

Índice

I.	Resumo	3
II.	Abstract.....	4
III.	Introdução	5
IV.	Objetivos.....	7
V.	Métodos	8
VI.	Conceitos de Moral, Ética, Direito e Deontologia.....	8
VII.	Princípios Éticos: Respeito Pela Autonomia, Não Maleficência, Beneficência e Justiça	9
VIII.	Doente Terminal	13
IX.	Eutanásia, Suicídio Assistido, Distanásia e Ortotanásia.....	15
X.	A Controvérsia da Eutanásia.....	18
XI.	Eutanásia e Suicídio Assistido: Perspetiva Legal	22
XII.	Futilidade Terapêutica	25
XIII.	Respeito Pela Autonomia do Doente na Opção Pela Suspensão de Terapêuticas	28

XIV.	Tomada de Decisão Relativa ao Doente Incompetente	33
XV.	Situações Particulares:	41
	Doente em Estado Vegetativo Persistente	41
	Decisão de Não Reanimar.....	43
	Paciente em Idade Pediátrica	44
	Cuidados Ao Indivíduo Idoso	45
XVI.	Conclusão	48
XVII.	Referências	53

I. Resumo

A aplicação do progresso científico em Medicina teve como consequência o aumento da esperança média de vida. Ao indivíduo é oferecido mais tempo para viver, eternizando-se a sua doença e transformando-se a morte, inevitável, no “processo de morrer”. O que o ser humano se esquece é que nem tudo o que é cientificamente possível se afigura eticamente aceitável; atualmente a sociedade vê-se obrigada a lidar com a novidade que é o prolongar do fim de vida, sem saber que soluções dar aos principais problemas que afetam o indivíduo nesta fase.

Um deles é certamente o medo da morte. Como tal, é desejo de muitos doentes ter controlo sobre ela, decidindo o momento e as circunstâncias específicas da sua ocorrência. É neste âmbito que surgem muitos pedidos de eutanásia/suicídio assistido, assim como o desejo da suspensão de terapêuticas que o doente considera fúteis por não trazerem nenhum benefício além do prolongar da vida. Deve o médico obedecer a estes pedidos como respeito pela autonomia da pessoa? Em que se diferenciam estas duas modalidades, que têm como consequência final o abreviar da existência? E quando o doente não é autónomo? A quem pertence a tomada de decisão terapêutica?

Com este trabalho pretendeu-se rever a literatura mais recente respeitante a estas temáticas, abordando-se conceitos que auxiliem a sua clarificação e sistematizando-se ideias que sirvam de ajuda ao esclarecimento da comunidade científica e da população em geral. O objetivo é, então, lembrar a sociedade das suas responsabilidades para com o doente em fim de vida, promovendo-se a reflexão ética sobre os assuntos que mais o afetam na tentativa da chegada a um consenso, o qual é necessário para que se lhe possa proporcionar a melhor qualidade de vida possível, promovendo-se os sentimentos de tranquilidade e aceitação do processo de extinção.

II. Abstract

The application of scientific progress in Medicine has increased the average life expectancy. The individual is offered more time to live, making illness eternal and transforming death, an inevitable ending, into a “dying process”. What Humans tend to forget is that not everything that is scientifically possible is also ethically acceptable; today’s society is forced to handle with this new issue, which is extending people’s lifetime, without knowing what solutions to give to the main problems that affect the individual at this stage.

One of them is certainly the fear of death. As a result, many patients wish to have control over it, deciding the moment and the specific circumstances of its occurrence. This explains the appearance of so many requests of euthanasia/assisted suicide, as well as the wish to suspend treatments that the patient considers to be useless, since they don’t have any other benefit apart from extending the patient’s life. Should the doctor respond to these requests as a form of respect for the person’s autonomy? What is supposed to be the difference between the two mentioned procedures, which have as a final consequence the shortening of a person’s existence? And what happens when the patient is not autonomous? Who is entitled to the power of making this therapeutic decision?

This work aimed at reviewing the most recent literature concerning these topics, by approaching concepts that will help understand them more clearly, and by consolidating ideas that will contribute to clarify the scientific community as well as the population in general. Thus, the objective is to remind the society of its responsibilities towards the dying patients, promoting an ethical reflection about matters that are likely to affect them, and also trying to reach an agreement, which is necessary in order to provide patients with the best possible quality of life, promoting the feelings of tranquility and acceptance of the extinction process.

Palavras-chave: Ética; Eutanásia; Futilidade Terapêutica; Autonomia; Cuidados Terminais.

III. Introdução

O Homem, enquanto ser vivo, está destinado a morrer. O conceito de morte tem vindo a sofrer grandes alterações ao longo dos tempos, verificando-se, hoje em dia, uma grande necessidade de renovação do mesmo, não só devido ao constante alterar dos valores de cada sociedade, como também pelo avanço no conhecimento científico a que se tem assistido nas últimas décadas.

Por serem características inerentes ao Homem as qualidades singulares de racionalidade, capacidade de pensar, questionar e problematizar tudo o que o rodeia e lhe é desconhecido, é facilmente compreensível que este perceciona a morte enquanto entidade estranha e misteriosa. Afinal, desde tempos remotos que ele tenta desafiar as leis da vida, que se propõe superar as suas limitações, que deseja ser imortal. Já os alquimistas experimentaram, por intermédio da magia, alcançar o objetivo da vida eterna.

Contribuindo para esta sensação de estranheza perante a morte, ao ter provocado uma metamorfose acentuada no fim de vida, a aplicação em Medicina do constante progresso científico e tecnológico levou ao adiamento da extinção da pessoa enquanto ser individual e social, transformando a morte, antes caracteristicamente rápida, brusca e acidental (doença aguda), no “processo de morrer”, medicalizado, moroso e prolongado, muitas vezes penoso e insuportável.

Tal fenómeno pode ser comprovado pelo crescente aumento da Esperança Média de Vida em todo o Mundo (mais pronunciada nos países desenvolvidos), o que obriga a Humanidade a lidar com um novo problema para o qual não está preparada: o que fazer com a população envelhecida, portadora de multipatologia invalidante? Que destino dar ao indivíduo cuja doença crónica foi “eternizada” pela Medicina? Que assistência se consegue oferecer à pessoa em fim de vida, de modo a aliviar ao máximo o seu sofrimento, ajudando-a a aceitar

da forma mais tranquila possível o seu inevitável destino? Estará a sociedade economicamente habilitada a responder às exigentes necessidades do doente terminal?

Sendo os profissionais de saúde os responsáveis, em última análise, pelo prolongar da morte do doente, acompanhando-o de perto nos últimos momentos da sua vida, é natural que sejam também eles o alvo da infundável da listagem de perguntas que assombra o indivíduo nesta fase. Mas, estaremos nós preparados para auxiliar o doente no momento em que mais precisa? Seguramente que não. A Humanidade aprendeu a prolongar a vida humana enquanto entidade biológica, mas esqueceu-se das vertentes psicológica e social da mesma, as quais são as que mais causam sofrimento à pessoa e portanto necessitam de maior investimento e trabalho para que se possa proporcionar ao doente em fim de vida o maior conforto e tranquilidade possíveis.

Entre os muitos problemas que assaltam a pessoa com doença crónica e/ou em iminência de morte, com os quais o profissional de saúde ver-se-á obrigado a lidar, encontram-se as temáticas da eutanásia e suicídio assistido, assim como o desejo de suspensão de terapêuticas que o doente considera inúteis. Qual o médico que ainda não foi abordado com um pedido desta ordem na sua prática clínica? Deve ele atender os últimos desejos do doente, respeitando a sua autonomia? Ou, pelo contrário, tentar demover o indivíduo destas ideias? Em que reside a diferença de uma morte ativamente provocada (por ação direta ou auxílio prestado ao indivíduo) daquela que acontece derivada da suspensão de terapêuticas que mantêm a vida da pessoa mas cujos riscos ultrapassam os benefícios inerentes? Eticamente têm o mesmo valor? E quando o doente não é autónomo, quer por ter perdido a sua autonomia ou por nunca ter sido capaz de exercê-la, a quem cabe a tomada das decisões terapêuticas?

Na abordagem do doente em fim de vida é necessário mudar-se a perspetiva curativa de doença, apostando-se no objetivo de proporcionar à pessoa a melhor qualidade de vida

possível. Assim, e em virtude da relatividade do conceito de qualidade de vida, que difere consoante as pessoas e sociedades, aceita-se a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que, em 1993, o caracterizou como “a percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objetivos, os seus desejos, as suas normas e inquietudes. É um conceito muito amplo, que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, as suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio” (Almeida, 2009).

Aconteceu, portanto, o que normalmente acontece quando o Homem desafia a Natureza. A sua racionalidade, que o fez questionar a morte, agora fá-lo questionar a vida, ou pelo menos o seu sentido nos últimos momentos. A questão que realmente se coloca... Que problemas éticos foram levantados com o prolongar da vida, e, em última análise, da própria morte?

IV. Objetivos

Com este trabalho pretendeu-se rever a literatura referente aos principais problemas que afetam o doente em fim de vida, particularmente no que diz respeito às temáticas da eutanásia/suicídio assistido, futilidade terapêutica e dever de cumprimento do princípio ético do respeito pela autonomia do indivíduo. Abordam-se ainda alguns conceitos necessários à compreensão desta discussão, assim como se problematiza a tomada de decisão acerca do doente não autónomo ou vulnerável.

São questões muito comuns na prática clínica, para as quais os profissionais de saúde e a população em geral ainda não estão preparados. Mais do que sugerir normas de comportamento ou ditar juízos de valor, este trabalho pretende despertar e esclarecer os profissionais e todas as pessoas interessadas nestas matérias, promovendo a sua reflexão.

V. Métodos

O método utilizado para a elaboração deste trabalho consistiu na revisão sistemática da bibliografia existente sobre o tema, maioritariamente durante o período compreendido entre 2006 e 2011, incluindo artigos de língua portuguesa e inglesa. A pesquisa fez-se com consulta de bases de dados (*Medline/Pubmed*, Repositório de Teses), motores de busca (*Google*), *sites* de sociedades científicas e ordens profissionais, revistas científicas e livros de texto.

VI. Conceitos de Moral, Ética, Direito e Deontologia

Sendo a morte um evento subjetivo na sua conceção, considera-se que a sua abordagem será facilitada com a clarificação de algumas ideias, nomeadamente os conceitos de Moral, Ética, Deontologia e Direito, segundo Santos (2009).

Deste modo, **Moral** corresponde ao conjunto de princípios, normas e juízos de valor vigorantes numa dada sociedade e aceites pelos indivíduos da mesma, conferindo uma certa previsibilidade à ação humana. Apesar de influenciada social e historicamente, a Moral é independente da geografia, isto é, é um conceito universal que permite uma identidade e reconhecimento entre indivíduos não relacionados entre si.

Ética (etimologicamente derivada do grego “*ethos*” e usada pela primeira vez por Aristóteles), por sua vez, refere-se à reflexão dos princípios morais. Dela resulta a presunção de normas gerais de comportamento e de ação, deixando a cada indivíduo, porém, a responsabilidade pessoal pelos seus atos concretos. É sabido que quando se fala de Ética geralmente estão em discussão assuntos controversos. Desta forma, mais do que responder a questões difíceis, a Ética surge como uma tentativa de articulação ou simplesmente de lembrança dos valores que todos partilham, sendo muito importante para o julgamento das questões éticas a angariação de toda a informação relevante e um raciocínio imparcial e livre de preconceitos, não deixando que matérias litigiosas, com as quais se discorda, influenciem a

desejada análise imparcial. Segundo Saint-Arnaud (2001), citada por Silva (2008), origina-se um **dilema ético** quando o indivíduo ou o profissional de saúde se questionam se uma intervenção é eticamente apropriada, ou qual, entre as intervenções possíveis, deve ser privilegiada do ponto de vista ético para atender os fins visados. A continuidade do tratamento, a satisfação das necessidades em cuidados de saúde de forma humanizada e a distribuição dos recursos existentes são os dilemas éticos que mais frequentemente se encontram nos serviços de saúde.

A **Deontologia** é a ciência das regras morais de uma profissão, sendo as mesmas compiladas num documento, o Código Deontológico, que, sendo específico para cada área, serve de regência para a atuação do ser humano no exercício da sua profissão.

Por fim, quando falamos das regras de uma sociedade delimitada por fronteiras legais, referimo-nos ao **Direito**. Tal como a Moral, confere uma certa previsibilidade às ações humanas, todavia, Moral e Direito podem ter perspectivas discordantes apesar de se referirem a uma mesma sociedade, isto é, argumentos morais podem impedir que uma pessoa acate determinada lei (objeção de consciência).

Santos (2009) conclui que a Ética é o estudo geral do que é bom ou mau, sendo um dos seus objetivos a busca de justificações para as regras propostas pela Moral e pelo Direito. Estabelece a sua diferença por não ditar regras, apenas reflete sobre a ação humana, sendo isto que a caracteriza.

