



Artigo de Revisão Bibliográfica

Mestrado Integrado em Medicina

**ÉTICA NO FIM DE VIDA – DECISÕES MÉDICAS
RELACIONADAS COM A ABSTENÇÃO E SUSPENSÃO
TERAPÊUTICAS EM DOENTES TERMINAIS**

Ricardo Miguel Ribeiro Nogueira

Orientador

Dra Elga Freire

Porto 2009

Resumo

O alcance da medicina é uma medida em constante crescimento. Graças aos meios de suporte vital é hoje possível salvar muitas vidas, porém nem sempre com a qualidade de vida desejável. O médico, cujo instinto é combater a morte enfrentando a sua inevitabilidade, vê-se hoje obrigado a reflectir sobre as questões bioéticas associadas ao prolongamento artificial da vida. A suspensão e abstenção de terapêuticas consideradas inúteis na medida em que não proporcionam um benefício efectivo, causando, seguramente, um sofrimento desproporcionado, em doentes terminais, torna-se uma decisão que do médico deve partir. O doente por sua vez pode encontrar-se consciente e competente capaz de participar de forma activa no processo de decisão acerca da sua própria vida tal como pode não ser possível contar com a sua participação por se apresentar inconsciente ou simplesmente por uma limitação que lhe é inerente.

Se no passado era consensual que o médico deveria agir segundo o princípio da beneficência poupando, tanto o doente como a sua família, a qualquer responsabilidade, hoje acredita-se que o doente é autónomo e deve ser devidamente informado, podendo decidir com responsabilidade qual a sua posição perante uma determinada terapêutica. Porém, o exercício da autonomia, num contexto de doença terminal pode ser influenciado pela fragilidade da situação em si, podendo mesmo entrar em conflito com o princípio da qualidade de vida.

Outras decisões como a *Decisão de não Reanimar* não necessitam de consentimento informado por se considerar que o médico com base na sua experiência clínica e segundo a *leges artis* não deve prolongar a vida artificialmente quando não é possível a sua manutenção de forma autónoma.

A vontade do doente é fundamental no processo de decisão em medicina, não obstante, deverá, acima de tudo, ser preservada a dignidade humana.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. TRATAMENTOS MÉDICOS INÚTEIS (OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA) – ABSTENÇÃO E SUSPENSÃO / TERAPÊUTICA PALIATIVA.....	6
2. ABORDAGEM ÀS DECISÕES MÉDICAS NO ÂMBITO DA ABSTENÇÃO E SUSPENSÃO TERAPÊUTICAS.....	8
2.1. DOENTE COMPETENTE.....	9
2.2. DOENTE INCOMPETENTE.....	11
2.3. TODOS OS DOENTES.....	13
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
4. BIBLIOGRAFIA.....	15

ANEXOS

ANEXO I – Projecto lei n.º 788/X - Direito dos doentes à informação e ao consentimento informado

Introdução

O fim de vida levanta cada vez mais questões éticas que geram conflitos envolvendo os profissionais de saúde, os doentes e os seus familiares. O avanço da medicina no plano científico-tecnológico tem vindo a criar novos problemas que remetem os médicos de hoje para a procura de novos conceitos relacionados com o processo de morrer.

Que tipo de cuidados faz sentido prestar a alguém com uma esperança de vida limitada, quais os valores, os deveres e os princípios que devem orientar os profissionais de saúde na sua relação com o doente terminal são algumas das perguntas que surgem neste contexto.

Considera-se que doente terminal é uma expressão que se refere àquele paciente em que a doença não responde a nenhuma terapêutica conhecida e, conseqüentemente entrou num processo que conduz irreversivelmente à morte. Segundo a *Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos* o doente terminal é aquele que tem, em média, 3 a 6 meses de vida, sendo que esta avaliação deve ser baseada num conjunto de critérios de objectivação de prognóstico.

Quando os benefícios obtidos com a medicina curativa são questionáveis e dependem de pesados sacrifícios por parte do doente, os médicos são chamados a desenvolver aspectos muito delicados da sua actividade profissional, relacionados com a medicina paliativa, em que o objectivo passa a ser o de prestar ao doente e à família, o maior conforto e bem-estar físico, psíquico e afectivo. Neste ponto impõe-se a abstenção ou suspensão de terapêuticas consideradas desproporcionadas e até inúteis, já que, segundo o que a medicina pode prever, não se obterá benefício curativo compensatório na sua utilização. Trata-se de uma decisão que tem por base a aceitação de que o doente se encontra na recta final da sua vida pelo que se torna fundamental compreender o quadro ético em que tais decisões são tomadas (Serrão, 1998).

