

A questão da eutanásia no Brasil sob a perspectiva bioética

Cícero de Andrade Urban



Introdução

O desenvolvimento científico permitiu uma melhora importante e sem precedentes na qualidade de vida e um aumento substancial da sua longevidade nos países ocidentais. Este último aspecto trouxe um elemento inédito na sociedade pós-moderna: convive-se mais e por mais tempo com as doenças crônicas. Assim, surgiu também uma nova forma de angústia, o temor da não-vida ou da não-morte, daquele estágio intermediário e prolongado de sofrimento que é ainda mais inquietante do que a própria morte e que trouxe dilemas antes desconhecidos. Com isso, o debate sobre a eutanásia se intensificou, mesmo que a sua essência ético-filosófica não tenha se modificado muito nos últimos 50 anos¹.

Não existem, de fato, razões fisiológicas, biológicas ou clínicas para acelerar o processo de morrer. Existem sim razões antropológicas, éticas, culturais e religiosas, favoráveis ou contrárias, que são relevantes e estão envolvidas dentro deste debate. Dessa forma, a eutanásia deixa de ser um problema interno e exclusivo da medicina atual para se transformar em algo muito mais amplo e complexo, que transcende ao universo biológico e ao da medicina baseada em evidências e passa a atingir a toda a sociedade². Alguns dos defensores da sua legitimidade moral e, portanto da sua legalização, tendem a enquadrá-la como perfeitamente compatível com o ambiente que existe dentro das sociedades liberais e democráticas, justo porque são estas sociedades que devem promover a cultura dos direitos. Esta visão, todavia, é uma simplificação ética e jurídica

que não é compartilhada por todos os autores que se dedicam a esta questão.

No Brasil o debate sobre a eutanásia encontra-se ainda em um âmbito superficial dentro da sociedade e mesmo entre os médicos e outros profissionais de saúde, do direito e legisladores. É necessária uma reflexão maior e mais aprofundada dos diversos aspectos existentes nos discursos pró e contra a eutanásia antes de se posicionar a respeito. Assim, este trabalho procurou trazer a tona alguns dos elementos mais importantes envolvidos dentro desta temática, buscando integrá-los à nossa realidade através de uma abordagem bioética e de uma preocupação com os cuidados com a pessoa do paciente terminal.

Natureza da eutanásia

O termo eutanásia é ambíguo e isto constitui uma fonte muito frequente de confusão entre médicos, legisladores e cidadãos, sobretudo no Brasil. Enquanto no plano epistemológico a raiz grega *eu-thanatos* significa “boa morte”, no plano ético e prático é a supressão piedosa da vida do paciente. Como eutanásia pode-se considerar então toda a ação ou omissão realizada com o objetivo de suprimir a vida de um paciente com a finalidade de evitar sofrimento físico ou psíquico³.

Desta forma, a eutanásia não consiste apenas na ação, mas também na omissão de algo que poderia salvar o paciente. Neste ponto existe o maior fator de ambigüidade terminológica. Separar eutanásia ativa de passiva, do ponto de vista ético e jurídico, não tem muito sentido prático. A omissão terapêutica com objetivo de provocar a morte é euta-

násia da mesma forma. Difere substancialmente da omissão de atitudes que possam gerar a chamada obstinação terapêutica ou futilidade terapêutica, que envolve refutar qualquer tratamento que possa apenas prolongar o processo de morrer já desencadeado e evidente em um paciente terminal, e que levaria à distanásia (morte com sofrimento). Neste caso, a omissão não se configura como eutanásia (nem ativa e nem passiva), mas ortotanásia, ou seja, deixar que a doença siga seu curso natural⁴.

Conceito atual da bioética

A Bioética no Brasil surgiu na metade dos anos 80 e é considerada como tardia no contexto mundial. Mesmo assim, vem assumindo uma importância progressiva dentro das principais sociedades de especialidades médicas e dos Conselhos de Medicina. Isto devido ao fato de que a mesma se envolve, ao mesmo tempo, com os dilemas individuais dos profissionais de saúde frente a situações polêmicas, e com as complexas decisões sociais enfrentadas em conjunto com legisladores e cidadãos⁵.