VII. **Princípios Éticos: Respeito Pela Autonomia, Não Maleficência, Beneficência e Justiça**

Qualquer reflexão ética válida e autêntica deve ter como base os quatro pilares fundamentais propostos e definidos por Beauchamp e Childress, em 1979, pelos quais a Ética em Biomedicina se rege na sua conduta. São eles os princípios do Respeito pela Autonomia,

Não Maleficência, Beneficência e Justiça. De acordo com Loch (2002), nenhum possui um caráter absoluto nem tem prioridade sobre os outros; antes servem como regras gerais que orientam a tomada de decisão frente aos problemas éticos e ordenam os argumentos nas discussões dos casos em análise. Os principais problemas inerentes à sua aplicação são a dificuldade no respeito de todos de igual forma, assim como o seu caráter muitas vezes insuficiente para uma tomada de decisão plena e deliberada. Todavia, convém lembrar que estes princípios apenas facilitam e organizam a análise dos casos concretos, não dispensando o apoio de outros valores no aprofundamento da análise ética.

Considerado por muitos como o sustentáculo fundamental da tradição hipocrática da ética médica, o princípio da **não maleficência** (em Latim, “*primum non nocere*” – primeiramente, não fazer mal) pressupõe que o profissional de saúde tem o dever de, intencionalmente, não causar mal e/ou danos a quem a ele recorre em busca de cuidados. Na prática médica este princípio é de importância primordial, pois geralmente toda a ação diagnóstica ou terapêutica comporta algum risco de dano. Nestes casos, e do ponto de vista ético, o procedimento é justificado caso o seu benefício se sobreponha ao prejuízo causado, não sendo intenção do profissional causar qualquer mal ao doente.

O princípio da **beneficência**, igualmente expresso no juramento de Hipócrates, exige ao profissional de saúde ir além do pilar anterior e, de facto, fazer o bem agindo positivamente, ou seja, é obrigação ética e moral atuar em benefício do outro. Segundo o Conselho Nacional de Ética Para as Ciências da Vida (CNECV), no *Relatório Sobre o Estado Vegetativo Persistente* (2005), age-se de acordo com esta ideia quando se proporciona a alguém o alívio de sintomas e sofrimento, a restauração da saúde e da função orgânica e o impedimento ou atraso na progressão da doença – em suma, sempre que se contribui para a melhoria da qualidade de vida do doente. No cumprimento deste princípio ético torna-se imprescindível a utilização de todos os meios, conhecimentos e habilidades profissionais na

assistência ao paciente, tendo-se sempre em conta a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios do procedimento a realizar (não maleficência vs. beneficência).

Relativamente ao princípio da **justiça**, este associa-se com a equidade na distribuição de bens e recursos considerados comuns, numa tentativa de igualar as oportunidades de acesso aos mesmos, pressupondo, assim, relações entre grupos sociais. Antes relativamente esquecido, o princípio da justiça assume nos dias de hoje uma importância cada vez maior; com a socialização dos cuidados de saúde, o alto custo dos mesmos e a dificuldade no seu acesso, as questões relativas à justiça social são cada dia mais notórias e necessitam ser consideradas quando se analisam os conflitos éticos que emergem da necessidade de uma distribuição justa de assistência à saúde das populações.

Aqui analisado por último, o princípio do **respeito pela autonomia** surge como o mais relevante no que diz respeito à tomada de decisão relativamente aos doentes em fim de vida. De acordo com Nunes (2006), etimologicamente, a palavra autonomia deriva do grego, da junção do adjetivo “*autos*” (o mesmo, ele mesmo e por si mesmo) e do substantivo “*nomos*” (instituição, lei, norma, convenção ou uso). Significa, portanto, a condição de uma pessoa ou de um coletivo capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submete, isto é, designa a capacidade humana de dar leis a si próprio.

Segundo Pinto e Garcia (2009), um indivíduo, para ser considerado autónomo, deverá agir livremente de acordo com um plano escolhido por ele mesmo. A decisão autónoma deverá ser intencional, sem influência ou coação de terceiros, pressupondo-se que a pessoa é capaz de compreender, raciocinar, deliberar e escolher independentemente, agindo de acordo com as próprias razões. Se for submetido a qualquer autoridade ou governação, o indivíduo, por princípio, perde a sua autonomia. As emoções e o grau de consciência de si mesmo, tantas vezes alterados no doente em fim de vida, são fatores capazes de limitar a autonomia do

doente, sendo este incapaz de agir segundo os seus habituais objetivos e vontades ou estando mais vulnerável à influência de terceiros (Tavares e Pires, 2011).

As decisões são consideradas autónomas não apenas quando resultam de deliberações individuais, mas principalmente quando derivam de processos informados e esclarecidos sobre tratamentos, terapêuticas, prognósticos, riscos, malefícios e benefícios de cada conduta biomédica. Posto isto, para que uma decisão seja autónoma não basta que a pessoa esteja livre de constrangimentos morais que limitem as suas escolhas, é também necessária a prestação de informação qualificada, honesta e compreensível (Diniz e Costa, 2004).

Com efeito, o CNECV, no *Parecer Sobre Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde Relacionados com o Final de Vida (11/CNECV/95)*, afirma que pertencem à natureza do ser humano as dimensões de racionalidade, temporalidade, historicidade, finalidade em si e liberdade, que fazem dele um ser em permanente desenvolvimento, na procura da realização de si próprio. Será ético o comportamento que visa, promove ou respeita essa realização, devendo cada pessoa humana ser tratada como um fim em si mesma. Nesse sentido, liberdade ética não deverá significar escolha arbitrária, permissividade ou relativismo moral, referindo-se somente à ausência de coação externa. É antes um conceito que exige a libertação das próprias pressões interiores, permitindo ao indivíduo a realização de todas as potencialidades da pessoa humana.

No contexto deste trabalho, que aborda o doente na fase em que a medicina curativa já não tem lugar, dando espaço aos cuidados paliativos e de conforto, será de especial importância a análise das ideias a discutir segundo os princípios da não maleficência, tentando definir-se a linha que separa a tentativa de fazer o bem com a efetividade da prática do mal ao prescrever-se uma morte prolongada e sofrida, e do respeito pela autonomia, procurando-se sempre acatar a vontade do doente considerado autónomo, sem, no entanto, violar a

autonomia do próprio profissional de saúde ou qualquer princípio considerado eticamente reprovável ou legalmente condenável.

VIII. Doente Terminal

Nogueira (2009) entende que um doente se encontra em **estado terminal** quando a doença já não responde a nenhuma terapêutica conhecida e caminha para um processo que conduzirá invariavelmente à morte. A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos propõe uma meta de esperança de vida de 3 a 6 meses para que um doente possa ser considerado terminal, sendo esta avaliação feita com base num conjunto de critérios de objetivação de prognóstico. Segundo Martins e Silva (2011), o doente terminal é aquele que se encontra na fase final de uma doença avançada, progressiva e sem cura, em que nenhum esforço médico é capaz de devolver a saúde física ao indivíduo, havendo necessidade de se apostar numa área de alívio da dor e sofrimento.

O doente em fase terminal, na sua peculiaridade e individualidade, vê-se obrigado a lidar com problemas que em nenhuma outra fase da vida lhe foram confrontados. De facto, o ser humano, por natureza, tem tendência a viver no presente, tentando dele retirar todas as ocasiões de prazer e felicidade que lhe possam ser proporcionadas, segundo a corrente filosófica e existencial do “*hic et nunc*” (aqui e agora). A perspetiva da temporalidade como condição humana, referida por Simões (2010), acrescenta-nos que o Homem esquece tanto o futuro (como o incerto que necessita de dispêndio de energia e esforço na sua construção), como o passado (que se afigura como inútil), estando atualmente a mentalidade reduzida ao presente cronológico, que ignora a fugacidade do tempo, expressa no passado, e a sua oportunidade, traduzida na abertura do futuro.

No idoso e no doente em fim de vida toda esta visão muda, sendo a pessoa obrigada a confrontar-se com o seu “prazo de validade”, o que a leva a colocar questões nas quais antes

nunca havia pensado. Assim sendo, e inevitavelmente, o indivíduo interroga a morte, que lhe é apresentada como uma entidade estranha que perturba, incomoda e fere. O grande problema que se enfrenta nos dias de hoje é o pavor do fim, o encarar da morte quase como doença a curar, o que não acontecia nas sociedades de antigamente, em que se procurava capacitar o indivíduo preparando-o para a fatalidade, levando-o a aceitar com tranquilidade a inevitabilidade da extinção. Como refere Almeida (2009), a morte tornou-se tabu ao ser afastada para as quatro paredes de um hospital, onde os olhos da sociedade não chegam, em vez de acontecer naturalmente no lar, sob o calor dos laços familiares e do amor incondicional. Adicionalmente, verifica-se que muito do sofrimento presente no final de vida deriva da medicalização dos cuidados causada pelo desenvolvimento tecnológico e a sua aplicação na assistência em saúde, o que confere impessoalidade e instrumentação a um acontecimento antes natural e caloroso, nos limites da sua definição.

Quando a medicina não consegue oferecer uma cura para o problema que ameaça a saúde do indivíduo, seja ela física ou psíquica, mas é capaz de manter o doente vivo por meios não naturais, ao médico é exigida toda uma nova abordagem perante ele, para a qual habitualmente não foi treinado nem está preparado. O principal desafio para o profissional de saúde que lida com o doente em fim de vida será então convencer-se a si mesmo que nesta fase é utópico almejar-se a eliminação da dor e do sofrimento por métodos técnico-científicos, uma vez que aqueles ultrapassam a barreira física; são antes originados pelo medo da morte, pela ansiedade da separação, pela solidão, pela exigência no lidar com difíceis questões existenciais e pela sensação de se ser um peso para os outros (Pessini e Bertachini, 2005). Além disso, encarar o fim de vida do paciente ainda se afigura tarefa difícil para o médico, uma vez que o faz questionar a sua própria existência. Como lembra Lima (2008), a morte é a nossa inevitável companheira e aceitá-la nos outros é enfrentá-la em nós próprios.

De facto, nesta fase, o principal objetivo de todo o doente, independentemente da sua cultura, religião e crenças, será o alívio da dor e de todos os outros sintomas que se originam como consequência da doença ou até das intervenções terapêuticas realizadas. Infelizmente isto nem sempre acontece e o indivíduo acaba por perder progressivamente a sua autonomia, capacidade deliberativa, individualidade e o seu poder de decisão e controlo da situação, estando condenado a morrer só e isolado. A pessoa tem a necessidade de, no mínimo, sentir-se autónoma, dona e guardiã da própria vida, quando tudo o resto já lhe foi negado pela doença, exigindo, compreensivelmente, participar na tomada de decisão relativa aos cuidados que lhe são prestados, esperando ver cumprida a sua vontade (Martins e Silva, 2011).

A discussão surge quando o desejo do doente é terminar a própria vida, seja pela manifestação de um pedido de eutanásia/suicídio assistido, seja pela vontade de suspender ou não iniciar um tratamento que considera desnecessário ou fútil e que só lhe irá provocar o prolongar de uma morte em agonia e sofrimento. Esta discussão, como expõe o CNECV no *Relatório Sobre o Estado Vegetativo Persistente* (2005), baseia-se no potencial conflito entre o valor absoluto da vida e o conceito de qualidade de vida, em que uns defendem que a vida tem um valor absoluto e não deve haver espaço para o julgamento sobre a sua respetiva qualidade intrínseca, enquanto outros sustentam que, não obstante o seu inquestionável valor como bem básico e precioso que deve ser protegido, a preservação da vida depende de outros valores como o estabelecimento de relações interpessoais, a satisfação em estar vivo e a capacidade de decisão e de ação como agente moral, pelo que na ausência destas últimas condições o valor da vida adquire uma dimensão contestável.

IX. Eutanásia, Suicídio Assistido, Distanásia e Ortotanásia

Após a abordagem inicial de algumas ideias que se considera serem de fundamental importância na compreensão dos principais problemas que afetam o doente em fim de vida,

passemos ao desenvolvimento e clarificação dos conceitos de eutanásia, suicídio assistido, distanásia e ortotanásia.

Como refere Moreira (2008), citada por Martins e Silva (2011), a palavra **eutanásia** origina-se etimologicamente na língua grega pela junção dos termos “*eu*” (bom) e “*thanatos*” (morte), significando, portanto, boa morte, morte sem sofrimento. Foi um termo proposto pela primeira vez por Francis Bacon, em 1623, que traduziria o “tratamento adequado às doenças incuráveis” (Reiriz *et al.*, 2006). De acordo com Cabral (s/d), eutanásia consiste na ação ou omissão por parte do médico com intenção de provocar a morte do paciente em sofrimento por compaixão e a pedido deste. Eutanásia pode ainda ser entendida como o resultado do exercício de um direito individual – o direito de deliberar sobre a própria morte (Diniz e Costa, 2004).

Nas décadas de 1920 e 1930, a ideia da eutanásia tornou-se bastante comum pelo mundo anglo-saxónico, sendo principalmente defendida como medida eugénica sobre doentes mentais, deficientes e idosos. A implementação dos avanços tecnológicos na área da saúde, a partir de 1960, levou à necessidade de reformulação de muitos conceitos já definidos (nomeadamente dos critérios indicativos de morte), além de ter proporcionado francas melhorias no modo e perspectivas de vida daqueles indivíduos (Santos, 2009). Será portanto facilmente compreensível que a definição de eutanásia tenha vindo a sofrer inúmeras modificações ao longo dos tempos, não só devido às alterações da ciência, mas também pelas mudanças nos valores e modos de pensar de cada sociedade e indivíduo, representando, hoje, uma medida diferente do que significava aquando da sua origem.

