

## SEDAÇÃO, EUTANÁSIA E O PROCESSO DE MORRER DO PACIENTE COM CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS: COMPREENDENDO CONCEITOS E INTER-RELAÇÕES

[Sedation, euthanasia and the dying process of patients suffering from cancer in remedial care: understanding concepts and interrelationships]

[Sedación, eutanasia y el proceso de morir del paciente con cáncer en cuidados paliativos: comprendiendo conceptos y interrelaciones]

Juliana Balbinot Reis Girond\*, Roberta Waterkemper\*\*

**RESUMO:** Este artigo trata-se de um estudo reflexivo que tem como objetivo discutir a prática da sedação em pacientes com câncer que estão sob cuidados paliativos. Apesar de ser uma temática pouco abordada, esta discussão torna-se pertinente devido às angústias que incita em todos os profissionais envolvidos no cuidado deste paciente. Inicia-se o estudo com a definição de alguns conceitos encontrados em literatura científica sobre a sedação, o processo de morte / morrer, cuidados paliativos em Oncologia e eutanásia. A seguir, se faz uma inter-relação entre estes conceitos para sua implementação no contexto de cuidado ao paciente com câncer. Por fim, considera-se que o ato de sedar um paciente com câncer em fase terminal, deve ser avaliado quanto aos benefícios e/ou malefícios, valorizando a percepção da família e, se possível, do próprio paciente sobre esta prática.

**PALAVRAS-CHAVES:** Sedação; Eutanásia; Cuidados paliativos

**ABSTRACT:** This article is a reflection which aims at discussing the sedation practice in cancer sufferers under remedial care. In spite of being little addressed, the theme is pertinent due to the relentlessness it brings about in the caregivers involved in these patients' care. The study is begun with a concept definition – found on scientific literature - on sedation, death/dying process, oncological remedial care and euthanasia. This is followed by the interrelationship among these concepts and its implementation to cancer sufferers' care context. Finally, it is considered that the act of sedating a terminally-ill cancer bearer must be evaluated concerning its benefits and damages, valuing the family's perception and, if possible the patient's on this practice.

**KEYWORDS:** Sedation; Euthanasia; Palliative Care.

**RESUMEN:** Este artículo es un estudio reflexivo que tiene como objetivo discutir la práctica de la sedación en pacientes con cáncer, los cuales están bajo cuidados paliativos. A pesar de ser una temática poco abordada, esta discusión es muy pertinente a causa de las angustias que incita en todos los profesionales involucrados en el cuidado de este paciente. Se empieza el estudio con la definición de algunos conceptos encontrados en literatura científica acerca de la sedación, el proceso de muerte/morir, cuidados paliativos en Oncología e eutanasia. Después, se hace una interrelación entre estos conceptos para su implementación en el contexto de cuidado al paciente con cáncer. Por fin, se considera que el acto de sedar un paciente con cáncer en fase terminal debe ser evaluado cuanto a los beneficios y/o maleficios, valorando la percepción de la familia y, si posible, del propio paciente acerca de esta práctica.

**PALABRAS CLAVE:** Sedación; Eutanasia; Cuidados Paliativos.

---

\*Meste em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Especialista em Enfermagem Oncológica. Discente da Especialização em Administração Hospitalar Pública pela UFSC. Enfermeira Assistencial da Unidade de Clínica Médica I, do Hospital Universitário-HU de Florianópolis. Enfermeira Supervisora em Saúde da Regional Continente (PSF) de Florianópolis.

\*\* Enfermeira Assistencial da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Centro de Pesquisas Oncológicas-Cepon de Florianópolis. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSC. Especialista em Gestão de Serviços em Enfermagem pela UFSC. Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais da Saúde: Enfermagem pelo Ministério da Saúde.

Autor correspondente:

Juliana Balbinot Reis Girond  
R. Álvaro de Crvalho, 346, ap. 602 – 88010-040 – Florianópolis-SC  
E-mail: julibreis@hotmail.com

Recebido em: 30/10/06  
Aprovado em: 08/12/06

## 1 INTRODUZINDO O TEMA

Ao longo da história, sempre houve uma enfermidade que para as pessoas tinha conotação mágica, demoníaca ou sagrada. Na antigüidade era a Lepra e curá-la era um dos milagres mais freqüentes na vida de Cristo. Na Idade Média era a Sífilis. Atualmente é o câncer, uma doença considerada como tabu. Este para muitas pessoas relaciona-se à mutilação e morte, sendo considerado uma doença incurável por excelência <sup>(1)</sup>.

