

BIOÉTICA E TERMINALIDADE DA VIDA NO CÂNCER: APRESSAR OU TRATAR A MORTE?

BIOETHICS AND TERMINALITY OF LIFE IN CANCER: HASTENING OR
TREATING DEATH?

BIOÉTICA Y CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CÁNCER: ¿ACCELERAR O TRATAR
LA MUERTE?

Luís Fernando Biasoli¹, Andrey Alexander Vieira Manfro²

DOI: 10.54899/dcs.v22i84.3813

Recibido: 20/10/2025 | Aceptado: 10/11/2025 | Publicación en línea: 17/10/2025.

RESUMO

A análise do tema câncer, terminalidade da vida e morte é de extrema importância à medida que nossa população envelhece e as taxas de diagnóstico dessa doença acompanham o aumento da expectativa de vida dos brasileiros. O objetivo deste artigo é discutir os dilemas bioéticos que surgem à medida que nossa sociedade analisa a conduta de outras nações nesta questão e a forma como lidam com isso. Através de uma metodologia de revisão sistemático-crítica, na literatura internacional padrão sobre o tema, investiga-se, neste artigo, à luz da bioética sobre o dever de permitir que pacientes terminais escolham como querem morrer, através das seguintes questões-guia: é ético apressar a morte de um paciente que sofre de intenso sofrimento físico ou emocional? Existem alternativas, bioeticamente, aceitáveis no manejo desses pacientes? Conclui-se que os cuidados paliativos podem ser nossa resposta àqueles que desejam ver aprovadas medidas como a eutanásia e o suicídio assistido. Esta revisão pretende contribuir para esta importante discussão na busca de respostas com algum grau de razoabilidade, mesmo diante de uma questão tão complexa e sensível como o fim da vida em pessoas com câncer terminal.

Palavras-chave: Bioética. Fim da Vida. Cuidados Paliativos. Câncer.

ABSTRACT

The analysis of the theme, terminality of life and death is extremely important as our age gets older and the rates of diagnosis of this disease accompany the increase in the evolution of the lives of Brazilians. The aim of this society is to challenge the bioethical dilemmas that come as our analysis of the conduct of other nations on this issue and how to deal with it. Through a systematic-critical review methodology, in the standard international literature on the subject, this article investigates, in the light of bioethics, the duty to allow terminals to choose how they want to die, through the following guiding questions: is it ethical to hasten the death of a patient suffering from intense or emotional distress? Are there bioethically acceptable alternatives in the

¹ Doutor em Filosofia, Universidade do Estado do Amapá (UEAP), Macapá, Amapá, Brasil.

E-mail: luis.biasoli@ueap.edu.br

² Especialista em Bioética, Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: acmanfro@gmail

management of these patients? - that care can be answers as paliase to see our measures approved and assisted suicide. This review intends to contribute to this important discussion in the search for answers with some degree of reasonableness, even in the face of such a complex and sensitive issue as the end of life in people with terminal cancer.

Keywords: Bioethics. End of Life. Palliative Care. Cancer.

RESUMEN

El análisis del cáncer, los cuidados paliativos y la muerte reviste suma importancia, dado el envejecimiento de nuestra población y el aumento de la esperanza de vida en Brasil, en consonancia con el incremento de los diagnósticos de esta enfermedad. El objetivo de este artículo es abordar los dilemas bioéticos que surgen al analizar las prácticas de otros países en este ámbito. Mediante una revisión sistemática y crítica de la literatura internacional especializada, este artículo investiga, desde la perspectiva de la bioética, el deber de permitir a los pacientes terminales elegir cómo desean morir, a través de las siguientes preguntas: ¿Es ético acelerar la muerte de un paciente que sufre un intenso sufrimiento físico o emocional? ¿Existen alternativas bioéticamente aceptables en el manejo de estos pacientes? Se concluye que los cuidados paliativos pueden ser una respuesta para quienes abogan por la aprobación de medidas como la eutanasia y el suicidio asistido. Esta revisión pretende contribuir a este importante debate en la búsqueda de respuestas razonables, incluso ante un tema tan complejo y delicado como el final de la vida en personas con cáncer terminal.

Palabras clave: Bioética. Final de la vida. Cuidados paliativos. Cáncer.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

"Ser terapeuta de um paciente que agoniza é nos conscientizar da singularidade de cada indivíduo neste oceano imenso da humanidade. É uma tomada de consciência de nossa finitude, de nosso limitado período de vida". Elisabeth Kübler-Ross (**Sobre a Morte e o Morrer**, p. 179).

Durante muito tempo, médicos e profissionais de saúde apoiaram-se em seus próprios julgamentos, quando das decisões sobre as necessidades dos pacientes em final de vida; porém, nos últimos anos, eles têm sido confrontados com a vontade e o desejo dos pacientes (e seus familiares) em fazerem julgamentos independentes sobre seu próprio destino. Devido a isso, os temas da terminalidade da vida, eutanásia, suicídio-assistido e cuidados paliativos têm sido foco de intenso debate, especialmente, nos países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros, para prolongar a vida. É, sobremaneira, importante, antes de tudo, que se diga que há uma enorme

confusão em certos ramos da medicina e das ciências humanas sobre a exata terminologia utilizada, quando nos referimos à eutanásia (ativa, passiva, voluntária, involuntária), suicídio-assistido, retirada ou não instalação de equipamentos de suporte vital, sedação terminal, distanásia, ortotanásia e cuidados paliativos (Oliver, 2006).