Segundo Almeida (2004), citado por Pinto e Garcia (2009), quando um sujeito intencionalmente ajuda outro a cometer suicídio, providenciando-lhe drogas para autoadministração como resposta a um pedido voluntário e competente do mesmo, estamos perante um caso de **suicídio assistido**. Para muitos esta é uma prática distinta da eutanásia,

supostamente com maior aceitação do ponto de vista ético e moral, uma vez que a ação efetiva e final pertence sempre ao doente, representando a manifestação do seu desejo autónomo, consciente e esclarecido.

Pelo contrário, **distanásia** refere-se ao prolongamento da vida por meios artificiais sem a preocupação com o alívio do sofrimento físico ou psicológico da pessoa, desrespeitando-se o direito a uma morte digna (Reiriz *et al.*, 2006). Normalmente esta não é uma prática propositadamente deletéria, representa apenas o exercício da medicina paternalista, que defende que tudo deve ser feito para se preservar a vida não levando em conta o desejo do indivíduo ou as suas perspetivas de futuro. Esta prática pode ainda ter lugar a pedido do doente ou da sua família como uma tentativa de fuga à morte, compreensivelmente motivada pelo medo da sua confrontação. Contudo, e perante um pedido desta natureza, considera-se ser boa conduta tranquilizar o doente, explicando-lhe que por vezes o prolongamento da vida a todo o custo não é a melhor medida a ser adotada quando o objetivo final é uma morte digna e sem sofrimento. Geralmente a sua aplicação justifica-se somente pelo facto de ser possível, significando sempre, no entanto, obstinação terapêutica, a qual é eticamente reprovável por violar o princípio da não maleficência. Esta é uma das situações que mais frequentemente afligem o doente terminal.

Já **ortotanásia**, do grego “*ortho*” (normal) e “*thanatos*” (morte), designa a aceitação da morte enquanto processo natural, respeitando o bem-estar do indivíduo e a sua dignidade no processo de morte. Oferece ao doente sem possibilidade de cura e às pessoas que o rodeiam a tranquilidade que todos desejam nesta fase da vida, ao ajudá-los a encarar a morte como um fim necessário, o terminar do ciclo vital. Representa a atitude eticamente louvável que todos os profissionais de saúde devem adotar perante o doente terminal, pois não apressa nem atrasa a morte, proporcionando ao indivíduo o alívio do seu sofrimento físico e psíquico (Reiriz *et al.*, 2006).

X. A Controvérsia da Eutanásia

Por ser um conceito ao qual estão inerentes questões controversas como o direito pessoal à escolha (neste caso pela morte), o próprio valor da vida humana, assim como a quem pertence o ditar das respostas a estes problemas, é natural que a eutanásia seja um tema cada vez mais debatido nos dias de hoje, em que se assiste a um prolongamento cada vez mais acentuado do processo de morte, havendo um constante desafiar dos limites anteriormente dados como certos e uma gradativa reivindicação da pessoa enquanto livre e autónoma para decidir sobre si mesma.

Como salientam Simões e Morgado (2005), o principal argumento usado pelos defensores da eutanásia é o direito de qualquer pessoa ao exercício da sua autonomia. Partindo do princípio que pode ser atingido um nível de existência a partir do qual a maioria dos seres humanos não desejaria estar viva, perdendo a vida todo o interesse ou finalidade, os indivíduos pró-eutanásia afirmam que se a pessoa estiver consciente, tem a legitimidade de solicitar veemente auxílio a outrem para que a ajude na morte.

Segundo Diniz e Costa (2004), permitir ou facilitar a morte a alguém não transforma o indivíduo que pratica estas ações num criminoso. De facto, considerando-se que quem o faz não se baseia em crenças pessoais sobre qual o melhor momento da morte ou em ideias acerca do ciclo natural da vida ou ideologias vitalistas, defende-se que a prática da eutanásia cumpre os princípios de solidariedade ao sofrimento e respeito à vontade individual, sempre na certeza de que a deliberação livre sobre o momento de morrer é um direito inalienável do doente, que deve ser respeitado em nome da manutenção da sua dignidade. Os profissionais de saúde devem ser companheiros e facilitadores deste processo de institucionalização do direito de morrer, já que as razões que justificam ou não a eutanásia são estritamente individuais, sendo, por isso, impossível a definição de qualquer regra. Deste modo, é legítimo que os profissionais de saúde reconheçam a soberania da autonomia e da dignidade,

permitindo que doentes terminais deliberem sobre a sua própria morte. Contudo, o diagnóstico da doença e a existência ou não de possibilidades terapêuticas não devem ser traçados apenas por um médico, mas por uma equipa multidisciplinar de saúde.

Por sua vez, a Federação Mundial de Associações pelo Direito a Uma Morte Digna defende que toda a pessoa tem o direito a tomar as suas próprias decisões, mesmo que estas sejam acerca da forma e do momento adequado da sua morte, associando o direito de viver com a necessidade de uma morte digna. Também a *Scottish Voluntary Euthanasia Society* acredita que o indivíduo deverá ter todo o direito de optar na altura da sua morte, quer no sentido de usufruir de todos os tratamentos possíveis que a tecnologia moderna possa oferecer, quer na escolha da proteção da qualidade de vida em detrimento da quantidade, ou ainda preferindo ter o controlo sobre o processo de morrer, decidindo o tempo e circunstâncias exatas em que a morte deverá ocorrer (Pinto e Garcia, 2009).

Quem se opõe à eutanásia sustenta que os seus pedidos representam uma tentativa gritante de apelo à vida mais do que traduzirem um desejo de morte. Acrescenta ainda que eles frequentemente têm a sua origem em situações que podem ser, na sua maioria, melhoradas ou eliminadas com cuidados paliativos de qualidade, atingindo o doente a qualidade de vida, conforto e identidade imprescindíveis a uma existência humana completa e feliz. Consequentemente, será dever do clínico providenciar todas as medidas exequíveis no sentido de proporcionar ao doente a melhor qualidade de vida possível na fase terminal, fazendo com que este possa desfrutar de toda a potencialidade que ainda lhe resta, sendo feliz até que chegue o seu momento final.

Twycross (2003), citado por Martins e Silva (2011), refere algumas das razões potencialmente modificáveis que podem estar na origem de um pedido de eutanásia:

- Dor intensa não aliviada ou outras complicações de carácter sintomático;

- Medo de vir a sofrer no futuro de dor intolerável ou outra enfermidade de qualquer natureza;
- Receio de deterioração lenta e progressiva;
- Temor da dependência de máquinas e tubos para manutenção da vida;
- Receio de uma qualidade de vida baixa;
- Perturbação de adaptação passageira à doença;
- Depressão, desmoralização, desespero e sensação de desamparo;
- Autoperceção como um fardo para a família, amigos ou sociedade;
- Sensação de dependência dos outros;
- Sensação de perda de autocontrolo.

Martins (2006) apoia a ideia de que a legalização da eutanásia faria aumentar o número de pedidos, comportando o perigo de uma rápida aceitação da morte provocada contra a vontade do indivíduo, tornando-se a mesma quase obrigatória para os inválidos, deformados e incuráveis, à semelhança do que se sucedeu no holocausto nazi. De facto, constata-se que, muitas vezes, as pressões para aproximar o fim de vida não partem nem do doente, nem do médico; originam-se antes nos familiares, motivados por questões financeiras, ou na sociedade, que julga inútil o investimento num indivíduo já visualizado como um “peso morto”. Nestes casos facilmente se compreende que a pessoa individual seria sacrificada em nome do bem-estar do grupo, desincentivando-se o investimento na melhoria dos cuidados paliativos. Existe ainda a problematização da autoridade e posição do médico que adota esta prática, enquanto pessoa e profissional: será que algum ser humano, quer seja médico ou não, terá o direito de dispor da vida de outros? Certamente não queremos correr o risco de ver o doente perder a confiança no profissional de saúde que o assiste, o qual poderá passar a ser encarado com medo e suspeição enquanto agente que provoca a morte, sendo ele próprio

também vulnerável à influência de familiares motivados por razões económicas que têm como objetivo o desaparecimento do doente.

De acordo com o CNECV, no *Parecer Sobre Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde Relacionados com o Final de Vida (11/CNECV/95)*, atualmente são muitos os médicos que se sentem tentados a aceder à vontade do doente que solicita eutanásia, por não poderem ou não saberem tornar tolerável o seu sofrimento. Embora não seja boa prática a formação de juízos sobre a decisão da pessoa, pois ela pertence ao seu foro íntimo e pessoal, considera-se que não existe nenhum argumento ético, social, moral, jurídico ou da deontologia das profissões de saúde que justifique vir a tornar possível por lei a morte intencional do doente por qualquer pessoa, designadamente por decisão médica, mesmo que a título de “pedido” e/ou “compaixão”. Assim sendo, nada justifica os atos de eutanásia pelo respeito devido à pessoa humana e à vida. A aceitação da eutanásia pela sociedade e pela lei levaria à quebra da confiança que o doente tem no médico e nas equipas de saúde e poderia conduzir a uma liberalização descontrolada de “licença para matar”. No entanto, não pode ser esquecido que a sua rejeição cria obrigações individuais e sociais perante os doentes, as quais não podem ser minimizadas no sentido de ser proporcionada ao indivíduo a melhor qualidade de vida possível.

Simões e Morgado (2005) citam um excerto da conclusão de um relatório do *Select Committee on Medical Ethics*, no Reino Unido, no qual poderiam ser lidas as seguintes palavras: “não existem razões suficientes para infirmar a proibição social do assassinio intencional, que é a pedra angular da lei e das relações sociais. Não é aceitável que os casos individuais estabeleçam o fundamento de uma política que teria tão sérias e tão graves repercussões. A questão da eutanásia é uma daquelas em que o interesse individual não pode ser separado dos interesses da sociedade no seu conjunto”.

XI. Eutanásia e Suicídio Assistido: Perspetiva Legal

Pelo mundo, e no que diz respeito ao foro legal, as opiniões também divergem quanto aos temas da eutanásia e suicídio assistido.

A **Holanda** foi o primeiro país a legalizar estas práticas, em abril de 2002 (Jornal *Daily Mail*, 2009). Segundo Pinto e Garcia (2009), a lei manda que o médico avalie cuidadosamente certos parâmetros no sentido de tentar descobrir as razões que motivaram o doente à elaboração do pedido, designadamente:

- Verificar se o doente realiza os seus pedidos voluntariamente e se são ponderados e persistentes;
- Assegurar-se que a dor do doente é insuportável e sem perspetivas de melhoria;
- Informar o doente sobre a sua situação e perspetivas;
- Chegar à conclusão, juntamente com o doente, que não existe opção razoável para o mesmo, considerando, deste modo, que tudo está pronto para a satisfação do pedido;
- Consultar pelo menos um médico independente que também conheça o doente e que tenha uma opinião formada com base nos pontos anteriores.

De acordo com o jornal *USA Today* (2005), cuja pesquisa remete à *House of Lords, Select Committee on Assisted Dying for the Terminally Ill*, na Holanda a lei não restringe a prática da eutanásia a adultos, sendo também independente da expectativa de vida do indivíduo, isto é, o pedido pode ter como justificação principal a existência em sofrimento insuportável e desesperado, sem relação com o tempo de vida que se espera que o indivíduo ainda tenha. No entanto, todos os casos declarados são analisados por um comité médico, o qual encaminha para investigação judicial sempre que haja alguma dúvida de má prática.

O que se sucedeu foi que de facto a Holanda reconheceu, pela voz da então Ministra da Saúde, Dr.^a Els Borst, que a legalização da eutanásia talvez tenha sido introduzida

precocemente no país, motivada pela pressão social e política, acrescentando que mais deveria ter sido feito para proteger aqueles que desejam morrer de forma natural. A ministra referiu, ainda, que a verdade é que se verificou um declínio no investimento nos cuidados paliativos com conseqüente compromisso da sua qualidade, nomeadamente no que diz respeito ao alívio da dor e do sofrimento no fim de vida, facto que motiva muitos doentes a solicitarem a eutanásia. Por outras palavras, desde a legalização da eutanásia, muitos dos indivíduos em fim de vida pedem uma “morte misericordiosa” com base no medo e angústia que sentem na perspectiva de passarem os últimos momentos da sua existência em dor, sofrimento e agonia (Jornal *Daily Mail*, 2009).

O jornal *USA Today* (2005) aponta ainda as posições acerca desta temática por parte da Suíça, Inglaterra, Bélgica e o estado do Oregon (EUA). O Artigo 115º do Código Penal **Suíço** despenaliza o suicídio assistido desde que os motivos que o fundamentam sejam nobres, como por exemplo ajudar a acabar com o sofrimento. A prescrição médica de fármacos em doses letais pode ser realizada, se assim for necessário. A Suíça permite ainda que organizações voluntárias ajudem estrangeiros nesta prática, verificando-se elevada afluência destes indivíduos às clínicas nacionais. Este foi o polémico caso de Peter Medley, de 71 anos, vítima de uma doença neuro-degenerativa, cujo suicídio assistido foi parcialmente transmitido em televisão num documentário da BBC (Público, 2011). Todos os casos de suicídio assistido são obrigatoriamente reportados às autoridades policiais e investigados. A eutanásia permanece ilegal.

