

**Capítulo Publicado no Livro :**

Meleiro, A. M. A. S.; Teng, C. T.; Wang, Y. P. (Eds.)  
**Suicídio: Estudos Fundamentais.**  
São Paulo, Segmento Farma, 2004.  
pp.: 207-215.

# **Suicídio Assistido, Eutanásia e Cuidados Paliativos**

## **Alexander Moreira de Almeida**

- Doutorando em Psiquiatria pelo IPq-HCFMUSP
- Coordenador do NEPER (Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos do IPq-HC-FMUSP)
- Diretor Técnico e Clínico do HOJE – Hospital João Evangelista

## **Introdução**

O suicídio assistido (SA) e a eutanásia são temas que sempre geraram muitas controvérsias, mas que ultimamente têm recebido maior destaque por várias razões, dentre eles, pode-se destacar quatro:

- **Aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas.**

Com o grande aumento da expectativa de vida ocorrido ao longo do século XX, houve o aumento na prevalência de doenças crônicas, mais freqüentes com o envelhecimento (demência, cânceres, doenças neurológicas), que muitas vezes são incuráveis e podem trazer um sofrimento considerável. A maioria dos pacientes que recebe cuidados paliativos ou que morre por eutanásia na Holanda sofre de câncer (Materstvedt e cols., 2003)

- **Ausência de cuidados paliativos adequados**

A grande maioria da população humana está desprovida de cuidados paliativos (Doyle, 2003). Um grande estudo epidemiológico realizado com 10.000 pacientes graves internados em cinco dos principais hospitais dos EUA revelou dados preocupantes. A comunicação entre pacientes/famíliares e equipe sobre cuidados para o final da vida foi precária, o custo do tratamento dilapidou o patrimônio das famílias, mas, mesmo assim, 50% dos pacientes sofreram de dor moderada a intensa, nos últimos três dias de vida (Support, 1995).

Dentre as barreiras para oferecer cuidados humanos e apropriados para pacientes terminais, pode-se destacar algumas mais significativas (Foley, 2003):

- Falhas na formação dos profissionais: os quais são treinados para curar e, quando isto não é factível, dizem que “não há mais nada que se possa fazer”. Esta deficiência é considerada como um dos principais obstáculos para oferecer cuidados paliativos adequados
- Deficiências no sistema de saúde: a maioria dos pacientes no mundo, mesmo em países ricos como os EUA e na Europa, não tem acesso a cuidados paliativos.
- Poucos locais oferecem bons cuidados paliativos associados à busca agressiva da cura do câncer. Os pacientes habitualmente têm que escolher entre um intenso tratamento que busque a cura OU ter um bom controle dos sintomas e outros aspectos dos cuidados paliativos
- Há poucas pesquisas sobre pacientes terminais e suas famílias

- **Avanço do materialismo**

Com a redução do significado transcendente da vida, freqüentemente não se vê razão para prolongar uma vida “inútil” e de sofrimento, sem perspectiva de recuperação. Numa pesquisa populacional com indivíduos de 60 anos ou mais nos EUA, a aceitação do SA e da eutanásia foi

inversamente proporcional ao grau de importância que os entrevistados atribuíam à religião em suas vidas (Seidlitz, 1995). Entre os idosos, um maior envolvimento religioso tem sido associado a menor incidência de depressão e suicídio e maiores níveis de bem-estar (Van Ness, 2002; Koenig, 2002). Num estudo comparativo envolvendo 4279 mortes naturais e 584 por suicídio entre os norte-americanos com mais de 50 anos, verificou-se que, mesmo controlando as variáveis sociodemográficas e intensidade de contato social, a ocorrência de suicídio foi inversamente proporcional ao número de falecidos que freqüentavam atividades religiosas (Nisbet, 2000). Intervenções psicoterapêuticas focalizadas em questões espirituais têm se mostrado útil no apoio a pacientes terminais (Elias, 2001, 2002). Para maiores detalhes das relações entre suicídio e envolvimento religioso, ver capítulo 3.

- **Autonomia do paciente**

Está discutido na seção “A Questão da Autonomia” deste capítulo.

Os alvos declarados da eutanásia e dos cuidados paliativos são uma morte sem sofrimento. No entanto, a eutanásia é condenada pela maioria dos profissionais de cuidados paliativos e associações médicas pelo mundo e é um crime em quase todos os países. No norte da Austrália, a eutanásia foi brevemente legalizada (Kissane, 1998), e em certas condições na Bélgica e Holanda não é passível de punição. O suicídio assistido por médico é permitido apenas no estado de Oregon, nos EUA (Forbes, 2003).

