

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhad, Ana Cunha, & Isabel Leal

30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA EUTANÁSIA EM ESTUDANTES DE SAÚDE

Ana Kelly Braz Diniz¹ (✉ anakellybd@gmail.com), Mariana Pais de Oliveira¹ & Cloves Antonio de Amassis Amorim¹

¹ Curso de Psicologia – Escola de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil

Tendo em vista que a qualidade de morte tem sido objeto de estudos em todas as áreas do conhecimento humano é importante discutirmos sobre o assunto e sua influência sobre a concepção da eutanásia.

Consideramos que é de extrema importância que primeiramente possamos compreender como as Teorias da representação social se estruturaram. Segundo Marková (2006), o primeiro conceito foi cunhado por Émile Durkheim, nomeado de representação coletiva, ele pressupôs que o conhecimento do mundo externo poderia ser estabelecido somente através das representações coletivas, que é fruto de interações e laços sociais estabelecidas entre os homens, uma forma de conhecimento socialmente produzida.

A representação social que temos da morte também se constitui na coletividade, e se relaciona diretamente com as mudanças que esse acontecimento sofreu durante os anos. De acordo com Kovács (1992), o avanço da ciência tem proporcionado um retardamento do momento da morte, se abstendo da preocupação com a qualidade de vida desses “sobreviventes”, entendendo-se que o paciente foi privado de sua morte; o paciente perdeu seu lugar social para o desenvolvimento tecnológico.

Em encontro com essas questões trazidas pela tecnologia, e consequentemente o avanço da vida e prolongamento da sobrevivência, está presente todo o debate da eutanásia.

METÓDO

Foi realizada uma revisão de literatura e uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo. A metodologia de pesquisa qualitativa (O Discurso do Sujeito Coletivo – DSC) utilizada avalia a representação social dos indivíduos, sendo concebida a partir do produto dos discursos dos participantes selecionados que apresentaram interesse pelo assunto.

O DSC proporciona o surgimento de novas possibilidades de interação, no que se refere às Representações Sociais como objeto de pesquisa empírica. Desta forma, justifica-se a inclusão do DSC no conjunto de reflexões e abordagens destinadas a temáticas complexas em diferentes áreas do conhecimento (Lefèvre & Lefèvre, 2012).

Os critérios escolhidos para definição e seleção da amostra foram indivíduos com 18 anos completos ou mais e estar realizando um curso na área da Saúde, no momento de responder a pesquisa.

Foram selecionados 23 participantes, de sete cursos da área de saúde (Fisioterapia, Enfermagem, Medicina Veterinária, Odontologia, Ciências Biológicas, Psicologia e Farmácia), que responderam um questionário com 18 perguntas, sendo 11 questões discursivas, e 7 questões objetivas.

RESULTADOS

Responderam ao questionário 23 pessoas. 52,17% dos participantes são do público feminino enquanto 47,83% são do masculino, maiores de 18 anos.

Para melhor compreensão os resultados têm como base as respostas dos sujeitos da pesquisa apresentadas na forma de DSC e estão organizados por questão respondida.

DSC 1 – Pergunta 1. O que você entende por eutanásia?

“A eutanásia consiste em ser um método para alívio de sofrimento, por meio de técnicas como aplicação de substâncias, ou a retirada de aparelhos. Sendo realizado em pessoas que estão em estado

terminal, ou acometidos por doenças sem curas ou perspectivas de melhora. É uma maneira de respeitar a dignidade humana”.

Foram considerados para a construção da DSC 1, todas os depoimentos dos 23 participantes da pesquisa.

DSC 1 – Pergunta 4. A legalização da eutanásia é uma exigência do respeito pela autonomia da pessoa? Justifique.

“A legalização da eutanásia está relacionada com a autonomia, da mesma forma que o estado consciente de um paciente está relacionado com sua capacidade de discernir sobre suas decisões. Quando falamos de pessoas em estados vegetativos, ou sem possibilidade de escolha, não podemos dizer que ela tem autonomia”.

Os critérios utilizados para a inclusão das E-CH, IC em DSC 1, foram respostas que corresponderam a 91,30% da questão.

DSC 1 – Pergunta 5. O sofrimento físico e psíquico justifica a eutanásia?