Neste trabalho, far-se-á a uma reflexão sobre a real necessidade de se recorrer à eutanásia ativa/suicídio assistido (ESA) em pacientes com câncer terminal, quando se tem acesso à cuidados paliativos (CP). ³A eutanásia ativa é definida como a aplicação, por parte de um médico, de drogas que irão causar a morte de um paciente competente, à pedido deste. Já o suicídio assistido acontece, quando um paciente competente, voluntariamente, solicita drogas, para cometer suicídio; e é auxiliado por um médico que as fornece (Oliver, 2006). Ambas práticas são reconhecidas como morte assistida pelo médico.

A importância deste tópico reside no fato de que, em poucos anos, nossa população alcançará níveis de envelhecimento de países desenvolvidos, com a incidência de novos casos de câncer no Brasil já excedendo a casa de 600 mil novos casos/ano. Além disso, sabe-se que o câncer, como as demais doenças crônicas, é uma doença que acompanha o envelhecimento da população e que um grande número destes pacientes irão sucumbir à doença. (INCA, 2020). A estimativa atual, na América Latina, é de que já existem 100 milhões de pessoas acima dos 60 anos, com mais de 1 milhão de casos/ano de câncer e 600.000 mortes/ano (Soto-Perez-de-Cellis et al., 2017). Estudos, também, mostram que, em 2030, 20% dos norte-americanos terão mais de 60 anos e que até 80% destes - incluindo médicos - manifestam o desejo de morrer em casa, longe de hospitais e cuidados intensivos; o que enfatiza a importância de ouvir-se a sociedade, quanto às preferências no final de vida dos pacientes (Klhan, 2014; Pizzo; Walker, 2015;). Pesquisas, na Europa, mostram os mesmos resultados (Nilsson et al., 2017). Hoje, já se tem mais de 56 milhões de pessoas/ano requerendo cuidados paliativos e o acesso a estes é escasso em 76% daqueles que vivem em países de baixa/média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Enfrentar os desafios e questionamentos advindos da bioética, quando nos debruçamos sobre o impacto do câncer e seus efeitos no fim da vida é uma tarefa complexa e, neste trabalho, busca-se delinear alguns aspectos relevantes que circundam esta questão como ver-se-á, a seguir. Sabe-se que a moral e o comportamento ético estão relacionados a determinadas situações em determinado período de tempo, sendo que escolhas de comportamentos ou ações específicas não

³ Doravante, neste trabalho, usar-se-á as seguintes abreviações: (ESA) para eutanásia ativa/suicídio assistido e para cuidados paliativos (CP).

podem ser feitas em termos absolutos (Hancock, R.L., 2006). Também vale, aqui, ressaltar que a ESA ainda não é regulamentada, juridicamente, em nosso país, sendo considerada crime de homicídio, não devendo ser confundida com a ortotanásia; essa bem assegurada em nossa Constituição, o que permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida de um paciente terminal, respeitando-se a vontade do mesmo ou de seu representante legal (Castro, 2016; Lopes, et al., 2018).

EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO (OU MORTE MEDICAMENTE ASSISTIDA)

Embora a EAS venha sendo praticada há séculos, somente nos anos 50 e 60 do século passado o assunto começou a ser discutido nos meios acadêmicos. Isto foi possível graças aos avanços no conhecimento médico e a medicalização e rotinização da morte, ou seja, o tempo e o modo de morrer passaram ao controle da tecnologia humana, sendo o local da morte deslocado das residências para os hospitais (Cholbi; Varelius, 2015). Os ditos elementos de uma "boa morte" no mundo ocidental tornaram-se uma utopia, ou seja, a morte livre de dor e de conflitos pessoais, vista como um período final de crescimento pessoal, com pleno conhecimento da iminência desta, sua ocorrência em casa perto dos familiares e amigos, e com respeito pela individualidade de cada um (Clark, 2002). A própria definição de uma boa morte acaba por variar, quando se interroga pacientes, médicos ou familiares e conforme se dá maior peso à autonomia, beneficência e não-maleficência (Nilstun, 2000; Meier, 2016).

O contexto sócio-cultural, também, acaba influenciando o modo como a morte é vista e manejada. Países latinos ou de forte influência católica rejeitam, fortemente, a ESA; mas aceitam a ampla sedação do paciente terminal, muitas vezes exercida de forma distorcida, fora dos padrões aceitos pela medicina paliativista; por vezes, constituindo-se em verdadeira eutanásia ativa, isto é, quando o processo de sedação é realizado, muitas vezes, não por sintomas de dor e sofrimento físico; mas por *stress* psicológico e negação do diagnóstico. Desse modo, nestas sociedades, a não-maleficência e a justiça se sobrepõem à autonomia do paciente. Já nos países de influência protestante, os princípios de autonomia e beneficência são priorizados e a justiça tem somente papel compensatório (Olarte; Guillén, 2001).

Atualmente, a ESA é aceita e regulamentada em vários países e em alguns estados norte-americanos; mas vem sendo, gradativamente, discutida e aprovada em vários outros, principalmente envolvendo pacientes com câncer. Após a legalização destes procedimentos, suas

frequências acabam por aumentar; porém os dados não indicam uma aceleração abusiva dos mesmos (Emanuel et al., 2016; Montagna, et al., 2022). Quanto à sua aceitação pelo público, esta gira ao redor de 60-70% dos norte-americanos, sendo que entre os ingleses mais de 93% são favoráveis ao suicídio assistido e 78% à eutanásia quando em pacientes terminais). Entre médicos, uma pesquisa, na Inglaterra, mostra que 31% destes apoiam o suicídio assistido. Na Holanda, 90% apoiam. (Davis, 2019). Outro dado a ser destacado é que pesquisas com médicos retratam que um significativo percentual admite utilizar procedimentos, para acelerar a morte de pacientes terminais (Chambaere, 2010; Verkissen, et al., 2018; Allan, A.; Allan, M.M., 2019). Por outro lado, mesmo em países onde a ESA é regulamentada, a utilização de cuidados paliativos por estes pacientes não é algo contraditório; e boa parte dos médicos destes recorrem a eles (Dierickcx, 2018).