A Associação Européia para Cuidados Paliativos publicou em 1994 um artigo de posicionamento afirmando que a legalização da eutanásia seria desnecessária e perigosa. Em 2003, o comitê de ética apresentou um outro artigo de posicionamento que servirá de base para a elaboração do presente capítulo (Materstvedt e cols., 2003).

### **Cuidados Paliativos:**

O cuidado paliativo é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como: “uma abordagem que melhora a qualidade de vida do paciente e seus familiares frente a problemas associados a doenças que ameacem a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de uma identificação precoce e avaliação e tratamento impecáveis da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais” (Sepúlveda, 2002).

Seus princípios básicos, segundo Doyle (2003) e Materstvedt e cols.(2003), são:

- Prevenir ou aliviar a dor e outros sintomas, bem como o desamparo;
- Fortalecer e restaurar a autonomia;

- Valorizar a vida e considerar o morrer como um processo normal, encarando o fim da vida com dignidade e paz;
- Não busca apressar a morte, tampouco encará-la como sinal de fracasso da equipe;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados ao paciente e família;
- Apoiar o paciente a viver o mais ativamente possível até a sua morte;
- Oferecer um sistema de apoio à família para lidar com a doença do paciente e luto;
- Abordagem interdisciplinar e abrangente para atender às necessidades dos pacientes e familiares;
- Melhorar qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- Usar desde o princípio da doença, em conjunto com terapias para prolongar a vida.

Uma das mais bem sucedidas iniciativas de aplicação dos cuidados paliativos tem sido o programa *Hospice*. Nesta abordagem, uma equipe interdisciplinar provê cuidados paliativos para os pacientes, ajudando-os e a seus familiares nos aspectos emocionais e espirituais que fazem parte da experiência de morrer. Os pacientes continuam a ser tratado por seus próprios médicos, mas há uma ênfase no cuidado domiciliar dispensado por uma equipe treinada composta por enfermeiros, assistentes sociais, religiosos e voluntários. Os sintomas físicos são tratados para que o paciente permaneça confortável e busca-se propiciar que o indivíduo e os familiares alcancem um crescimento pessoal com as vivências que o morrer oferece. Neste ambiente, muitas questões familiares mal resolvidas podem ser solucionadas e reconciliações ocorrem (Maloy, 1997; Saunders, 1996; Vawter, 1997). A morte é entendida como uma parte da vida, propicia experiências enriquecedoras para todos os envolvidos. Dá oportunidade de resolver conflitos duradouros, de dizer adeus e ter certeza que cuidou até o fim.

### **Eutanásia e Suicídio Assistido**

Apesar das diversas controvérsias sobre a definição precisa do que seria eutanásia, deve-se evitar associar eutanásia a:

- Abstenção ou interrupção de tratamento fútil;
- “Sedação terminal”: uso de sedativos para aliviar sofrimento intolerável nos últimos dias de vida, utilizando-se as menores doses necessárias para se atingir a analgesia, mas que podem, como efeito colateral, gerar inconsciência e/ou apressar o óbito;
- Matar sem o consentimento ou contra a vontade do paciente, pois se constitui em assassinato.

Segundo a definição do Comitê de Ética da Associação Européia de Cuidados Paliativos, a eutanásia só pode ser voluntária e ativa (Materstvedt e cols., 2003). Afirma que a eutanásia é “matar a pedido”, sendo definida como: “*um médico intencionalmente mata uma pessoa pela*

*administração de drogas devido a um pedido voluntário e competente da mesma*”. Suicídio assistido pelo médico seria: “*um médico intencionalmente ajuda uma pessoa a cometer suicídio provendo drogas para auto-administração devido a um pedido voluntário e competente da mesma*”.