“Sim, deve caber a cada um mensurar sua própria dor, tanto física quanto psíquica. Não podemos falar em dor física sem falar em dor psíquica, a mente interfere no corpo, tanto quando o corpo interfere na mente. É uma opção quando a vida perde sentido e a dor é a única protagonista”.

Critérios utilizados para a inclusão das E-CH, IC em DSC 1: a resposta afirmativa de “Sim”, manifestou-se 73,91% das vezes entre os 23 participantes.

DSC 1 – Pergunta 8. Para você, quais poderiam ser as consequências no ambiente da saúde da legalização da eutanásia?

“De modo geral existem consequências boas e ruins, dentre as boas, teríamos uma redução de pacientes terminais, mais espaço de leitos e consequentemente mais investimento para pessoas que tem condições de melhora, além disso, poderíamos ter uma redução de sofrimento do indivíduo que se encontra nessa situação e de sua família. Possibilitando que o profissional tenha mais caminhos e abertura, respeitando o fim da vida. Já as consequências negativas poderiam estar relacionadas com os profissionais que estariam diretamente lidando com isso, gerando uma ansiedade coletiva,

mortes irresponsáveis, falta de compromisso profissional com os pacientes que iram passar pelo procedimento”.

Foram considerados para a construção da DSC 1, todas os depoimentos dos 23 participantes da pesquisa.

DSC 1 – Pergunta 9. Você concorda com a atitude do médico? Por quê?

“Sim, foi um pedido da própria paciente, a mesma sofre de dores intensas e insuportáveis. Todos os médicos buscam o bem estar de seus pacientes e este fez isso atendendo ao pedido da enferma. Isso possibilita um descanso para ela, acabando com sua dor”.

Os critérios utilizados para a inclusão das E-CH, IC em DSC 1: A resposta afirmativa de “Sim” ou “Concordo”, manifestou-se 78,26%.

DSC 1 – Pergunta 11. O que a morte representa para você?

“A morte representa um descanso, alívio de sofrimento, fim de um ciclo, algo que não está relacionado a nossa vontade. Não sabemos o que acontece depois disso, nem para onde vamos, por isso, é parte da condição humana.”

Para essa questão da DSC 1, foram considerados todas as respostas dos 23 participantes.

DSC 1 – Pergunta 13. Você acha relevante entender sobre o conceito de morte para seu curso? Por quê?

“Sim, a morte nos permeia o tempo todo. Estudar sobre isso na graduação nos humaniza, permitindo que possamos nos sensibilizar para a dor e fragilidade do outro. Além disso, falar sobre a morte é lidar com a impotência de nossa própria finitude, é um futuro inevitável, um assunto que é importante para além do curso”.

Os critérios utilizados para a inclusão das E-CH, IC em DSC: as respostas foram selecionadas considerando que 95,65% dos participantes responderam afirmativamente para questão.

DSC 1 – Pergunta 16. Como você acha que os conhecimentos sobre a morte e suas implicações podem auxiliar na prática do profissional de saúde?

“O conhecimento sobre a morte pode auxiliar na prática profissional, porque permite uma humanização do profissional, tendo o máximo de sensibilidade e empatia pelo sofrimento do

próximo. Além disso, estudar sobre a morte permite que possamos de maneira correta auxiliar familiares e pacientes em como lidar com a situação, proporcionando maior conforto. De maneira geral, faz com que possamos entender a fragilidade da vida e nossa própria finitude”.

Foram consideradas todas as respostas dos 23 participantes.

DSC 1 – Pergunta 17. Você sabe o que são cuidados paliativos?

“Sim, os cuidados paliativos são técnicas, e terapêuticas utilizadas em pessoas com graves patologias, em estado terminal, ou/e em pessoas que não podem mais cuidar de si. São utilizadas para prestar maior conforto para o paciente, reduzindo sua dor e sofrimento, mas sem prolongamento de vida ou cura, promovendo bem estar e diminuição de percepção de dor”.

Os critérios utilizados para a inclusão das E-CH, IC em DSC: As respostas foram selecionadas considerando que 91,30% dos participantes responderam afirmativamente para questão.

DSC 1 – Pergunta 18. Você considera cuidados paliativos como alternativa à eutanásia?