A lei **belga** exige que o doente tenha atingido a maioridade, se encontre em situação de sofrimento físico ou mental insuportável e constante que não pode ser aliviado, e que o pedido de eutanásia seja voluntário, repetido e ponderado. Se a competência mental do indivíduo for posta em causa, dois médicos e um psicólogo devem estar envolvidos no

processo. Todos os atos de eutanásia devem ser reportados às autoridades. A prática de suicídio assistido é ilegal.

No que diz respeito à **Inglaterra**, país conhecido pela luta proeutanásia/suicídio assistido, a lei ainda não permite estas práticas. Todavia, vários têm sido os esforços tecidos no sentido da sua legalização, assistindo-se à deslocação de vários cidadãos ingleses às clínicas suíças para esse fim.

Nos Estados Unidos da América (EUA), nomeadamente no estado do **Oregon**, o suicídio assistido é legal desde 1997 (Pinto e Garcia, 2009). Segundo o *USA Today* (2005), o paciente deverá ser maior de idade e encontrar-se em estado terminal. Relativamente a outros estados dos EUA, verifica-se a despenalização do suicídio assistido no estado do **Montana**, sendo este considerado um direito do doente terminal pelo estado de **Washington** (*ProCon – Pros and Cons of Contraversial Issues*, 2010). A eutanásia é ilegal em todo o país.

De acordo com a Agência Reuters (2008), o parlamento **luxemburguês** aprovou em 2009 a lei que permite as práticas de eutanásia e suicídio assistido, desde que aplicadas a doentes terminais ou com doenças incuráveis que as solicitem repetidamente e com o consentimento de dois médicos e de um comité especializado.

Em **Portugal**, tanto a eutanásia como o suicídio assistido permanecem ilegais. O nosso país é marcado por uma cultura e mentalidade marcadamente paternalistas, onde predomina o desejo de proteção da pessoa amada, sendo o fim encarado de modo trágico. Este fator, aliado ao peso estrondoso que a religião representa na vida das pessoas, faz com que a eutanásia ainda seja uma prática condenada por muitos. No entanto, são outros tantos os que argumentam a sua legalização, nomeadamente dentro da classe médica (especialmente os oncologistas), motivados muitas vezes pela ausência de uma política integrada de cuidados paliativos (Pinto e Garcia, 2009).

Perante todas estas considerações facilmente se compreende que a eutanásia, tal como todos os assuntos que apelam ao sentimento e à reflexão acerca do valor da vida, é uma temática bastante controversa, pelo que chegar-se ao consenso que é necessário para a sua legalização mostra-se uma tarefa recheada de dificuldades.

XII. Futilidade Terapêutica

Após estas reflexões acerca da eutanásia/suicídio assistido, é pertinente, nesta fase, a análise de outro dos problemas que afetam o doente em fim de vida: o desejo de suspensão de terapêuticas fúteis. A questão que se coloca, então, é efetivamente o que define futilidade terapêutica. Segundo Hottois *et al.* (2001), citado por Simões (2011), um **tratamento é considerado fútil** quando é incompatível com os princípios éticos fundamentais da beneficência e não maleficência. A sua aplicação corresponde a obstinação terapêutica ou distanásia, sendo ética e deontologicamente condenável, já que o objetivo da medicina é restaurar ou manter a saúde de um indivíduo e qualquer tratamento empregue deve ser-lhe proveitoso.

De acordo com as Comissões de Ética Para a Saúde da Região Norte (2011), “cabem no conceito de futilidade terapêutica todas as prescrições do quotidiano que são feitas sem fundamento, inseridas por vezes em protocolos aplicados sem adaptação ao caso concreto, assim como todos os gestos que apenas geram consumos sem justificação, induzem sequências de exames desligadas do verdadeiro interesse da pessoa ou perseguem novidades sem reconhecimento científico seguro. Futilidade e erro estão, por conseguinte, fortemente associados, embora a primeira seja muitas vezes evocada como justificação da indesejável ‘medicina defensiva’”.

Esta noção suscita muitas questões éticas, com respostas geralmente dúbias e não consensuais. Como decidir quando uma terapêutica se torna fútil, trazendo apenas mais

sofrimento para o doente ao prolongar-lhe uma vida sem esperança? Qual o melhor momento para proceder-se à sua abstenção, permitindo à pessoa uma morte digna e tranquila? A quem pertence a decisão de considerar-se um tratamento como fútil? Ao médico, com base em evidências clínicas e físicas, ao doente, que sente que a sua vida perdeu todo o sentido e o seu desejo é não mais prolongá-la, ou à família, quando o doente não está capaz de manifestar a sua vontade, sendo ela chamada a expor os seus últimos desejos? Mais uma vez podem entrar em conflito os princípios éticos da beneficência, não maleficência e respeito pela autonomia, sendo ténue a linha que separa a tentativa de fazer o bem com a realidade de fazer mal, devendo sempre ter-se a preocupação de respeitar ao máximo a autonomia do doente, no seu direito tanto à vida como à morte.

Como referem Curtis and Burt (2007), podem ser consideradas três categorias quanto à abstenção e suspensão de terapêuticas em doentes terminais. Pode dar-se o caso de o paciente ou a família não quererem que determinada terapêutica seja aplicada, não tendo quaisquer perspetivas sobre ela, ou, pelo contrário, apresentarem expectativas sobre um tratamento que claramente não está indicado e não deve ser iniciado. Por último, há ainda espaço para que, dado o curso clínico e evolução do paciente, um tratamento antes benéfico se torne contraindicado e por isso deva ser suspenso. Do ponto de vista ético, a suspensão de um tratamento e a sua não iniciação poderiam ter pesos diferentes, dado que o primeiro caso consistiria em deixar a natureza seguir o seu curso após a avaliação de que toda a ação humana resultaria num agravamento da condição geral do doente, enquanto o segundo envolveria uma ação direta e deliberada no sentido de serem retirados os meios terapêuticos que estavam a ser praticados, conduzindo-se irremediavelmente à morte da pessoa (CNECV, no *Relatório Sobre o Estado Vegetativo Persistente*, 2005). No entanto, do ponto de vista prático, o resultado será o mesmo, devendo ter-se em consideração que um tratamento deve ser suspenso sempre que passe a ser nocivo para o indivíduo ou simplesmente deixe de lhe

trazer qualquer benefício. Gedge *et al.* (2007) acrescentam que a decisão de não iniciar um tratamento fútil é mais frequentemente assumida de modo unilateral, isto é, somente pela equipa médica, enquanto a suspensão de uma terapêutica geralmente envolve o acordo com o doente e/ou a sua família.

De acordo com o Artigo 59º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, esta medida é eticamente louvável, ao abolir as práticas de obstinação terapêutica e distanásia: “o uso de meios extraordinários de manutenção de vida deve ser interrompido nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente. O uso de meios extraordinários de manutenção da vida não deve ser iniciado ou continuado contra a vontade do doente”.

Há quem se oponha à suspensão de terapêuticas extraordinárias quando a tomada de decisão é efetuada unicamente pela equipa clínica, com o argumento de que o médico, estando revestido da sua humanidade, baseará a sua decisão nos seus próprios juízos de valor, o que se considera ser má prática uma vez que se está a decidir sobre a vida de outras pessoas que podem ter juízos de valor diferentes. No entanto, e precisamente devido ao facto de o médico não se poder separar da sua esfera sentimental, conferindo às suas decisões inevitavelmente alguma da sua experiência pessoal, atribui-se a ele o direito de decidir unilateralmente e quando necessário sempre que a sua atuação seja assente nos quatro princípios éticos anteriormente referidos, salvaguardando o melhor interesse do doente (Tomlinson e Brody, 1990).

Estes atos afiguram-se completamente distintos da prática de eutanásia, uma vez que a sua adoção não tem como intenção provocar deliberadamente a morte ao doente por fins misericordiosos e a pedido deste, ainda que aquela possa ocorrer mais precocemente do que ocorreria se o tratamento fosse mantido. A suspensão de tratamentos fúteis corresponde antes ao aceitar da inevitabilidade da morte, deixando que a natureza siga o seu curso, optando-se

pela abstenção de qualquer medida que apenas sirva para provocar o adiamento da morte sem trazer qualquer vantagem ao indivíduo ao fim de vida. É imperativo assegurar-se que a decisão de suspensão ou não iniciação de uma medida terapêutica tem sempre como último objetivo servir o doente no seu melhor interesse, não podendo nunca ser motivada por razões económicas e de racionamento de custos (Jecker e Schneiderman, 1992, citados por Comissões de Ética para a Saúde da Região Norte, 2011).

XIII. Respeito Pela Autonomia do Doente na Opção Pela Suspensão de Terapêuticas

Para que o doente possa decidir da forma mais acertada acerca do que é melhor para si, é fundamental que esteja na posse de todas as informações verdadeiras e pertinentes acerca do seu caso, sendo dever do seu médico fornecê-las e aconselhá-lo à luz do seu conhecimento científico sem, no entanto, coagi-lo ou tentar influenciar a sua decisão de acordo com as suas próprias crenças. Esse pressuposto baseia-se no princípio da boa relação médico-doente, assente na confiança, a qual confere tranquilidade a ambas as partes na tomada de decisão da suspensão de uma terapêutica. Infelizmente, nos dias de hoje, a despersonalização nos cuidados de saúde tem sido uma constante em crescimento, verificando-se a substituição da relação médico-doente pela equipa-doente, na qual o indivíduo é acompanhado por vários médicos, sentindo ao mesmo tempo que não é acompanhado por nenhum e que ninguém se preocupa verdadeiramente com ele.

Lang e Quill (2004) afirmam que as decisões médicas em fim de vida, geralmente complexas, são a situação onde a autonomia do doente assume uma dimensão mais ampla, mas também onde a atuação do profissional fica obrigada a esquecer todo o enfoque paternalista que a tem suportado. Nesta fase, muitas vezes, a autonomia do doente é influenciada por esperanças, crenças e pressões de ordem cultural, social e existencial, sendo

função do profissional ter conhecimento das mesmas para melhor poder basear a tomada de algumas decisões. De facto, e como refere Lima (2008), os médicos devem integrar nas suas decisões, o mais possível, os valores do doente e da sua família, dando assim ênfase ao binómio doente-família no centro da discussão de quem define os benefícios e as complicações para a pessoa de determinada atitude ou tratamento, o que fomenta a atuação inter-relacional nos cuidados de saúde.

É importante ter-se em consideração que o respeito pela autonomia da pessoa pode passar por excluí-la do processo de decisão terapêutica, caso seja essa a sua vontade, isto é, é expressão da autonomia do doente, na posse das suas capacidades, a delegação total no médico de todas as decisões relativas à sua saúde (CNECV, no *Memorando Sobre os Projectos de Lei Relativos às Declarações Antecipadas de Vontade*, 2010).

Assim sendo, e se então for esta a sua vontade, é direito do doente ser informado e esclarecido sobre o seu caso para que possa decidir de forma clara e consciente acerca do que considera ser melhor para si. Aqui entramos no campo do **consentimento informado**, o qual surge não só como exigência do doente ao querer participar ativamente nos serviços médicos que lhe são prestados, mas também como forma de proteção do clínico, que cada vez mais tem receio de ser acusado de má prática ou erro médico por um doente pouco esclarecido ou pela sua família.

A Convenção Europeia dos Direitos do Homem e Biomedicina (1997) define-o como um ato de decisão voluntária realizado por uma pessoa autónoma, após um processo no qual lhe foi concedida informação por ela compreendida, no sentido de aceitar ou recusar um tratamento proposto, conhecendo a natureza do mesmo, as suas consequências e os seus riscos. O profissional de saúde deve certificar-se que o doente se encontra capaz, física e mentalmente, de compreender a informação que lhe é fornecida acerca da sua situação clínica.

Segundo os Artigos 44º e 45º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (2008), o doente tem o direito de receber esclarecimento e o médico o dever de prestá-lo, devendo o mesmo incidir sobre os aspetos relevantes de atos e práticas efetuados sobre o doente, permitindo que ele possa consentir em consciência. O esclarecimento deve ser manifestado pelo médico com palavras adequadas em termos compreensíveis, adaptados a cada doente, realçando o que tem importância ou o que, sendo menos importante, preocupa o doente. Para que o paciente possa decidir livremente se deseja ou não participar neste processo, o consentimento deve ser dado na ausência de coações físicas ou morais e, sempre que possível, deverá existir um intervalo de tempo para que o doente possa refletir e aconselhar-se antes de tomar qualquer decisão. De referir ainda que o consentimento não necessita ser completamente atual, isto é, produzir efeitos imediatamente após o momento da sua prestação (Associação Portuguesa de Bioética, no *Estudo nº E/17/APB/10 – Testamento Vital*).

Como lembram George e Dimond (2007), uma vez que não há maneira de provar que o processo de consentimento informado tenha sido efetuado de acordo com as melhores recomendações, cabe ao médico, na sua consciência e de acordo com os bons princípios da ética médica, atestar que tudo foi feito no sentido de serem servidos os melhores interesses do doente.