O conceito que mais se aproximou do ideal de que a Bioética se propõe foi o elaborado por Reich em 1995, em sua *Encyclopedia of Bioethics*: “*Estudo sistemático das dimensões morais – incluindo a visão moral, as decisões, a conduta e as linhas que guiam – das ciências da vida e da saúde, com o emprego de uma variedade de metodologias éticas e uma impostação interdisciplinar*”⁶.

A Bioética, no âmbito médico, pode ser considerada como um instrumento para a tomada de decisões, que tem na interdisciplinaridade a sua característica mais importante. Isto é o que a diferencia da Ética Médica clássica, tradicionalmente marcada por uma ênfase quase exclusiva no relacionamento médico-paciente. Esta abordagem

ético-deontológica mostrou não ser suficiente para abraçar as situações emergentes que surgiram nas últimas décadas na área da pesquisa biomédica. Sendo assim, os domínios da Ética Médica, da Deontologia e do Direito hoje interagem intimamente com a Bioética para resolução de conflitos na pesquisa biomédica, na saúde pública e a beira do leito⁷.

Contexto sócio-cultural da medicina pós-moderna

Entre Hipócrates no século V a.C. e Laennec no século XIX o desenvolvimento da terapêutica clínica foi modesto. Para Philippe Meyer, em sua obra provocativa sobre a irresponsabilidade médica, existe a preocupação de que a medicina, tal qual toda a ciência evoluída, possa se voltar contra si mesma e deixar de alcançar seu objetivo fundamental. O chamado poder médico fez com que a medicina se esquecesse do doente e, paradoxalmente também negligenciasse a importância do médico⁸. Na figura 1 encontram-se esquematizados alguns dos fatores que influenciam o exercício da medicina atual.

Uma hora de consulta ao ano por pessoa era recomendável em 1920, uma hora e meia em 1946, e três horas em 1975. As horas de exames e cuidados de ontem, contudo, não eram capazes de salvar o que hoje em poucos minutos de diagnóstico se consegue. Alguns sucessos terapêuticos, até então impensáveis, conquistados com a medicina pós-moderna, fizeram também com que a mesma atingisse o extremo do reducionismo científico. Passou-se a acreditar que a técnica poderia substituir o que era a arte médica. O doente interessa menos ao profissional do que os seus tecidos e, estes, menos ainda do que as suas células e moléculas. O médico prepara-se cada vez mais para tratar estruturas infinitamente menores.

O termo eutanásia é ambíguo e isto constitui uma fonte muito frequente de confusão entre médicos, legisladores e cidadãos, sobretudo no Brasil

Um otimismo fácil atingiu áreas que historicamente não tinham grandes perspectivas terapêuticas como a oncologia e a genética⁹. O humanismo que durante séculos comandou o exercício da medicina e as relações dos médicos com seus pacientes foi então ameaçado pelo progresso da medicina. O pesquisador cresce em prestígio, enquanto que o médico da beira do leito sofre progressivas contenções e limitações no exercício de sua profissão. A linguagem do corpo e da alma do doente foi substituída pela linguagem molecular. A consequência disto tudo é que a medicina pós-moderna é técnica e materialista, mais do que humana¹⁰. Gianni Bonadonna, ilustre oncologista clínico que transformou a história do tratamento do câncer de mama e dos linfomas no final do século passado, após um longo período vivenciado como paciente vítima de um acidente vascular hemorrágico no ano de 1998, criticou a formação do médico, hoje mais preocupado com a tecnologia do que com a pessoa doente e pouco preparado para enfrentar a experiência da doença como ela é vista pelo paciente, ou seja, como sofrimento. A intervenção médica acabou perdendo muito de sua dimensão humana¹¹.

Mesmo o Papa João Paulo II na encíclica *Fides et ratio* coloca em relação ao mundo pós-moderno que “A legítima pluralidade de posições cedeu o seu posto a um pluralismo indiferente, fundado sobre o pressuposto de que todas as posições se equivalem: é este um dos sintomas mais difusos da descrença na verdade que ocorre no contexto contemporâneo [...] nos contentamos com verdades parciais e provisórias, sem tentarmos mais nos colocarmos questionamentos sobre o senso e o fundamento último da vida humana, pessoal e social”¹².