“Considerando que a eutanásia não é legalizada ou descriminalizada, seria uma maneira de dar humanidade e respeito a essas pessoas. Os cuidados paliativos são mais aceitos, uma forma menos impactante de falarmos de fim da vida e morte. Falar sobre cuidados e falar sobre possibilidade, falar de morte está relacionado com o fim”.

Os critérios utilizados para a inclusão das E-CH, IC em DSC 1 e DSC 2: a resposta afirmativa de “Sim”, manifestou-se 78,26% das vezes.

Em relação à questão 2 – A eutanásia é sempre voluntária, 17,39% responderam que “Sim”, 69,57%, responderam que “Não”, e 13,04%, responderam.

“Não Sei”. Na questão 3 – A questão da legalização da eutanásia envolve opções religiosas?, 60,87%, responderam “Sim”, 21,74%, responderam que “Não”, e 17,39%, responderam “Não Sei”.

Na questão 7 – Você concorda com a prática de eutanásia?, 65,22%, responderam que “Sim”, 4,35%, responderam “Não”, e 30,43% responderam “Não sei”.

Em relação à questão 12 – Você durante sua formação até esse momento discutiu em sala sobre a morte e o “morrer”?, 69,57% responderam que “Sim”, 30,43% responderam que “Não”, e 0,00% “Não Sei”. No que se refere à questão 14 – Em algum momento, já ouviu falar sobre qualidade de morte durante a graduação?, 56,52% responderam que “Sim”, 43,48%, responderam que “Não”, e 0,00% “Não Sei”.

Na questão 10 – Assinale em quais condições, em sua opinião um doente poderia ser submetido à eutanásia?. 3,39%, responderam Transtornos Psicológicos ou psiquiátricos, 15,25% , O paciente deve ter pedido, voluntariamente para morrer, 22,03%, Doença incurável com dores crônicas (ex: doenças degenerativa progressiva), 22,03%, Paciente inconsciente em estado terminal ou vegetativo, 30,51%, Paciente terminal com consentimento prévio do Indivíduo, e 6,78% respondeu, Nenhuma das alternativas acima.

DISCUSSÃO

Entende-se que conceituar de maneira integral um conceito como eutanásia não é fácil, considerando a complexidade do tema. Porém, é algo que o futuro profissional de saúde pode se deparar em alguma situação, então conhecer o tema é de extrema importância.

A eutanásia é entendida de maneira geral pelos participantes como “método para alívio de sofrimento, por meio de técnicas como aplicação de substâncias, ou a retirada de aparelhos. Sendo realizado em pessoas que estão em estado terminal [...]”. Desses foi constatado na questão 7 que 65,22%, concordam com a prática da eutanásia.

Para Pessini (2005), a eutanásia é conceituada como a ação que tem por finalidade levar à retirada da vida do ser humano por considerações tidas como humanísticas. Já para Bitencout (2003) a eutanásia é o auxílio piedoso para que alguém esteja sofrendo, encontre a morte desejada.

Visto que os participantes relataram termos como “Terminalidade de sofrimento”, “Alívio de sofrimento”, “Doença incurável”, existe um entendimento sobre a finalidade do procedimento, trazendo concepções que correspondem às representações constituídas por vários autores.

Porém, as técnicas trazidas pelos participantes, como retirada de aparelhos, suspensão do uso de medicamentos, pode demonstrar certa confusão entre termos como eutanásia e ortotanásia.

Segundo Villas-Bôas (2008) dentre os conceitos atualmente relacionados com a intervenção humana no final da vida, a eutanásia é, o mais conhecido, sendo comuns confusões acerca de definições precisas sobre sua prática. A eutanásia passiva consiste na suspensão ou omissão deliberada de medidas que seriam indicadas naquele caso, a fim de matar. Enquanto na ortotanásia há omissão ou suspensão de medidas que perderam sua indicação, por resultarem inúteis para aquele indivíduo, no grau de doença em que se encontra a fim de não protelar o sofrer em vão. A prática da ortotanásia visa evitar a distanásia que é, por sua vez, a morte lenta e sofrida.