Perante um doente devidamente esclarecido e informado, é dever do médico respeitar a sua vontade, abstendo-se de atuar como se aquele tivesse a obrigação de aceitar o tratamento que lhe é proposto. De facto, e como afirma Simões (2009), citado por Martins e Silva (2011), de acordo com o princípio do respeito pela autonomia, os membros de uma equipa de cuidados paliativos devem respeitar a vontade dos seus doentes, aceitar as suas prioridades e objetivos de vida estabelecidos, informar de forma autêntica, clara, sensível e “aberta ao outro” sobre as possibilidades terapêuticas e seus limites de ação, e delinear um plano de cuidados individual, sem nunca omitir informação relevante que o doente deseje receber.

Salvaguardam-se aqui os casos em que se opta por adotar o princípio do **privilégio terapêutico**, em que se considera que a informação que seria dada ao doente poderia ser prejudicial ao seu bem-estar ou não seria compreendida por este em caso de manifesta falta de capacidade ou competência para a integração da informação. Importante frisar o facto de que a invocação do princípio do privilégio terapêutico só pode ser efetuada perante uma elevada probabilidade de dano físico ou mental na transmissão da informação, nunca podendo basear-se apenas no transtorno emocional causado pela comunicação da verdade factual. Deste modo, nunca pode o médico recorrer ao princípio do privilégio terapêutico com o objetivo de se isentar da responsabilidade de informar e esclarecer (Associação Portuguesa de Bioética – *E/17/APB/10*). Salvo nestes casos, é crucial atender às necessidades de informação sobre qualquer tratamento, respeitando-se a opção autónoma do doente mesmo que ele escolha recusar um tratamento.

No entanto, e de acordo com Martins e Silva (2011), embora se deva respeitar o direito à autonomia quando um doente opta por recusar determinada medida, é preciso distinguir se aquele tratamento terá capacidade de reverter determinada patologia, acarretando benefícios como a preservação da vida e a promoção da qualidade de vida. Tal atitude poderia ser comparável ao abandono de uma pessoa desequilibrada que necessita de assistência, deixando-a morrer ou matar-se livremente sob um argumento pouco convincente do respeito pela autonomia. Em adição, a autonomia do doente pode não ser totalmente respeitada quando a administração dos cuidados que ele deseja receber não seja a mais indicada para o seu caso, tendo o médico o direito de recusar-se à prestação dos mesmos por serem antagónicos à sua avaliação clínica (Cunha, 2004).

Neste âmbito é também discutível a **recusa de alimentação e hidratação** pelo doente terminal. Na verdade, não existe consenso no facto de a hidratação e alimentação administradas por meio de instrumentos sem a participação da própria pessoa deverem ser

encaradas como tratamentos ou cuidados básicos. Segundo Simões (2003), à medida que a pessoa se torna terminalmente doente ou gravemente incapacitada, física ou mentalmente, em consequência da decadência senil, o interesse pela hidratação e pela nutrição torna-se frequentemente muito reduzido. Como o resultado natural da doença progressiva incurável e da senilidade avançada é a morte, nestas circunstâncias é errado forçar o doente a aceitar alimentos ou líquidos, devendo o desinteresse ou a aversão daquele serem aceites como parte integrante do processo de extinção. Em todo o caso, embora a cessação de hidratação e alimentação artificiais possa ser considerada uma manifestação respeitável da autonomia do doente, como consequência do seu processo natural de extinção, é sempre necessário ser-se cauteloso quando a sua suspensão ocorre justificada no seu carácter fútil e extraordinário, uma vez que tal medida pode constituir uma violação ao Artigo 59º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (2008), o qual não as considera extraordinários de manutenção de vida, mesmo que administrados por via artificial.

Como concluem Simões e Morgado (2005), segundo a lei, o médico não é obrigado a preservar a vida a todo o custo. As prioridades modificam-se à medida que o doente se aproxima claramente da morte e não existe a obrigação de se realizarem tratamentos se a sua utilização representar apenas um prolongamento do processo de morte. O médico não tem o dever, e muito menos o direito, de prescrever uma morte prolongada. Além disso, e como referem Liang e Lin (2005), citados por Nogueira (2009), os doentes competentes têm direito a recusar todo e qualquer cuidado médico, podendo usar os critérios que eles próprios julgam aceitáveis, consoante os seus valores e crenças, independentemente da opinião de qualquer outra pessoa, incluindo a família e o médico. No que diz respeito à situação oposta, isto é, caso seja desejo do doente prolongar clinicamente a sua morte com recurso a terapêuticas e meios extraordinários de tratamento, entende-se que o médico deve ter em consideração o pedido no momento da decisão acerca dos cuidados a serem prestados, sem no entanto perder

a sua liberdade de prescrição (Associação Portuguesa de Bioética, no *Parecer n° P/05/APB/06 Sobre Directivas Antecipadas de Vontade*).

Em última análise, na escolha da aplicação, suspensão ou não iniciação de um tratamento, o mais importante será o cumprimento dos princípios da beneficência, não maleficência e respeito pela autonomia do doente, devendo sempre levar-se em conta as suas perspectivas biológicas, o objetivo terapêutico e os benefícios de cada tratamento, assim como os efeitos secundários do mesmo e a necessidade da não prescrição de uma morte prolongada.

XIV. Tomada de Decisão Relativa ao Doente Incompetente

O debate acerca da tomada de decisão respeitante ao doente em fim de vida adquire uma nova dimensão quando se tratam de indivíduos que não têm capacidade de exprimirem a sua vontade, principalmente no que concerne à discussão ética relativamente à eutanásia e à aplicação, suspensão ou não iniciação de terapêuticas.

Segundo Nogueira (2009), o **doente incompetente** é aquele que não tem, dadas as circunstâncias, capacidade para tomar uma decisão no que respeita à sua própria vida, quer porque se encontra inconsciente, tendo-se assim tornado incapaz de decidir num determinado momento da sua vida, quer porque nunca teve essa capacidade, por uma limitação que o acompanha desde sempre.

O principal problema prende-se na dúvida de a quem deverá pertencer a tomada de decisão acerca dos procedimentos terapêuticos que devem ser realizados. É neste contexto que surge o conceito de **declaração antecipada de vontade**, o qual, segundo CNECV, no *Memorando Sobre os Projectos de Lei Relativos às Declarações Antecipadas de Vontade* (2010), é utilizado para designar o documento onde determinada pessoa capaz, saudável ou doente, declara o que consente ou recusa quanto a intervenções de saúde no caso de se tornar incapaz de expressar a sua própria vontade. Apresenta-se, então, como uma exposição relativa

às decisões que se tomam para o futuro, na antevisão de algum acontecimento que impeça a pessoa de consentir numa situação de doença. O termo **testamento vital** é também proposto para designar a declaração antecipada de vontade, contudo entende-se que este confere um carácter vinculativo e absoluto ao documento, qualidades que não lhe devem ser atribuídas (Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, no *Parecer n.º 245/2010 sobre a Vontade Anteriormente Manifestada Para Decisões de Fim de Vida*).

As declarações antecipadas de vontade têm vindo a sofrer uma evolução desde a sua origem, nos últimos anos da década de 1960, como resposta à excessiva intervenção tecnológica no final da vida humana, representando, atualmente, uma tentativa de prevenção da obstinação terapêutica (CNECV, no *Memorando Sobre os Projectos de Lei Relativos às Declarações Antecipadas de Vontade*, 2010). Em Portugal, a discussão sobre este tema tem-se mantido aberta com a elaboração de diversas propostas de lei e a publicação de pareceres de entidades competentes na matéria, como o CNECV e a Associação Portuguesa de Bioética. No entanto, a verdade é que ainda não há legislação específica sobre este assunto, baseando-se o atual regime jurídico nos princípios que constam da Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina.

De acordo com a Associação Portuguesa de Bioética, no *Projecto de Diploma n.º P/16/APB/09 que Regula o Exercício do Direito a Formular Directivas Antecipadas de Vontade no Âmbito da Prestação de Cuidados de Saúde e Cria o Correspondente Registo Nacional*, as declarações antecipadas de vontade assumem duas formas: a já anteriormente referida, em que o indivíduo regista a sua vontade séria, livre e esclarecida no que diz respeito aos cuidados de saúde que deseja ou não receber no futuro no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de a expressar pessoal e autonomamente, e/ou através da nomeação de um procurador de saúde, o qual assumirá voluntária e conscientemente a função de exercer poderes representativos em matéria de cuidados de saúde, expressando a vontade pessoal e

autónoma da pessoa que representa no caso desta ficar incapacitada de a manifestar por si própria. O CNECV, no *Memorando Sobre os Projectos de Lei Relativos às Declarações Antecipadas de Vontade* (2010), acrescenta ainda uma outra forma, designada por “narrativa biográfica”, que constitui a recolha e análise da história dos valores autênticos, dos interesses reais e opções fundamentais da pessoa, enquanto considerada no seu contexto familiar e social. É a forma com maior peso na tomada de decisão, desde que seja possível a sua coleta e haja fortes indícios da sua veracidade.

O CNECV, no *Parecer Sobre os Projectos de Lei Relativos às Declarações Antecipadas de Vontade* (59/CNECV/2010), considera que estas manifestações, ao serem fundadas no princípio do respeito pela autonomia, representam a legítima vontade da pessoa que as subscreve, constituindo um elemento de relevância máxima para o apuramento da sua vontade real por parte das equipas de saúde. Não esquecer que os princípios éticos da beneficência e não maleficência devem também estar sempre presentes na prestação de cuidados ao doente incapaz de se exprimir, tal como em todos os outros casos.

Não havendo ainda legislação concreta sobre o assunto, é discutível a validade e o peso que uma declaração antecipada de vontade possui na tomada de decisão relativamente ao doente incompetente. As atuais recomendações aconselham a que se proceda à criação de um modelo que represente algo que influencie fortemente as difíceis decisões que têm de ser tomadas em momentos críticos da vida da pessoa, sem todavia ter um carácter impositivo absoluto, acrescentando ainda que em nenhum caso se deve dar espaço para a isenção absoluta da responsabilidade do profissional de saúde na tomada de decisão (CNECV, no *Memorando Sobre os Projectos de Lei Relativos às Declarações Antecipadas de Vontade*, 2010). O Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (*Parecer n.º 245/2010*) defende que de outro modo correr-se-ia o risco de serem ignoradas as eventuais alterações das circunstâncias da vida do declarante, facilitando-se a atuação do profissional, que limitar-se-ia

a agir de acordo com o texto do documento sem ter em conta todas as outras fontes de informação necessárias à decisão clínica. O CNECV (59/CNECV/2010) afirma, ainda, que o tempo decorrido desde a elaboração da declaração, a modificação nas circunstâncias de saúde do indivíduo e a evolução da ciência médica devem igualmente ser aspetos a considerar no momento da tomada de decisão. Em todo o caso, o profissional tem a responsabilidade de tentar certificar-se de que a vontade do doente permanece igual à expressa no documento.

De acordo com a Associação Portuguesa de Bioética, no *Estudo n.º E/17/APB/10 – Testamento Vital*, devem ser respeitados alguns requisitos básicos aquando da elaboração de uma declaração antecipada de vontade, nomeadamente:

- Limitação a pessoas capazes, competentes, maiores de idade e não inibidas por anomalia psíquica;
- Prestação de informação e esclarecimento adequados, por intermédio de um médico com formação técnica apropriada (o CNECV – 59/CNECV/2010 – salvaguarda o direito à não informação se esse for o desejo do doente, sem que isso comprometa a validade da sua decisão);
- Efeito compulsivo na decisão médica e não meramente indiciário (contrariamente ao atrás exposto);
- Existência de um formulário tipo com o objetivo da padronização de procedimentos;
- Possibilidade de revogação a todo o momento e sem qualquer formalidade;
- Renovação periódica da manifestação de vontade (as recomendações variam entre cada 3 a 5 anos);
- Certificação perante um notário para garantir a autenticidade e evitar influências indevidas na esfera da decisão pessoal;

- Criação, no âmbito do sistema de saúde, de um Registo Nacional de Diretivas Antecipadas de Vontade (RENDAV), que tem como finalidade agilizar o acesso por parte dos profissionais de saúde.

A Associação Portuguesa de Bioética (*P/16/APB/09*) dá algumas sugestões acerca de certos pontos que podem constar de uma declaração antecipada de vontade, designadamente o desejo de não se ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado que apenas vise retardar o processo natural de morte, assim como o direito à não receção de informação sobre o estado de saúde quando o prognóstico é fatal. Ao doente é ainda atribuído o direito à aquisição de todos os cuidados de saúde que se mostrem indicados à luz do atual estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, desde que visem minorar a doença de que sofre ou poderá vir a sofrer, incluindo-se neste campo a prestação de cuidados paliativos adequados. É reconhecida aos profissionais de saúde a legitimidade à objeção de consciência quando solicitados para o cumprimento do disposto na declaração antecipada de vontade.