A seguir, está listada a posição desta Força-Tarefa do Comitê de Ética:

- Pedidos por eutanásia e SA são complexos e incluem fatores pessoais, psicológicos, sociais, demográficos, culturais e econômicos. Tais pedidos necessitam respeito, cuidadosa atenção e comunicação aberta e sensível. São muitas vezes passageiros, frutos de receio no início do quadro, como por exemplo, às vezes, pedir frente ao diagnóstico de um câncer operável. A decisão depende da situação atual e do que imagina ser o futuro, podendo o medo do isolamento e solidão ser fatores determinantes.
- Estes pedidos geralmente são alterados pelo fornecimento de cuidados paliativos abrangentes. Aquele que solicita eutanásia ou SA deve ter acesso a cuidados paliativos competentes. Se o principal propósito da medicina, restaurar a saúde, não pode mais ser alcançado, ainda há muito que um médico deva fazer. Ouvir com respeito um pedido de eutanásia não significa concordar, deve-se investigar o seu significado, os temores que o originaram. Procurar aliviar o sofrimento, fornecer o melhor cuidado e conforto possível, nestas situações, a complacência não deve substituir a compaixão (Roy, 2003).
- A disponibilização de eutanásia e SA não deve ser parte da responsabilidade dos cuidados paliativos
- Sedação terminal é diferente de eutanásia, pois almeja aliviar sofrimento intolerável e não matar o paciente.
- A eutanásia ou o SA, muitas vezes, é solicitado por medo de distanásia (morte com grande sofrimento, habitualmente devido a intervenções médicas fúteis e intempestivas)
- Dialogar com os que defendem a eutanásia e o SA. Compreender o ponto de vista do outro não significa aceitação ética da postura alheia.
- Estabelecer os cuidados paliativos nos sistemas de saúde é uma das mais poderosas alternativas a propostas de legalização da eutanásia e SA

### **A Questão da Autonomia**

Tradicionalmente, o médico assumia uma postura paternalista em relação ao paciente, tomava todas as decisões sobre o tratamento sem dar muito espaço à vontade do paciente. Havia o predomínio da heteronomia, que, segundo definição do dicionário Aurélio, é a:

“Condição de pessoa ou grupo que receba de um elemento que lhe é exterior (...) a lei a que deve se submeter”.

Atualmente, a ética médica tem dado cada vez mais espaço ao desejo e à opinião do paciente, privilegiando a autonomia em detrimento da heteronomia. Autonomia é a:

“Condição pela qual o homem pretende poder escolher as leis que regem sua conduta. Autodeterminação”.

Segundo o filósofo Immanuel Kant (1724-1804), considerado o “pai da autonomia”, autonomia é a “capacidade apresentada pela vontade humana de se autodeterminar segundo uma legislação moral por ela mesma estabelecida, livre de qualquer fator estranho ou exógeno com uma influência subjugante, tal como uma paixão ou uma inclinação afetiva incoercível” (Kant, 1994).

Portanto, para que uma decisão seja tomada livremente, com base na autonomia, fazem-se imprescindíveis dois pressupostos, quais sejam: a existência de opções e uma capacidade plena de escolha, com entendimento das conseqüências de cada opção.

### **1) Existência de Opções**

Para que uma escolha seja considerada livre, necessita-se, obviamente, que haja pelo menos duas opções. Mas, muitas vezes, não é isso o que ocorre no caso de pacientes terminais. Em todos os países do mundo, mesmo entre os mais ricos, não há equipes que possam dar cuidados adequados a uma parcela significativa desses pacientes. Os médicos normalmente são treinados para curar, mas quando se defrontam com um paciente portador de uma patologia incurável que progredirá inexoravelmente para a morte, normalmente a equipe médica sente-se impotente e frustrada. Os profissionais de saúde quase nunca recebem treinamento em cuidados paliativos a fim de minorar a dor e o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes terminais. Conseqüentemente, são dispensados cuidados inadequados, gerando um nível desnecessário e evitável de sofrimento (Caplan, 1997; Bretscher, 1999). Atualmente, devido, aos avanços em analgesia, salvo raríssimas exceções, é inadmissível que um paciente terminal sinta dor, mas várias pesquisas demonstram que os pacientes têm suas dores físicas tratadas de modo inadequado (Bernabei, 1998). Deve-se lembrar que a dor é justamente um dos maiores temores que as pessoas têm quando se imaginam em situações terminais.

Se a maioria das equipes de saúde no mundo está despreparada para lidar com tal situação, pode-se imaginar como ficaria a grande maioria da população brasileira que depende dos serviços públicos de saúde, que freqüentemente têm enorme carência de recursos materiais e de pessoal, mesmo para os mais básicos problemas de saúde. Mesmo nos serviços mais bem equipados e com fartura de recursos, a assistência ao paciente terminal é muitas vezes fria e impessoal.

