

## OS CUIDADOS PALIATIVOS COMO ACOLHIMENTO AO PEDIDO DE EUTANÁSIA

*“Não existem vidas indignas de serem vividas; não há sofrimentos, por muito penosos que sejam, que justifiquem a supressão de uma vida; não existem razões, por maiores que sejam, que favoreçam a «criação» de seres humanos destinados a ser utilizados e destruídos”<sup>(1)</sup>*

**RESUMO:** Numa sociedade em que se discute cada vez mais a autonomia do ser humano na decisão de viver ou morrer, vezes de mais nos confrontamos com a palavra eutanásia quando se fala de doentes com impossibilidade de cura.

A eutanásia revela paradoxalmente o poder e a impotência perante a morte. O poder da morte perante a impotência de superar a dor, a solidão e a angústia. Um poder que procede da sua impotência e que revela uma profunda debilidade, incapacidade e contingência do ser humano. Um poder pobre e aniquilante.

Perante o pedido de eutanásia devemos descobrir o que o motivou e acolher esse motivo com Cuidados Paliativos de qualidade.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Eutanásia; Sofrimento; Desespero.

**ABSTRACT:** In a society that argues more, each time, the autonomy of the human being in the decision of living or dying, to often we confronted ourselves with the word euthanasia especially when we talk about sick people with cure impossibility.

The euthanasia paradoxically discloses the power and the impotence before the death. The power of the death before the impotence to surpass pain, the solitude and the anguish. A

power that proceed from is impotence and revels a profound debility, incapably and limits of the human being. One poor and annihilating power.

Before the request for euthanasia we must discover what's motivated that request and receive this reason with quality Palliative Care.

**Key words:** Palliative Care; Euthanasia; Suffering; Despair.

## **0- Introdução**

Nesta sociedade que tenta, a todo o custo, alcançar o prazer físico, qualquer anomalia é motivo de sofrimento, sentido como fracasso. Com a redução do significado transcendente da vida, frequentemente não se vê razão para prolongar uma vida “inútil” e de sofrimento, sem perspectiva de recuperação. Reduzidos a esta dimensão física, somos incapazes de assumir a inevitável degradação do corpo e começa-se a equacionar a possibilidade de antecipar a morte. Como luz ao fundo do túnel, a sociedade actual, descobriu a eutanásia, como forma de manifestação do direito à autonomia. *“Ainda que motivada por sentimentos de uma malentendida compaixão ou de uma malentendida dignidade, que temos que preservar, a eutanásia em vez de resgatar a pessoa do sofrimento, suprime-a”*<sup>(1)</sup> porque *“...mata-se um pouco de cada um de nós, mata-se e faz-se sofrer cada um dos que amava o ser de que aquele corpo era constituinte.”*<sup>(2)</sup>

---

<sup>1</sup>PAPA JOÃO PAULO II., “O ser humano não perde a sua dignidade com a doença”, disponível em <http://www.zenit.org> e acedida em 18 Dez. 2005

<sup>2</sup>RAPOSO, J., “O cuidar e o morrer”, *Cadernos de Bioética*, 31, 2003: 91-108

A eutanásia revela paradoxalmente o poder e a impotência perante a morte. O poder da morte perante a impotência de superar a dor, a solidão e a angústia. Um poder que procede da sua impotência e que revela uma profunda debilidade, incapacidade e contingência do ser humano. Um poder pobre e aniquilante.

Wanter, citado por Almeida <sup>(3)</sup>: *“Hoje em dia, parte dos doentes terminais, tem que realizar uma escolha draconiana: abreviar a vida... ou morrer à míngua, abandonados numa maca num canto do hospital, com intensas dores...”*

Não podemos ignorar nem olhar para o outro lado quando um doente acompanhado por um sofrimento contínuo e insuportável, nos manifesta que não quer continuar . Ouvir com respeito um pedido de eutanásia não significa concordar. Significa acolher, investigar o seu significado, descobrir os temores que o originaram. Citado por Almeida, Roy defende que nestes casos a complacência não deve substituir a compaixão.

