



TRATAMENTO E CUIDADO DOS PACIENTES EM ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE: UM DEBATE DE VIDA E DE MORTE

(Treatment and nursing of patients in a persistent vegetative state: a life and death debate)

Paul Okoth Auma

Mestrando em Teologia pela PUC/SP

E-mail: okothauma@yahoo.com

RESUMO

O presente artigo apresenta a situação ética em torno da discussão da limitação de tratamentos ofertados a doentes em estado vegetativo persistente (EVP). Os profissionais da saúde se encontram em uma situação difícil quando lidam com este problema, cada vez mais recorrente na prática diária. Coloca-se, então, como uma questão ética de difícil discussão, a decisão da suspensão de medidas de suporte de vida. Esse debate subsiste, porém, em como distinguir os conceitos de terminalidade da vida, ortotanásia, eutanásia, distanásia, cuidados paliativos e, no caso específico, o estado neurovegetativo persistente, com suas implicações no uso de tratamentos desproporcionais que levem ao prolongamento, de forma penosa e inútil, do processo de agonizar e morrer. Há perguntas ou dilemas envolvidos nesse debate, tal como em que momento a suspensão de tratamentos pode ser considerada adequada, ou o emprego de todas as medidas possíveis para se manter uma vida, mesmo que em doença avançada, irreversível e terminal são eticamente aceitáveis. E, finalmente, a quem cabe a decisão de suspensão de procedimentos terapêuticos em situações clínicas irreversíveis e terminais.

Palavras-chave: Estado Vegetativo Persistente; Cuidados Paliativos; Bioética; Ortotanásia; Distanásia; Doença Terminal.

ABSTRACT

This article presents the ethical situation that evolves the discussion of limitation of treatment offered to patients in a persistent vegetative state (PVS). Health professionals find themselves in difficult situations when dealing with these recurrent problems in their daily professional activities. This is presented, then, as an ethical issue of difficult solution, the decision of suspension of life support tasks. The debate is sustained, however, on how to distinguish the concepts of terminality of life, orthothanasia, euthanasia, dysthanasia, palliative care and, in a specific case, a persistent neurovegetative state, with its implications in the use of disproportional treatment that prolongs life, in a painful and a futile way, of the process of agony to the death. There are questions or dilemmas involved in this debate, such as in which moment the suspension of treatment can be considered adequate or the use of all possible measures to maintain life, even in advanced, irreversible and terminal illness are ethically acceptable. And finally, who is responsible for the suspension of therapeutic procedures in the irreversible and terminal clinical situations.

Keywords: Persistent Vegetative State; Palliative Care; Bioethics; Orthothanasia; Dysthanasia; Terminal Illness.



INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea vem passando por profundas transformações no que concerne à forma de tratar a morte e os estados terminais. Há a tendência de manutenção da vida a todo custo e o emprego da alta tecnologia como superação da barreira da morte e do sofrimento, na esperança de proporcionar o prolongamento extraordinário da vida. Contrapõe-se a um novo paradigma que questiona severamente essa antiga postura, por eleger a dignidade da pessoa humana como elemento norteador das condutas relacionadas à terminalidade, tendo o doente em fase terminal como centro da preocupação para determinar as medidas e decisões necessárias a tomar. Nessa conglomeração de concepções modernas, destaca-se também o debate sobre os meios artificiais de sustentar a vida, por meio dos quais muitas vezes podem estar sendo ignoradas as necessidades específicas dos pacientes e seus valores absolutos.