Dessa forma, se o médico não é capaz de compreender o ser humano como um todo, menos ainda o é a ciência médica. Um dos equívocos da pós-modernidade é a idéia difusa de que a mesma tem a ver com as certezas. Pelo contrário, se existe uma característica que a destaca das demais áreas do conhecimento é exatamente a da incer-

teza e a da contínua busca pela re-discussão dos seus pressupostos e da sua análise crítica. Ela representa sim um comportamento de contínua revisão e não o da transmissão de verdades consolidadas¹³.

Assim, a nova e festejada medicina baseada em evidências, pelo menos no tocante ao paciente terminal, precisa do velho e esquecido humanismo para a correta tomada de decisões.

O paciente terminal

Morris West no seu livro “O Advogado do Diabo” descreve a morte de maneira contundente: “*Faz parte da discrição e decência da Morte surgir sem se fazer anunciar, com o rosto coberto e com as mãos ocultas, num momento em que ela é menos esperada. Deveria chegar lenta e suavemente como seu irmão Sono; ou então rápida e violentamente como a consumação do ato de amor, de modo que o momento de rendição fosse de quietude e saciedade, em vez da dilacerante separação do espírito e do corpo*”.

Assim como na literatura, a medicina baseada em evidências e todo o progresso tecnológico não conseguiram resolver o problema do paciente terminal. Este possui uma dimensão que transcende ao universo cartesiano estrito e destrói implacavelmente as expectativas de sucesso técnico ilimitado. O paciente em seu leito de morte deixa o médico desarmado e incapaz de responder aos seus anseios mais primários. Não foi ensinada ao médico a compaixão como terapêutica e ficou esquecido no tempo o jargão do “cuidar mais do que curar”. É neste contexto em que se ancoram alguns discursos pró-eutanásia hoje: o da falta de esperança e o medo da solidão na última fase da vida, bem como o da necessidade de se respeitar a autonomia como valor absoluto¹⁴.

Nos países desenvolvidos os cuidados dos pacientes terminais tem sido realizados predominantemente dentro dos hospitais. Nos Estados Unidos, apesar da maioria dos pacientes passarem os últimos meses ou anos de suas vidas em casa, aos cuidados de seus familiares, habitualmente eles não morrem em casa. Em 1993, 56% dos óbitos ocorre-

ram em hospitais, 23% nos *hospices* e apenas 21% em casa¹⁵. Estes fatos fazem com que os médicos estejam mais diretamente envolvidos nas decisões sobre o final da vida dos seus pacientes do que em qualquer outra época da medicina.

O crescimento do número de pacientes em fase terminal nos hospitais americanos, entretanto, não acompanhou-se pelo preparo melhor dos médicos em trabalharem nessa área. O domínio do modelo flexneriano na formação médica, lamentavelmente direcionou-a para uma visão incompleta de que o tratamento da doença, da dor e do sofrimento devam ser separados do tratamento da pessoa. A super-especialização gerou o profissional com conhecimentos limitados do todo, da integridade da pessoa doente. Nos Estados Unidos cerca de 70% dos médicos são especialistas contra apenas 30% de generalistas. Esses profissionais geralmente conhecem pouco sobre os hábitos dos pacientes, o seu mundo e as pressões pelo que passam¹⁶.

Estes fatores diminuíram a importância do papel terapêutico do relacionamento médico-paciente, característico da medicina hipocrática e promoveram a supervalorização atual dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, contrastes da chamada medicina tecnicista. A busca atual pela medicina alternativa, cada vez maior também no Brasil, reflete um pouco esta lacuna na formação médica.

Experiência dos países onde a eutanásia é permitida

“Quando a morte é o maior perigo, se espera na vida; mas quando se encontra um perigo ainda maior, se espera na morte. Entretanto quando este perigo é tão grande que a morte se torna a esperança, o desespero é a não esperança de não poder nem mesmo morrer” (S. Kierkegaard)¹⁷.

