

# Omitir a verdade para aliviar sofrimento em situações de fim de vida: uma reflexão ética

## *Hiding the truth to alleviate suffering in end-of-life situations: an ethical reflection*

Maria Bairos Menezes<sup>1</sup>, Mara Arruda<sup>2</sup>, Joana Cardoso<sup>3</sup>, Natacha Meira<sup>4</sup>, Bernardo Marques da Costa<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Hospital Espírito Santo de Évora, Serviço de Oncologia, Portugal

 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-3352-4674> @ mmenezes@hevora.min-saude.pt

<sup>2</sup> Unidade de Saúde da Ilha Terceira, Região Autónoma dos Açores, Portugal

 ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0777-5039>

<sup>3</sup> Hospital da Horta, Serviço de Medicina Interna, Região Autónoma dos Açores, Portugal

 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4971-4368>

<sup>4</sup> Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central, USF Ribeira Nova, Lisboa, Portugal

 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7639-5390>

<sup>5</sup> Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Serviço de Nefrologia, Lisboa, Portugal

 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7953-9695>

### Palavras-chave

Bioética; Comunicação;  
Cuidados paliativos; Futilidade terapêutica; Placebo.

### Resumo

**Introdução:** A comunicação é uma competência fundamental em cuidados paliativos que permite estabelecer uma relação de confiança. A suspensão de uma terapêutica que não traga benefício para o doente constitui um desafio ético e deve ser ponderada com base nos princípios da bioética.

**Objetivo:** Desenvolver uma reflexão com base nos princípios éticos sobre uma situação de omissão da verdade e futilidade terapêutica.

**Materiais e métodos:** Reflexão ética com base num caso clínico, assente em pesquisa bibliográfica.

**Resultados:** Os conflitos éticos presentes no caso exposto foram analisados com base na utilização de placebo, comunicação da verdade, futilidade terapêutica e gestão das emoções da família e equipa.

**Conclusões:** A prática de atos terapêuticos fúteis colide com os princípios éticos. O benefício terapêutico deve ser individualizado para cada doente enquanto pessoa e deve respeitar os restantes princípios éticos de não maleficência, autonomia e justiça. Os conflitos são evitados estabelecendo uma relação médico-doente baseada numa comunicação eficaz, honesta e empática.

### Keywords

Bioethics; Communication;  
Futility; Medical treatment;  
Palliative medicine; Placebo.

### Abstract

**Introduction:** Communication is a fundamental competence in palliative medicine and allows a trust-based relationship. The suspension of a therapy that does not have benefit to the patient is an ethical challenge and must be based on the principles of bioethics.

**Aim:** To develop a reflection based on the principles of bioethics about a clinical case with omission of the truth and therapeutic futility.

**Materials and methods:** Case based ethical discussion with a literature review.

**Results:** The case based ethical discussion was based on the use of placebo, communication of the truth, medical futility and management of family and healthcare team emotions.

**Conclusions:** The practice of medical futility arises ethical problems. The therapeutic benefit must be individualized for each patient as a human being, and respect the ethical principles of non-maleficence, autonomy and justice. Conflicts are avoided by establishing a good patient-physician relationship, with honest and empathic communication.

## Introdução

Atualmente, a prestação de cuidados de saúde é coordenada por uma equipa multidisciplinar com o doente no centro da tomada de decisão. Esta tomada de decisão é complexa sobretudo no que concerne a pessoas com doenças graves ameaçadoras de vida e/ou incuráveis, devendo ter em conta o interesse do doente, a *leges artis* e questões éticas inerentes.<sup>1</sup>

Na prática clínica confrontamo-nos com opiniões díspares entre vários profissionais de saúde e familiares no que concerne à suspensão de uma determinada terapêutica por estar associada a futilidade terapêutica.