Verificando os avanços na área de Oncologia em relação a diagnósticos e tratamentos, constata-se que cinqüenta por cento dos pacientes têm o diagnóstico de um câncer avançado e destes, cinqüenta por cento estará fora de possibilidades terapêuticas atuais <sup>(2,3)</sup>. Isso representa uma situação de terminalidade: o fim das possibilidades de tratamento, a progressão da doença e a espera da finitude do ser humano, caracterizada pela morte. Nessa perspectiva surge um tipo de cuidado voltado para uma abordagem mais humana de tratamento, o qual chamamos de cuidados paliativos.

A partir do surgimento dos cuidados paliativos, a morte passou a ser entendida como um processo natural da vida, oferecendo o apoio e a valorização que os pacientes na situação de terminalidade sentiam falta. Neste caso, o paciente e sua família se sentem marginalizados pelo fato de que a assistência médica, limita-se ainda ao cuidado do funcionamento do corpo e não do paciente como pessoa, ser humano. Foi percebendo esta necessidade de mudar a forma de compreender o universo do cuidado ao indivíduo, mesmo quando esgotaram-se as terapêuticas atuais, que a essência dos cuidados paliativos começou a se destacar <sup>(3)</sup>.

A filosofia dos cuidados paliativos tem como propósito oferecer qualidade de vida aos pacientes com câncer, através do controle da dor e de outros sintomas, suporte psicológico, social e espiritual amenizando, desta forma, o sofrimento <sup>(3-5)</sup>. Um paciente que está sob cuidados paliativos ou fora de possibilidades terapêuticas é aquele cujos recursos atuais conhecidos para a cura da doença foram esgotados. Nestes, mesmo após a progressão da doença, surgem sinais e sintomas que tornam-se pouco controláveis, como, dor, dispnéia, náuseas e vômitos <sup>(1)</sup>.

Com a progressão do câncer, quando alguns sinais e sintomas não são mais controláveis com as medidas padrões atuais, a sedação torna-se uma outra forma de controle. A prática da sedação tem sido amplamente discutida na área de cuidados paliativos, justamente por ser um assunto dilemático, especialmente quando correlacionado à eutanásia. Esta prática é permeada por complexas questões éticas, resultando em discussões controversas, tanto entre profissionais de saúde quanto pelos próprios familiares e/ou pacientes que vivenciam este processo, por compreenderem, muitas vezes, a sedação como sendo uma prática de eutanásia.

Além disso, há necessidade de novos estudos serem

realizados, a fim de ampliar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a severidade dos sinais/sintomas, o manejo destas ocorrências, a prescrição de fármacos e, principalmente, a implementação da prática de cuidados paliativos em pacientes com câncer (e outras doenças) que estão fora de possibilidades terapêuticas atuais <sup>(6)</sup>.

O objetivo central deste artigo é discutir a prática da sedação em pacientes com diagnóstico de câncer sob cuidados paliativos, através do esclarecimento de alguns conceitos.

## 2 DEFININDO CONCEITOS

### 2.1 CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA

Um paciente com diagnóstico de câncer em cuidados paliativos deve ser assistido por uma equipe multiprofissional, representada por enfermeiros, técnicos em enfermagem, médicos, psicólogos, assistente social, espiritual e voluntários. O local dessa assistência pode ser o hospital ou os "hospices", existentes em alguns países, onde realiza-se o acompanhamento ambulatorial e, principalmente, o cuidado domiciliar com suporte profissional <sup>(2)</sup>.

Em 1970, a Dra. Cecily Saundeers fundou o St. Christopheris Hospice e implementou com sucesso, o que hoje denominamos de cuidados paliativos. Seu objetivo principal é o manejo de sintomas, bem estar psicológico, social e espiritual de pacientes e familiares, assim como reafirmar a importância da vida, considerando a morte como um processo natural. Neste espaço não se utilizam medidas que prolonguem o sofrimento ou encurtem a vida, encontrando formas de ajudar os pacientes a levar uma vida ativa, até a chegada da morte; oferecendo apoio à família para que possam enfrentar a doença e o processo de morrer de seus membros. A percepção desta filosofia possibilitou a compreensão de que a morte é um processo natural da vida e que qualidade de vida vai muito além do que a busca pela cura <sup>(2,3,7-9)</sup>.