Na Europa a eutanásia é praticada na Holanda (lei aprovada em 10 de abril de 2001 e em vigor desde 1 de abril de 2002) e na Bélgica (lei de 16 de maio de 2002). Na Holanda foi aprovado em 31 de agosto de 2004 o Protocolo de Gröningen, que per-

mite a eutanásia em crianças menores de 12 anos de idade¹⁸.

Nos Estados Unidos, o *Death with Dignity Act*, no estado de Oregon, é de 1994, foi inicialmente bloqueado pelos movimentos pró-vida e, na seqüência, aprovados em dois referendos populares (sendo o último em 1997 com 60% de aprovação popular). A Suprema Corte americana em 17 de janeiro de 2006 confirmou a sua legitimidade no estado de Oregon. Existem propostas de lei em outros estados da união, entre eles: Califórnia, Washington e Wisconsin¹⁹.

O exemplo da Holanda é o mais conhecido e estudado. Estima-se que ocorram entre 2.300 e 4.000 casos de eutanásia a cada ano, sendo que a maioria destes ocorre em casa e não nos hospitais. No entanto, apenas 300 casos são notificados, como requer a lei holandesa. Além disso, o Remmelink Report relatou cerca de 1.000 casos de eutanásia involuntária (0,8% do total de óbitos no país)²⁰.

O que pensam os médicos

Existem diversos estudos relatando a opinião dos médicos sobre a eutanásia e o suicídio assistido. É difícil estabelecer uma linha comum entre eles, visto que utilizam metodologias e linguagem diferentes. Além disso, são realizados em ambientes sócio-culturais não comparáveis entre si. No Brasil os dados ainda são muito limitados neste sentido.

Mas entre os oncologistas ainda não é consenso de que com a legalização da eutanásia se possam melhorar os cuidados no final da vida. Emanuel e colaboradores, em um estudo envolvendo 3299 membros da Sociedade Americana de Oncologia, encontraram que a eutanásia e suicídio assistido de pacientes terminais com dor intratável teve o apoio de apenas 22,5% dos oncologistas. Entre os médicos participantes da pesquisa, 3,7% já havia realizado eutanásia e 10,8% o suicídio-assistido. Os oncologistas entrevistados também consideram que os pedidos de eutanásia e suicídio assistido diminuem com a melhoria dos cuidados paliativos²¹.

Da mesma forma, o Professor Umberto Ve-

ronesi em Milão, talvez o mais importante oncologista vivo, afirma que “o sofrimento foi considerado durante muitos séculos como uma força purificadora, mas o mal induz ao doente a se esquecer da busca da divindade... A dor nos afasta de Deus”. Defende a liberdade como valor absoluto e que a autonomia do paciente deva ser respeitada, mesmo quando isto signifique abreviar sua existência. Mesmo assim, contra-argumenta que o paciente que recebe cuidados paliativos de maneira adequada e humana não pede para morrer²², indo à concordância com a opinião dos oncologistas americanos.

Quais os riscos para o Brasil

Os debates bioéticos sobre a eutanásia e suicídio assistido, apesar de encontrarem grande apelo na sociedade globalizada, ainda têm pouca relevância do ponto de vista epidemiológico no Brasil. São raros ainda os pacientes ou familiares de pacientes que efetivamente desejariam realizá-los na prática, mesmo se estes procedimentos fossem permitidos.

A obstinação terapêutica (ou futilidade terapêutica) talvez seja o maior problema bioético dos pacientes terminais na realidade brasileira. É considerada como o emprego ou manutenção de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, sem que exista eficácia comprovada para evolução positiva e melhoramento das condições dos pacientes, seja em termos de sobrevida ou de qualidade de vida. Os conflitos relacionados a ela são geralmente resultantes de interpretações errôneas sobre a situação real do paciente, pouca atenção aos problemas físicos, emocionais ou espirituais do mesmo e de seus familiares. Além disso, todos estes fatos também estão habitualmente ligados ao processo de comunicação inadequado e do relacionamento insatisfatório entre as partes envolvidas²³. Não é esperado que com a legalização da eutanásia ocorra diminuição das solicitações por parte de familiares de pacientes terminais para que os mesmos sejam reanimados e levados às unidades de terapia intensiva. Também não significa que possa melhorar o

preparo dos profissionais de saúde para enfrentar a morte.