No contexto de final de vida e na prestação de cuidados de qualidade é fundamental que os doentes possam tomar decisões livres e esclarecidas devendo, para tal, ter um adequado conhecimento e compreensão do seu prognóstico, riscos e benefícios do tratamento; objetivos dos tratamentos bem clarificados; cuidados disponibilizados adequados aos objetivos do doente e família; e promoção da qualidade de vida, minimização dos sintomas e sofrimento com apoio prático, emocional e espiritual.<sup>2</sup>

A comunicação é uma competência fundamental em cuidados paliativos que permite estabelecer uma relação de confiança com o doente visando aliviar o sofrimento, mas de extrema importância também entre os membros que constituem a equipa profissional.<sup>1,3</sup>

A reflexão da prática clínica com base nos princípios bioéticos permite uma avaliação retrospectiva e melhoria na prestação de cuidados.

## Materiais e métodos

Com base num caso real é feita uma reflexão ética com base nos princípios éticos e com recurso a livros e artigos científicos.

### Caso clínico

MS, género masculino, 68 anos de idade, casado, 2 filhas e 1 neta, aposentado (cargo administrativo) de religião católica. MS era seguido em oncologia por adenocarcinoma da próstata 2 anos antes sob bloqueio hormonal. Por queixas de anorexia e astenia, realizou exames complementares de diagnóstico que revelaram uma lesão pulmonar e metastização hepática. Os exames histológicos revelaram um segundo tumor – adenocarcinoma do pulmão com metastização hepática (estadio IV). Nesse momento,

foi explicado ao doente e à filha que o tratamento a fazer seria com intuito paliativo, e foi igualmente referenciado à equipa de cuidados paliativos.

Apresentava um bom estado geral, com ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*) Performance Status de 1, tendo iniciado quimioterapia paliativa. Após 6 ciclos de tratamento, o doente apresentava-se mais cansado e tinha apresentado episódios de cefaleia frontal. Nos exames de reavaliação, apresentava progressão de doença hepática e metastização cerebral de novo. Realizou radioterapia holocraniana com melhoria da cefaleia, e iniciou uma segunda linha terapêutica com imunoterapia. O doente tinha apoio da equipa comunitária de suporte e cuidados paliativos (ECSCP), mas sempre muito renitente, referindo que estava com tarefas por concluir fora de casa quando combinavam a visita domiciliária. Nas consultas, revelava muitas vezes a crença num milagre, de que iria curar-se, mesmo após ser explicado os objetivos do tratamento. Sob a segunda linha terapêutica com imunoterapia, observa-se uma deterioração progressiva do seu estado geral. Na consulta prévia à realização do tratamento, veio de cadeira de rodas com um ECOG PS de 3, ligeiramente desidratado, e a filha referia que apresentava recusa alimentar e episódios de agitação. Neste contexto, a médica referiu que não teria benefício em continuar com o tratamento sistémico, que poderia acarretar mais riscos e que neste momento a prioridade era o controlo sintomático. O doente e a filha recusaram esta tomada de decisão, referindo que não queriam desistir, e que queriam fazer o tratamento. Após comunicação dos riscos do tratamento que não estariam a trazer benefício, não foi prescrito o tratamento sistémico e foi administrado soro fisiológico em hospital de dia. Durante a administração do soro, o doente partilhou com a enfermeira a sua frustração em não fazer o tratamento e tranquilizou-o referindo que estava a fazer tratamento oncológico conforme programado. Após o tratamento, doente e filha agradeceram à médica e enfermeira por não terem desistido e por ter feito mais um tratamento, quando na realidade fez apenas fluidoterapia. A médica acabou por ser conivente e não revelou que o doente não tinha feito imunoterapia. Na semana seguinte o doente faleceu em casa, com apoio da ECSCP. No contacto estabelecido com a família enlutada, a filha agradeceu pelos cuidados prestados e por se ter tentado um último tratamento oncológico.