Quando um paciente se encontra em fase de terminalidade, o objetivo principal do cuidado não é mais preservar a vida, mas torná-la o mais confortável e digna possível. O que pode ser um tratamento adequado para um paciente em fase aguda, pode ser inadequado para um paciente em fase terminal. A reanimação cardíaca, a respiração artificial, infusões intravenosas, antibioticoterapia e outros procedimentos invasivos são todas medidas de suporte primárias, para auxiliar o paciente no período inicial de recuperação da saúde. Utilizar tais medidas no paciente com diagnóstico de câncer em cuidados paliativos, sem nenhuma esperança de retorno à saúde, geralmente é inapropriado, por conseguinte, considerado uma má conduta <sup>(10)</sup>.

A qualidade da comunicação entre a equipe de saúde e paciente/família, principalmente com a proximidade da

morte, pode determinar positivamente a tomada de decisões coerentes e apropriadas, contribuindo para se criar um ambiente de maior tranquilidade e colaboração nas ações tomadas. Esta atitude é o que mais representa o cuidar paliativo.

## 2.2 A PRÁTICA DE SEDAÇÃO

Há muitos anos atrás, drogas como etanol e opióides eram utilizadas em procedimentos cirúrgicos para a diminuição da dor e/ou sedação. A primeira demonstração científica de anestesia induzida por droga durante cirurgias (1846) foi quando se usou dietil éter. Em 1940, o curare foi usado em anestesia para permitir relaxamento músculo-esquelético <sup>(11)</sup>.

A Sedação pode ser definida como a indução da diminuição do nível de consciência em pacientes com sintomas severos, intratáveis ou refratários, por intermédio do uso de medicações sedativas, com o objetivo primordial de controlá-los. Por conseguinte, estas medicações refletem na redução controlada do nível de consciência e/ou percepção da dor, mantendo os sinais vitais estáveis e uma respiração espontânea <sup>(12,13)</sup>.

Para o Ministério da Saúde, o termo sedativo é sinônimo de calmante ou sedante. São medicamentos capazes de diminuir a atividade cerebral, principalmente quando ela está num estado de excitação acima do normal. Sedar está fortemente associado à administração de qualquer substância para controle da agitação psicomotora, podendo ser utilizado também para diminuir a dor, recebendo o nome de analgésico; afastar a insônia para produzir sono, sendo chamado de hipnótico ou sonífero; atuar em estados exagerados de ansiedade, denominado de ansiolítico e, finalmente, quando é capaz de acalmar o cérebro hiperexcitado, é denominado de antiepiléptico <sup>(14)</sup>.

A sedação ainda pode ser classificada como sedação profunda, a qual consiste na diminuição profunda do nível de consciência à qualquer estímulo, com perda dos reflexos de proteção. Logo, necessita de um manejo adequado das vias aéreas (ventilatório) e controle da pressão sanguínea <sup>(14-16)</sup>.

Um paciente que manifesta a presença de uma sensação desagradável caracterizada por ansiedade, agitação psicomotora e irritabilidade tem indicação para o uso de sedação. Além destas, existem outras indicações, como por exemplo, pacientes em ventilação mecânica, intolerância ao tubo orotraqueal (TOT) e aqueles que apresentam quadro de medo, ansiedade e alteração do sono noturno <sup>(17)</sup>. Portanto, a sedação pode ser necessária por alguns minutos a fim de realizar procedimentos rápidos, para a manutenção de estados comatosos prolongados ou para o alívio/conforto do paciente em estado terminal <sup>(18)</sup>.

Em Oncologia, o termo sedação é entendido como indução deliberada para manutenção de sono profundo e o alívio de sintomas físicos ou mentais incontroláveis.

Consideram-se sintomas de difícil controle comumente, dor, dispnéia, delírios, agitação e vômitos. Porém, em alguns países, o estresse familiar ou existencial, também são razões comuns para sedação. O reconhecimento imediato da causa principal da intercorrência é que determinará a escolha do tratamento adequado. Trata-se pois de tarefa difícil, que requer uma abordagem multidisciplinar <sup>(19)</sup>.

Na abordagem de cuidados paliativos, a sedação é considerada um método *standart* <sup>(20)</sup>. Esse tipo de sedação, apresentada como sedação terminal, é também definida com a prescrição de agentes psicotrópicos, principalmente benzodiazepínicos e neurolépticos, com vistas a controlar sintomas psicológicos (insônia, crises de ansiedade, agitação), ou tornar o paciente inconsciente para certas situações de difícil controle, como em casos de hemorragias <sup>(15)</sup>. Alguns autores sugerem que o termo 'sedação paliativa' deveria substituir o termo 'sedação terminal' <sup>(21)</sup>.