Aqueles que se opõem à eutanásia, mesmo não negando o valor intrínseco que a autonomia e o alívio do sofrimento possuem, defendem que a cada direito reconhecido a nível social e jurídico, venha implicado também um dever. E, que a cada dever, a liberdade de autodeterminação do cidadão venha também a ser regulada e limitada por um critério externo. Portanto o argumento de que a questão da eutanásia deva ser colocada como limitada ao exercício da liberdade individual, por si só não seria suficiente. A relação entre o direito e o dever, necessária em todas as sociedades modernas, demonstra que a liberdade está presente mesmo onde estão limitadas algumas escolhas individuais. Nenhuma sociedade democrática pode existir sem elaborar critérios de justiça e, portanto, que não limite de alguma maneira a autonomia dos seus cidadãos²⁴.

Na tabela 1 encontram-se os principais riscos e benefícios possíveis que podem existir com a legalização da eutanásia no Brasil. Os riscos aqui suplantam os benefícios, sobretudo no que se refere a quatro aspectos fundamentais e que tornam o nosso país mais vulnerável. O primeiro é que o acesso à saúde no nosso meio é bastante heterogêneo. Nem todos os cidadãos brasileiros conseguem receber os melhores tratamentos, e, sobretudo os cuidados paliativos nos moldes dos países desenvolvidos. O segundo diz respeito ao despreparo profissional. A formação médica brasileira não contempla os elementos mais importantes envolvidos nas decisões sobre o final da vida. E a eutanásia não é uma decisão apenas técnica, baseada em evidências, é muito mais uma decisão ética de base antropológica e com conseqüências complexas para a sociedade brasileira como um todo. O terceiro é o risco de que ocorram decisões baseadas em dificuldades sócio-econômicas, de pacientes que tenham custos elevados para o sistema único de saúde e para os seus familiares. O quarto e talvez o mais preocupante seja a dificuldade de se realizar um controle efetivo para que

a eutanásia seja praticada de acordo com os ditames legais. A Holanda, país de dimensões dezenas de vezes menores do que o Brasil, não consegue realizar isto de maneira efetiva e os abusos podem ocorrer em virtude dos fatos que foram destacados previamente.

A Bioética como ponte que une o conhecimento científico biológico à Filosofia, proporciona uma visão global do ser humano. Busca direcionar a medicina para o homem e não esquecer de que esta profissão é, sobretudo, a arte de servir. O cineasta Ingmar Bergman, no célebre filme “Morangos Silvestres”, dá um bom exemplo dos requisitos de um bom médico. Neste filme, o protagonista é um velho professor de Microbiologia, que durante uma viagem para receber um prêmio, se adormenta e tem sonhos perturbadores, que o fazem afrontar algumas situações em que falhou na sua vida de médico. Em um destes sonhos, deveria vencer um exame de medicina, onde não estava bem preparado. Não conseguia reconhecer bactérias no microscópio, trocou uma pessoa morta por uma viva e, finalmente, admitiu ter esquecido o primeiro

dever do médico. O examinador, então, lhe recordou: “O primeiro dever do médico é pedir perdão”. E, depois, veio o veredicto: incompetência; e a condenação: a solidão.

A iniciativa do Conselho Federal de Medicina em criar um dispositivo na forma de parecer para amparar os médicos brasileiros nas decisões no final da vida foi importante. Mas isto apenas não é suficiente. Não existem dúvidas de que o universo tecnológico melhorou muito as possibilidades terapêuticas. Mas a experiência individual de quem se confronta com a terminalidade não é puramente imanente, nem objeto apenas do cálculo científico, mas árdua e dolorosamente humana. E o médico deve ter a humildade de reconhecer seu papel e seus limites que é o de cuidar mais do que curar. O debate sobre a eutanásia deve ser substituído no Brasil pelo do redirecionamento da formação médica – primeiro humanizá-la, bem como da melhora dos cuidados paliativos, buscando criar condições de acesso a todos os pacientes que deles necessitarem. Desta forma, a eutanásia pode perder grande parte do seu atrativo na sociedade brasileira.