## Discussão – Análise bioética

Relativamente ao caso descrito, colocam-se os seguintes conflitos éticos:

1. A utilização de placebo
2. A comunicação da verdade
3. Gestão das emoções da família e equipa
4. Futilidade terapêutica

### A utilização de placebo

Uma intervenção placebo é desenhada para simular um tratamento médico, mas não é uma terapêutica específica para uma determinada condição alvo. O efeito placebo é a mudança no padrão de doença do indivíduo atribuível ao simbolismo do tratamento, ao invés de propriedades farmacológicas e fisiológicas, ou efeitos não específicos do mesmo.<sup>4</sup> Tem sido aceite que a resposta obtida por uma intervenção à custa do efeito placebo pode ir até um terço do máximo expectável e que um terço dos pacientes responde positivamente a intervenções placebo.<sup>5</sup>

O motivo pelo qual o efeito placebo existe pode estar relacionado com as expectativas do doente, antevendo a eficácia e/ou efeitos secundários da intervenção, com respostas condicionadas pela noção da participação num estudo, com efeitos não específicos da participação em estudos (como o aumento do apoio e frequência de avaliação, interação com os profissionais de saúde) e/ou com a história natural da doença e efeito estatístico de regressão à média (isto é, sintomas que flutuam e são mais graves no início do estudo e que podem melhorar espontaneamente como parte da sua evolução natural).<sup>6</sup>

Autores descrevem o efeito placebo como um fenómeno psicobiológico que pode ser modulado por diferentes fatores, que possam ativar neurotransmissores e neuromoduladores que se liguem aos mesmos recetores que o medicamento utiliza e que, por isso, possam desencadear vias bioquímicas similares às ativadas pelo medicamento.<sup>7</sup> Alguns desses fatores parecem ser a atitude e disponibilidade dos profissionais de saúde, o grau de positividade com que o tratamento é proposto, a existência de procedimentos associados ao tratamento, como seja a necessidade de admissão hospitalar, a perceção de que o medicamento em uso é novo ou tem muita eficácia, o tipo e extensão dos instrumentos de avaliação de sintomas ou o uso de equipamentos específicos como seringas ou bombas infusoras.<sup>6</sup> Existe outro fator conhecido como “viés obsequioso”, que consiste na vontade de agradar que o doente sente quando aprecia o esforço

da equipa de saúde e que o faz tender a minimizar os sintomas ou sobrestimar a recuperação.<sup>4</sup>

As condições mais responsivas ao placebo incluem sintomas como dor, depressão, ansiedade e náusea, justamente alguns dos sintomas mais comumente experienciados pelos doentes em cuidados paliativos. Estes sintomas de doença avançada e incurável estão intimamente relacionados com emoções e processos cognitivos referentes a experiências prévias dos doentes. A patologia subjacente geralmente não pode ser revertida, mas o componente psicológico do sintoma pode ser diminuído.<sup>7</sup>

Mesmo para a investigação científica, a utilização de placebo só é eticamente aceitável se não existir um tratamento alternativo que se tenha provado eficaz.<sup>4</sup> Analisando a durabilidade do efeito placebo é importante considerar a importância dos aspetos não específicos da intervenção, e em que medida geram oportunidade de melhorar o bem-estar dos doentes. As implicações de uma comunicação empática e verdadeira, estilos que aumentam a confiança do doente com sintomas complexos, suportadas por rotinas de cuidados que reforçam a abordagem holística, podem ajudar a maximizar a resposta do doente ao tratamento, contribuindo para o efeito placebo. Menos apropriada será uma atitude de prescrição que se baseie no resultado final, independentemente dos meios.<sup>6</sup>

Tal como todos os campos da medicina, os cuidados paliativos têm a obrigação de incorporar a melhor evidência disponível nos cuidados aos doentes. O uso de medicação que não se provou mais eficaz que o placebo em ensaios clínicos, deve ser reconsiderada. Por outro lado, a prescrição de um medicamento que ainda não foi testado pode ser considerada desde que existam evidências que indiquem o potencial benefício da sua utilização, pode ser aceitável e implica um consentimento informado por parte do doente. A prática deve ser mudada quando esse tratamento se mostra ineficaz ou tóxico para o doente.<sup>4,6</sup>

No caso exposto, a utilização intencional de um tratamento que se sabia ser ineficaz para a situação do doente, quer a nível curativo quer a nível de controlo de sintomas, é questionável à luz dos princípios bioéticos da beneficência e não maleficência. A omissão do tratamento que seria realizado e a realização do mesmo sem consentimento do doente, deixando-o pensar que estava a realizar uma intervenção diferente, traduzem outro problema ético na abordagem do caso clínico, defraudando a autonomia do doente.