No que se refere a questão 2, 69,57%, responderam que a eutanásia não é sempre voluntária, o que pode significar que existe entre a maioria dos participantes entendimento sobre a metodologia aplicada sob o procedimento.

Oliveira et al. (2005), classificou eutanásia quanto ao consentimento do paciente, podendo esta ser, Eutanásia voluntária: quando a morte é provocada atendendo a uma vontade do paciente. Eutanásia involuntária: quando a morte é provocada contra a vontade do paciente ou Eutanásia não-voluntária: quando a morte é provocada sem que o paciente tivesse manifestado sua posição em relação a ela.

Porém, quando perguntados se a Legalização da eutanásia era um respeito a autonomia da pessoa (questão 4), os participantes responderam que “[...] Quando falamos de pessoas em estados vegetativos, ou sem possibilidade de escolha, não podemos dizer que ela tem autonomia”[...].

Consideramos aqui um ponto polêmico, quando falamos em realizar o procedimento involuntariamente ou de maneira não-voluntária, segundo os entrevistados não estamos falando de autonomia. Segundo Villas-Bôas (2008) a necessidade de que a conduta da eutanásia seja precedida por um pedido do interessado é questão polêmica e bastante relevante nos tempos atuais, em razão da crescente valorização da autonomia e da liberdade individual.

Isso pode ser evidenciado quando a questão foi trazida de maneira prática na entrevista, pelo Dilema do Médico, elaborado por Georg Lind & Patrícia Bataglia, para a versão na língua portuguesa em 1998 (questão

9), os participantes da pesquisa justificaram positivamente a atitude do médico com afirmações do tipo: “ Sim, foi um pedido da própria paciente, a mesma sofre de dores intensas e insuportáveis [...]”. “Sim, pois a paciente pediu voluntariamente para o médico”. Podemos ver aqui, que a questão de a paciente pedir voluntariamente, de ter autonomia para tal atitude, torna o procedimento mais admissível.

Pois, a autonomia tem implicações políticas e epistemológicas, exigindo uma reformulação ampliada tanto dos valores políticos, quanto do sistema de conceitos teóricos que o orienta. Segundo a autora Autonomia poderia ser traduzida, em uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmo e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos (Campos & Campos, 2006).

No entanto, é importante nos questionarmos que a autonomia também está submetida a condições externas do sujeito, e a diversas circunstâncias, dependendo de Leis, democracia, da cultura onde está imerso, e isso é questão ímpar para nos questionarmos sobre a realização do procedimento em pessoas em estado inconsciente. Para tanto não pretendemos aqui propor um fechamento dessa questão, mas sim o estímulo para futuras reflexões.

Sobre a eutanásia envolver questões religiosas (questão 3), 60,87%, responderam “Sim”, 21,74%, responderam que “Não”, e 17,39%, responderam “Não Sei”. Em um País como o Brasil a religião e os meios de comunicação são fatores determinantes do posicionamento dos indivíduos em relação à prática da eutanásia (Amorim, Souza, Melo, Alcantaras, & Morelo, 2011).

Segundo Durkheim (1915), citado por Marková (2006) existe uma relação direta entre a religião e o conhecimento científico, pois ambas são baseadas em representações coletivas. A religião é um produto da sociedade, as ideias de Deus, os mitos, são transformados em representações através de crenças socialmente compartilhadas. “As crenças originaram na religião, e da religião entraram para o campo científico” (p. 183).

A diferença entre religião e a ciência, segundo Durkheim, é que o conhecimento científico se constrói de maneira lenta, gradativamente, enquanto as representações religiosas são construídas por significados simbólicos e por linguagem (Marková, 2006). É por isso que mesmo em um País laico, como o Brasil, temos que considerar que as representações

coletivas são muitas vezes, baseadas em crenças religiosas, e influenciadas diretamente por elas. Para o autor “Se a sociedade não tiver um conhecimento disponível, a crença é o melhor substituto” [...] (p.18).

De acordo com as respostas coletadas da questão 5, se o sofrimento físico e psíquico justificaria a eutanásia, obtivemos grande maioria de resposta afirmativa, sendo elas justificadas com argumentos que colocam o sofrimento físico e o psíquico no mesmo nível, dando uma imensa relevância para ambos. “[...] Não podemos falar em dor física sem falar em dor psíquica, a mente interfere no corpo, tanto quanto o corpo interfere na mente[...]”.