Muitos pacientes cogitam a eutanásia por temerem a dor, a solidão e o abandono pela família e pela equipe médica. Um exemplo ocorreu na Austrália, onde a eutanásia foi liberada em uma região durante nove meses. Vários pacientes foram mortos por terem doenças letais, apesar de ainda

não apresentarem sintomas da doença e terem provavelmente uma razoável sobrevida. Fraqueza e depressão eram as principais queixas. Boa parte dos pacientes que solicitaram eutanásia era solitário (Kissane, 1998). Pensamentos de suicídio são mais freqüentes em pessoas aguardando o resultado de exames anti-HIV do que naqueles que sabem serem portadores do vírus (Perry, 1990).

Hoje em dia, grande parte dos pacientes terminais tem que realizar uma escolha draconiana: abreviar a vida e ter uma morte “digna” ou, então, têm a “opção” de morrerem à míngua, abandonados em uma maca num canto de um hospital, sentindo intensas dores e sob uma higiene precária (Vawter, 1997).

O bioeticista norte americano Artur Caplan (1997) argumenta que não é possível garantir a todos o direito de ser morto por um médico antes do direito de ser tratado por um médico. Afirma que entre os principais motivos para alguém solicitar um SA estão: não querer morrer entre estranhos, não querer morrer com dor, desejo de apoio espiritual e não desejar ficar incapacitado. Por fim, questiona: “Nosso sistema de saúde faz um bom trabalho em alguma destas áreas?”.

Por fim, Kant, afirmou que o suicídio destrói a autonomia em seu sentido mais fundamental: erradica a possibilidade de futuros atos autônomos, sendo a destruição da própria autonomia (Materstvedt, 2003).

## **2) Capacidade Plena de Escolha**

Um segundo requisito para a efetivação de uma decisão autônoma, é a capacidade de compreender plenamente as conseqüências de cada escolha e de decidir-se com base numa análise comparativa entre as opções disponíveis.

Além da gritante situação acima citada, há uma outra na qual a plena capacidade de escolha está prejudicada, mas de modo menos evidente. Ao contrário do que muitos pensam, a grande maioria dos pacientes terminal não deseja o abreviamento artificial da morte. O fator que as pesquisas têm demonstrado ser mais relacionado com o desejo da eutanásia é a depressão (Hendin, 1993; Shuster, 1999). Um transtorno mental está subjacente a 90% dos suicídios. Uma alteração fundamental que ocorre na depressão e que é central neste ponto é a distorção no modo como o indivíduo avalia a si mesmo, o mundo e o futuro. Inúmeras pesquisas têm demonstrado que a freqüência de ideação suicida e a avaliação que os pacientes fazem da gravidade de sua enfermidade têm maior relação com os níveis de depressão do que com a gravidade objetiva do doente avaliada pela equipe médica (Sensky, 1990; Parkerson, 1997; Almeida, 2003).

Diante de tudo o que foi exposto, fica difícil garantir uma plena capacidade de escolha num paciente deprimido. Entretanto, apesar disso e da grande deterioração na qualidade de vida gerada pela depressão, este transtorno mental permanece amplamente subdiagnosticado e subtratado em todo o mundo, principalmente entre os pacientes terminais, por considerar-se (erroneamente) que

depressão seja algo normal nessas pessoas, não necessitando, portanto, de tratamento (Kissane, 1998; Almeida e Meleiro, 2000).

Alguns defensores da eutanásia, cientes de tal problemática, propõem que um psiquiatra examine o paciente que deseja a eutanásia, a fim de excluir um quadro depressivo. Porém, há vários inconvenientes, um deles seria que o paciente poderia deliberadamente esconder seus sintomas depressivos do psiquiatra (pois sabe que o psiquiatra poderia invalidar sua “escolha” pela morte). Um outro problema seria transformar o psiquiatra num juiz que decidiria quem pode ou não escolher morrer (Kissane, 1998).

### **Riscos da Legalização da Eutanásia e do Suicídio Assistido**

Diversos problemas potenciais têm sido apontados como decorrentes de uma legalização da eutanásia ou SA, dentre eles temos (Materstvedt e cols., 2003):

- Pressão sobre pessoas vulneráveis

Os pacientes mais vulneráveis poderão passar a temer seus médicos. Pode haver uma pressão sobre desfavorecidos socioeconomicamente, solitários e minorias para que solicitem a eutanásia ou SA por receio de não serem bem tratados. O “direito de morrer” pode se tornar, para estes indivíduos, um “dever de morrer”, ou a única opção oferecida (Saunders, 2003).