Pesar os benefícios e riscos causados pelo medicamento prescrito e discutir o plano de cuidados com o doente, obtendo o seu consentimento para o realizar, é essencial para uma prática ética, pelo que este hábito deve ser reiterado em cuidados paliativos bem como em todas as outras áreas da medicina.<sup>6</sup>

### A comunicação da verdade

Uma questão muito frequente na oncologia e nos cuidados paliativos é a da comunicação da verdade. A comunicação da verdade, que em contexto de cuidados paliativos pode ser informação diagnóstica ou prognóstica, é necessária e indispensável para o exercício da autonomia do doente, e está defendida internacionalmente na Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Medicina e da Biologia do Conselho da Europa (Oviedo 1997); e nacionalmente na Lei de Bases da Saúde Decreto-Lei n.º 47/1990, na Carta dos Direitos do Utente de Saúde Decreto-Lei n.º 15/2014, assim como nos códigos Deontológicos da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros. Um doente que não está totalmente informado da sua situação clínica não pode dar consentimento “livre e esclarecido” para as intervenções e tratamentos. No nosso caso, a verdade é que já não havia benefício em fazer mais um ciclo de tratamento. No entanto o doente pediu-o, pelo que nos devemos colocar a seguinte questão: estaria o doente realmente informado da gravidade da sua doença, assim como da intenção, probabilidade de sucesso, e efeitos adversos do tratamento que pediu?

Se não estava, isso pode dever-se ao facto de que nem todas as culturas partilham do entusiasmo pela comunicação de toda a verdade, típico das culturas anglo-saxónica e América do Norte.<sup>8</sup> Em muitas outras (América do Sul, Médio Oriente, Ásia, Europa de Leste e em certa medida no Sul da Europa, onde nos incluímos) impera a convicção de que a comunicação de más notícias rouba o doente da sua esperança, e causa desistência, sofrimento psicológico e possivelmente um pior desfecho da doença, o que é uma violação dos princípios da não maleficência e da beneficência.<sup>9</sup> Na perspetiva deontológica a omissão da verdade que a enfermeira usou é sempre questionável, porque o ato de mentir não é ético em si mesmo. Já usando uma abordagem utilitarista podem ser feitos argumentos a favor de ocultar verdade, se a intenção for diminuir o sofrimento psicológico.<sup>9</sup> No entanto, se é possível que tenha esse efeito a curto

prazo, isso geralmente não é verdade até ao momento da morte, e tem um custo elevado, nomeadamente o risco de perder a confiança do doente quando a mentira é revelada, o desconforto na comunicação e na relação dos profissionais com o doente e a família, a perda da oportunidade de aceder a cuidados adequados (nomeadamente cuidados paliativos), o aumento da ansiedade, incerteza e medo quando se apercebe que as suas expectativas não se estão a concretizar, e a perda da oportunidade de usar o tempo final para realizar tarefas (psicológicas, emocionais, relacionais, legais) antes da morte.<sup>3,11-12</sup>

Os profissionais de saúde trabalham sob uma pressão assistencial enorme que limita o tempo disponível para estar com os doentes, e é compreensível perceber como neste caso é mais fácil recorrer ao placebo. Além disso existe uma recompensa emocional imediata na esperança e gratidão do doente (ainda que para os profissionais ela só possa ter sido agridoce). Importa por isso refletir se não teria sido mais benéfico aproveitar o momento para fazer uma comunicação estruturada das más notícias, rediscutir objetivos terapêuticos e referenciar aos serviços mais adequados. Por outro lado, alguns autores defendem que os enfermeiros, por passarem mais tempo com os doentes e familiares, os conhecem melhor e estão em melhor situação de perceber quando estão prontos para receber más notícias.<sup>13</sup>

Não obstante a importância do esclarecimento para evitar o paternalismo, a imposição da verdade pode também, em si, vir de uma abordagem paternalista.<sup>14</sup> A maioria dos doentes quer ser informada da sua situação clínica, mas o respeito da autonomia do doente inclui o direito de não querer ser informado e de querer delegar a comunicação e decisões nos familiares, ou nos próprios profissionais de saúde. Isto é mais frequente nas culturas já referidas, assim como em doentes idosos ou com menos escolaridade, e deve ser abordado previamente de forma sensível e reavaliado quando adequado.<sup>15,16</sup>