O doente não deseja morrer, mas sim deixar de sofrer. *“... o desejo dos doentes em apressar a morte...um pedido de socorro por uma ajuda intensamente humano-afectiva, aliada a um combate eficaz à dor.”* <sup>(4)</sup>.

Tal como nas doenças agudas, em que se enfatiza tanto o diagnóstico para depois proceder ao tratamento sintomático eficaz, também nos doentes desesperados numa situação terminal, que nos suplicam a morte rápida, se deveria adoptar o mesmo procedimento: primeiro detectar (diagnosticar) o motivo deste pedido e descobrir o que podemos fazer para resolver o problema.

---

<sup>3</sup>ALMEIDA, A., “Suicídio Assistido, Eutanásia e Cuidados Paliativos”, in: Meleiro, A. et al, *Suicídio: Estudos Fundamentais*, São Paulo, Segmento Farma, 2004: 207-215

<sup>4</sup>BORGES, A. “Morrer dignamente. A obstinação terapêutica”, in: Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W., *Bioética*, Lisboa, Editorial Verbo, 1996: 363-368

A decisão de morrer e de matar, ao contrário de outras decisões na vida, está associada a uma característica imutável: *“uma vez que se vai mar adentro não há possibilidade de regressar”* <sup>(5)</sup> p.4. Devemos conseguir dar permissão para morrer, mas tendo bem claro que permitir morrer não significa “administrar” a morte.

Numa sociedade que discute a legalização ou não da eutanásia é evidente a ausência de Cuidado. Não os cuidados prestados pelas instituições, mas um Cuidado que tem que ser anterior, intimamente relacionado com a forma como vivemos e nos esquecemos da vida.

Segundo Daniel Serrão existem três justificativas ou explicações, para o pedido de eutanásia: a dor física e neurológica; o sofrimento, que impede que o campo de consciência do doente consiga enxergar algo positivo; e o esgotamento do projecto de vida pessoal, quando o indivíduo esta convencido da sua inutilidade como ser humano. Partilha desta opinião Barrera, que defende que a correcta detecção destas explicações deve permitir aos profissionais de saúde tratá-los, tornando o pedido de eutanásia completamente desnecessário.

## **1- Dor insuportável**

A dor é uma sensação fisiológica desagradável que percebemos através dos nociceptores. Esta sensação tem uma missão, que muitas vezes é apenas indicar-nos que algo não está bem. A dor física, sensitiva ou sensorial, provoca alterações comportamentais instintivas de protecção e defesa. Neste caso a dor é vista como necessária, um alerta de perigo, por vezes um perigo mortal.

---

<sup>5</sup>BÁTIZ, J. Y, “... si el paciente desea la morte?”, Revista Tribuna, 2005: 4-6

Nos casos em que a dor já cumpriu a sua função, de alerta, mas se mantém, cada vez mais intensa, vai afectar indubitavelmente a auto-consciência, provocando sofrimento, “... a dor afecta, decisivamente, os pilares da dignidade humana.”<sup>(6)</sup>.

Os partidários da eutanásia apresentam-na como um acto de piedade (misericórdia) em relação à dor do doente terminal. “ No entanto, esta perspectiva é enganosa, já que esquecem que a dor pode ser tratada.”<sup>(7)</sup>. Hoje dispomos de recursos farmacológicos e um conjunto de outras técnicas, invasivas e não invasivas, que permitem controlar a dor severa. “...sejam exigidas responsabilidades a quem, ou porque tendo à sua disposição os meios não os usa, ou por incompetência, não trata devidamente os seus doentes, ao ponto de os levar a pedir a morte.”<sup>(8)</sup>

Nos casos de dor severa, o médico poderá ter que optar pelo uso de fármacos que poderão, eventualmente, encurtar o período de vida. Nestas situações, nunca se deve optar pelo prolongamento da vida em detrimento de uma dor aliviada. Baseada no conceito de duplo efeito, a administração de fármacos que possam adiantar o momento da morte não pode ser considerada uma tentativa deliberada de acabar com a vida, mas sim o reconhecimento de que a aproximação da morte resulta de uma consequência directa da evolução da doença. “Nenhum médico deverá hesitar eticamente em diminuir o sofrimento, apesar de poder ter a convicção científica de que o tratamento eleito contribui para o abreviamento da vida.”<sup>(9)</sup>.