Relativamente ao **procurador de saúde**, ele é a pessoa que o doente nomeia para desempenhar a função de expor a sua vontade junto dos profissionais de saúde caso o próprio se torne incapaz de o fazer (Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, no *Parecer n.º 245/2010*). O CNECV (*59/CNECV/2010*) acrescenta que qualquer pessoa, desde que maior de idade e na posse das suas capacidades e direitos, pode ser constituída, se aceitar, Procurador de Cuidados de Saúde. Mais uma vez se coloca a questão do poder e validade da informação prestada pelo procurador, ou seja, se o que ele manifesta deverá ser cumprido integralmente, como regra, ou se apenas constitui mais uma fonte de informação que auxilia o profissional de saúde na tomada de decisão, juntamente com todos os outros fatores que sejam pertinentes analisar. Uma vez mais, recomenda-se a adoção de uma posição de ausência de obrigatoriedade e vinculação, sendo dever do profissional integrar toda a informação da qual

dispõe aquando da tomada de decisão relativa ao doente incompetente. Segundo a Associação Portuguesa de Bioética (*P/16/APB/09*), nos casos em que se verifique a presença simultânea de um documento de diretivas antecipadas de vontade e de um procurador de saúde, e as suas informações sejam distintas no que diz respeito à vontade da pessoa, deverá prevalecer o exposto no documento escrito e assinado pelo doente.

De notar que a elaboração de uma declaração antecipada de vontade acarreta algumas limitações, como apontam a Associação Portuguesa de Bioética (*E/17/APB/10*) e o CNECV (em *59/CNECV/2010* e no *Memorando Sobre os Projectos de Lei Relativos às Declarações Antecipadas de Vontade, 2010*):

- A informação devida pode não ter sido dada ou pode não ter sido suficientemente detalhada, compreensível ou compreendida;
- O texto pode ser demasiado vago ou pormenorizado e de difícil interpretação, havendo dificuldade em traduzir a complexidade de muitas situações clínicas em palavras, que posteriormente são expressas num documento com valor jurídico. É por isso que a generalidade das legislações aprovadas opta por formulários simples, com expressões genéricas, em que mais do que caracterizar os atos médicos específicos se dá uma indicação clara dos valores éticos a respeitar;
- As pessoas mudam de opinião ou vontade e pode o declarante não ter tido tempo ou ocasião de exprimir a sua vontade atual;
- O contexto psicológico envolvendo a situação de saúde na altura da redação da declaração pode não ser o mesmo do contexto vivido na situação real, emocional e concreta da doença, o que pode constituir uma diferença entre a vontade anteriormente expressa e a vontade real no momento em que a declaração é usada;

- O diagnóstico pode ser corrigido ou alterado, assim como a terapêutica e o prognóstico podem mudar, podendo colocar em causa a fundamentação da anterior vontade;
- A possibilidade da ocorrência de situações que não constam da declaração antecipada de vontade é uma realidade, uma vez que não há formulário ou guiões que possam prever todas as eventualidades. Recomenda-se assim que a redação do texto seja realizada de forma livre, procurando-se evitar posições demasiado rígidas.

Naturalmente, a declaração antecipada de vontade constitui uma importante evolução civilizacional, sendo um tema que suscita importantes questões éticas (nomeadamente o respeito pela autonomia do doente), não devendo ser esquecidos os princípios da beneficência e não maleficência, sempre presentes em qualquer atuação médica (CNECV, no *Memorando Sobre os Projectos de Lei Relativos às Declarações Antecipadas de Vontade*, 2010). No entanto, e sem prejuízo do respeito pela vontade manifestada na declaração, não serão aceites diretivas contrárias à lei e às *leges artis*, ou ainda aquelas que não correspondam às circunstâncias de facto que o indivíduo previu no momento da sua assinatura (Associação Portuguesa de Bioética – *P/16/APB/09*).

De facto, ainda se assiste à relutância de alguns médicos no respeito pela vontade anteriormente manifestada (principalmente sob a forma escrita), pois esta pode questionar o que eles consideram ser o melhor interesse do doente, bem como ser de discutível validade (Associação Portuguesa de Bioética – *E/17/APB/10*). No entanto, não podemos esquecer que esta não é uma situação nova, isto é, atualmente a vontade das pessoas anteriormente manifestada tem já consagração jurídica, como se pode ler no Artigo 9º da Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina: “a vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre

em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta”. Para que haja uma maior regulamentação e aceitação por parte de todos da declaração antecipada de vontade, a Associação Portuguesa de Bioética (*P/16/APB/09*), propõe a criação, no Ministério da Saúde, de um Registo Nacional de Diretivas Antecipadas de Vontade, informatizado, com a finalidade de organizar e manter atualizada a informação relativa à existência de documentos de diretivas antecipadas de vontade. Todos os cidadãos deveriam ser informados da sua existência por meio de campanhas realizadas em locais de fácil acesso, como os Centros de Saúde.

Em todo o caso, na ausência de uma declaração antecipada de vontade, ou sempre que haja qualquer dúvida acerca dos factos a ter em conta na tomada de decisão, deve sempre ser adotado o **critério do melhor interesse** do doente, o qual, e como refere Nogueira (2009), assegura a avaliação dos riscos e benefícios dos tratamentos disponíveis aplicados a uma determinada situação clínica, ponderando a sua utilização no caso de existirem benefícios efetivos, bem como a sua limitação quando não se demonstre claro benefício. O problema surge quando a opinião acerca do que será o melhor interesse do doente diverge entre as diferentes partes intervenientes na tomada de decisão. Nestes casos, se um consenso não for conseguido depois de tecidos todos os esforços no sentido da descoberta da suposta vontade do doente, deve ser realizado um pedido de auxílio à Comissão de Ética para a Saúde ou a organismos extrainstitucionais, como o poder judicial.

O CNECV (*59/CNECV/2010*) relembra que não é necessária uma declaração antecipada de vontade para que seja boa prática médica e ética a recusa da obstinação terapêutica, assim como afirma que é legítimo direito da pessoa recusar tratamento, sendo ambos os casos não comparáveis a qualquer ato de eutanásia.

XV. Situações Particulares:

Apenas a título de exemplo serão feitas algumas considerações acerca de casos com aplicação na prática clínica em que a autonomia do doente se encontra comprometida, quer por nunca ter sido exercida (crianças), quer por ter sido perdida como consequência de algum processo patológico (estado vegetativo persistente). Abordar-se-á, ainda, a temática da decisão de não reanimar e os principais problemas que surgem em idade geriátrica.

- Doente em Estado Vegetativo Persistente

No que diz respeito ao **estado vegetativo persistente (EVP)**, este é definido pelo CNECV, no *Relatório Sobre o Estado Vegetativo Persistente (2005)*, como uma “situação clínica de completa ausência da consciência de si e do ambiente circundante, com ciclos de sono-vigília e preservação completa ou parcial das funções hipotalâmicas e do tronco cerebral”. De acordo com Almeida (2009), o diagnóstico de EVP pode ser feito com um grau aceitável de segurança, sem, no entanto, excluir-se completamente o seu caráter de imprevisibilidade. Não deve ser confundido com o estado de morte cerebral, do qual se diferencia inequivocamente por critérios objetivos clínicos e laboratoriais, acarretando um prognóstico completamente distinto, nem com o estado de doença terminal. No caso do doente em EVP, consoante a lesão inicial causadora, prevê-se uma esperança média de vida de 2 a 5 anos, mantendo-se sempre perspectivas de recuperação, as quais vão diminuindo de probabilidade com o passar do tempo.

A discussão ética inerente ao EVP prende-se, uma vez mais, com a decisão relativa ao esforço terapêutico, nomeadamente no que diz respeito à suspensão de terapêuticas extraordinárias, nas quais podem estar ou não incluídas a alimentação e hidratação artificiais. Acima de tudo, deve ser adotada uma abordagem probabilística da doença aquando da tomada de decisão. O único benefício potencial para estes doentes, ao optar-se por mantê-los com

vida recorrendo-se a cuidados ditos extraordinários, é a hipótese remota de uma recuperação tardia, que será sempre acompanhada por deficiência profunda. Para alguns, a possibilidade de uma eventual recuperação, independentemente da sua eficácia final, da duração da existência em deficiência profunda e do custo muito elevado que ela comporta (violando o princípio da justiça distributiva), é argumento suficiente para sustentar a manutenção da vida com terapêuticas artificiais (CNECV, no *Relatório Sobre o Estado Vegetativo Persistente*, 2005).

De encontro ao anteriormente exposto, na tomada de decisão relativamente ao doente em EVP deve ser sempre tida em conta a opinião constante numa declaração antecipada de vontade, caso ela exista, sendo uma arma de grande auxílio e de especial interesse nesta situação. Se houver suspeita de que a opinião do doente se alterou desde a elaboração da declaração, deve ser adotado o princípio geral “*in dubio pro reo*” (na dúvida, a favor do réu), prevalecendo o princípio da beneficência sobre o princípio do respeito pela autonomia. Caso a posição da pessoa não seja conhecida, a decisão clínica será sempre individual e casuística, sob o critério de defesa do melhor interesse do paciente, sendo difícil definir a quem compete autorizar intervenções médicas ou decidir em nome daquele. Quando é desejo da família manter o doente com vida, mesmo contra aconselhamento médico, ou em situações especiais, como os casos pediátricos, pode existir margem para alguma futilidade, de modo a poder preparar-se da melhor forma os familiares e pessoas amigas para o fim da vida do indivíduo (CNECV, no *Relatório Sobre o Estado Vegetativo Persistente*, 2005).

No doente em EVP a alimentação e hidratação artificiais podem ser consideradas uma terapêutica e não um cuidado básico, no sentido em que constituem uma medida substitutiva de função (a deglutição), como a ventilação assistida ou a diálise. Desta forma, e como qualquer outro tratamento, são passíveis de serem suspensas. A manutenção ou interrupção

destas medidas é decidida com base na opinião das pessoas envolvidas nos cuidados do doente (CNECV, no *Relatório Sobre o Estado Vegetativo Persistente*, 2005).

Da tomada de decisão relativa ao tratamento da pessoa em EVP devem fazer parte a equipa multidisciplinar de saúde, a família, amigos e/ou procurador de saúde anteriormente nomeado pelo próprio, na tentativa de se inferir acerca do desejo da pessoa caso ela estivesse possibilitada de se manifestar. A atuação deve ter sempre em conta os limites da boa prática médica, considerando-se a proporcionalidade dos meios que melhor se adequam ao caso concreto (Almeida, 2009).

- Decisão de Não Reanimar

Uma situação que certamente fará parte da vida de qualquer médico ao longo da prática clínica é a necessidade da tomada de uma **decisão de não reanimar (DNR)**. Segundo Fallat *et al.* (2004), a DNR é uma ordem escrita pelo médico assistente recomendando a não reanimação invasiva do doente aquando de uma paragem cardiorrespiratória (PCR), no contexto de doença grave, aguda ou crónica, presumivelmente irreversível. Esta nota deve constar do processo clínico do doente e não pode implicar a abstenção de outras terapêuticas que lhe possam ser benéficas, mesmo que elas comportem um risco acrescido de PCR (como é o caso da cirurgia e anestesia).

Como manobra de emergência, a reanimação cardiorrespiratória não requer consentimento informado e é executada sistematicamente a todos os doentes que entram em PCR como respeito ao princípio da beneficência (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2006), salvo algumas exceções. Uma DNR é justificada, então, sempre que seja manifestamente provável o insucesso da reanimação, quando se prevê que o doente imediatamente a seguir irá repetir o processo que conduziu à PCR, nos casos em que a paragem significar o termo de uma doença de evolução fatal bem documentada, ou ainda quando é previsível uma qualidade

de vida muito redutora da pessoa e da dignidade que lhe é inerente após a reanimação. Deve ainda ser respeitada uma DNR quando o doente tenha manifestado ser essa a sua vontade sob a forma de declaração antecipada de vontade ou, na sua ausência, e em caso de inconsciência, a família e/ou representante legal se manifestem a favor de não reanimar (Almeida, 2009), partindo-se do princípio que abstenção da reanimação não contraria o parecer médico.

Atualmente é então aceite que a DNR é uma decisão maioritariamente unilateral, cabendo à equipa médica, com base na sua experiência clínica e obedecendo às *leges artis*, decidir que o prolongamento da vida se afigura inútil por não ser possível devolver-se ao doente uma vida autónoma e com qualidade. Apesar disso, considera-se boa prática a obtenção do consentimento de toda a equipa de saúde, assim como da própria pessoa e sua família e/ou representante legal, decidindo todos consensualmente de acordo com o princípio do melhor interesse do doente. Quando esse consenso não é atingido, as recomendações da *American Medical Association*, segundo Curtis and Burt (2007), são no sentido de se proceder à reanimação do doente e tentar chegar-se a um acordo o mais rapidamente possível.

Desta forma, e no contexto de doença irreversível e/ou terminal, uma DNR será eticamente legítima e louvável sempre que a reanimação se afigure uma medida extraordinária que não traz benefício ao doente.

- Paciente em Idade Pediátrica

A discussão assume uma esfera mais delicada quando em causa se encontram indivíduos em idade pediátrica, uma vez que estes não têm nem nunca tiveram capacidade de exercer o seu direito à autonomia.

Uma vez mais, é legítima uma DNR aplicada a uma **criança** em estado terminal ou que padeça de patologia irreversível, desde que se considere que a reanimação não irá trazer nenhum benefício, uma vez que é muito provável a sua morte ou, em caso de sobrevivência,

se prevê que a vida aconteça em condições de questionável qualidade. Esta decisão pode ser tomada pelos pais/tutores e deve ser respeitada pelo médico quando for de encontro à máxima do melhor interesse da criança (Fallat *et al.*, 2004). Do mesmo modo, quando for vontade dos pais reanimar o filho que sofre de doença terminal e/ou irreversível, o médico poderá pôr em prática manobras de reanimação desde que salvguarde, novamente, que não está a ser posto em causa o princípio do melhor interesse da criança.