Nos países em que a ESA é praticada, o desejo dos pacientes terminais em ter sua morte apressada, muitas vezes, é devido às razões psicológicas e existenciais e não a sintomas físicos, o que serve de sinal de alerta já que populações vulneráveis e sem a correta avaliação psiquiátrica encontram-se sob risco de uma indicação equivocada destes procedimentos (Emanuel, 2000; Van der Lee et al., 2005; Hudson et al., 2006; VAN Norman, 2014; Guell, 2015). Baixo nível de suporte social e familiar, ansiedade, medo da perda de controle, medo de "tornar-se um peso para a família" e "cansaço de viver" são os motivos mais citados, para recorrer à ESA (Kelly, 2003; Rurup, 2005). Como, talvez, se pudesse imaginar, a dor não é o fator mais importante para o desejo dos pacientes em apressar sua morte (Gordijn, B., 2000). Desta forma, intervenções psicoterapêuticas bem como o adequado cuidado clínico poderiam modificar o desejo de ter a morte apressada (Suarez-Almazor, M.E., 2002; Chochinov, 2005). Pacientes que nesta hora tão difícil encontram significado em suas vidas e confiam nos seus médicos acabam encontrando meios de manejar seu sofrimento e, muitas vezes, opõem-se à eutanásia (Karlsson, 2012). Desnecessário comentar que estes sintomas psíquicos não caracterizam indicações de ESA nos países que realizam estes procedimentos. Além disso, pesquisas com o público em geral mostram resultados favoráveis à ESA sempre em situações hipotéticas e não quando do enfrentamento da morte eminente em situações reais (Eliott, 2008).

Por fim, outro ponto importante com relação a ESA é nossa percepção quanto ao real objetivo da medicina (Miziara, 2021). Desde o juramento hipocrático, os médicos estão acostumados a considerar a proibição de provocar a morte de um paciente, mesmo que baseada na beneficência, para o alívio de sofrimento extremo. A atividade médica é sustentada em salvar

vidas, não em tomá-las, matá-las, ou aviltá-las. Se os médicos aceitarem a ESA, poderão se transformar em meros provedores de serviço guiados somente pelo desejo dos pacientes, do Estado ou de terceiros (Campbell, 2019). Estarão apoiando e justificando o desejo de poucos que solicitam estes procedimentos e se sobrepondo a tantos outros que desejam lutar por suas vidas e ser apoiados, neste momento decisivo (Yang, 2016). De que forma, então, poder-se-á confiar em médicos que não se dispõem a estar do nosso lado nos momentos finais da vida? A aceitação da ESA acabará, segundo alguns bioeticistas, por erodir a imagem dos profissionais da saúde, acarretando a perda da confiança por parte da população (Coughennower, 2002; Gaylin, 1988).

Então, nestas situações-limite existem somente duas alternativas: tentar prevenir a ESA pela aplicação de adequados cuidados paliativos ou conduzi-la, arriscando pôr fim à vida de um paciente que, talvez, não desejasse o procedimento, se tivesse tido um adequado tratamento de seus sintomas físicos ou existenciais (Gordijn, 2000). Os cuidados paliativos, hoje, podem ser o mais poderoso argumento contra a ESA, já que os sintomas físicos e psicológicos que afligem os pacientes terminais podem ser manejados, adequadamente, sem os riscos e dilemas éticos acarretados pela ESA (McCormack, 1998). O que nos parece é que, atualmente, a morte está substituindo os cuidados e a autonomia e substituindo a solidariedade devido à dificuldade por parte dos médicos de lidar com conflitos psicológicos e espirituais, ao administrar o processo de morrer (Soodalter, 2017; Beuselinck, 2018). Além disso, como as principais razões para solicitação de ESA por parte dos pacientes são a perda da autonomia, a falta de vontade em participar de atividades prazerosas e a perda de controle sobre as funções corporais, estudos mostram que ao entender todas as opções de escolha para o final de vida, os pacientes têm menor probabilidade em optar por estas condutas (Lynn, 2011).

CUIDADOS PALIATIVOS

A OMS (Organização Mundial de Saúde) define cuidados paliativos como uma conduta que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, lidando com problemas associados com doenças que ameaçam suas vidas, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da precoce identificação, de impecável avaliação e do tratamento da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais (HWO, 2022). Tem sido, amplamente, demonstrado que os cuidados paliativos combinados com as terapias do câncer em pacientes com doença avançada podem melhorar a qualidade e até mesmo o tempo de vida dos mesmos (Pizzo; Walker, 2015).

Desde o diagnóstico de uma doença que ameaça nossa vida - como o câncer -, a proximidade da morte vem acompanhada de sofrimento.

Os cuidados paliativos oferecem a possibilidade de, além de se suspender tratamentos fúteis, iniciar-se uma assistência plena por parte de uma equipe multidisciplinar, para se combater os sintomas físicos e emocionais que acompanharão o paciente até seus momentos finais (Arantes, 2016). Seu objetivo não é prolongar ou adiar a morte, mas prover alívio da dor e de outros sintomas físicos e psíquicos, para que o paciente possa viver o mais ativamente possível, dando suporte à família e aos cuidadores, mesmo após a morte do paciente; pois a morte do paciente não deve significar de modo algum o fim da relação médico-paciente.