---

<sup>6</sup>SERRÃO, D., “Dor Múltipla – A Dor e a Dignidade Humana”, disponível em <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=73>, acedida em 18 Dez. 2005

<sup>7</sup>BARRERA, J., “Análisis de los motivos de petición de la técnica de eutanásia por parte de los enfermos”, disponível em <http://www.muertedigna.org/textos/euta.htm>, acedida em 18 Dez. 2005

<sup>8</sup>RAPOSO, J., “O cuidar e o morrer”, *Cadernos de Bioética*, 31, 2003: 91-108

<sup>9</sup>CARDOSO, A., “Eutanásia e Suicídio Assistido. Separata de Estudos de Direito da Bioética”, Lisboa, Almedina, 2005:235-257

Em casos concretos de dor complicada aliada a um sofrimento intolerável, nos últimos dias de vida, em que a medicação instituída deixa de produzir o efeito desejável, pode o médico optar pela denominada *sedação terminal*, que consiste na administração de sedativos, na menor dose possível, muitas vezes associados a opióides. Os defensores da eutanásia e de outras formas aniquilantes de morrer, confundem a opinião pública ao falar de sedação terminal sem esclarecer realmente do que se trata, como se a sedação que poderá ser realizada em Cuidados Paliativos fosse comparável com o cocktail lítico que estes pretendem administrar. A propósito deste tópico, o Comité de Ética da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, citado por Almeida, defende que sedação terminal é completamente diferente de eutanásia porque almeja o alívio do sofrimento e não a morte do doente, eticamente salvaguardado pelo princípio do duplo efeito. Além disso, segundo Stone, citado por Olarte, contribuiu, nos casos em que a sedação terminal possa ter abreviado a morte, um passado clínico de abuso de benzodiazepinas para controlo da ansiedade, o que fez com que se administrasse altas doses de midazolam para conseguir o efeito pretendido.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, citada por Elias et al, qualidade de vida é o bem-estar físico, psíquico, social e espiritual, e a ausência de sofrimento nessas áreas. Desta forma, como defende Kovács, qualidade de vida e cuidados à dor estão intimamente relacionados. *“A dor devolve-nos, de surpresa, à pequenez humana: despe-nos, obriga-nos a confiarmo-nos nos outros, põe em questão a esperança e tudo o que, de essencial, fomos adiando sempre para mais tarde.”* <sup>(10)</sup>.

---

<sup>10</sup>SÁ, E., “Da emoção ao sofrimento – aspectos psicológicos e algumas reflexões éticas sobre a dor”, in: Neves, M.C., Pacheco, S. *Para uma ética de Enfermagem*, Coimbra, Gráfica de Coimbra, 2004: 353-361

*“Para a pessoa com dores, estar em relação com o seu próprio corpo, significa estar a um nível de percepção contínua de si mesma, e a dor torna-se então sofrimento.”*  
(11).

## **2 - Sofrimento incomportável**

Muitas vezes confundimo-nos ao falar de dor e de sofrimento. Temos que ter consciência que se tratam de situações diferentes e que exigem uma abordagem distinta. O sofrimento pode estar acompanhado de dor ou não. Sofrimento inclui também a angústia perante a morte, a nostalgia em relação aos nossos entes queridos, a ansiedade relacionada com a incerteza do depois...

O sofrimento constrói-se, muitas vezes sobre a própria dor física, mas não pode ser tratado com analgésicos. É imprescindível ter acesso ao espaço do “outro”, um locus íntimo, profundo, onde crescem as raízes da angústia do doente, através da empatia com a sua dor e a criação de laços de confiança e carinho. O sofrimento cuida-se, não se trata! *“O enfrentamento da dor exige medicamentos analgésicos, enquanto que o sofrimento solicita significado e sentido.”* (12). Devemos tentar descobrir os motivos que causam sofrimento. São vários concerteza.