Sobretudo, quando analisado a questão 10, que aborda quais condições um doente poderia ser submetido à eutanásia, de acordo com a opinião dos entrevistados, apenas 3,39%, reconheceram transtornos psicológicos ou psiquiátricos como condições à serem submetidos a eutanásia.

Segundo Flach, Grisci, Silva e Manfredini (2009), que aborda o sofrimento psíquico com o termo sofrimento patogênico, e explica que frente a um esgotamento de recursos defensivos mobilizados, acaba direcionando o indivíduo à sentimentos de incapacidade e imbecilidade.

O sofrimento, para além de sua inserção no corpo, ultrapassa a existência de uma linguagem que possibilita discernir algo como perigoso ou não. Sendo assim, entende-se que este sofrimento pode colocar em dúvida o ato de viver. Isto se dá como uma manifestação da fixação de viver perante situações desfavoráveis ao homem. (Flach et al., 2009).

Em uma reportagem publicada em 2016 no portal Zenit, por Federico Cenci relata que em uma pesquisa realizada pela revista “Jama Psychiatry”, entre os anos de 2011 até 2014, 55% dos casos de eutanásia analisados pelos especialistas da Jama, se deram por condições de “distúrbios depressivos” dos pacientes.

No que correspondem às consequências no âmbito da saúde da legalização da eutanásia, o que foi trazido pelos participantes da pesquisa é que “De maneira geral as consequências seriam negativas. A eutanásia poderia ser utilizada em casos irreversíveis, levando a um aumento do número de mortos [...]” “Ansiedade coletiva, mortes irresponsáveis, falta de compromisso profissional com os pacientes que iram passar pelo procedimento”.

Amorim et al. (2011), apontou em sua pesquisa que de fato existe pouco conhecimento dos alunos dos cursos de saúde sobre a legislação

referente à eutanásia, influenciando diretamente no posicionamento negativo sobre a prática. Além disso, a difícil aceitação da prática se dá, pois, os indivíduos que estão inseridos no âmbito da saúde tornam-se responsáveis por combater e vencer a morte, dessa maneira, o profissional assume o papel de onipotência e prioriza salvar o paciente a qualquer custo a fim de corresponder às expectativas idealizadas de preservar a vida.

É por isso que a representação da morte se dá de maneira tão particular, mas não individual e fora do contexto social. Segundo Moscovici, citado por Marková (2006), nós nascemos imersos em fenômenos simbólicos e culturais, esses fenômenos sociais modelam nosso pensamento, nossas práticas sociais e linguagem, de maneira que transmitimos de gerações para gerações nossos conhecimentos de senso comum.

Não é estranho então que em um mesmo discurso, encontramos simbologias similares, como podemos observar em nossas coletas, frases como “fim de um ciclo”, “fechamento de ciclo”, “Fim da vida”, “Descanso”, “Alívio”, surgiram repetidamente nas sentenças quando perguntados sobre O que a morte representa para você (questão 11), isso porque, o conhecimento de senso comum, é socialmente estabelecido, é um senso social, e não faz sentido defini-los como entidades independentes (Marková, 2006).

Segundo as respostas obtidas na questão 13, que se refere a relevância do estudo sobre o conceito de morte na graduação, a maioria dos participantes afirmaram ter grande relevância o estudo da morte no decorrer da graduação. “[...] Estudar sobre isso na graduação nos humaniza, permitindo que possamos nos sensibilizar para a dor e fragilidade do outro [...]”. Sendo assim, a questão 14 demonstra que 56,52%, dos participantes da pesquisa já ouviram falar sobre o tema “qualidade de morte” em sua graduação e 43,48%, ainda não ouviram.

Para Kovács (1992), que cita Vovelle (1985) a morte é uma constante fundamental na experiência humana, mas também é relativa levando em consideração que as relações do ser humano se modificam pelo modo em que ela os atinge. Ainda na fala de Kovács, o que torna um homem mortal é justamente ter consciência de sua finitude.