Em última análise, a deliberação final pertencerá à equipa clínica, aplicando-se as mesmas medidas utilizadas no cuidado aos restantes pacientes. Isto não isenta o médico do dever ao respeito pela vontade dos pais/tutores, devendo a equipa mostrar-se solícita, empática e comunicativa, fornecendo todas as explicações necessárias à compreensão e obtenção do consenso parental, mostrando sempre abertura ao direito dos pais/tutores a uma segunda opinião. No processo de decisão a opinião da criança deve ser tida em conta sempre que ela possua idade suficiente e se manifeste capaz de compreender, discernir e decidir (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2006).

- Cuidados Ao Indivíduo Idoso

Por fim, algumas ideias serão expostas em relação ao cuidado do doente **idoso**, em toda a sua particularidade e individualidade.

Segundo Camarano (2002), citada por Yamada *et al.* (2006), em 1950 os indivíduos com idade superior a 60 anos correspondiam a 8,2% da população mundial. Em 2050, a estatística mostra que esta faixa etária representará 21,1%.

O crescimento da população idosa torna imperativa a análise dos problemas que mais afetam o ser humano nesta altura da vida. Entre eles encontra-se o retorno à vulnerabilidade e dependência da infância, naquela altura consideradas pelo cuidador uma virtude, agora vistas como humilhantes para todos. Atualmente, a sociedade encara a juventude como a classe

ditadora dos comportamentos aceites na comunidade, negligenciado cada vez mais a contribuição da experiência e valores dos mais velhos para a modelação da mesma. Assiste-se ao medo da velhice e ao crescimento das campanhas de rejuvenescimento. Não será estranho, portanto, que o idoso se sinta vulnerável, marginalizado e abandonado, como um ser incomodativo a abater no próprio mundo que ajudou a criar.

Como constata Junges (2006), citado por Simões (2010), a tomada de consciência da vulnerabilidade individual é precisamente uma das primeiras marcas da percepção do próprio envelhecimento. A imagem de si enquanto pessoa forte e independente desvanece-se, dando lugar à interiorização da falta de energia e vitalidade de outrora, o que condiciona maior suscetibilidade à agressão aquando da exposição a fatores biológicos ou psicológicos potenciadores de desequilíbrio. Para que o envelhecimento decorra de forma saudável e equilibrada e a adaptação a esta nova fase da vida aconteça de modo natural é necessário que o indivíduo e a sociedade no qual ele está inserido aprendam a aceitar as limitações da velhice. De notar que não é a vertente biológica a que mais preocupa o idoso, uma vez que os seus efeitos são cada vez menos evidentes graças aos avanços das ciências da saúde; são antes as dimensões espiritual, social e psíquica, que definem a complexidade do Homem enquanto ser racional, as grandes causadoras do sofrimento no idoso. Tal acontece devido à limitação das atividades ocupacionais do indivíduo, as quais são condicionadas pela sua menor capacidade física, dando a este tempo para refletir e consciencializar-se acerca de matérias que antes se misturavam com as exigências de um dia a dia preenchido.

De acordo com Nunes (2006), a fragilidade humana expressa-se na relação autonomia-vulnerabilidade. De facto, inerente à perda de faculdades característica do envelhecimento encontra-se a progressiva privação da autonomia física, psicológica ou financeira do idoso; conseqüentemente, limitações ao nível das funções auditivas e visuais, assim como um baixo grau de alfabetização e escolaridade, são fatores que podem afetar a capacidade de

compreensão da pessoa, necessária ao exercício pleno da sua autonomia. Nestes casos, é dever do informante adaptar a informação às faculdades do indivíduo.

Como destaca Yamada *et al.* (2006), ser adulto e envelhecer sem incapacidades, preservando a autonomia, é fator indispensável para a manutenção da qualidade de vida de qualquer pessoa, sendo então facilmente compreensíveis as sensações de impotência, infantilização e perda da identidade individual sentidas pelo indivíduo ao consciencializar-se da sua nova condição. Frequentemente, assiste-se a uma catalogação do idoso como pessoa confusa, desorientada, dependente e difícil, cuja morada passa a ser uma instituição, na qual se torna mais um entre muitos, tornando-se anónimo e perdendo toda a sua individualidade, autoestima e controlo sobre si próprio, quer nas decisões respeitantes à sua vida, quer nas referentes à sua morte (Santos, 2009). Assim, mesmo que competente, a pessoa idosa fica impossibilitada de exercer o direito à autonomia, sendo o seu destino normalmente decidido pelos profissionais que dele cuidam ou pelos seus familiares, de acordo com a tradição da medicina paternalista praticada no nosso país. O indivíduo acaba muitas vezes por não reivindicar o seu direito por depositar total confiança no cuidador, sem a mínima questão acerca dos cuidados que lhe são prestados, ou para não criar constrangimentos no seio familiar (Tavares e Pires, 2011).

De acordo com Beauchamp e Childress (2002), citados por Tavares e Pires (2011), o idoso vulnerável está mais suscetível a coerções, por parte do médico ou da família no decurso da obtenção do consentimento informado. Quando a vulnerabilidade do idoso é evidente e seja claro que este não possui competência para decidir, cabe ao profissional de saúde usar de particular solicitude e cuidado para com o indivíduo, especialmente quando verificar que os seus familiares ou outros responsáveis não são suficientemente capazes ou cuidadosos para tratar da sua saúde (Artigo 52º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, 2008). O médico reserva-se no direito de não informar a pessoa se considerar que,

caso o faça, estará a causar graves danos à saúde ou à vida do mesmo (princípio do privilégio terapêutico). A omissão de informação deve também ser respeitada quando esse for o desejo do próprio paciente.

É ainda importante ter-se em consideração que deve haver espaço para a adaptação das decisões relativas ao indivíduo geriátrico, desrespeitando-se algumas das recomendações sabidas universais, como refere Knowlton (2002). Por exemplo, mesmo que um indivíduo cumpra requisitos que ditem que o internamento hospitalar é a medida mais adequada à sua condição patológica, é sabido que os idosos ficam confusos num hospital e a sua admissão nem sempre se apresenta como a medida mais benéfica.

Assim, e como referem Yamada *et al.* (2006), profissionais e familiares devem respeitar as decisões antecipadamente manifestadas pelos idosos nos casos em que se dá o impedimento da realização de futuras decisões autónomas, constituindo a suspensão de terapêuticas desproporcionadas um exemplo disso mesmo, caso tenha sido essa a vontade do idoso. Citando Lunardi (1998), os mesmos autores consideram indispensável respeitar-se as decisões autónomas do idoso, sem coagi-los a quaisquer escolhas específicas. Uma orientação deve ser prestada, sem que haja desrespeito aos espaços de liberdade e decisão sobre saúde e vida pessoais.

XVI. Conclusão

Após a exposição dos conceitos necessários à compreensão dos principais problemas que afetam o doente em fim de vida, com especial enfoque na questões da eutanásia e suicídio assistido, suspensão de terapêuticas fúteis, dever ao respeito pela autonomia do doente terminal e principais considerações acerca da tomada de decisão do doente não autónomo e/ou vulnerável, é imperativo sumarizarem-se e organizarem-se ideias que sirvam de clarificação

ao profissional de saúde despreparado e à população em geral, sendo esse o principal objetivo deste trabalho.

Desta forma, e em conformidade com o anteriormente exposto, considera-se eticamente reprovável a legalização das práticas de eutanásia e suicídio assistido, ainda que representem manifestações da vontade de um doente livre, esclarecido e autónomo, com a justificação de que a vida humana tem um valor inquestionável e tudo deve ser feito para a sua manutenção, desde que em condições dignas e desejáveis de existência. Como consta do Código Deontológico do Enfermeiro, citado por Almeida (2009), toda a pessoa tem o direito à vida durante todo o ciclo vital, independentemente dos momentos ou dos estádios em que se encontra, devendo ser atribuída à vida de qualquer pessoa igual valor. O cuidado à pessoa deve ser isento de qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa.

Relativamente à prevenção da futilidade terapêutica, esta afigura-se como uma medida eticamente louvável e que deve ser aplicada a todos os doentes, mesmo que não manifestamente a seu pedido, como respeito aos princípios da não maleficência e beneficência, assegurando-se sempre o melhor interesse do doente. Simões e Morgado (2005) vão de encontro a esta ideia ao afirmarem que devem ser pesados os riscos e benefícios de determinado tratamento, devendo este ser suspenso sempre que os primeiros suplantarem os segundos. Salvaguarda-se espaço a alguma futilidade sempre que assim for a vontade do doente ou da sua família e desde que ela não represente prejuízo para o doente, tentando-se, nesse intervalo de tempo, chegar a um consenso entre todos.

Em nada se assemelham a eutanásia/suicídio assistido à prevenção da futilidade terapêutica: enquanto a primeira tem como finalidade acabar uma vida dita oca e sem objetivo sem, geralmente, se ter procurado valorizá-la de outras formas, a segunda visa o respeito pelo direito do doente a morrer com dignidade quando efetivamente já tudo foi feito do ponto de

vista científico e terapêutico, restando-lhe morrer em paz em volta dos que o rodeiam. Como refere o CNECV (11/CNECV/95), “a avaliação ética destas decisões leva a propor que os médicos recusem as primeiras – nenhum médico jamais matará o seu doente – e se empenhem ativamente nas segundas – nenhum médico será indiferente ao sofrimento de uma pessoa doente, até ao último instante da vida, para que a morte humana, inevitável, possa ser dignamente vivida por cada um”.

É relevante reforçar a ideia de que não cabe ao médico julgar de qualquer forma um pedido de eutanásia. Como lembram George e Dimond (2007), as melhores intenções nem sempre conduzem a decisões adequadas, sendo o contrário também válido.

Deste modo, e quando possível, o médico deve procurar obedecer ao princípio do respeito pela autonomia do doente desde que tal não represente uma violação à lei e às *leges artis* e até aos seus próprios princípios e crenças, podendo neste caso recorrer à objeção de consciência. Quando o doente não é autónomo deve investigar-se a existência de uma declaração antecipada de vontade, sob a forma de documento onde constam os desejos do doente ou pela nomeação de um procurador de saúde. Confere-se um carácter não vinculativo ao documento, possuindo o médico, em última análise, liberdade para decidir de forma contrária ao exposto caso suspeite que a vontade do indivíduo se alterou desde a elaboração da declaração, decidindo agir de acordo com o princípio do que considera ser o melhor interesse do doente. Quando não há acordo entre os cuidadores, a família ou até o próprio doente, esforços devem ser tecidos no sentido de se obter consenso entre todos, o que confere maior tranquilidade e aceitação mais fácil do processo de morte para os indivíduos nele intervenientes.

O principal apoio que se pode e deve prestar ao doente terminal é então o investimento em medidas que tornem valorizável o tempo que lhe resta, prevenindo-se e revertendo-se até muitas das motivações potencialmente modificáveis que possam estar na origem de um

eventual pedido de eutanásia, referidas por Twycross (2003), citado por Martins e Silva (2011).

Neste contexto entra o conceito de **cuidados paliativos**. Segundo a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006), a OMS define-os como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”. Representam uma tentativa de recuperação da humanização nos cuidados de saúde e pressupõem a colaboração entre vários profissionais através da criação de uma equipa multidisciplinar de saúde, da qual devem fazer parte indivíduos com formação na área técnica, como médicos e enfermeiros, e pessoas que prestem apoio psicológico e espiritual, como psicólogos e religiosos (se esse for o desejo do doente).

Recomenda-se, também, o investimento na formação dos profissionais de saúde para que saibam distinguir quando deve ser realizada a transição da terapia orientada à resolução da doença para a aplicação dos cuidados paliativos. Segundo Nava *et al.* (2007), num estudo realizado junto de doentes com patologia respiratória em fase terminal, verificou-se que os profissionais de saúde têm ainda tendência a oferecer cuidados paliativos consoante o carácter benigno vs. maligno de doença, mais do que de acordo com as suas características específicas e o modo como afeta o indivíduo (os doentes com DPOC crónica tinham maior probabilidade de vir a falecer sob terapêutica tecnologicamente mais agressiva dirigida à preservação da vida do que os doentes com cancro do pulmão, que morrem mais frequentemente sob terapêutica paliativa). Na verdade, essa transição não deverá representar uma mudança radical na prestação de cuidados, dado que as terapias curativas devem coexistir com as de suporte da dor e de alívio do sofrimento em qualquer fase da doença do indivíduo, não devendo as

últimas serem reservadas apenas em caso de falha das primeiras (Lo *et al.*, 1999). O Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, no *Parecer n° 245/2010*, lembra ainda que os profissionais de saúde apresentam alguma dificuldade em lidar com as decisões em fim de vida pois “decidir sobre intervenções a realizar e a omitir implica um confronto individual com a sua finitude e com a sua morte”, pelo que necessitam de uma adequada formação ética, deontológica e jurídica que lhes permita procurar os adequados fundamentos capazes de suportar as suas decisões.