---

<sup>11</sup>SCHWOB, M., *A Dor*, Lisboa, Instituto Piaget.1997. p.82

<sup>12</sup>PESSINI, L., “Nem abreviar, muito menos prolongar a vida, mas humanizar e cuidar”, disponível em [http://www.amaivos.uol.com.br/templates/amaivos/noticia/print.asp?cod\\_noticia=6373&cod\\_canal=41](http://www.amaivos.uol.com.br/templates/amaivos/noticia/print.asp?cod_noticia=6373&cod_canal=41), acedida em 18 Dez. 2005

Em alguns casos o sofrimento está associado a motivos familiares. Existem, de facto, famílias exemplares e heróicas, que cuidam dos seus doentes com extrema dedicação. *“No entanto, cada vez mais, existem famílias que declinam as suas responsabilidades de apoio ao doente.”* <sup>(13)</sup>. O doente percebe tudo isto.

Noutras situações o sofrimento pode ser causado pela obstinação terapêutica. Quantas vezes, nos hospitais de agudos, não ouvimos: “Pare por favor, não me façam sofrer mais”? *“Não deve questionar-se se a omissão ou interrupção de «tratamento inútil» constitui crime. Não o é.”* <sup>(14)</sup> *“A decisão, eventual, de não iniciar ou de interromper uma terapia, considera-se eticamente correcta, quando esta resulte ineficaz ou claramente desproporcionada...”* <sup>(15)</sup>. Opinião semelhante emite a Ordem dos Médicos através do art.49º do seu Código Deontológico que diz: *“Em caso de doença comportando prognóstico seguramente infausto a muito curto prazo, deve o médico evitar Obstinação Terapêutica sem esperança...no respeito do seu direito a uma morte digna...”* <sup>(16)</sup>; também a Ordem dos Enfermeiros se prenuncia neste tópico, através do seu Código Deontológico. Pode ler-se no art. 87ª – Do respeito pelo doente terminal, alínea a): *“O enfermeiro deve respeitar o direito a uma morte com dignidade, não sujeitando o doente a tratamentos ou ao uso de terapia inútil, face à convicção e saber científico, como o chamado «encarniçamento» terapêutico...”* <sup>(17)</sup>.

---

<sup>13</sup>SERRÃO, D., “Eutanásia: Moralmente condenável, juridicamente inaceitável”, disponível em <http://www.universia.com.br/matéria/imprimir.jsp?id=6629>, acedida em 18 Dez. 2005

<sup>14</sup>CARDOSO, A., “Eutanásia e Suicídio Assistido. Separata de Estudos de Direito da Bioética”, Lisboa, Almedina, 2005:235-257

<sup>15</sup>PAPA JOÃO PAULO II., “O ser humano não perde a sua dignidade com a doença”, disponível em <http://www.zenit.org> e acedida em 18 Dez. 2005

<sup>16</sup>ORDEM DOS MÉDICOS, “Código Deontológico dos Médicos”, disponível em <http://www.ordemdosmedicos.pt>, acedida em 30 Dez. 2005

<sup>17</sup>ORDEM DOS ENFERMEIROS, *Código Deontológico do Enfermeiro*, Lisboa, Edição: Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.93



Também não podemos esquecer o medo da morte e a incerteza que gera. Isto concertiza desencadeia sofrimentos atrozes. Dispomos de várias técnicas eficazes para proporcionar uma “melhor morte”, de tornar o momento único, como é, sem medos, receios ou angústias. Retirar à morte o seu poder, que radica no medo que provoca, está nas nossas mãos.

Após um estudo qualitativo em relação à eficácia da intervenção psicoterapêutica em doentes terminais, através da integração de técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais, Elias et al concluíram, que os doentes submetidos ao estudo obtiveram melhor qualidade de vida no processo de morrer e uma morte mais serena e digna. Conseguiram operacionalizar o método de ressignificação da dor simbólica da morte. Estes autores denominam como dor simbólica da morte, a dor psíquica e dor espiritual identificadas em doentes terminais, onde contactaram com sofrimento psicológico importante. Defendem também que através da implementação destas técnicas de dissociação conseguiram operacionalizar o “cuidar” defendido por Saunders e Kubler-Ross.