A medicina paliativa teve seu início pelas mãos da Dra. Cicely Saunders, fundadora do St. Christopher Hospice, em Londres, em 1967. Desenvolvendo-se a partir daí como oposição à medicina moderna altamente tecnológica e que sempre acaba por priorizar a cura, tirando o foco da busca incessante pela cura e focando na dignidade humana, além de enfatizar a solidariedade entre os profissionais da saúde e o paciente (Pessini, 2004). A morte, na perspectiva da medicina paliativa, não é encarada como uma derrota; mas como um processo natural que deve ser enfrentado com cuidado e respeito pelo paciente. Idealmente, os cuidados paliativos devem ser instituídos no tempo do diagnóstico da doença e mantidos, concomitantemente, com aqueles dirigidos à cura (Kelley, 2015; Erdek, 2015). Podem ser realizados de modo satisfatório tanto em instituições de saúde como na casa do paciente, junto de seus familiares. Importante, aqui, frisar a incongruência nas pesquisas de opinião acerca do modo como se gostaria de morrer e o modo como, verdadeiramente, está-se a morrer, sem o adequado manejo em fases terminais de doenças crônicas como o câncer. Mesmo assim, os programas de cuidados paliativos encontram-se em crescimento nos países de Primeiros Mundo, o que infelizmente não acontece em nosso país devido às conhecidas e precárias condições do nosso sistema de saúde (Soto-Perez-de-Celis, 2017; Alcântara, 2020).

Segundo Chaves (2011), existem cinco princípios éticos a serem seguidos na medicina paliativa: princípio da veracidade (proteção daqueles que não podem exercer sua autonomia), princípio da proporcionalidade (medidas terapêuticas proporcionais entre meios empregados e resultado previsto), princípio do duplo efeito, princípio da prevenção de complicações e princípio do não abandono (jamaís abandonar o paciente que não deseja determinado tratamento). Aqui, vale a pena se deter um pouco no princípio do duplo-efeito originado na *Summa Theologiae* de São Tomás de Aquino (1225-1274).

De acordo com os ensinamentos do *Doctor Angelicus*, é permitido agir mesmo prevendo um resultado, moralmente, não permitido (por exemplo, a morte de um paciente) se o resultado não é intencional e um resultado suficientemente bom é a nossa real intenção. Segundo essa doutrina, a ESA não deveria ser autorizada, pois sua intenção é a morte, diferentemente da retirada de suporte vital ou sedação terminal, na qual o objetivo é evitar futilidade ou aliviar sintomas de sofrimento extremo. Já outros defendem que a aplicação da doutrina não é apropriada nesta situação, pois os cuidados paliativos não preenchem os requisitos necessários para invocá-la (Faris, 2021).

A sedação do paciente terminal, também, deve seguir determinados *guidelines* já, amplamente, conhecidos; resultando no alívio dos sintomas, e em conforto e segurança deste, pela utilização gradativa de drogas que produzem sedação e, por fim, perda de consciência (Covan, 2002; Maganto, V.V., 2005; Juth, 2010; Blinderman, 2015; Chessa, 2019; Crawford, 2021). Deve somente ser utilizada para o manejo de sintomas insuportáveis e refratários em pacientes cuja morte é iminente e quando, corretamente, instituída não resulta em impacto negativo na sobrevivência do doente terminal (Pitre, 2009; Maltoni, 2014).

De qualquer forma, a equipe de cuidados paliativos não se atém somente ao uso de sedativos - sua atividade sendo muito mais ampla, abrangendo toda a sintomatologia do paciente, cuidando de aliviar a dor, a ansiedade, a depressão, a dispnéia, a fadiga, tudo de forma integrada com os familiares (Henson, 2020). O extremo *stress* vivenciado por estes pacientes é, certamente, compreensível; mas seu antídoto deve ser a educação, o suporte e o afeto, valendo-se de medidas clínicas bem planejadas e embasadas em estudos clínicos, sempre respeitando a vida humana e evitando medidas, ostensivamente, práticas e passionais (Erdek, 2015; O'rourke, 2017). Sua integração ao manejo do paciente oncológico terminal mostra amplos benefícios, desde a melhora da qualidade de vida com reduzidos níveis de depressão e até mesmo a redução de custos de atendimento e de internações (Smith, 2012; Triplett, 2017; Dalal, 2017).

DILEMAS ÉTICOS

A eutanásia/suicídio assistido, ao lado do aborto, da fertilização *in vitro* e do abuso imoral em pesquisas compõem os tópicos centrais da bioética contemporânea. Milhares de artigos, livros e debates têm se debruçado nas questões éticas que surgem quando nos deparamos com estas situações. Devido ao tema ESA ser bastante controverso e emotivo, o debate acaba sendo intenso,

mas com pouca inovação argumentativa, parecendo mais uma guerra de trincheiras na qual os soldados atiram contra o inimigo, sem avançar em seu território. Até mesmo a eutanásia "passiva" - ao não indicar tratamento invasivo no paciente terminal -, apesar de permitida, é controversa por depender da definição de eutanásia adotada (Brassington, 2020). Desta forma, parece bem claro que este debate, do ponto de vista prático, encontra-se estagnado.

Antes de mais nada, é importante dizer que não se pode somente considerar as preferências da população quanto à ESA ou cuidados paliativos no doente terminal. Tem-se sempre que levar em conta a autonomia dos pacientes e a opinião dos familiares e dos profissionais da saúde, o que dificulta, ainda mais, a tomada de decisão e a normatização destas decisões (Nilstun, 2000).