Por fim, nunca é demais reforçar a ideia de que o diálogo é a chave do cuidado ao doente em fim de vida, devendo este ser realizado enquanto o indivíduo se mantém capaz e autónomo para decidir sobre si mesmo. Os médicos devem ainda recomendar a elaboração de uma declaração antecipada de vontade, frisando que esta servirá como uma orientação na atuação terapêutica em caso de perda de autonomia do doente sem, no entanto, ter caráter vinculativo, de modo a não depositar demasiada responsabilidade sobre os ombros do indivíduo já em sofrimento, salvaguardando que o seu melhor interesse será sempre resguardado.

Ao Homem é então exigido um repensar da sua atuação, pedindo-se que não se deixe deslumbrar pelo progresso científico e baseie as suas ações no que é cientificamente possível, independentemente de ser eticamente reprovável. Deve, assim, incentivar-se a prática da ortotanásia como a medida que fomenta a aceitação da morte enquanto processo natural, respeitando o bem-estar do indivíduo e a sua dignidade no processo de morte.

Porque a máxima deverá ser sempre “dar vida aos dias e não acrescentar dias à vida” (Almeida, 2009).

XVII. Referências

- Agência Reuters (2008), Luxembourg parliament adopts euthanasia law, [em linha] disponível em URL: <http://www.reuters.com/article/2008/02/20/us-luxembourg-euthanasia-idUSL2011983320080220> [consultado em 24 de fevereiro de 2012]
- Almeida GP (2009), Direitos Humanos em Fim de Vida – Decisão de Não Reanimar, Ensaio apresentado no 11º Curso de Pós-Graduação em Direitos Humanos da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, [em linha] disponível em URL: http://www.fd.uc.pt/igc/pdf/papers/gisela_almeida_Ensaio%20VF_PG2009.pdf [consultado em 5 de fevereiro de 2012]
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006), Recomendações para a Organização de Serviços de Cuidados Paliativos, [em linha] disponível em URL: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf [consultado em 25 de fevereiro de 2012]
- Associação Portuguesa de Bioética (2006), Parecer nº P/05/APB/06 Sobre Directivas Antecipadas de Vontade, [em linha] disponível em URL: http://www.sbem-fmup.org/fotos/gca/12802556471148471346directivas_medicas_parecer_05.pdf [consultado em 5 de fevereiro de 2012]
- Associação Portuguesa de Bioética (2009), Projecto de Diploma nº P/16/APB/09 que Regula o Exercício do Direito a Formular Directivas Antecipadas de Vontade no Âmbito da Prestação de Cuidados de Saúde e Cria o Correspondente Registo

Nacional, [em linha] disponível em URL: http://www.sbem-fmup.org/fotos/gca/12802529311273053917parecer_16_testamento_vital_2009.pdf [consultado em 5 de fevereiro de 2012]

- Associação Portuguesa de Bioética (2010), Estudo nº E/17/APB/10 – Testamento Vital, [em linha] disponível em URL: http://www.sbem-fmup.org/fotos/gca/1284923005parecer-testamento_vital.pdf [consultado em 5 de fevereiro de 2012]
- Cabral A (s/d), Conceitos Gerais sobre a Morte Digna e a Eutanásia, [em linha] disponível em URL: http://www.apcp.com.pt/uploads/conceitos_gerais_morte_digna_e_eutanasia.pdf [consultado em 18 de fevereiro de 2012]
- Código Deontológico da Ordem dos Médicos (2008), [em linha] disponível em URL: <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=9c838d2e45b2ad1094d42f4ef36764f6&id=cc42acc8ce334185e0193753adb6cb77> [consultado em 17 de fevereiro de 2012]
- Comissões de Ética para a Saúde da Região Norte (2011), Documento de orientação sobre Futilidade Terapêutica, [em linha] disponível em URL: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Futilidade%20Terap%C3%AAutica/Ficheiros/Futilidade.pdf> [consultado em 5 de fevereiro de 2012]

- Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2010), Parecer nº 245/2010 sobre a Vontade anteriormente manifestada para decisões de fim de vida, [em linha] disponível em URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_VontadeAnteriormenteManifestadaDecisoesFimVida.pdf [consultado em 5 de fevereiro de 2012]
- Conselho Nacional de Ética Para as Ciências da Vida (1995), Parecer Sobre os Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde Relacionados Com o Final da Vida – 11/CNECV/95, [em linha] disponível em URL: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273059417_P011_FinalDaVida.pdf [consultado em 5 de fevereiro de 2012]
- Conselho Nacional de Ética Para as Ciências da Vida (2005), Relatório Sobre o Estado Vegetativo Persistente, [em linha] disponível em URL: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273055807_P045_RelatorioEVP.pdf [consultado em 5 de fevereiro de 2012]
- Conselho Nacional de Ética Para as Ciências da Vida (2010), Memorando Sobre os Projectos de Lei Relativos Às Declarações Antecipadas de Vontade, [em linha] disponível em URL: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1293115784_Memorando%20Parecer%2059%20CNECV_DAV.pdf [consultado em 5 de fevereiro de 2012]

- Conselho Nacional de Ética Para as Ciências da Vida (2010), Parecer Sobre os Projectos de Lei Relativos Às Declarações Antecipadas de Vontade – 59/CNECV/2010, [em linha] disponível em URL: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1293115760_Parecer%2059%20CNECV%202010%20DAV.pdf [consultado em 5 de fevereiro de 2012]
- Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (1997), [em linha] disponível em URL: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/convbiologiaNOVO.html> [consultado em 7 de março de 2012]
- Cunha JM (2004), A Autonomia e a Tomada de Decisão no Fim de Vida, Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina do Porto para provas de Mestrado em Bioética, março, Porto, [em linha] disponível em URL: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9658/2/5506_TM_01_C.pdf [consultado em 15 de fevereiro de 2012]
- Curtis JR, Burt RA (2007), Point: The Ethics of Unilateral “Do Not Resuscitate” Orders: The Role of “Informed Assent”, *Chest* 132: 748-751
- Diniz D, Costa S (2004), Morrer com Dignidade: Um Direito Fundamental, *Série Anis* 34: 10-17
- Fallat ME, Deshpande JK (2004), Do-not-ressuscitate orders for pediatric patients who require anesthesia and surgery, *Pediatrics* 114: 1686-1691

- Gedge E, Giacomini M, Cook D (2007), Withholding and withdrawing life support in critical care settings: ethical issues concerning consent, *Journal of Medical Ethics* 33: 215-218
- George R, Dimond B (2007), Ethics and the Law: Mental Incapacity at the End of Life, *End of Life Care* 1: 74-78
- *Jornal Daily Mail* (2009), Notícia – Now the Dutch turn against legalised mercy killing, [em linha] disponível em URL: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-1234295/Now-Dutch-turn-legalised-mercy-killing.html> [consultado em 24 de fevereiro de 2012]
- *Jornal Público* (2011), Notícia – BBC transmitiu suicídio assistido de milionário britânico apesar das críticas, [em linha] disponível em URL: http://www.publico.pt/Sociedade/bbc-transmitiu-suicidio-assistido-de-milionario-britanico-apesar-das-criticas_1498679 [consultado em 14 de junho de 2011]
- *Jornal USA Today* (2005), Notícia – Even where it's legal, laws vary widely, [em linha] disponível em URL: http://www.usatoday.com/news/world/2005-11-22-euthanasia-laws_x.htm [consultado a 24 de fevereiro de 2012]
- Knowlton L (2002), Ethical Issues in the Care of Elderly, *Geriatric Times* 3(2)
- Lang F, Quill T (2004), Making Decisions with Families at the End of Life, *Fam Physician* 70:719-723

- Lima MT (2008), Reflexão Ética sobre Decisões Médicas em Fim de Vida, Comunicação apresentada no V Encontro Luso-Brasileiro de Bioética, julho, Porto, [em linha] disponível em URL: <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Maria%20Teresa%20Flor%20de%20Lima.pdf> [consultado em 5 de fevereiro de 2012]
- Lo B, Snyder L, Sox H (1999), Care at the End of Life: Guiding Practice Where There Are No Easy Answers, *Annals of Internal Medicine* 130: 772-775
- Loch JA (2002), Princípios da Bioética, Kipper DJ. (editor) Uma Introdução à Bioética, *Temas de Pediatria Nestlé* 73: 12-19
- Martins AG (2006), O Médico e a Eutanásia, Alameda Digital, [em linha] disponível em URL: http://www.alamedadigital.com.pt/n4/medico_e_eutanasia.php [consultado em 24 de fevereiro de 2012]
- Martins AM, Silva TF (2011), Cuidados Paliativos e Eutanásia: Que Rumo Tomar?, Artigo apresentado no Curso de Mestrado em Gerontologia da Universidade de Aveiro, [em linha] disponível em URL: <http://bloginformaogerontologia.blogspot.com/2011/09/cuidados-paliativos-e-eutanasia-que.html> [consultado em 5 de fevereiro de 2012]
- Nava S, Sturani C, Harti S, Magni G, Ciontu M, Corrado A, Simonds A (2007), End-of-life decision-making in respiratory intermediate units: A european survey, *Revista Portuguesa de Pneumologia* 13(6): 883-887

- Nogueira, RM (2009), *Ética no Fim de Vida – Decisões Médicas Relacionadas Com a Abstenção e Suspensão Terapêuticas em Doentes Terminais*, Artigo apresentado no Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, [em linha] disponível em URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21156/2/tica%20no%20fim%20de%20vida%20%20Decisoes%20Mdicas%20relacionadas%20com%20abs.pdf> [consultado em 5 de fevereiro de 2012]
- Nunes L (2006), *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*, Artigo apresentado no II Congresso da Ordem dos Enfermeiros, [em linha] disponível em URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICon g_ComLN.pdf [consultado em 8 de fevereiro de 2012]
- Pessini L, Bertachini L (2005), *Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade*, *O Mundo da Saúde* 4: 491-509
- Pinto A, Garcia M, (2010) *O direito de morrer (ou o direito a matar?) dos doentes idosos em fase terminal*, Artigo apresentado no Curso de Mestrado em Gerontologia da Universidade de Aveiro, [policopiado]
- ProCon – Pros and Cons of Contraversial Issues (2010), *State Laws on Assisted Suicide*, [em linha] disponível em URL: <http://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000132> [consultado em 24 de fevereiro de 2012]

- Reiriz AB, Scatola RP, Buffon VR, Motter C, Santos D, Fay AS, Ceron J, Knob C, Silva FF, Cusin T, Meira MF, Dalcin L (2006), Cuidados Paliativos, a Terceira Via Entre Eutanásia e Distanásia: Ortotanásia, *Prática Hospitalar* 48: 77-82
- Santos SJ (2009), Deontologia e Ética Profissional (Geriatría), [em linha] disponível em [URL:
http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=saul%20jos%C3%A9%20semi%C3%A3o%20santos&source=web&cd=5&sqi=2&ved=0CDoQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.forma-te.com%2Fmediateca%2Fdownload-document%2F9393-manual-sobre-deontologia-e-etica-profissional-geriatria-2009.html&ei=9NYuT9C0HI-G8gOQv-2JDw&usg=AFQjCNF8H0QGI0pPiaSVcIGwRqUTH4SnpA](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=saul%20jos%C3%A9%20semi%C3%A3o%20santos&source=web&cd=5&sqi=2&ved=0CDoQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.forma-te.com%2Fmediateca%2Fdownload-document%2F9393-manual-sobre-deontologia-e-etica-profissional-geriatria-2009.html&ei=9NYuT9C0HI-G8gOQv-2JDw&usg=AFQjCNF8H0QGI0pPiaSVcIGwRqUTH4SnpA) [consultado em 5 de fevereiro de 2012]
- Silva AC (2008), Dilemas Éticos e o Processo de Tomada de Decisão, em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), Comunicação apresentada no V Encontro Luso-Brasileiro de Bioética, julho, Porto, [em linha] disponível em [URL:
http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Am%C3%A9lia%20Rego.pdf](http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Am%C3%A9lia%20Rego.pdf) [consultado em 5 de fevereiro de 2012]
- Simões JA (2003), A paragem da alimentação artificial nos doentes em estado vegetativo persistente, [em linha] disponível em [URL:
http://csgois.web.interacesso.pt/textos/artigo_padevp_am_2003.pdf](http://csgois.web.interacesso.pt/textos/artigo_padevp_am_2003.pdf) [consultado em 15 de fevereiro de 2012]

- Simões JA (2010), Reflexão Bioética Sobre a Situação do Idoso e sua Família, *Ata Médica Portuguesa* 23: 483-492
- Simões, JA (2011), Decisões em «Fim de Vida», Comunicação apresentada no XXXII Congresso Português de Cardiologia, abril, Lisboa [policopiado]
- Simões JA, Morgado JM (2005), Ética em Gerontologia, *Revista Brotéria* 160(1): 15-27
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2006), Decisão de não reanimar: reflexões, consensos e orientações, *Acta Pediátrica Portuguesa* 1(37): 32-34
- Tavares AR, Pires CI (2011), Autonomia do Idoso – Perspectiva Ética, Médica e Legal, Artigo apresentado no Curso de Mestrado em Gerontologia da Universidade de Aveiro, [policopiado]
- Tomlinson T, Brody H (1990), Futility and the Ethics of Resuscitation, *Journal of The American Medical Association* 264: 1276-1280
- Yamada KN, Dellaroza MS, Siqueira JE (2006), Aspectos éticos envolvidos na assistência a idosos dependentes e seus cuidadores, *O Mundo da Saúde* 30(4): 667-672