### **3 - Esgotamento do projecto de vida**

Segundo Frankl, citado por Miranda, a perda de sentido de vida é uma fonte de profundo sofrimento, causado por um estado a que chamou “vazio existencial”, uma abismal percepção de insignificância, intimamente ligada a um esvaziamento interior. Os profissionais de saúde não podem ter a pretensão de dar este sentido de vida aos doentes, o próprio doente tem que o encontrar, *“O sentido é uma coisa para descobrir, não para criar. Não podemos criar condições subjectivas, sentimentos de sentido ou de absoluta falta de sentido.”*<sup>(18)</sup>.

---

<sup>18</sup>MIRANDA, G.L., “O sentido da vida e a aceitação da morte”, *Brotéria*, 150, 2000: 157-174

A logoterapia desenvolvida por Frankl olha para o futuro. Para isso a pessoa tem que enfrentar-se ao seu sentido de vida para conseguir rectificar a orientação da sua conduta. Torna-se óbvio a capacidade de autotranscendência e autodistanciamento. Autotranscendência é a capacidade de renunciar a algo por alguém, autodistanciamento é a capacidade humana de nos distanciarmos de situações conflituosas que surjam. A logoterapia funciona como um despertador de consciências. *“O sentido da vida, o significado, o valor intrínseco da vida, da pessoa humana, nunca se extingue.”* <sup>(19)</sup>.

Ao concordar com o pedido de eutanásia por este motivo é concordar com o doente, é dizer-lhe «tens razão, a tua vida não tem sentido, não tem valor, portanto tu também não tens valor, então é melhor que morras». Mostrar ao doente que a vida dele vale a pena e que ele próprio vale a pena é amar o outro, e é no amor que o sentido de vida encontra a sua última inspiração. A perda de sentido de vida também pode estar associada a um grau cada vez maior de dependência. Uma das exigências da maturidade é aceitar ajuda daqueles em quem confiamos. Temos que ensinar isto aos nossos doentes.

Os doentes que esgotaram o seu projecto de vida, encerram-se em si próprios, o que leva a um aumento da dor e o sofrimento e tornam-se “amargos”. Uma vida amarga não merece ser vivida. A solução não está em matar o doente, mas ajudá-lo a sair dessa clausura interior que criou, mostrar-lhe que nos preocupamos com ele e que ele pode preocupar-se por nós e pelos outros.

Para perceber até que ponto a nossa intervenção pode ser eficaz, é importante ter presente trabalhos importantes desenvolvidos na área, como o de Chochinov, que defende a “psicoterapia da dignidade”. Com este método pretende-se que o doente fale sobre vários aspectos da vida que mais queira ver recordados pelos outros. O “manuscrito da vida” é depois entregue ao doente que frequentemente o lega aos seus entes queridos.

---

<sup>19</sup>MUCCI, R.J. , “Viktor Frankl y la logoterapia”, disponível em <http://www.bsaslogoterapia.com.ar/logo.htm>, acedida em 18 Dez.

Chochinov conseguiu transmitir aos doentes um propósito na morte, um sentimento de significado, a sensação de ter deixado algo de valor. Partilha também desta opinião Teixeira <sup>(21)</sup>, que constatou que à medida que os doentes recordam os passos mais importantes da sua vida vão ganhando asas para começar a voar...

#### 4 - Conclusão

Da diversa bibliografia consultada conclui-se que a ausência de um projecto de vida que confira sentido à existência humana é muitas vezes a razão principal para o pedido de eutanásia. Este projecto pode ser reconstruído se o doente receber um acompanhamento humano que lhe incuta respeito por si próprio e significado aos últimos dias de vida. *“Os cuidados paliativos devem ser a grande resposta ao pedido de eutanásia.”* <sup>(20)</sup>.