Cholbi e Varelius (2015) identificam quatro ameaças centrais ao debate relativo à ESA. São eles: normas que regulam o comportamento de profissionais médicos e a compatibilidade destas com a ESA; o tipo de envolvimento daqueles envolvidos na condução da morte de outras pessoa (distinção entre matar e deixar morrer e a doutrina do duplo efeito em sedação terminal); o respeito à autonomia e beneficência na aceitação moral e legal da ESA e, por último, as consequências previstas da legalização destes procedimentos. Esta última ameaça refere-se a bem conhecida "*slippery slope*", ou seja, os efeitos gerais na população de aprovação destes procedimentos com ameaça de extensão do mesmo além das indicações previstas, com risco adicional de não adesão dos pacientes aos cuidados paliativos (Herx, 2015). Segundo pesquisas, até este momento, esta última situação não tem ocorrido nos países onde a ESA é aprovada (Singer, 1994; Cholbi, 2015).

O debate ético entre os apoiadores e aqueles contrários à ESA é, forte e obviamente, influenciado pelos quatro princípios de Beauchamp e Childress (2019). Aqueles que apoiam estes procedimentos apelam para os princípios da autonomia e beneficência, ou seja, os pacientes competentes têm o direito de determinar seu modo de morrer e os médicos devem agir, exclusivamente, em benefício dos pacientes. Singer (1994) apela para a misericórdia, falando em "vida miserável", porém os critérios para sua caracterização são indefinidos e corre-se o risco de se aceitar a "fadiga da vida" como um fator determinante para ESA, apesar de alguns autores aceitarem essa indicação em casos excepcionais (Morita, 2004; Cholbi, 2015).

Os opositores, por outro lado, dizem que estes princípios são por demais abstratos e pouco numerosos para, adequadamente, lidar-se com as complexidades das situações individuais, e para que se possa definir uma conduta, além de citarem o valor intrínseco da vida humana, a qual jamais deveria ser encurtada (Cholbi, 2015). Pellegrino (2001), por sua vez, reafirma a

importância da filosofia de Aristóteles, dizendo que a principal função da medicina é servir ao bem do paciente, respeitando sua autonomia; porém essa sempre subordinada ao bem espiritual, com a assistência à morte sendo contrária à integridade da medicina.

Tentativas têm sido feitas, para se encontrar um denominador comum entre as partes que possa satisfazê-los e, adequadamente, fornecer parâmetros que sirvam no manejo clínico destes pacientes. A conduta mais aceita e praticada, atualmente, é a sedação terminal, na qual tem-se a decisão de utilizar sedativos em doses adequadas ao período em que os mesmos se encontram, para aliviar seus sintomas, os quais não podem mais ser manejados, devendo-se eliminar sua percepção (Delden, 2007). Desta forma, esta conduta seria, eticamente, superior à ESA; pois apesar de não restaurar a autonomia e dignidade do paciente terminal, pode pôr fim ao sofrimento resultante da perda das mesmas autonomia e dignidade (Tsu, 2011).

Esta decisão, muitas vezes, é acompanhada pela suspensão da alimentação e hidratação do doente em comum acordo com os familiares, o que resulta na sua morte, geralmente, em poucos dias; porém já comprovadamente sem aceleração deste processo (Maltoni, 2009; Park, 2021). Como isso se aproxima bastante da eutanásia ativa, apesar de apoiada na doutrina do duplo efeito, muitos opositores não a aceitam. Além disso, a maneira como a ESA e a sedação terminal tratam sintomas é bastante semelhante: tiram a consciência do paciente (Raus, 2011). Como contraponto a estes, do ponto de vista ético, é importante salientar que mesmo que a intenção seja que o paciente não recobre a consciência (uma decisão que pode mesmo ser revertida), isto não significa que a intenção seja a morte, mesmo que se deseje que esta ocorra de maneira rápida, já que desejo não é intenção (Mastersvedt, 2009).

Outras ideias recentes parecem bastante promissoras. Há, por exemplo, uma proposta de dar ênfase a uma nova especialidade médica: a tanatologia. Estes profissionais seriam treinados e autorizados a utilizar a ESA em determinadas situações, sempre cientes que, posteriormente, suas ações seriam examinadas e sujeitas a sanções, se consideradas fora dos *guidelines*, podendo ser consideradas uma ação criminosa. Desta forma, o estado não estaria autorizando a ESA, mas determinando que certas ações extremas poderiam ser aceitas (Huxtable, 2015). Também, pode-se destacar a terapia da dignidade, na qual a intervenção terapêutica visa a combater, especialmente, os sintomas psicológicos e existenciais destes doentes, os quais são responsáveis por grande sofrimento nas fases finais da vida e, como já dissemos, responsáveis por grande parte das solicitações de ESA (Chochinov, 2005).

Já outros acreditam que os pacientes devem sempre decidir pelo seu próprio destino,

conforme suas preferências. Se desejam ter sua consciência reduzida até o momento da morte, a sedação gradativa e, por fim a sedação terminal, seria a opção. Se desejam permanecer sempre conscientes, podendo a qualquer momento decidirem seu caminho final; então a ESA seria a opção. Simples assim! (Lossignol, 2015). De qualquer forma, bioética e legalmente, acaba-se no mesmo impasse.

CONCLUSÃO

Viu-se que nas últimas décadas houve grande progresso no manejo do paciente terminal, devido ao surgimento e desenvolvimento dos cuidados paliativos. Estes permitem, verdadeiramente, tratar e dar suporte ao paciente no "processo de morte" que tem início, em doenças crônicas como o câncer, muito antes do período que chamamos de "fase terminal". Eles permitem maximizar a qualidade de vida neste período tão difícil, facilitando o tratamento dirigido à doença e dando oportunidade ao paciente de enfrentar seus medos e dificuldades, manejar problemas familiares que, muitas vezes, iniciaram-se muito tempo antes de um diagnóstico, oportunizando que afetos ocultos, muitas vezes, reprimidos, possam vir à tona, dando um sentido real à vida - tanto do paciente, quanto de seus amigos e familiares. Ao contrário da eutanásia e do suicídio assistido, este tratamento não oferece uma saída rápida e sem sentido desta vida, longe do contexto familiar; mas uma finalização digna, racional e com qualidade.