O estado vegetativo persistente é uma condição neurológica que requer um cuidado especial, desde o uso de medicações para controle de sintomas gerais e neurológicos específicos, até o cuidado com a alimentação, higiene, a prevenção de feridas e da atrofia muscular, podendo, em casos eventuais, necessitar de suporte ventilatório. É caracterizada pela completa ausência da consciência de si e do ambiente circulante, com preservação do ciclo sono-vigília, em função da gravidade do insulto sofrido pelo sistema nervoso central. Essa condição clínica pode ser definida como um estado de aperceptividade, uma vez que o paciente não apresenta nenhum sinal de interatividade ou de percepção do meio externo, a não ser por estímulos dolorosos, em que apresenta o aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória, além da resposta reflexa das funções viscerais.¹

O impacto socioeconômico provocado na vida desses pacientes e nas suas famílias, com uma transformação total no modo de viver, em decorrência das condições incapacitantes e irreversíveis provocadas pelo desfecho desse agravo neurológico, alimenta o debate entre o estado vegetativo persistente e a prática da eutanásia, como uma forma de dar fim a todo o sofrimento envolvido². Nos Estados Unidos, estimou-se uma prevalência entre 10.000 e 25.000 pessoas adultas nesta condição clínica e, quando se avaliou as crianças, as estatísticas apontam entre 4.000 e 10.000 delas padecendo com o EVP³. Alguns estudos ainda indicam que em torno de 10 a 14% dos traumas crânio-encefálicos evoluem para o estado vegetativo permanente.⁴

¹ HODELIN TABLADA, Ricardo. Aspectos puntuales del estado vegetativo persistente. **MEDISAN**, Santiago de Cuba, v. 17, n. 8, p. 3077-3092, agosto 2013. Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000800013&lng=es&nrm=iso>. acessado em 16 abr. 2016.

² http://www.apbioetica.org/fotos/gca/12802545881196428170estudo_e_10_apb_07_inquerito_nacional_eutanasia.pdf acesso em 16 Abr. 2016. pg 10

³ Owen AM. Disorders of consciousness. *Ann N Y Acad Sci.* 2008; 11(24): 225-38

⁴ Machado C, Korein J. Persistent vegetative and minimally conscious states. *Rev Neurosci.* 2009; 20(3-4): 203-20



Além disso, a falta de conhecimento pelo público leigo gera uma confusão em relação aos conceitos de outras condições clínicas, como o coma permanente e a morte encefálica.

A diferença principal entre o estado neurovegetativo persistente e o coma permanente é a presença do ciclo de sono e vigília preservado no primeiro, além da questão da irreversibilidade do quadro, que no coma não se dá, podendo evoluir para uma recuperação, acompanhada ou não por algum grau de sequelas, ou evoluir para a morte, passando ou não pela morte encefálica.

Em relação à definição do termo *eutanásia*, considera-se a provocação da morte de paciente com uma doença incurável, ou terminal, ou condição que determina sofrimento, através da ação de um médico ou terceiro, movido do sentimento de piedade, na intenção daquele que provoca a morte de livrar aquele que está para morrer de uma condição insuportável, sendo uma medida ativa para abreviar a vida do paciente, além do tempo que levaria naturalmente para morrer.

O conceito de *distanásia* refere-se a uma condição em que a tecnologia médica é utilizada para o prolongamento penoso e inútil do processo de agonizar e morrer. Fixando-se em um resquício de vida para fazer uso de todos os recursos possíveis para prolongá-la ao máximo. Em decorrência de todo o aparato tecnológico à disposição da medicina e da necessidade de inúmeros protocolos e controles sobre o paciente, torna-se uma das características da *distanásia* a impessoalização dos tratamentos oferecidos nas unidades hospitalares e o distanciamento entre o doente e a família neste momento de finitude da vida, sendo marcado pela solidão e descaracterização de todos os valores e aspectos que marcaram a história de vida do paciente.

A *ortotanásia* é um termo que se situa entre o conceito de *eutanásia*, em que se busca a abreviação da vida, e a *distanásia*, que pela obstinação terapêutica se prolonga um estado de sofrimento em que a morte é um evento certo e inexorável. Tem como finalidade proporcionar maior conforto e minimização do sofrimento nos casos de doenças terminais, possibilitando a morte “no tempo certo”, ou seja, não interferindo no desenvolvimento natural e inevitável da morte, que se avalia como eminente e irreversível com base na segurança do prognóstico.