Perante a morte eminente, a nossa presença através do silêncio, o sorriso, o olhar, a carícia, a pressão da mão, adquirem um enorme sentido: humanizar a despedida. *“O efeito de analgesia dos gestos compreensivos está na competência para alteridade do profissional de saúde, a partir do momento em que ele seja capaz de se imaginar no lugar do outro.”* <sup>(21)</sup>. Roach, citada por Pusari defende a utilização dos 5 Cs no cuidado ao doente terminal: compaixão, competência, confiança, consciência e compromisso. Cuidar é, por isso, ajudar a viver. É assumir um compromisso de vida e com a vida. A eutanásia é a “fuga” fácil. *“Só uma existência com sentido, isto é, uma vida amante e amada poderá reconciliar-se e encontrar sentido para a morte.”* <sup>(22)</sup>.

---

<sup>20</sup>CORREIA, M., “Morte e eutanásia nos tempos hodiernos”, *Cadernos de Bioética* 33, 2003:87-102

<sup>21</sup>SÁ, E., “Da emoção ao sofrimento – aspectos psicológicos e algumas reflexões éticas sobre a dor”, in: Neves, M.C., Pacheco, S. *Para uma ética de Enfermagem*, Coimbra, Gráfica de Coimbra, 2004: 353-361

<sup>22</sup>BORGES, A. “Morrer dignamente. A obstinação terapêutica”, in: Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W., *Bioética*, Lisboa, Editorial Verbo, 1996: 363-368

“Não há suporte jurídico para que se possa dizer que a eutanásia é um direito da pessoa. O homem não tem o direito de morrer e sim obrigação de morrer”<sup>(23)</sup>, mas como defendeu Saunders, citada por Almeida: “Existe uma forma aceitável de tratamento que não necessita de leis para a sua implementação.”<sup>(24)</sup>. Essa forma é o Cuidar. São os cuidados paliativos, comprovado pela “...experiência das unidades que praticam medicina paliativa, os pedidos de eutanásia são inexistentes.”<sup>(25)</sup>.

Em Junho de 2002 a Ordem dos Enfermeiros pronunciou-se em relação à eutanásia, elaborando um enunciado da posição a adoptar pelos enfermeiros. Deste texto destaco o ponto 1: “os enfermeiros assumem a defesa e protecção da vida e da qualidade de vida, recusando posições extremadas como o são e eutanásia e a distanásia...” e o ponto 4: “deve haver uma preocupação efectiva dos enfermeiros em promover a qualidade de vida no tempo de vida que resta, em garantir cuidados de acompanhamento (paliativos), com respeito pela dignidade de cada pessoa...”<sup>(17)</sup>.

Se não aumentar a oferta de Cuidados Paliativos, mais e mais pessoas julgarão que as suas vidas não valem a pena. Será a indiferença da sociedade, mais que qualquer motivo, dos explanados neste artigo, que levará os doentes a pedir a morte. Chegar a este ponto seria um triste fracasso da nossa sociedade.

---

<sup>23</sup>SERRÃO, D., “Eutanásia: Moralmente condenável, juridicamente inaceitável”, disponível em <http://www.universia.com.br/matéria/imprimir.jsp?id=6629>, acedida em 18 Dez. 2005

<sup>24</sup>ALMEIDA, A., “Suicídio Assistido, Eutanásia e Cuidados Paliativos”, in: Meleiro, A. et al, *Suicídio: Estudos Fundamentais*, São Paulo, Segmento Farma, 2004: 207-215

<sup>25</sup>SERRÃO, D., “Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer”, in: Serrão, D., Nunes, R., *Ética em Cuidados de Saúde*, Porto, Porto Editora. 2001: 83-90

<sup>26</sup>ORDEM DOS ENFERMEIROS, *Código Deontológico do Enfermeiro*, Lisboa, Edição: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