Na prática, é reconhecido que não há princípios absolutos e todos os profissionais de cuidados paliativos já viveram situações em que a comunicação de más notícias não trouxe benefício ao doente. Isso pode acontecer porque a abordagem foi demasiado tardia, porque não foi utilizada uma estratégia de comunicação adequada, porque não foi prestado apoio suficiente após, porque havia conflitos não resolvidos dentro da família, porque o doente não conseguiu utilizar os seus recursos internos para realizar um *coping* eficaz, ou porque a matriz sociocultural ou religiosa da família era

incompatível com a abordagem escolhida. Em última análise, cabe aos profissionais ter a sensibilidade de perceber a situação e adequar as suas intervenções a cada doente e a cada momento particular.

### **Futilidade terapêutica**

A futilidade terapêutica é um tema eticamente discutível neste caso. O termo futilidade terapêutica acompanha a Medicina desde há vários anos e é interpretado por diferentes autores com algumas diferenças entre si (Bernat, Scheiderman, Burns).<sup>17,18,21,22</sup> Contudo, de uma forma geral, entende-se pelo uso de atos terapêuticos que não condicionam benefício clínico para a condição do doente.<sup>15</sup> Deve, todavia, distinguir-se da raridade, da probabilidade excepcional ou falta de esperança.<sup>18</sup>

Já o termo obstinação terapêutica/encarniçamento terapêutico é definido na Lei de Base de Cuidados Paliativos (Lei 52/2012 de 5 setembro) como o uso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desproporcionados e fúteis, no contexto global de cada doente, sem que daí advenha qualquer benefício para o mesmo, e que podem, por si próprios, causar sofrimento acrescido. Por sua vez, outro termo distinto é a designação de distanásia, que se refere ao prolongamento do processo de morrer por intervenções que têm por objetivo a manutenção da vida, sem se considerar a dor e sofrimento que, nas situações-limite, lhe estão necessariamente associadas.<sup>20</sup>

A prática de atos terapêuticos fúteis colide com os princípios éticos. À partida o princípio da beneficência é excluído na definição de futilidade terapêutica. Contudo o termo benefício clínico não é exclusivo do resultado terapêutico quantitativo esperado pelo médico, como seja a cura, tratamento ou alívio/sintomático ou alteração prognóstica/evolução da doença.<sup>19</sup> A futilidade médica qualitativa tem por base os juízos de qualidade de vida feitos pelos doentes ou seus representantes que frequentemente contrastam com o benefício clínico elaborado pelo médico.<sup>18</sup> Para Schneiderman, o benefício do tratamento será o efeito produzido pelo mesmo na pessoa como um todo, ou seja, na pessoa humana existencial composta pelo seu sistema de valores, crenças e objetivos.<sup>21</sup>

Estes conflitos na determinação do benefício efetivo e respeitando os restantes princípios éticos de não maleficência, autonomia e justiça, poderão ser evitados estabelecendo uma relação médico-doente baseada numa comunicação eficaz, honesta e empática.<sup>22</sup> A decisão de não iniciar um tratamento

fútil ou de suspender uma terapêutica em curso não deve ser assumida de modo unilateral, paternalista, ou imposta pelo doente/família com abuso da autonomia questionando a liberdade profissional. São medidas que devem fazer parte integrante de um plano de cuidados equacionado junto do doente e sua família, como parte de um processo interativo, partilhado, responsável e consciente.

### **Gestão das emoções da família e da equipa**

O processo de tomada de decisão estabelece uma relação clínica que promove a aliança entre os intervenientes.<sup>23</sup> O cuidador profissional entra no espaço íntimo da pessoa cuidada, tanto no espaço físico como no das suas relações.<sup>24</sup> Esta aproximação gera muitos desafios, vividos muitas vezes em solitário.

No caso exposto, após o processo de tomada de decisão e a comunicação com a família, a enfermeira, vulnerável (entenda-se vulnerabilidade como conceito ético), decide “mudar o plano”: usa uma mentira para confortar o doente e a família. O princípio em conflito é o da autonomia por não estar o doente em posse de toda a informação.