Frente a essa realidade, os cuidados paliativos surgem como um movimento sensível ao cuidado dos pacientes que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida. Configurando-se em uma nova abordagem, atenta à totalidade das dimensões humanas, para proporcionar a melhor qualidade de vida para os pacientes e os familiares⁵.

O cuidado paliativo é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma abordagem que promove a qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer a identificação

⁵ SILVA D.I.S., SILVEIRA D.T. Cuidados paliativos: desafio para a gestão e políticas em saúde. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol. 06, N°. 01, Ano 2015 p. 501-13



precoce, a avaliação e o tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.⁶

Diante deste contexto, o cuidado paliativo caracteriza-se pelo cuidado integral para pacientes e seus familiares desde o diagnóstico de doenças com risco de morte, acompanhando a progressão da doença e, buscando responder de maneira satisfatória às necessidades crescentes de assistência. Tendo em vista os princípios dos cuidados paliativos, que abrangem o respeito à vida e a minimização do sofrimento, integrando os valores de vida, a história pessoal e familiar, crenças, condições sociais e acesso à saúde em um modelo de assistência integral, para um melhor cuidado, nesse momento de maior fragilidade.⁷

Aproximadamente 40 milhões de pessoas no mundo precisam de cuidados paliativos. Essa crescente necessidade de cuidados específicos na fase final da vida é reconhecida pelo processo acentuado da transição epidemiológica e demográfica, com o aumento da expectativa de vida e da população idosa, trazendo como consequência o crescimento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.⁸

Segundo a OMS, todos os pacientes com doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida deveriam receber a abordagem dos cuidados paliativos desde o seu diagnóstico. Entretanto, essa recomendação encontra-se muito distante da realidade, pela falta de profissionais e serviços suficientes para suprir as demandas assistenciais, como pela urgência de políticas públicas mais contundentes pelo Ministério da Saúde.^{9 10}

1. CUIDADOS ORDINÁRIOS CONTRA EXTRAORDINÁRIOS

Em decorrência das condições clínicas dos pacientes em estado vegetativo persistentes, que necessitam de um suporte alimentar por via artificial, uma vez que perdem sua capacidade de ingerir alimentos por via oral, através do processo natural de mastigação e deglutição, há o levantamento de questões sobre o uso de dispositivos para a nutrição e a hidratação, porque isso implica a manutenção da vida para essas pessoas. A capacidade da tecnologia para manter as pessoas vivas, por vezes, indefinidamente, torna a prestação artificial de nutrição e hidratação

⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines world. Geneva: WHO, 2002.

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION, Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care, 2014.

⁹ ARANTES, A. C. L. Q. Indicação de Cuidados Paliativos. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos - 2013 (pp. 56-71) Rio de Janeiro: Diagraphic.

¹⁰ UGARTE, O. A. M. Contexto normativo dos cuidados paliativos no SUS. Monografia apresentada à UFRS, 2014, acessado em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/114783/000954355.pdf?sequence=1>



uma questão extremamente importante e complexa, especialmente nos casos em que o emprego dessa medida invasiva para a alimentação é fundamental para a preservação da vida.

As perguntas e respostas publicadas pela conferência episcopal dos Estados Unidos sobre a alimentação e a hidratação artificial deixam bem clara a postura da Igreja acerca do tratamento dos pacientes em estado vegetativo. Evidenciada pela resposta da primeira pergunta sobre a administração de alimento e água, por vias artificiais, como uma linha de princípio para um meio ordinário e proporcional de conservação da vida. Assim, o doente e os que dele cuidam têm o direito e o dever de pôr em ação os cuidados necessários para conservar a saúde e a vida. E esse procedimento não pode ser interrompido, pois o paciente mesmo no estado vegetativo permanente continua sendo uma pessoa com sua dignidade humana fundamental, devendo ser os cuidados ordinários e proporcionados mantidos.¹¹