Como já explanado, a sedação paliativa é frequentemente necessária nos pacientes com câncer no seu processo de morte/morrer. No entanto, isso pode desencadear transtornos emocionais e éticos nos profissionais envolvidos neste cuidado. Para o alívio destes transtornos é importante que se estimule algumas atitudes, como a aproximação da equipe multiprofissional para resolver conflitos de opiniões; proporcionar encontros programados com paciente e familiares, para esclarecimentos diversos; promover treinamentos e discussões periodicamente sobre sedação e os aspectos éticos envolvidos nesta prática, entendendo sempre o paciente como foco do cuidado <sup>(8)</sup>.

## 2.3 EUTANÁSIA

O termo Eutanásia foi proposto por Francis Bacon (1605), representando o alívio do sofrimento de pacientes terminais. Origina-se do grego (eu, bem, e thánatos, morte) podendo ser traduzida como 'boa morte' ou 'morte apropriada' <sup>(10)</sup>.

A discussão acerca dos valores sócio-culturais e religiosos envolvidos na questão da eutanásia advém da Grécia antiga. Platão, Sócrates e Epícuro acreditavam que o sofrimento originado de uma doença dolorosa justificava o suicídio. Na Europa, esta proposta justificava a eliminação de deficientes, pacientes terminais e portadores de doenças considerados indesejáveis - um instrumento de higienização social <sup>(22)</sup>.

Em 1997, a Corte Constitucional da Colômbia estabeleceu que ninguém poderia ser responsabilizado criminalmente por tirar a vida de um paciente terminal que tenha dado seu claro consentimento. A Colômbia foi o primeiro país sul americano a constituir um movimento de direito à morte, criado em 1999 <sup>(22)</sup>.

Para um melhor entendimento do tema eutanásia, destaca-se a seguir, algumas terminologias <sup>(9,23)</sup>: Eutanásia

duplo efeito, significa morte acelerada indiretamente como consequência das ações médicas executadas com o propósito de aliviar o sofrimento de um paciente terminal. Eutanásia voluntária, é a morte provocada consentida pelo paciente. Eutanásia involuntária, corresponde à morte provocada sem o consentimento do paciente. Distanásia, consiste no prolongamento exagerado da morte de um paciente, podendo ser empregada como sinônimo de tratamento inútil. Ortotanásia ou Eutanásia terapêutica, significa 'morte no seu tempo certo'. É um processo de humanização da morte, com o alívio de sinais/sintomas, especialmente a dor. Não há emprego de meios que causem sofrimentos adicionais, mas sim de meios adequados para tratar uma pessoa que está morrendo. Além destes conceitos, existe outro que também é considerado como eutanásia, denominado de 'suicídio assistido'. Este caracteriza-se pelo fato de o paciente solicitar o auxílio de outra pessoa para concretizar a sua intenção de morrer, por não ter condições de realizá-la sozinha <sup>(24)</sup>.

#### 2.4 O PROCESSO DE MORTE / MORRER DO PACIENTE COM CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS

Em um primeiro momento, acredita-se que, tantos avanços e inovações relativos aos processos de sedação poderiam propiciar uma morte ao paciente mais tranqüila e menos sofrida. Por outro lado, a prevalência de tecnologias modernas tornou possível a manutenção de uma vida em estado vegetativo, por um longo e indefinido período de tempo <sup>(25)</sup>. Por isso, em muitos contextos, a morte não tem espaço para ser pensada, discutida e assumida, uma vez que interrompe a velocidade, o progresso e anula a beleza presente da matéria <sup>(26)</sup>. Assim, percebe-se que estes artefatos serviram para tornar a compreensão do processo de morte/morrer mais problemático, tendo perspectivas de escolhas difíceis.

O processo de morte/morrer ainda não é assimilado por alguns profissionais de saúde como parte do cuidado ao paciente e sua família. No entanto, a morte faz parte da existência e cuidar do ser que está morrendo deveria ser parte integral da assistência. Ao entender que a vida não é eterna compreende-se que cada momento vivido deve ser valorizado, inclusive o próprio processo de morrer.

Nos núcleos familiares em que um de seus membros é acometido por uma doença prolongada, como o câncer, há um estresse permanente diante das incertezas deste processo. Esta constante incerteza, pode conduzir a família ao esgotamento emocional, principalmente quando a causa do sofrimento é presenciar o paciente morrer com dor. Assim, não é raro que a pessoa agonizante e a sua família desejaram a morte para aliviar esse sofrimento prolongado <sup>(27)</sup>. É neste momento que surgem as principais dúvidas sobre qual a melhor conduta a ser implementada.

