como explicar para os familiares uma mudança de conduta radicalmente oposta? O que o enfermeiro pode falar ou não a respeito de uma decisão da qual ele não participou? O que seria eticamente correto? E enquanto ser humano, sensível ao sofrimento alheio e em contato próximo com toda a problemática dos pacientes e familiares, como se sentirá o enfermeiro e equipe frente à obstinação terapêutica de alguns médicos?

A angústia profissional dos enfermeiros e a impossibilidade de interferir no processo de decisão dos dilemas éticos pode estar levando alguns enfermeiros a buscarem soluções próprias. Nesse sentido, diante da hipótese de que enfermeiros americanos praticavam a eutanásia ou o suicídio assistido, pesquisa foi desenvolvida questionando se o profissional já havia administrado medicamento ou realizado algum procedimento com a intenção de causar ou antecipar a morte de algum paciente. O estudo, realizado por meio de um questionário junto a uma amostra de 1139 enfermeiros, dos quais 852 trabalhavam em UTI, mostrou que 141 enfermeiros afirmaram ter recebido algum pedido (de familiar, do próprio paciente ou por terem entendido que esse era também desejo do médico) para praticar a eutanásia. Desse total, 129 mencionaram ter realizado algum tipo de ação para favorecer a morte do paciente, pelo menos uma vez durante sua carreira. As justificativas dos enfermeiros para tais atos recaíram no uso abusivo de tecnologia para manter a vida, forte senso de responsabilidade para com o bemestar dos pacientes, desejo de aliviar o desconforto e de sobrepujar a indiferença do médico frente ao sofrimento do paciente. Independente desses argumentos justificarem ou não a eutanásia, o autor comenta que o estudo reflete de forma incontestável os valores profissionais e a grande consideração dos enfermeiros pelos pacientes⁽²²⁾.

Os resultados mencionados merecem profunda reflexão tanto por parte dos enfermeiros como dos médicos que trabalham em UTI. Os dilemas éticos são de difícil solução e trazem desgaste e sofrimento a todos os envolvidos. Assim, certamente, seria mais fácil e menos doloroso se as decisões fossem discutidas e compartilhadas conjuntamente entre os profissionais, paciente, quando possível, e família visando à resolução de eventuais conflitos sobre objetivos e possibilidades reais de tratamento.

DILEMAS ÉTICOS NAS UTIS: A FAMÍLIA NESSE CONTEXTO

Nas UTIs, muitas vezes, percebe-se a perda de valores humanos, os pacientes são isolados de seus familiares e submetidos a tratamentos com equipes por eles desco-

nhecidas, o que lhes causa ansiedade e angústia. Nessas circunstâncias, não raro, os familiares se encontram desamparados, carentes de informações e sem orientação⁽²³⁾.

O cuidar do paciente em uma UTI inclui também o cuidado à família⁽¹³⁾, nela incluída não só os parentes consanguíneos, como também, amigos, namorado ou outra pessoa significativa apontada pela família⁽²⁴⁾.

Considerando-se que a hospitalização de um membro da família é fonte geradora de estresse, no caso de o equilíbrio familiar não ser preservado, é possível o desencadeamento de crises de difícil controle. A prevenção dessas ocorrências, no entanto, pode ser minimizado com o uso de estratégias adaptativas empregadas para restaurar a coesão e o equilíbrio familiar, pois a doença sempre é experimentada de forma coletiva e não individual⁽²⁵⁾. Frente a um problema de ordem ética, a presença do enfermeiro junto aos pacientes e familiares pode contribuir de forma singular na busca de soluções⁽²⁶⁾.

Entende-se que o caminho para um tratamento com dignidade e qualidade ao paciente passa pela assistência a família e que é necessário ouvi-la em suas dúvidas, levar em conta sua opinião e, mais que tudo, incentivar sua participação em todo o processo de cuidar/curar⁽²⁷⁻²⁸⁾. É preciso considerar a família como um elemento terapêutico que deve ser incorporado ao cuidado do paciente⁽²⁹⁾.

A Federação Pan-Americana e Ibérica de Medicina Crítica e Terapia Intensiva reconhece como direito do paciente, a presença de familiar na UTI. Em nossa realidade a garantia do acompanhamento do familiar está contemplada na Lei 10.689, do Estado de São Paulo, que assegura o direito à entrada e à permanência de um acompanhante com a pessoa que se encontra internada em Unidades de Saúde sob a responsabilidade do Estado, inclusive nas dependências das UTIs. Profissionais da área enfatizam que o familiar/visitante também deve ser visto como um membro da equipe⁽¹⁶⁾ cabendo à sociedade, no entanto, conscientizar-se e tomar posse desse direito.