Se bem que a mentira pode introduzir uma barreira no processo de cuidar, neste caso pareceu resultar na diminuição do sofrimento para o doente e família.

Na equipa, o valor em conflito é o respeito pela decisão tomada, que cria desconforto e pode levar à perda de confiança. A avaliação retrospectiva ajuda a equipa “como um todo, a compreender em que se baseou a decisão médica, que aspetos contenciosos houve e a reforçar a compreensão de situações futuras”<sup>25</sup>.

### **Conclusões**

O novo paradigma da relação profissional de saúde-doente afasta-se do paternalismo e coloca o doente no centro, provido da informação necessária para a tomada de decisão e integrado no seu conjunto de valores, crenças e objetivos. Perante o caso exposto, o princípio de autonomia esteve em causa pois a primeira vontade era de prosseguir o tratamento, mas será que estava plenamente informado dos efeitos inerentes a mais um tratamento de imunoterapia? Posteriormente, quando foi administrada fluidoterapia sendo referida como sendo mais um tratamento, a autonomia estava novamente em causa pois o doente não estava na posse dessa informação.

Os princípios da beneficência e da não maleficência podem entrar em conflito, na medida em

que o médico tenha de agir no melhor interesse do doente, mas simultaneamente sem lhe infligir mal. Quando se considera que o tratamento não terá benefício clínico, face às condições do doente e implicar mais dano e sofrimento, constitui má prática clínica submeter o doente a tal tratamento. O encarniçamento terapêutico é eticamente condenável.

Neste caso clínico, podemos também refletir acerca da importância da comunicação em cuidados paliativos, não só entre o profissional de saúde e doente/família, mas também entre os vários profissionais que constituem a equipa. O benefício do tratamento não diz só respeito ao aumento da sobrevivência, mas também ao efeito produzido pelo mesmo na pessoa como um todo, especificamente neste caso ao efeito do placebo na pessoa humana existencial composta pelo seu sistema de valores, crenças e objetivos.

O princípio da justiça implica a justa distribuição de bens e recursos, nomeadamente de saúde, a todos aqueles que têm a mesma necessidade e estão em condições semelhantes. Foi oferecido ao Sr. MS cuidados paliativos aquando do diagnóstico do segundo tumor, contudo o doente esteve sempre renitente. A pessoa doente, para usufruir da totalidade dos cuidados prestados, deve estar ciente dos seus objetivos e potencialidades, o que neste caso parecia não estar desmistificado.

A reflexão bioética multidisciplinar sobre ações e dilemas éticos na determinação do benefício efetivo e respeitando os restantes princípios éticos de não maleficência, autonomia e justiça, permite melhorar a prestação de cuidados sobretudo em cuidados paliativos. 

## Conflitos de interesses

Os autores declaram não existirem conflitos de interesses relacionados com o artigo.

## Financiamento

Os autores não têm fontes de financiamento para declarar.