Quando o paciente é, adequadamente, manejado e apoiado, e seus temores antecipados de sofrimentos irreais são dissipados, além de seus sintomas físicos e psíquicos serem tratados, poucos irão sentir-se inclinados a solicitar medidas que apressem sua morte, as quais nos parecem mais uma solução "rápida e prática" do que, realmente, um manejo correto que, acima de tudo, valorize a vida daquele ser humano único. Porém, para que isso ocorra em nosso país, deve-se, antes de tudo, incentivar a educação médica para ter uma maior sensibilidade, experiência para com cuidados paliativos já na etapa de formação dos profissionais de saúde, visando ao planejamento de final de vida para os pacientes de forma adequada, individualizada, multidisciplinar e integrada com a família. Isto, realmente, é tratar a morte dignamente.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, F. A. Ethical dilemmas in palliative care: a literature review. **Revista Bioética**, Brasília, v.28 (4): 704-9, 2020.

ALLAN, A.; ALLAN, M.M. Ethical issues when working with terminally ill people who desire to hasten the ends of their lives: a western perspective. **Ethics & Behavior**, v.30:1, 28-44, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10508422.2019.1592683>. Acesso em: 20 maio 2024.

ARANTES, A.C.Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2016.

BEUSELINCK, B. Proper palliative care makes assisted dying unnecessary. **The Economist**, Londres, 24 agosto de 2018. Disponível em: <https://www.economist.com/open-future/2018/08/24/proper-palliative-care-makes-assisted-dying-unnecessary>. Acesso em 10 fev 2025.

BLINDERAN, C.D. Comfort Care for Patients Dying in the Hospital. **New England Journal of Medicine**, vol. 373 dec.24 (26): 2549-61, 2015. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra1411746>. Acesso em 12 abr. 2024.

BRASSINGTON, I. What passive euthanasia is. **BMC Med Ethics**, vol. 21, 41, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00481-7>. Acesso em: 21 mar 2025.

CAMPBELL, C.S. Mortal Responsibilities: Bioethics and Medical-Assisted Dying. **Yale Journal of Biology and Medicine**, vol.92: 733-39, 2019. Acesso em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31866788/>. Disponível em: 21 fev 2025.

CASTRO, M.P.R. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Revista Bioética**, Brasília, vol.24 (2): 355-67, 2016

CHAMBAERE, K. et al. Continuous Deep Sedation Until Death in Belgium: A Nationwide Survey. **Archives of Internal Medicine**, vol.170 mar. (5): 490-93, 2010. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/415701>. Acesso em: 21 fev 2025.

CHAVES, J.H.B. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. **Revista Dor**, São Paulo, vol.12 jul-set (3): 250-55, 2011.

CHESSA, F.; MORENO, F. Ethical and Legal Consideration in End-of-Life Care. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, vol.46: 387-98, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5873559/>. Acesso em: 21 fev. 2025.

CHOCHINOV, Harvey Max et.al. Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near End of Life. **Journal of clinical Oncology**, vol.23 (24): 5520-5525, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16110012/>. Acesso em: 12 fev 2024.

-----, Understanding the Will to Live in Patients Nearing Death. **Psychosomatics**, vol.46 (1): 7-10, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15765815/>. Acesso em: 12 mar. 2025.

CHOLBI, M.; VARELIUS, J. **New Directions in the Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia**, Switzerland: Springer, 2015

CLARK, D. Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. **British Medical**

Journal, vol.324: 905-907, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11950744/>. Acesso em: 3 mar 2025.

COUGHENOWER, M. Physician-Assisted Suicide. **Gastroenterology**, vol.26 (2): 55-59, 2002. Disponível em: <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/ethics/end-of-life/physician-assisted-dying>. Acesso em: 21 maio 2024.

COWAN, J. D.; PALMER, T. W. Practical Guide to Palliative Sedation. **Current Oncology Reports**, vol.4, 242-49, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11937015/>. Acesso em: 22 jun 2024.

CRAWFORD, G.B e al. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guideline. **ESMO open**, vol. 6(4):100225. 2021 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34474810/>. Acesso em 21 jan 2025.

DALAL S.; BRUERA, E. End-of life care Matters: Palliative Cancer Care Results in Better Care and Lower Costs. **The Oncologist**, vol.22: 361-68, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28314840/>. Acesso em: 21 jan 2025.

DAVIS, N. Euthanasia and assisted dying rates are soaring. But where are they legal? **The Guardian**, Londres, 15 de julho de 2019. Disponível em: <https://theguardian.com/news/2019/jul/15>. Acesso em: 21 jan 2025.

DIERICKX, S. et al. Involvement of palliative care in euthanasia practice in a context of legalized euthanasia: A population-based mortality follow-back study. **Palliative Medicine**, vol.32 (1): 114-122, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28849727/>. Acesso em: 23 jan 2025.

ELIOTT, J.A. Dying cancer patients talk about euthanasia. **Social Science & Medicine**, vol.67: 647-656, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18514992/>. Acesso em: 29 jan 2025.

EMANUEL, E. J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada and Europe. **JAMA**, jul.5 vol.316 (1): 79-90, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27380345/>. Acesso em: 12 jan 2025.

EMANUEL, E.J.; FAIRCLOUGH, D.L.; EMANUEL, L.L. Attitudes and Desires Related to euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Terminally Ill Patients and Their Caregivers. **JAMA**, nov.15, vol.284 (19): 2460-2468, 2000. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/193281>. Acesso em: 23 jan 2025.