A literatura nacional e internacional apresenta estudos que utilizaram diferentes estratégias para tornar os familiares membros participantes da equipe da UTI, inserindo-os na problemática do cuidado e das decisões, enfatizando a participação do enfermeiro nessas situações.

Nesse sentido, pesquisa que utilizou como base teórica e filosófica a ética do cuidar e que relata a criação de uma unidade de orientação e apoio familiar com o objetivo de assessorar a família do paciente em estado crítico, por meio da atenção psicoterapêutica nos momentos de crise, mostrou resultado altamente efetivo pelos familiares e pacientes⁽³⁰⁾.

Da mesma forma, programa desenvolvido e implementado por enfermeiros com a participação de voluntários com o objetivo de oferecer apoio à família de pacientes graves, revelou efeito satisfatório, fazendo com que os familiares se sentissem parte da equipe de cuidado⁽³¹⁾.

Outros estudos descrevem ainda a aplicação do modelo sócio-humanista na UTI que propõe a humanização da assistência de enfermagem⁽³²⁻³³⁾. Sob esse enfoque, além da inclusão dos profissionais da equipe de enfermagem, a participação do paciente e do familiar é valorizada sendo a eles atribuído o poder de decidir sobre as questões que afetam o paciente. Os autores destacam a importância da ação profissional voltada para o ser humano, não só como organismo biológico, mas também como um ser situado no mundo, em um determinado contexto sócio-cultural com sua totalidade, suas peculiaridades e sua historicidade.

Esses estudos evidenciam a preocupação dos enfermeiros com os pacientes e seus familiares e a busca de novas maneiras de prestar assistência de enfermagem na UTI, visando valorizar princípios éticos na prática cotidiana.

É POSSÍVEL RESOLVER O DILEMA?

No Brasil, ainda não existe uma legislação específica que proteja o médico em sua eventual decisão de não iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar ou de abandonar tratamentos fúteis quando não mais pertinentes. Diante da falta de normas e diretrizes para a abordagem dessas questões, faz-se extremamente necessária a discussão de possíveis condutas em relação ao paciente terminal em UTI. As discussões e o consenso dentro da equipe multidisciplinar e com o paciente (se possível) ou os familiares parece ser o primeiro passo na tomada de decisões em relação às condutas a serem adotadas quando a morte é inevitável. A presença de outros profissionais (psicólogos, psiquiatras), de líderes religiosos e de pessoas de confiança da família pode contribuir para se atingir um consenso. Preservando o princípio da não maleficência e da dignidade humana, a equipe redireciona suas ações voltadas aos cuidados de higiene e conforto, e ao alívio da dor e sofrimento não só do paciente, mas também de sua família⁽¹⁾.

Até quando investir no tratamento sem provocar agressões adicionais é o desafio ético que se impõe atualmente no cuidado ao paciente criticamente enfermo. Quando e como agir fazendo o melhor possível para atender aos interesses dos pacientes, sem transpor a linha da futilidade, é tarefa difícil, bem maior do que apenas dominar o uso da tecnologia sustentadora da vida. Além disso, no contexto atual, o não-enfrentamento de questões dessa natureza faz com que profissionais e sociedade convivam com situações, no mínimo contraditórias, em que se investe para encontrar a cura de pacientes irrecuperáveis ou terminais, quando os poucos recursos disponíveis poderiam ser melhor utilizados para salvar vidas que teriam chances reais de recuperação⁽³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da complexa problemática apresentada, considera-se de fundamental importância o envolvimento e participação do enfermeiro nos debates que envolvem dilemas éticos em UTI. A aquisição de maior conhecimento sobre as questões éticas e aspectos relacionados à humanização da assistência intensiva devem ser tópicos de discussão não somente circunscrita ao âmbito da enfermagem, mas de todos os profissionais. Do ponto de vista prático, a criação de grupos interdisciplinares, envolvendo também familiares, poderia auxiliar na discussão e tomada de decisão conjunta.