FIGURA 1 – FATORES HISTÓRICOS QUE INFLUENCIAM O EXERCÍCIO DA MEDICINA PÓS-MODERNA

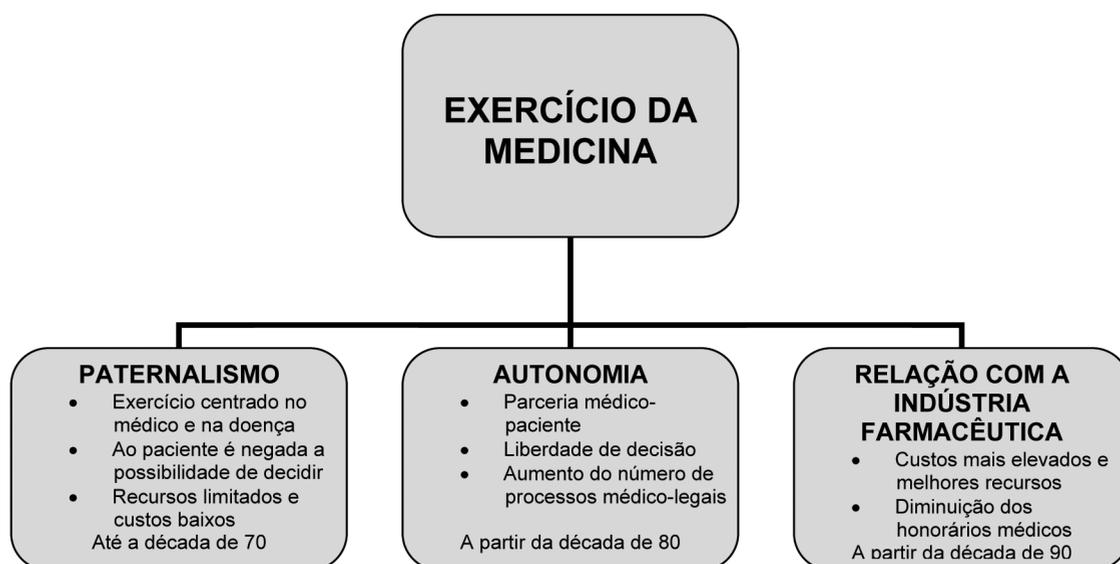


TABELA 1 – RISCOS E BENEFÍCIOS COM A LEGALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA NO BRASIL

BENEFÍCIOS	RISCOS
Diminuição do número de pacientes em fase terminal ocupando os disputados leitos das unidades de terapia intensiva brasileiras.	Eutanásia indicada em casos que não receberam cuidados paliativos de maneira ideal, que estejam trazendo custos elevados para a família ou para o sistema único de saúde.
Diminuição do sofrimento prolongado de pacientes com patologias crônicas incuráveis.	O Brasil com suas dimensões continentais e grandes diferenças regionais poderia encontrar dificuldades de controle governamental efetivo sobre os casos de eutanásia.
Exercício pleno da autonomia da pessoa.	Prejuízo ao relacionamento médico-paciente: o paciente não sabe se vai ao médico para ser curado ou para morrer.
Diminuição de custos com pacientes terminais e redirecionamento de recursos para outras áreas emergentes.	Falta de preparo dos médicos brasileiros para enfrentar as dimensões antropológicas, sociais e culturais envolvidas nas decisões sobre terminalidade e eutanásia.

NOTAS

¹ U.VERONESI, M. DE TILLA, *Nessuno deve scegliere per noi: la proposta del testamento biologico*, Sperling & Kupfer Editori, Milão 2007. G.DWORKIN, «Physician-assisted death: the state of the debate», in B. STEINBOCK (Editor in Chief), *The Oxford handbook of bioethics*, Oxford University Press, Oxford 2007.