Os doentes em estado vegetativo persistente respiram espontaneamente, digerem de forma natural os alimentos e realizam outras funções metabólicas, encontrando-se em uma situação estável clinicamente. Não conseguem, porém, se alimentar sozinhos se não lhes são ofertados e administrados os alimentos e os líquidos necessários para a manutenção sistêmica do organismo, podendo morrer por inanição ou por desidratação, caso não sejam mantidas as medidas de suporte nutricional.¹²

Na doutrina da igreja, conforme explica Panicola, os meios considerados ordinários ou proporcionados são moralmente obrigatórios e, os meios considerados extraordinários ou desproporcionados não são moralmente aceitos. Mesmo assim, é difícil determinar precisamente nos casos concretos os meios que são moralmente obrigatórios dos que não são.¹³

2. TUBO DE ALIMENTAÇÃO, UM MEIO ORDINÁRIO, EMBORA ARTIFICIAL

A água e os alimentos devem estar disponíveis aos quem podem se alimentar e se hidratar e, para os que não têm condições de se alimentar sozinhos, devem ser disponibilizados os meios para

¹¹ CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ, Respostas e perguntas da Conferência Episcopal dos Estados Unidos sobre a alimentação e hidratação artificiais, Roma 2007 ([03459](#)). Em 1995 foi publicada pelo Pontifício Conselho para a Pastoral no Campo da Saúde a Carta dos Agentes de Saúde. No n. 120 afirma-se explicitamente: “A alimentação e a hidratação, mesmo artificialmente ministradas, fazem parte dos cuidados normais que são sempre devidos ao doente, quando não resultam onerosos para ele: a sua indevida suspensão pode representar uma verdadeira e própria eutanásia”.

¹² Nota Explicativa, em CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ, Respostas e perguntas da Conferência Episcopal dos Estados Unidos sobre a alimentação e hidratação artificiais, Roma 2007 ([03459](#))

¹³ PANICOLA M., Catholic Teaching on Prolonging Life: Setting the Record Straight, in: HAMEL R. – WALTER J. (Ed.), Artificial Nutrition and Hydration and the Permanently Unconscious Patient. The Catholic Debate, Georgetown Univ. Press, Washington 2007, 29-52 ([03915](#))



ajudar a este fim. O procedimento comumente utilizado para remediar esta situação é a colocação de um tubo para a alimentação.¹⁴

Feeding tubes are used when the patient has difficulty in swallowing, diminished consciousness, or a need to supplement the inadequate oral intake when, for a variety of reasons, he or she can not eat or drink sufficient material to maintain health or to sustain the life. Feeding tubes can be indicated when a person has had a head injury, is in a coma, or has some other type of neurological condition such as stroke or brain tumor, which prevents swallowing. Feeding tubes may also be used to bypass an obstruction in the esophagus or pharynx. In severe illness, feeding tubes may allow adequate nutrition to be given to a person who is otherwise too debilitated to eat. In dementing illness, feeding tubes are sometimes used when individuals seem unable to remember how to eat or drink and therefore no longer swallow, even when the food is placed in your mouth.¹⁵

Aqueles que são responsáveis por idosos ou pacientes, que perderam sua capacidade de autonomia, e para os quais há a possibilidade do uso de dispositivos para a nutrição e a hidratação, devem examinar cuidadosamente as questões que podem dirigir o posicionamento na decisão para o uso ou não do tubo para a alimentação¹⁶

3. SUSPENSÃO DO TRATAMENTO

A interrupção da nutrição e da hidratação em um paciente em coma, ou para alguém que está em um estado vegetativo persistente, pode gerar posições controversas.¹⁷ Há questões éticas a respeito de quando essas medidas de suporte são moralmente ordinárias e quando elas são moralmente extraordinárias, sendo cabível a adoção de condutas de caráter legal nos casos em que se propõe a abreviação da vida, por diversas razões implicadas na relação entre o profissional, o doente e a família. Este contexto, de tomada de decisões em que envolvem o significado do que é ordinário e extraordinário nos cuidados de pacientes que estão evoluindo para a terminalidade são comumente enfrentados em muitos hospitais e instalações de cuidados crônicos.¹⁸