ERDEK, M. Pain medicine and palliative care as an alternative to euthanasia in end-of-life cancer care. **The Linary Quarterly**, vol.82 (2): 128-134, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4434784/>. Acesso em: 23 jan 2025.

FARIS, Hannah. Goods, causes and intentions: problems with applying the doctrine of double effect to palliative sedation. **BMC medical Ethics**, vol.22 (141):1-8, 2021. Disponível em: <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12910-021-00709-0.pdf>. Acesso em: 4 jan 2025.

GAYLIN, W. et al. Doctors Must Not Kill. **JAMA**, vol.259 apr.8 (14): 2139-2140, 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3346989/>. Acesso em: 19 jan 2025.

GORDIJN, B.; JANSSENS, R. The prevention of euthanasia through palliative care: New developments. *The Netherlands. Patients Education and Counseling*, vol.41: 35-46, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10900365/>. Acesso em: 21 jan 2025.

GUELL, E.; RAMOS, A.; ZERTUCHE, T. Verbalized desire for death or euthanasia in advanced cancer patients receiving palliative care. **Palliative and Supportive care**, vol.13: 295-303, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24762215/>. Acesso em: 14 jan 2025.

HANCOCK, R.L. Bioethics and Ethics in Cancer Research. **Ludus Vitalis**, vol.XIII (25): 247-50, 2006. Disponível em: http://ludus-vitalis.org/html/textos/foro/25_hancock.pdf. Acesso em: jan 2025.

HENSON, L.A. et al. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. **Journal of Clinical Oncology**, vol.38 (9): 905-14, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32023162/>. Acesso em: jan 2025.

HERX, L. Physician-assisted death is not palliative care. **Current Oncology**, vol.22 (2): 82-3, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4399615/>. Acesso em: jan 2025.

HUDSON, P.L. et al. Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review. **Palliative Medicine**, vol.20: 693-701, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17060268/>. Acesso em: 12 jan 2025.

HUXTABLE, R.; IVES, J. **New directions in the Ethics of Assisted suicide and Euthanasia**. vol. 64,149-168, Springer, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Duas décadas de Dia Mundial do Câncer e estimativa 2020 marcam o 4 de fevereiro no Inca. *INCA*. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/duas-decadas-de-dia-mundial-do-cancer-e-estimativa-2020-marcam-o-4-de-fevereiro-no-inca>. Acesso em: 29 jan 2025.

JUTH, N. et al. European Association for palliative care (EAPC) framework for palliative sedation: an ethical discussion. **BMC Palliat Care**, vol. 9, 20, 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/9/20>. Acesso em: 7 jun 2022.

KARLSSON, M.; MILBERG, A.; STRANG, P. Suffering and euthanasia: a qualitative study of dying cancer patients'perspectives. **Support Care Cancer**, vol.20: 1065-1071, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21573739/>. Acesso em: 12 jan 2025.

KELLY, A.S., Morrison, R.S. Palliative Care for the Seriously Ill. **The New England Journal of Medicine**, aug.20 Vol.373 (8): 747-755, 2015. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra1404684>. Acesso em: 12 jan 2025.

KELLY, B. et al. Factors associated with the wish to hasten death: a study of patients with

terminal illness. **Psychological Medicine**, vol.33: 75-81, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12537038/>. Acesso em: 30 jan 2025.

KHAN, S.A.; Gomes, B.; Higginson, I. End-of-Life care - what do cancer patients want? **Nature Review Clinical Oncology**, vol.11: 100-108, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24281062/>. Acesso em: 13 jan 2025.

LOPES, A.C.; LIMA, C.A.; SANTORO, L.F. **Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia. Aspectos médicos e jurídicos**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2018.

LOSSIGNOL, D. End-of-life sedation: is there an alternative? **Current Opinion in Oncology**, vol.27 jul.(4): 358-64, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25888063/>. Acesso em: 12 jan 2025.

LYNN, J.; HARROLD, J.; SCHUSTER, J.L. *Handbook for Mortals. Guidance for People Facing Serious Illness*. 2 ed. Oxford: Oxford University Press, 2011.

MACCORMACK, P. Quality of life and the right to die: an ethical dilemma. **Journal of Advanced Nursing**, vol.28 (1): 63-69, 1998.

MAGANTO, V.V.; GONZÁLEZ, M.M. Dilemas al final de la vida. **Clinical and Translational Oncology**, vol.7 (7): 285-294, 2005.

MALTONI, M.; SCARPI, E.; NANNI, O. Palliative sedation for intolerable suffering. **Current Opinion in Oncology**, vol.26 (4): jul., 389-394, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24825017/>. Acesso em: 12 jan 2025.

MALTONI, M. et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. **Annals of Oncology**, vol.20 jul.(7): 1163-69, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19542532/>. Acesso em: 12 jan 2025.

MATERSTVEDT, L.J., Bosshard G. Deep continuous palliative sedation (terminal sedation): clinical-ethical and philosophical aspects. **The Lancet Oncology**, vol.10 jun., 622-27, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19482251/>. Acesso em: 23 jan 2025.

MEIER, E.A. Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and public Dialogue. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, vol.24 (4): 261-71, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4828197/>. Acesso em: 12 jan 2025.

MIZIARA, I.D. Euthanasia in Brazil: Ethical and legal aspects. **Ethics, Medicine and Public Health**, vol.16: 1-4, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352552521000062?via%3Dihb> Acesso em: 12 jan 2025.

MONTAGNA, G. et al. Assisted suicide in patients with cancer. **ESMO Open**, vol.;7(1):100349, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.esmoopen.2021.100349>. Acesso em: 12 jan 2025.

MORITA, T. Palliative sedation to Relieve Psycho-existential Suffering of Terminally Ill

Cancer patients. **Journal of Pain and Symptom Management**, vol.28 nov.(5): 445-50, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15504621/>. Acesso em: 12 jan 2025.