## Referências

1. Yabroff KR, Mandelblatt JS, Ingham J. The quality of medical care at the end-of-life in the USA: existing barriers and examples of process and outcome measures. *Palliat Med*. 2004; 18:202-16. DOI: 10.1191/0269216304pm880oa.
2. Kuosmanen L, Hupli M, Ahtiluoto S, Haavisto E. Patient participation in shared decision-making in palliative care – an integrative review. *J Clin Nurs*. 2021 Dec;30(23-24):3415-3428. DOI: 10.1111/jocn.15866.
3. Vivian R. Truth telling in palliative care nursing: the dilemmas of collusion. *Int J Palliat Nurs*. 2006 Jul;12(7):341-8. DOI: 10.12968/ijpn.2006.12.7.21612.
4. Hardy, JR. Placebo-controlled trials in palliative care: the argument for. *Palliative Medicine [Internet]* 1997; 11(5): 415–8. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10822/905873>.
5. Kirkham SR, Abel J. Placebo-controlled trials in palliative care: The argument against. *Palliative Medicine [Internet]* 1997;11(6): 489–92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/026921639701100611>.
6. Sanderson C, Hardy J, Spruyt O, Currow DC. Placebo and nocebo effects in randomized controlled trials: The implications for research and practice. *J Pain Symptom Manage [Internet]*. 2013;46(5):722–30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.12.005>.
7. Lucas V, Booth S. The importance of placebo effects in enhancing palliative care interventions. *BMJ Support Palliat Care*. 2014;4(2):212–6. DOI: 10.1136/bmjspcare-2013-000571.
8. Pentheny O'Kelly C, Urch C, Brown EA. The impact of culture and religion on truth telling at the end of life. *Nephrol Dial Transplant*. 2011 Dec;26(12):3838-42. DOI: 10.1093/ndt/gfr630.
9. Fan R, Li B. Truth telling in medicine: the confucian view. *J Med Philos*, 2004; 29: 179–193. DOI: 10.1076/jmep.29.2.179.31502.
10. Kamp, G, Hare RM. Sorting out Ethics. *Poiesis & Praxis* 2001, 1(1): 89-92. DOI: 10.1007/PL00000008.
11. Cardoso, AB. A comunicação na transição para Cuidados Paliativos: um estudo exploratório da realidade portuguesa. [Internet] FMUP – Dissertação 2009, Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/21922>.
12. Testoni I, Wieser MA, Kapelis D, Pompele S, Bonaventura M, Crupi R. Lack of Truth-Telling in Palliative Care and Its Effects among Nurses and Nursing Students. *Behav Sci (Basel)*. 2020 May 11;10(5):88. DOI: 10.3390/bs10050088.
13. Morton R. Breaking bad news to patients with cancer, *Prof Nurse*, 1996 Jul; 11(10): 669–671. PMID: 8718375.
14. Macklin R. Ethical relativism in a multicultural society. *Kennedy Inst Ethics J* 1998 Mar; 8(1): 1–22. DOI: 10.1353/ken.1998.0005.
15. Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med* 2002 Jul; 16(4): 297–303. DOI: 10.1191/0269216302pm575oa.
16. Sullivan RJ, Menapace LW, White RM. Truth-telling and patient diagnoses. *J Med Ethics*. 2001 Jun;27(3):192-7. DOI: 10.1136/jme.27.3.192.
17. Bernat JL. Medical futility: definition, determination, and disputes in critical care. *Neurocrit Care*. 2005;2(2):198-205. DOI: 10.1385/NCC.2.2:198.
18. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med*. 1990 Jun 15;112(12):949-54. DOI: 10.7326/0003-4819-112-12-949.
19. Freire, ER. Futilidade Médica, da Teoria à Prática, *Arquivos de Medicina*. [Internet] 2015; 29(4): 98-102. Disponível em: <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1898/1/FUTILIDADE%20M%C3%A9DICA.pdf>.
20. Santos AL. Futilidade terapêutica, in Carvalho AS (coord.). *Bioética e vulnerabilidade*, Coimbra: Almedina; 2008.
21. Schneiderman LJ. Defining Medical Futility and Improving Medical Care. *J Bioeth Inq*. 2011;8(2):123-131. DOI:10.1007/s11673-011-9293-3.
22. Burns JP, Truog RD. Futility: a concept in evolution. *Chest*. 2007 Dec;132(6):1987-93. DOI: 10.1378/chest.07-1441.
23. Barbosa, A, Reis Pina, P, Tavares, F, Galriça Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos, 3.ª Edição*, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2016.
24. Fundación SAR. Guía práctica: Ética para los profesionales de la salud – Guía Practica, SAR, [Internet] 2011. Disponível em: [https://www.domusvi.es/wp-content/uploads/2014/07/Guia\\_practica\\_etica\\_para\\_profesionales\\_de\\_la\\_salud.pdf](https://www.domusvi.es/wp-content/uploads/2014/07/Guia_practica_etica_para_profesionales_de_la_salud.pdf).
25. Comissão de Bioética do Conselho da Europa. Guia sobre o processo de decisão relativo a tratamentos médicos em situações de fim de vida. [Internet] 2014. Disponível em: [https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168039e8c3\\_pp\\_1-32](https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168039e8c3_pp_1-32).