Em situações de emergência, em que os pacientes são trazidos em risco eminente de morte, e a conduta médica deve ser tomada de imediato, torna-se de difícil determinação o procedimento mais adequado, de acordo com o prognóstico e as diretivas antecipadas do doente ou da família, por escassez de informações e discussões, muitas vezes pela falta de um tempo hábil para tal

¹⁴ SHEEHAN M., Feeding Tubes: Sorting Out the Issues, in: HAMEL R. – WALTER J. (Ed.), Artificial Nutrition and Hydration and the Permanently Unconscious Patient. The Catholic Debate, Georgetown Univ. Press, Washington 2007, 15-26 ([03914](#))

¹⁵ Ibid.,

¹⁶ Ibid.,

¹⁷ Hydration and Nutrition , in: KELLY D., Contemporary Catholic Health Care Ethics, Georgetown University Press, Washington 2004, 183-195 ([03892-18](#))

¹⁸ Ibid.,



deliberação. Com esse dilema instalado, os médicos acabam que, por um instinto meramente beneficente e paternalista, iniciando procedimentos considerados desproporcionais ou fúteis para aquele paciente. Se o resultado mais tarde é constatado como sendo um prolongamento penoso do processo de morte, ou seja, um tratamento que não irá resultar na recuperação da vida humana ou na cura,¹⁹ o quadro agora se volta para o dilema ético de como parar o que já foi iniciado. Configurando-se uma situação ética complexa em que pode se fazer necessária a suspensão de todas as medidas extraordinárias²⁰.

Sendo importante definir rapidamente um quadro regulatório de práticas, tal como a suspensão de meios desproporcionais de tratamento, de modo a não serem administrados tratamentos considerados “fúteis” ou “heroicos”, interpretados como uma intervenção desproporcionada. Isto é, intervenções claramente invasivas por tratamentos clínicos ou cirúrgicos que visem a promover o prolongamento da agonia e do processo de morrer.

4. QUEM DECIDE

A coleta das informações biográficas do doente, associada à sua história de vida, com o esclarecimento e o registro de suas vontades e escolhas são fundamentais para o estabelecimento de uma diretiva antecipada com relação às condutas médicas a serem prestadas com o processo de evolução da doença a uma fase terminal. Quando um paciente é competente o suficiente para fazer a sua decisão sobre cuidados de saúde, o papel do comitê ético é fazer com que os desejos do paciente sejam honrados. Se um paciente competente comunicar pessoalmente ou antecipadamente que, por razões válidas, a administração artificial de nutrição e hidratação não deve ser empregada em seu caso, o pedido deve ser levado em conta.²¹ Outra questão que pode ser levantada é a situação do paciente que não é capaz de decidir.

Quando é determinada a competência de tomada de decisão do doente, ele é o responsável último da questão, mesmo que tenha necessidade do apoio ativo dos familiares para esclarecer sua escolha. Cabe a ele decidir se quer ou não aceitar medidas mais invasivas de suporte de vida, como o uso de dispositivos de alimentação artificial. Isso é válido tanto para os meios naturais de alimentação como para os artificiais. Nisso se reconhece sua autonomia de decisão.²²

No caso de Karen Anne Quinlan, famoso pela solicitação da família à justiça, de autorização para suspender todas as medidas extraordinárias de suporte de vida, em decorrência da irreversibilidade do quadro comatoso. Obtendo uma decisão favorável pela Suprema Corte de

¹⁹ Ibid.,

²⁰ Ibid.,

²¹ KOPACZYNSKI G., *Withdrawing and Withholding Medically Administered Nutrition and Hydration*, in: CATALDO P. - MORACZEWSKI A. (Ed.), *Catholic Health Care Ethics. A Manual for Ethics Committees*, National Catholic Bioethics Center, Boston 2002, 16/1-16/5 ([03973-16](#))