Sendo assim, é de suma importância que possamos entender a relação de morte que estabelecemos dos dias de hoje, pois as representações sociais sobre a morte e o morrer não resultam apenas da finitude biológica

da vida, mas configuram um processo de interpretação socialmente construída e partilhada em diferentes contextos históricos, sociais e culturais. Nesse sentido, da mesma forma que outros fenômenos da vida social, as distintas leituras sobre a morte e o morrer têm determinado ao longo dos tempos diferentes interpretações e influenciado o modo de seu enfrentamento, similarmente no modo de agir e reagir do profissional frente ao fenômeno (Borges, 2012).

Segundo Dantas, Martins e Militão (2011) é importante que a educação nos cursos de saúde sistematize não apenas questões essencialmente técnicas, mas também valores humanistas, que contribuem para o graduando desenvolvendo e mantendo valores pessoais, habilidades de comunicação, incluindo as dimensões éticas.

Frente a todos esses desafios durante a graduação desse profissional, com lacunas no preparo de suas formações técnico-científicas, e com os desafios que nosso País se depara para questionamentos desse ímpeto, que os cuidados paliativos aparecem como possibilidade de tratar a morte de forma natural, estabelecendo cuidados para um “morrer bem”.

Quando perguntados se sabiam o que são cuidados paliativos (questão 17), 98% dos participantes responderam afirmativamente, quando perguntados, se consideravam os cuidados paliativos como alternativa da eutanásia (questão 18), os indivíduos responderam que: “Sim [...] permite uma morte mais natural e menos impactante, prolongando o estado do paciente mais com qualidade, para que ele possa ter conforto no seu fim”. “Seria uma maneira de dar humanidade e respeito a essas pessoas. Os cuidados paliativos são mais aceitos [...]”.

Segundo Bifulco e Iochida (2009) é uma possibilidade de re-humanização do processo de morrer, direcionando-o para um outro olhar, onde a morte deve ser vista como parte de um processo, e os procedimentos e tratamentos devem beneficiar sempre a qualidade de vida e bem-estar.

REFERÊNCIAS

- Amorim, S. M., Souza, C. A., Melo, R. B., Alcantaras, G., & Morelo, J. (2011). *Eutanásia, Ortotanásia e Suicídio Assistido: Aspectos Jurídicos, Religiosos e Éticos*. XVI Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste, São Paulo, 1-10.

- Bifulco, V. A., & Iochida, L. C. (2009). A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), 92-100. doi.org/10.1590/S0100-55022009000100013
- Bitencout, C. (2003). *Tratado de direito penal: Parte especial* (3ª ed.). São Paulo: Editora Saraiva, 58-80.
- Borges, N. M. M. (2012). Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 324-331. https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200019
- Campos, O. T. R., & Campos, S. W. G. (2006). Co-construção de autonomia: O sujeito em questão. *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 669-688). Rio de Janeiro.
- Dantas, A. A., Martins, H. C., & Militão, S. M. (2011). O Cinema como Instrumento Didático para a Abordagem de Problemas Bioéticos: Uma Reflexão sobre a Eutanásia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 69-76. https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000100010
- Flach, L., Grisci, C. L. I., Silva, F. M. D., & Manfredini, V. (2009). Sofrimento psíquico no trabalho contemporâneo: analisando uma revista de negócios. *Revista Psicologia & Sociedade*, 21(2), 193-202. https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822009000200006.
- Kovács, J. M. (1992). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.
- Lefèvre, F., Lefèvre, A. M. C. (2012). *O Discurso do Sujeito Coletivo e o Resgate das Coletividades Opinantes*, 23(2), 26-33.
- Marková, I. (2006). Dialogicidade e representações sócias. São Paulo: Editora Vozes.
- Oliveira, B. H., Oliveira, B. F. E., Oliveira, B. Z. R., Oliveira, B. M. A., Santos, C. R. E. M., & Silva, P. A. J. (2005). Ética e eutanásia. *Jornal Vascular Brasileiro*, 2(5), 278-282.
- Pessini, L. B. (2005). Eutanásia: Por que abreviar a vida? In Problemas atuais de bioética (pp. 371-406). São Paulo: Editora Loyola.
- Villas-Bôas, M. E. (2008). A ortotanásia e o Direito Penal Brasileiro. *Revista Bioética*, 16(1), 61-83.