- Subdesenvolvimento ou desvalorização dos cuidados paliativos

A solução mais “rápida e simples” que a eutanásia forneceria para o desafio colocado pelos pacientes terminais diminuiria a demanda e a pressão social para a efetiva implantação e universalização de cuidados paliativos de qualidade. A pressão para cortar custos e a existência de uma alternativa menos dispendiosa pode impedir que recursos sejam destinados para a melhoria e ampliação dos cuidados paliativos.

- Ampliar o critério clínico para incluir outros grupos sociais.

É difícil manter limites seguros para a eutanásia voluntária. A Alemanha Hitlerista iniciou suas práticas genocidas através da eliminação de pacientes psiquiátricos em suas “clínicas de eutanásia” (Materstvedt, 2003). Se pudermos matar um paciente terminal, por que não matar também os portadores de esquizofrenia hebefrênica ou de graves quadros de retardo mental? E isto não é apenas uma especulação infundada, um médico ajudou no suicídio de um paciente na Holanda que estava simplesmente “cansado da vida” (Möller, 2001). Um terço dos médicos holandeses acham justificável o SA em idosos que estão “cansados da vida” (Griffiths, 1998). O Ministro da Saúde holandês afirmou que pílulas para suicídio deveriam ser distribuídas entre os idosos (ten Have, 2001).

- Aumento da incidência do ato de matar por parte do médico sem ou contra o consentimento.

Mesmo num país pequeno e desenvolvido como a Holanda, é difícil monitorar contra abusos, só 40% dos casos de eutanásia são relatados. Na Holanda, em 1990, 145 pessoas foram mortas sem consentimento, os médicos alegaram que discutir o tema com os pacientes faria mais mal do que bem (van der Maas, 1992). Ou seja, debater a eutanásia com o paciente foi considerado por estes médicos como algo pior que matá-los. Em 1995, na Holanda, 2,3% dos óbitos em todo o país foram decorrentes de eutanásia, sendo que 0,7% das mortes foram apressadas sem o consentimento expresso do paciente (Kissane, 1998). Ou seja, alguém decidiu, sabe-se lá baseado em quais critérios, quem deve ou não morrer. Se tais abusos ocorrem num dos países mais ricos e “desenvolvidos” do mundo, imaginemos a que riscos nossa população desassistida estaria exposta.

- Matar pode tornar-se algo aceito pela sociedade.

Matar é normalmente tido como algo intrinsecamente mal. Há um grande risco de romper a proibição do matar intencional, enxergar tal ato como uma solução para problemas sociais.

### **Comentários finais**

Frente a tantas limitações na existência de opções e na plena capacidade de escolha, muitos médicos (mesmo abstraindo-se dos importantes aspectos religiosos envolvidos) argumentam que não seria lícito discutir-se a eutanásia antes de pelo menos termos disponibilizado um tratamento integral (como o exposto no final deste capítulo) a todos os seres humanos, independente de fatores econômicos ou sociais (Vawter, 1997).

Como afirmou a inglesa Dame Cicely Saunders (2003), fundadora do movimento *Hospice*: “Existe uma forma aceitável de tratamento que não necessita de leis para sua implantação. (...)”

Se cuidados paliativos efetivos não são oferecidos, mais e mais pessoas julgarão que suas vidas não valem a pena. Será a indiferença da sociedade, mais que qualquer falta de potencial de suas próprias vidas, que levarão os pacientes a pedirem pelo “direito de morrer”. Chegar a este ponto seria um triste fracasso da sociedade”.

### **Referências Bibliográficas**

Almeida AM (2003) A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. *J Bras Nefrol* 250: 209-14.

Almeida AM, Meleiro AMAS (2000) Depressão e insuficiência renal crônica. *J Bras Nefrol* 22: 192-200.