#### 2.5 DISCUTINDO A RELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS

O tema sedação comumente é erroneamente associado à eutanásia ou ao suicídio assistido e não à intenção de alívio de sofrimento, como principal foco do cuidado. A discussão sobre esta temática é ampla e complexa, podendo ter diferentes interpretações por envolver questões éticas, morais e sócio-culturais que geram opiniões, de cada sociedade, profissional e indivíduo. No entanto, há dois elementos básicos que diferenciam a eutanásia da sedação, a intenção e a ação. A intenção seria de oportunizar uma qualidade de vida ao paciente com câncer em fase terminal (beneficência) e não promover ou acelerar a sua morte (maleficência) <sup>(28)</sup>.

O cuidado paliativo preocupa-se com a pessoa e sua dignidade, respeitando-a como ser humano, valorizando sua dor. É uma área tecnicamente preparada para ajudar o paciente e familiares a vivenciarem a última etapa da doença e a chegada da morte. Com o manejo adequado de sinais e sintomas, através da sedação, pode-se evitar a solicitação da eutanásia pelos próprios pacientes e/ou familiares.

Infelizmente, ainda há a tendência para o uso da expressão 'não há mais nada a ser feito' por grande parte dos profissionais de saúde. Mudanças de paradigmas são necessárias, nos quais se adote uma atitude positiva para o cuidado do paciente com câncer, demonstrando que 'há sempre alguma coisa a ser feita'.

Hoje, a morte é institucionalizada, separada da vida pública e afastada do cotidiano. A maioria das pessoas morre nos hospitais, afastadas de seus entes queridos. É necessário encorajar os profissionais de saúde a valorizarem a cultura da vida e a importância de gestos como o toque, o estar junto, o diálogo, o apoio emocional e espiritual. Por conseguinte, a sedação pode fazer parte deste contexto de cuidado em determinadas circunstâncias, desde que não interpretada como a única alternativa para amenizar sofrimentos.

#### 3 REFLEXÕES FINAIS

O progresso técnico-científico passou a interferir significativamente nas formas de tratamento dos pacientes com diagnóstico de câncer, especialmente nas fases finais da vida. Isto demanda novas reflexões em vários aspectos.

A vida humana é um processo sagrado e inviolável em todas as suas fases e situações. A morte é um processo que exige respeito incondicional devendo ser valorizada e protegida até o seu fim natural. É importante que os profissionais de saúde tenham consciência de que, na sua hora, é impossível impedir a morte e que determinados tratamentos só servirão para prolongar custos e o sofrimento do paciente/ familiares sem trazer quaisquer benefícios. Nestes casos, deve-se favorecer a aceitação da morte, prosseguindo atenta e ativamente com os cuidados paliativos.

O Cuidado Paliativo aplicado a um paciente com câncer fora de possibilidades terapêuticas, envolve além de medidas de cuidado para o controle de sinais e sintomas, a compreensão dos profissionais sobre a importância do exercício desta prática e a tudo o que está relacionada a ela, até mesmo a decisão por uma sedação. Porém, a sedação é uma prática ainda pouco compreendida e discutida. Esta dificuldade de aceitação está pautada na questão da finitude da vida e da impotencialidade para curar uma doença.

O paciente com câncer merece do profissional toda a benevolência e respeito, uma vez que se encontra frágil, perante o grande impacto de 'ser doente de câncer'. Auxiliá-lo em todas as fases deste processo implica em orientá-lo sem coagir, mostrando-lhe os benefícios e desvantagens de cada tratamento, de forma inteligível a seu nível de compreensão. Tal atitude demonstra a honestidade que toda relação humana merece, seja de amor, amizade ou profissional.

Gostaríamos de ressaltar nossa impessoalidade frente a prática da sedação, enquanto co-participantes desse contexto de cuidado do paciente com câncer em fase terminal. O que queremos reafirmar é a importância da vida e da morte e acima de tudo, respeitar estes processos quando eles acontecem, estando à disposição do paciente e sua família. Acreditamos que é exercendo o cuidado paliativo que se possibilitará aos pacientes uma melhor qualidade de vida. Desse modo, será possível prepará-los melhor para a vivência do processo de morte/morrer de forma digna.

Decidir sobre a sedação de um paciente com câncer em fase terminal não é uma tarefa simples, pois demanda uma avaliação profunda do quadro clínico deste paciente e seus desejos, bem como o que pensam os familiares e a própria equipe de saúde à respeito.