NILSSON, J. et al. End-of-life care: Where do cancer patients want to die? A systematic review. **Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology**, vol.13: 356-364, 2017

NILSTUN, T.; MELLTORP, G.; HERMERÉM, G. Surveys on attitudes to active euthanasia and the difficulty of drawing normative conclusions. **Scandinavian Journal of Public Health**, vol.28: 111-16, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10954137/>. Acesso em: 12 jan 2025.

OLARTE, J.M.N.; GUILLÉN, D.G. Cultural Issues and Ethical Dilemmas in Palliative and End-of-Life Care in Spain. **Cancer control**, vol.8 (1): 46-54, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11176035/>. Acesso em: jan 2025.

OLIVER, D. A perspective on euthanasia. **British Journal of Cancer**, vol.95: 953-54, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2360694/>.

Acesso em: 30 jan 2025.

O'ROURKE, M.; O'ROURKE, M.O., Hudson, M.F. Reasons to Reject Physician Assisted Suicide/Physician Aid in Dying. **Journal of Clinical Practice**, vol.13 oct.(10): 683-87, 2017. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JOP.2017.021840>

Acesso em: 12 jan 2025.

PARK, S.J. Association between continuous deep sedation and survival time in terminally ill cancer patients. **Support care Cancer**, vol.29 jan.(1): 525-31, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32415383/>. Acesso em: 12 jan 2025.

PELLEGRINO, E.D. The Internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions. **Journal of Medicine and philosophy**, vol.26 (6): 559-579, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11735050/>.

Acesso em: 12 maio 2022.

PESSINI, L. Eutanásia. *Por que abreviar a morte?* São Paulo: Edições Loyola, 2004.

PITRE, T. Palliative Sedation at the End of Life: Uses and Abuses. **The Linacre Quarterly**, vol.76 (4): 390-407, 2009. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1179/002436309803889034>. Acesso em: 8 jan 2025.

PIZZO, P.A.; WALKER, D.M. Should We Practice What We Profess? Care near the End of Life. **The New England Journal of Medicine**, vol.372 (7): 595-598, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25671250/>. Acesso em: 19 jan 2025.

RAUS, K.; STERCKX, S.; MORTIER, F. Is Continuous Sedation at the End of Life an Ethically Preferable Alternative to Physician-Assisted Suicide? **The American Journal of Bioethics**, vol. 11 (6): 32-40, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21678215/>. Acesso em: 12 jan 2025.

RURUP, M.L. et al. When being "tired of living" plays an important role in a request for euthanasia or physician-assisted suicide: patient characteristics and the physician's decision. **Health Policy**, vol.74: 157-166, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16153476/>. Acesso em: 12 jan 2025.

SINGER, P. *Rethinking Life and Death. The Collapse of our Traditional Ethics*. Oxford: Oxford Press, 1994.

SMITH, T.J. et al. American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care into Standard Oncology Care. **Journal Of Clinical Oncology**, vol.30 mar.(10): 880-887, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22312101/>. Acesso em: 12 jan 2025.

SOOLDALTER, J. A. et al. Affective science and avoidance end-of-life communication: Can the science of emotion help physicians talk with their patients about the end of life? Patient Education and Counseling. **Patient Educ Couns**, vol. 101(5):960-967, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.12.008>. Acesso em: 21 jan 2025.

SOTO-PEREZ-DE-CELIS, E. et al. End-of-Life care in Latin America. **Journal of Global Oncology**, vol.3 jun.(3): 261-69, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5493222/>. Acesso em: 26 jan 2025.

SUAREZ-ALMAZOR, M. et al. Attitudes of Terminally Ill Cancer Patients About Euthanasia and Assisted Suicide: Predominance of Psychosocial Determinants and Beliefs Over Symptom Distress and Subsequent Survival. **Journal of clinical Oncology**, vol.20 april 15 (8): 2134-2141, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11956275/>. Acesso em: 24 jun 2024.

TRIPLETT, D.P. et al. Effects of Palliative Care on Aggressiveness of End-of-Life Care Among Patients With Advanced Cancer. **Journal of Oncology Practice**, vol.13 sept (9): e760-e69, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28829693/>. Acesso em: 12 mar 2025.

TSU, P. S.H. Elimination of Pain Versus Elimination of Suffering: Why CDS Is Ethically Preferable to PAS. **The American journal of Bioethics**, vol.11 jun.(6): 45-6, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21678218/>. Acesso em: jan 2025.

VAN DELDEN, J.J.M. Terminal sedation: source of a restless ethical debate. **American Journal of Medical Ethics**, vol.33: 187-88, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652768/>. Acesso em: 22 jan 2025

VAN der LEE, M. et al. Euthanasia and Depression: A prospective Cohort Study Among Terminally Ill Cancer Patients. **Journal of Clinical Oncology**, vol.23 (27): 6607-6612, 2006.

VAN NORMAN, G.A. Physician aid-in-dying: cautionary words. **Current Opinion in Anesthesiology**, vol.27: 177-182, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24556646/>. Acesso em: 28 jun 2024.

VERKISSEN, M.N. et al. End-of-life decision-making across cancer types: results from a nationwide retrospective survey among treating physicians. **British Journal of Cancer**,

Vol.118: 1369-1376, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29593337/>. Acesso em: 12 dez 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative Care**. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. Acesso em: 22 jun 2024.

------. *Global Atlas Of Palliative Care*. 2 ed. London, UK, 2020.

YANG, Y.T. Why Physicians Should Oppose Assisted Suicide. **JAMA**, vol.315 jan.19 (3): 247-8, 2016. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2482333>. Acesso em: 30 maio 2024.