²² *Abstenção e interrupção do apoio nutritivo*, in: DOUCET H., *Morrer. Abordagens bioéticas*, AM, São Paulo 1993, 95-111 ([04225-05](#))



New Jersey, após avaliação do comitê de ética hospitalar, que decidiu pela retirada e desligamento dos equipamentos de suporte de vida. Apesar disso, a paciente sobreviveu mais 9 anos, sem qualquer melhora do seu status neurológico.²³ O debate continua atual, tendo pareceres diversos na justiça, mesmo em casos similares, como os citados no estudo de Kelly, em que demonstra em seu artigo “Nutrição e Hidratação” o caso de Jobes, de New Jersey, e o caso de Marsha Grace, de Rhode Island, que em ambas as situações houve pareceres diferentes, sendo um a de suspender e outro a de continuar a nutrição e a hidratação.²⁴

Apesar de o paciente que se encontra no estado vegetativo persistente estar impossibilitado de tomar decisões frente a intervenções que podem ser consideradas fúteis ou desproporcionadas, pela situação de aperceptividade e ausência de resposta cognitiva, o consentimento do paciente pode ser pesquisado a partir de afirmações anteriores expressas pelos responsáveis e familiares, buscando envolver o paciente, mesmo que de forma indireta, e muitas vezes sem uma comprovação exata, no processo de decisão na atual fase de vida. O debate em torno da assistência médica a doentes em estado vegetativo persistente reforça o ideal de que em uma sociedade livre, a pessoa – ainda que exista uma aparente impossibilidade de concretizar a vida de relação – deve poder exercer algum controle sobre a fase final da sua vida.

Por decisão médica, o emprego de dieta e líquidos, administrados por meios artificiais, podem ser suspensos na situação de terminalidade e do risco eminente de morte, na busca de proporcionar maior conforto e controle de sintomas indesejados, de forma a trazer maior qualidade de vida no processo de morte. No caso do estado vegetativo persistente, que, em si, não se enquadra em uma doença em fase terminal, deve ser mantido o suporte nutricional, de acordo com as necessidades do doente, tendo em vista que o seu quadro pode permanecer estável por um longo período de tempo, requerendo cuidados de higiene e prevenção de infecções, feridas e outras comorbidades.²⁵

A abordagem dos cuidados paliativos vem em sintonia com um movimento corrente da comunidade médica internacional, que tem por finalidade proporcionar conforto ao paciente em fase terminal, que diante do inevitável, terá uma morte menos dolorosa e mais digna. Tendo como referência a pessoa do doente, com todos os seus aspectos sociais, culturais, espirituais e familiares, para a tomada de decisão de forma compartilhada entre a equipe de cuidados paliativos, o doente e a família.

²³ Hydration and Nutrition , in: KELLY D., Contemporary Catholic Health Care Ethics, Georgetown University Press, Washington 2004, 183-195 ([03892-18](#))

²⁴ Ibid, p. 189

²⁵ KOPACZYNSKI G., **Withdrawing and Withholding Medically Administered Nutrition and Hydration**, in: CATALDO P. - MORACZEWSKI A. (Ed.), Catholic Health Care Ethics. A Manual for Ethics Committees, National Catholic Bioethics Center, Boston 2002, 16/1-16/5 ([03973-16](#))



CONCLUSÃO

Quando a morte é julgada inevitável e evento certo, apesar das medidas utilizadas para modificar o curso da doença e dos meios para a manutenção da vida, a compreensão que, deste momento em diante, todos os esforços irão provocar um prolongamento penoso da vida é necessário para a decisão de suspender os tratamentos e procedimentos considerados fúteis e obstinados. Devem ser continuadas todas as condutas que auxiliam no conforto e controle dos sintomas do doente, além do suporte espiritual e apoio à família que vivencia antecipadamente a experiência do luto, sendo de fundamental importância a disposição da equipe de cuidados paliativos, possibilitando uma maior proximidade entre o paciente e sua família. Esse apoio ao processo de morte não pode ser interpretado como um incentivo à abreviação ou aceleração da morte, mas como solidariedade e valorização da dignidade humana, como um direito fundamental da pessoa de ter uma boa morte de acordo com seus valores e história de vida.