REFERÊNCIAS

1. Piva JP, Carvalho PRA. Consideração ética nos cuidados médicos do paciente terminal. *Bioética*. 1993; 1(2):129-38.
2. Ministério da Saúde. Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 1998;106:9-16.
3. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola; 2001.
4. Segre M, Cohen C, organizadores. *Bioética*. São Paulo: EDUSP; 1999.
5. Siqueira JE. Evolução científica e tecnologia, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. *Bioética*. 1997;5(1):41-8.
6. Ferreira ABH. Novo Aurélio: dicionário da língua portuguesa: Século XXI. São Paulo: Nova Fronteira; 1999. p. 682.
7. Fortes PAC. Ética e saúde: questões deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo, estudos de caso. São Paulo: EPU; 1998.
8. Goldim JR. Dilema. [monografia na Internet] Porto Alegre: UFRGS; 2002. [citado 2003 Set 10]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/dilema.htm>.
9. Pessini L, Barchifontaine CP. Fundamentos da bioética. São Paulo: Paulus; 1996.
10. Schelp D. Até onde prolongar a vida. *Veja* São Paulo. 2002; 35(35):82-91.
11. Richer J, Eisemann MR. Attitudinal patterns determining decision-making in the treatment of the elderly: a comparison between physicians and nurses in Germany and Sweden. *Intensive Care Med*. 2000;26(9):1326-33.
12. Tucker DLM, Friedson J. Resolving moral conflict: the critical care nurse's role. *Crit Care Nurse*. 1997;17(2):55-63.
13. Furukawa MM. Meeting the needs of the dying patient's family. *Crit Care Nurse*. 1996;16(1):51-7.
14. Sherman DA, Branum K. Critical care nurse's perceptions of appropriate care of the patient with orders not to resuscitate. *Heart Lung*. 1995;24(4):321-9.
15. Germano RM, Brito RS, Teodosio SS. O comportamento ético dos enfermeiros dos hospitais universitários. *Rev Bras Enferm*. 1998; 15(3):369-78.
16. Orlando JMC. Aspectos relacionados ao paciente: direitos do cidadão em estado crítico. In: Orlando JMC. *UTI muito além da técnica...a humanização e a arte do intensivismo*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 43-4.
17. Nyman DJ, Sprung CL. End-of-life decision making in the intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2000; 26(10): 1414-20.
18. Hudak CM, Gallo BM. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 79-87.
19. Daly BJ. Ethics in critical care. In: Clochesy JM. *Critical care nursing*. Philadelphia: Saunders; 1996. p. 15-35.
20. Baggs JG. Two instruments to measure interdisciplinary bioethical decision making. *Heart Lung*. 1993;22(6):542-7.
21. Goold SD, Williams B, Arnold RM. Conflicts regarding decisions to limit treatment. *JAMA*. 2000;283(7):909-14.
22. Asch DA. The role of critical care nurses in euthanasia and assisted suicide. *N Engl J Med*. 1996;334(21):1374-9.
23. Parada MI, Pérez C, D'Empaire G. El servicio apoyo psicosocial en UCL: un tema de bioética aplicada, en la búsqueda de una mejor atención al paciente crítico. *Clín Med HCC*. 1997; 2(2):127-35.
24. Edwards BS. Ethical issues: when the family can't let go. *Am J Nurse*. 1994;94(1):52-5.
25. Romano BW. A família e o adoecer durante a hospitalização. *Rev Soc de Cardiol Estado de São Paulo*. 1997;7(5):58-62.
26. Selli L. *Bioética na enfermagem*. São Paulo: UNISINOS; 1999.
27. Truog RD, Cist AF, Brackett SE, Burns JP, Curley MA, Danis M, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 2001;29(12):2332-48.
28. Marcon SS, Elsen I. A enfermagem com um novo olhar...a necessidade de enxergar a família. *Fam Saúde Desenvol*. 1999; 1(1/2):21-6.
29. Bernat RB, Ruiz JL, Roselló JF. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos: un estudio cualitativo. *Enferm Clin*. 2000;10(1):19-32.
30. D'Empaire G, Parada MI. La ética del cuidado aplicada y evaluada en la unidad de cuidados intensivos del hospital da clinicas. *Caracas Clin Med HCC*. 2000;5(3):127-35.
31. Appleyard ME, Gavaghan SR, Gonzalez C, Ananian L, Tyrell R, Carroll DL. Nurse-coached intervention for the families of patients in critical care units. *Crit Care Nurse*. 2000;20(3): 40-8.
32. Martins JJ, Faria EM. A (re) organização do trabalho da enfermagem em UTI através de uma nova proposta assistencial. *Texto Contexto Enferm*. 2000;9(1):388-42.
33. Galvão ECF, Tedesco S. Integração enfermeiro-família: atendimento que faz a diferença. *SOBETI Rev*. 1998;1(0):10-3.