Finalizando, acreditamos que este artigo incite novos estudos e discussões de todos os profissionais de saúde que vivenciam no cotidiano a prática da sedação e o processo de morrer, durante o cuidado de pacientes com diagnóstico de câncer em fase terminal.

## REFERÊNCIAS

- Sancho MG. Morir com Dignidad. *Prática Hospitalar* 2000; 9.
- Ayoub AC, Fontes ALC, Silva MAA, Alves NRC, Gigliotte P, Silva YB. Planejando o cuidar na enfermagem oncológica. São Paulo: Lemar 2000. p.231-34.
- Barbosa MM, Okay MTV. Medicina Paliativa: a redefinição da experiência humana no processo de adoecer. *Dor* 2001; 61-68.
- Figueiredo MTA. Conceito, princípio e filosofia de cuidados paliativos. In: Teixeira MJ. *Dor, epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr; 2001
- Baroness J. Quality of life for all. *Eur J Palliat Care*, 1998; 5(1):16-18
- Schoeller, MT. Guia prático para o tratamento da dor oncológica. 2. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de oncologia clínica; 2002.
- Pessini L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. *Prática Hospitalar* 2005; 41.
- Morita T, Miyashita M, Kimura R, Adachi I, Shima Y. Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. *Palliat Med*. 2004 Sep;18(6):550-7
- Goldim JR, Francisconi CF. Tipos de eutanásia (Série online) 1997/98. Disponível em: [www.ufrgs.br/HCPA/gppg/eutantip.htm](http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/eutantip.htm). (24/11/2001).
- Marcelino SMR. Cuidando do paciente com câncer avançado em casa – acompanhamento por telefone. [monografia]. Florianópolis (SP): Universidade Federal de Santa Catarina;1997.
- Fainsinger R, Waller A, Bercovico M, Bengtson K, Landman W, Hosking M, Nunez-Orlarte JM, Moissac D. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Palliat Med* 2000; 14:257-65.
- Katzung BG. *Basics clinical pharmacology*. 7. ed. Stanford: Appleton & Long, 1998.
- Brandão C. Sedação terminal reflete necessidade de ensino e pesquisa em medicina paliativa e cuidados paliativos; *Prática Hospitalar* 2004; 34.
- Silva IF, Forte LV. A importância da sedação em UTI. Curso de Reciclagem (série online) 2001. Disponível em: <http://www.ineti.med.br/portugues/protocolos/txts/sedacao%20V.pdf>. (3/04/2005)
- Fondras, Jean Claude. Sedation and ethical contradiction. *Eur J Palliat Care* 1996; 3(1)
- Sales J. P. Sedation and terminal care. *Eur J Palliat Care*, 2001; 8(3)
- Ministério da Saúde (BR). CEBRID, Departamento de Psicobiologia. Universidade Federal de São Paulo. *Calmanes e Sedativos* 2001. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/mental/calmanes.htm>. (11/07/2001).
- Sedação em terapia intensiva (editorial). *AP Americana Publicações* 2001;1:1-16.
- Sykes N, Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end-of-life. *Lancet Oncol* 2003; 4(5)312-8.
- Azulay Tapiero A. Terminal sedation. Ethic aspects. *An Med Inter* 2003; 20(12):645-9
- Materstvedt LJ, Kaasa S. Is terminal sedation active euthanasia? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2000; 120(15):1763-8
- Goldim JR. Breve histórico da eutanásia (série online). 2000. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/euthist.htm>. (24/11/01).
- Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? (série online) 2003. Disponível em: <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias.php?noticiaid=4379&assunto=Bio%C3%A9tica>. (12/04/05)
- Goldim JR. Suicídio assistido (série online). 1997-98. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/suicass.htm>. (24/11/01)
- Picard-Ami LA. Euthanasia, catastrophic disease and the moribund

- patient. Rev Med Panama. 2001; 26:9-12.
26. Assad JE. Conselho Federal de Medicina. Desafios Éticos. Brasília: CFM, 1993
  27. Oliveira MAP, Ogasawara M. Contribuição para uma postura humana em situação que se relaciona com a morte. Rev Esc Enferm USP 1992; 26(3):365-78.
  28. Souza MTM, Lomonica L. Paciente Terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida. (série online) Bioética 2003; 11 Disponível em: <http://www.portalmedico.gov.br/revista/bio11v1/artigo7.6.html>. (27/11/03).