BIBLIOGRAFIA

- ARANTES, A. C. L. Q. **Indicação de Cuidados Paliativos**. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos - 2013 (pp. 56-71) Rio de Janeiro: Diagraphic.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ, **Respostas e perguntas da Conferência Episcopal dos Estados Unidos sobre a alimentação e hidratação artificiais**, Roma 2007 (03459)
- KOPACZYNSKI G., **Withdrawing and Withholding Medically Administered Nutrition and Hydration**, in: CATALDO P. - MORACZEWSKI A. (Ed.), Catholic Health Care Ethics. A Manual for Ethics Committees, National Catholic Bioethics Center, Boston 2002, 16/1-16/5 (03973-16)
- Abstenção e interrupção do apoio nutritivo**, in: DOUCET H., *Morrer*. Abordagens bioéticas, AM, São Paulo 1993, 95-111 (04225-05)
- HODELIN TABLADA, Ricardo. Aspectos puntuales del estado vegetativo persistente. **MEDISAN**, Santiago de Cuba , v. 17, n. 8, p. 3077-3092, agosto 2013 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000800013&lng=es&nrm=iso>.
- Hydration and Nutrition**, in: KELLY D., *Contemporary Catholic Health Care Ethics*, Georgetown University Press, Washington 2004, 183-195 (03892-18)
- Machado C, Korein J. **Persistent vegetative and minimally conscious states**. *Rev Neurosci*. 2009; 20(3-4): 203-20)



- SHEEHAN M., **Feeding Tubes: Sorting Out the Issues**, in: HAMEL R. – WALTER J. (Ed.), Artificial Nutrition and Hydration and the Permanently Unconscious Patient. The Catholic Debate, Georgetown Univ. Press, Washington 2007, 15-26 (03914)
- SILVA D.I.S., SILVEIRA D.T. **Cuidados paliativos: desafio para a gestão e políticas em saúde**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol. 06, N°. 01, Ano 2015
- PANICOLA M., **Catholic Teaching on Prolonging Life: Setting the Record Straight**, in: HAMEL R. – WALTER J. (Ed.), Artificial Nutrition and Hydration and the Permanently Unconscious Patient. The Catholic Debate, Georgetown Univ. Press, Washington 2007, 29-52 (03915)
- HAMEL R. – PANICOLA M., **Must We Preserve Life?**, in: HAMEL R. – WALTER J. (Ed.), Artificial Nutrition and Hydration and the Permanently Unconscious Patient. The Catholic Debate, Georgetown Univ. Press, Washington 2007, 79-88 (03917)
- KELLY D., **Medical Care at the End of Life. A Catholic Perspective**, Georgetown University, Washington 2006 (03923-06e 03923-08)
- ROMANO M. L., **Proporcionalidade dos tratamentos**, in: Dicionário de Bioética, EPS, V. N. Gaia 2001, 903 – 908 (04052)
- Owen AM. **Disorders of consciousness**. Ann N Y Acad Sci. 2008
- PARIZEAU M. H., **Recusa de tratamento**, in: Nova Enciclopédia da Bioética. Medicina - ambiente - biotecnologia, Piaget, Lisboa 2003, 566-568 (01391)
- SILVA D.I.S., SILVEIRA D.T. **Cuidados paliativos: desafio para a gestão e políticas em saúde**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol. 06, N°. 01, Ano 2015
- UGARTE, O. A. M. **Contexto normativo dos cuidados paliativos no SUS**. Monografia apresentada à UFRS, 2014
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines world**. Geneva: WHO, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care**, 2014.