## **Bibliografia:**

- ALMEIDA, A., “Suicídio Assistido, Eutanásia e Cuidados Paliativos”, *in*: Meleiro, A. et al, *Suicídio: Estudos Fundamentais*, São Paulo, Segmento Farma, 2004: 207-215
- BARRERA, J., “Análisis de los motivos de petición de la técnica de eutanásia por parte de los enfermos”, disponível em <http://www.muertedigna.org/textos/euta.htm>, acedida em 18 Dez. 2005
- BÁTIZ, J. Y, “... si el paciente desea la muerte?”, *Revista Tribuna*, 2005: 4-6
- BORGES, A. “Morrer dignamente. A obstinação terapêutica”, *in*: Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W., *Bioética*, Lisboa, Editorial Verbo, 1996: 363-368
- CARDOSO, A., “Eutanásia e Suicídio Assistido. Separata de Estudos de Direito da Bioética”, Lisboa, Almedina, 2005:235-257
- CHOUCHINOV, H. M., “Dignity- Conserving Care – A New Model for Palliative Care”, *Jama*, 287, 2002: 2253-2260
- CORREIA, M., “Morte e eutanásia nos tempos hodiernos”, *Cadernos de Bioética* 33, 2003:87-102
- ELIAS, A.C. et al., “Intervenção psicoterapêutica na área dos cuidados paliativos para ressignificar a dor simbólica da morte de pacientes terminais”, *Revista Psicologia Clínica*, 3, 2002:116-129
- KOVÁCS, M. J., “Pacientes em estágio avançado da doença, a dor da perda e da morte”, *in*: Carvalho, M.M. et al. *Dor, Um Estudo Multidisciplinar*, São Paulo, Summus Editorial, 1999: 318-337
- MIRANDA, G.L., “O sentido da vida e a aceitação da morte”, *Brotéria*, 150, 2000: 157-174
- MUCCI, R.J. , “Viktor Frankl y la logoterapia”, disponível em <http://www.bsaslogoterapia.com.ar/logo.htm>, acedida em 18 Dez. 2005
- OLARTE, J.M. et al., “Culture issues and Ethical dilemmas in Palliative and End-of-life Care in Spain”, *Cancer Control*, 8, 2001: 46-54

ORDEM DOS ENFERMEIROS, *Código Deontológico do Enfermeiro*, Lisboa, Edição: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS MÉDICOS, “Código Deontológico dos Médicos”, disponível em <http://www.ordemdosmedicos.pt>, acedida em 30 Dez. 2005

PAPA JOÃO PAULO II., “O ser humano não perde a sua dignidade com a doença”, disponível em <http://www.zenit.org> e acedida em 18 Dez. 2005

PESSINI, L., “Nem abreviar, muito menos prolongar a vida, mas humanizar e cuidar”, disponível em [http://www.amavos.uol.com.br/templates/amiavos/noticia/print.asp?cod\\_noticia=6373&cod\\_canal=41](http://www.amavos.uol.com.br/templates/amiavos/noticia/print.asp?cod_noticia=6373&cod_canal=41), acedida em 18 Dez. 2005

PUSARI, N.D., “Eights “Cs” of caring: a holistic framework for nursing terminally ill patients”, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>, acedida em 21 Dez. 2005

RAPOSO, J., “O cuidar e o morrer”, *Cadernos de Bioética*, 31, 2003: 91-108

SÁ, E., “Da emoção ao sofrimento – aspectos psicológicos e algumas reflexões éticas sobre a dor”, in: Neves, M.C., Pacheco, S. *Para uma ética de Enfermagem*, Coimbra, Gráfica de Coimbra, 2004: 353-361

SCHWOB, M., *A Dor*, Lisboa, Instituto Piaget. 1997.

SERRÃO, D., “Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer”, in: Serrão, D., Nunes, R., *Ética em Cuidados de Saúde*, Porto, Porto Editora. 2001: 83-90

SERRÃO, D., “Eutanásia: Moralmente condenável, juridicamente inaceitável”, disponível em <http://www.universia.com.br/matéria/imprimir.jsp?id=6629>, acedida em 18 Dez. 2005

SERRÃO, D., “Dor Múltipla – A Dor e a Dignidade Humana”, disponível em <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=73>, acedida em 18 Dez. 2005

TEIXEIRA, M. M., “O corpo que vai morrer”, *Cadernos de Bioética*, 21, 2001:129-138