² A. PESSINA, *Eutanasia: della morte e di altre cose*, Edizioni Cantagalli, Siena 2007.

³ *Ibidem*. S. LEONE, *Nuovo manuale di bioetica*, Città Nuova Editrice, Roma 2007.

⁴ A. PESSINA, *Eutanasia: della morte e di altre cose*, op. cit. S. LEONE, *Nuovo manuale di bioetica*, op. cit. L. PESSINI, *Eutanásia: por que abreviar a vida?*, Edições Loyola, São Paulo 2004.

⁵ C.A. URBAN, *Bioética Clínica*, Editora Revinter, Rio de Janeiro 2003.

⁶ E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, Vita e Pensiero, Roma 1999. D. CALLAHAN, «Bioethics», in S.G. POST (Editor in Chief), *Encyclopedia of Bioethics*, Thomson&Gale, New York 2004, 278-87.

⁷ C.A. URBAN, *Bioética Clínica*, op. cit. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, op. cit. D. CALLAHAN, «Bioethics», op. cit.

⁸ P. MEYER, *A irresponsabilidade médica*, Editora Unesp, São Paulo 2000.

⁹ *Ibidem*. P.VINEIS, *Equívoci bioéticos*, Codice Edizioni, Turim 2006.

¹⁰ P. MEYER, *A irresponsabilidade médica*, op. cit.

¹¹ G. BONADONNA, *Coraggio, ricominciamo: tornare alla vita dopo un ictus un medico racconta*, Baldini Castoldi Dalai Editore, 2005.

¹² JOÃO PAULO II, *Fides et Ratio*, Piemme, Casale Monferrato 1998.

¹³ P.VINEIS, *Equívoci bioéticos*, op. cit.

¹⁴ A. PESSINA, *Eutanasia: della morte e di altre cose*, op.

cit. S. LEONE, *Nuovo manuale di bioetica*, op. cit.

¹⁵ P.VINEIS, *Equívoci bioéticos*, op. cit.

¹⁶ C.A. URBAN, R. HOEPERS, I.M. SILVA, R.A. JR. ANSEMI, «Implicações éticas das ordens de não ressuscitar», in *Rev Ass Med Brasil*, 47 (2001), 244-8. D. CALLAHAN, *The troubled dream of life: in search of a peaceful death*, Georgetown University Press, Washington 2000.

¹⁷ A. PESSINA, *Eutanasia: della morte e di altre cose*, op. cit.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ D. CALLAHAN, *The troubled dream of life: in search of a peaceful death*, op. cit.

²¹ E.J. EMANUEL, D. FAIRCLUGH, B.C. CLARRIDGE, D. BLUM, E. BRUERA, C. PENLEY, L.E. SCHNIPPER, R.J. MAYER, «Attitudes and practices of U.S. Oncologists regarding euthanasia and physician-assisted suicide», in *Ann Intern Med*, 133 (2000), 527-532.

²² U.VERONESI, M. DE TILLA, *Nessuno deve scegliere per noi: la proposta del testamento biologico*, op. cit.

²³ C.A. URBAN, R. HOEPERS, I.M. SILVA, R.A. JR. ANSEMI, «Implicações éticas das ordens de não ressuscitar», op. cit. R.S. MORRISON, «Planning and providing care at the end of life», in *Hospital Practice*, 35/10 (2000), 61-8. S.G. POST, C.M. PUCHALSKI, D.B. LARSON, «Physicians and patient spirituality: Professional boundaries, competence and ethics», in *Ann Intern Med*, 132 (2000), 578-83. P. ROUSSEAU, «Spirituality and the dying patient», in *J Clin Oncol*, 18 (2000), 2000-2. C.F.VON GUNTEN, F.D. FERRIS, L.L. EMANUEL, «Ensuring competence in end-of-life care: Communication and relational skills», in *JAMA*, 284 (2000), 3051-57.

²⁴ A. PESSINA, *Eutanasia: della morte e di altre cose*, op. cit.