- Bernabei R, Gambassi G, Lapane K Landi F, Gatsonis C, Dunlop R, Lipsitz L, Steel K, Mor V. (1998) Management of pain in elderly patients with cancer. SAGE Study Group. Systematic Assessment of Geriatric Drug Use via Epidemiology – *JAMA* 279: 1877-1882.
- Bretscher M, Rummans T, Sloan J, Kaur J, Bartlett A, Borkenhagen L, Loprinzi C (1999). Quality of life in hospice patients – *Psychosomatics* vol.40, p.309-13.
- Caplan A (1997) Physician-assisted suicide is not a good option without decent, universal health care. *Minnesota Medicine* 80: 46.
- Doyle D (2003) The world of palliative care: one man's view [Editorial] *Journal of Palliative Care* 19: 149-158.
- Elias ACA (2001) Relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade na re-significação da dor simbólica da morte da pacientes terminais. Dissertação de Mestrado. *Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP*. Campinas, 331p.
- Elias ACA, Giglio JS (2002) Intervenção psicoterapêutica na área de cuidados paliativos para re-significar a dor simbólica da morte de pacientes terminais através de relaxamento mental, imagens e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica* 29: 116– 129.
- Foley KM (2003) Advancing palliative care in the United States [Editorial]. *Palliative Medicine* 17: 89-91.
- Forbes K, Hanks G (2003) The euthanasia debate and a new position paper from a Task Force of the EAPC: a helpful reappraisal or a retreat into obfuscation? *Palliative Medicine* 17: 92-93.
- Griffiths J, Bood A ,Weyers H (1998) *Euthanasia and law in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Hendin H, Klerman G (1993) Physician-assisted suicide: the dangers of legalization. *American Journal of Psychiatry* 150:143-145.
- Kant I (1994) *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Hamburg: Felix Meiner.
- Kissane D, Street A, Nitschke P (1998) Seven deaths in Darwin: case studies under the rights of the Terminally Ill Act, Northern Territory, Australia. *Lancet* 352: 1092-1102.
- Koenig HG (2002) A commentary: the role of religion and spirituality at the end of life. *Gerontologist* 42, *Special Issue III*: 20–23.
- Malloy M (1997) Hospice, an alternative to needless suffering or suicide. *Minnesota Medicine* 80: 14 - 59.
- Materstvedt LJ (2003) Palliative care on the “slippery slope” towards euthanasia? *Palliative Medicine* 17:387-392.
- Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Forde R, Gravgaard AM, Muller-Busch HC, Porta i Sales J, Rapin CH, EAPC Ethics Task Force (2003). Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from EAPC Ethics Task Force. *Palliative Medicine* 17:97-101.

- Möller M, Huxtable R (2001) Euthanasia in the Netherlands: the case of “life fatigue” - *New Law J* 151:1600-1601.
- Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L (2000) The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *Journal of Nervous and Mental Disease* 188: 543-546.
- Parkerson GR, Gutman RA (1997) Perceived mental health and disablement of primary care and end-stage renal disease patients. *Int J Psychiatry Med* 27:33-45.
- Perry S (1990) Suicidal ideation and HIV testing. *JAMA* 263: 679-682.
- Roy DY (2003) Palliative care and euthanasia: a continuing need to think again [Editorial] *Journal of Palliative Care* 18: 3-5.
- Saunders C (1996) Into the valley of the shadow of death. *British Medical Journal* 311:1599-1601.
- Saunders DC (2003) From the UK. *Palliative Medicine* 17: 102-103.
- Seidlitz L, Duberstein PR, Cox C, Conwell Y (1995). Attitudes of older people toward suicide and assisted suicide: an analysis of Gallup Poll findings. *J Am Geriatr Soc* 43:993–998.
- Sensky T (1990) Patients’ reactions to illness: cognitive factors determine responses and amenable to treatment. *British Medical Journal* 300: 622-623.
- Sepúlveda C, Marlim A, Yoshida T, Ullrich A (2002) A palliative care: the World Health Organization’s global perspective. *J Pain Sympt Manage* 24:91-96.
- Shuster JL Jr, Breitbart W, Chochinov HM. (1999). Psychiatric aspects of excellent end-of-life care – *Psychosomatics* 40: 1-4.
- SUPPORT (1995) A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients: the Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment (SUPPORT) *JAMA* 274:1591-8.
- ten Have HÁ (2001) Euthanasia: moral paradoxes. *Palliat Med* 15:505-511.
- van der Maas PJ, van Delden JJ, Pijnenborg L (1992) Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Health Policy* 21:1-262.
- van Ness P H, Larson DB (2002) Religion, senescence, and mental health: The end of life is not the end of hope. *Am J Geriatr Psychiatry* 10:386–397.
- Vawter D, Bablit B (1997) Hospice care for terminally ill patients. *Minnesota Medicine* 80:42-44.