Temas como a eutanásia ou o suicídio assistido vão além do que me proponho aqui abordar e portanto serão deliberadamente excluídos. Debroçar-me-ei sobre as decisões médicas relacionadas com a suspensão/abstenção de terapêuticas consideradas desproporcionadas em doentes terminais. Estas serão divididas entre as decisões que se referem a doentes competentes, as que se direccionam para os

doentes sem capacidade de decisão, para o efeito, não competentes e por fim, as que se aplicam a todos os doentes, sendo abordadas na respectiva sequência.

Este tema reveste-se de significativa importância na prática médica dado que em causa está a dignidade humana, e de indiscutível actualidade já que a luta pela dignidade humana é eterna.

O objectivo desta revisão é, através da caracterização do processo contribuir para o debate nesta matéria, e ainda promover uma discussão que oriente, ajude e introduza os estudantes de medicina a esta temática, como um prelúdio à prática clínica por aqueles que, tal como eu, vão agora iniciar-se.

Trata-se de uma revisão bibliográfica acerca realizada por meio do levantamento de literatura científica relacionada com o tema, publicada nos últimos vinte anos (1984 a 2009), nas línguas português e inglês. Numa primeira fase utilizei um motor de busca genérico da internet, tendo posteriormente efectuado uma pesquisa específica utilizando as bases de dados da medline/PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCIELO). As palavras-chave utilizadas foram: Ética, fim de vida, decisões médicas, abstenção suspensão terapêuticas; assim como a sua respectiva tradução em inglês. Foram ainda consultadas outras iniciativas, reflexões e debates no mesmo âmbito.

Com base nos resultados da pesquisa acima definida, foi efectuada uma revisão dos artigos identificados, com ênfase nos resultados relevantes para a reflexão sobre as decisões médicas relacionadas com a abstenção e suspensão terapêuticas no fim de vida.

1. Tratamentos médicos inúteis (obstinação terapêutica) – abstenção e suspensão / Terapêutica paliativa

Embora a medicina intensiva se destine a diagnosticar e tratar doentes em eminente risco de vida, porém potencialmente reversíveis, os doentes críticos podem evoluir com falência multiorgânica tornando-se vítimas de doenças terminais, fora do alcance das actuais terapêuticas curativas. O aperfeiçoamento tecnológico permite que os doentes gravemente enfermos sejam mantidos vivos, mesmo que seja reconhecida a irreversibilidade das suas doenças. Esta situação coloca os médicos na condição de decidir sobre a limitação e a suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis num determinado contexto (Moritz *et al*, 2008).

Um tratamento é inútil ou *fútil*, quando é incompatível com os princípios éticos fundamentais de beneficência e de não maleficência. A sua aplicação corresponde à obstinação terapêutica ou distanásia, sendo condenável, já que o objectivo da medicina é restaurar ou manter a saúde de um indivíduo. O tratamento deve ser-lhe proveitoso e não o prejudicar (Hottois *et al*, 2001).

Na situação aguda em que o doente se apresente em morte eminente ou aparente, até ser feita uma avaliação da gravidade e prognóstico, são aplicadas medidas de suporte vital ou mesmo reanimação. Também nesta situação se, após a avaliação do doente, se concluir que há lesões irreversíveis do tronco cerebral, devem ser interrompidas as medidas de suporte vital, já que este se encontra irremediavelmente morto (Serrão, 1998).

Segundo Curtis *et al* (2007), podemos considerar três categorias no que diz respeito à abstenção e suspensão terapêuticas em doentes terminais. A primeira, quando o doente ou a família não querem que determinada terapêutica seja aplicada e não têm quaisquer expectativas sobre esta. A segunda, quando o doente e/ou a família apresentam expectativas sobre um tratamento que, claramente, não está indicado e por isso não deve ser iniciado. A terceira, na situação em que um tratamento, devido ao curso clínico do doente, deixa de estar indicado, devendo por isso ser suspenso.

Existem claras diferenças práticas entre a abstenção e a suspensão terapêuticas, particularmente em doentes terminais, mas do ponto de vista ético estas diferenças tendem a esbater-se consideravelmente. A verdade é que as correntes mais representativas do pensamento nesta matéria não traçam nenhuma distinção entre suspender ou não iniciar um determinado tipo de tratamento ou de suporte avançado de vida (Nunes, 2008).

A suspensão de um tratamento considerado inútil não impede, evidentemente, a continuação de um tratamento de conforto e cuidados gerais (Hottois *et al*, 2001). Aliás, com base no prognóstico do doente, havendo a certeza que este se revela desfavorável e tendo em conta a sua ineficácia ou pouca eficácia, demonstrada na utilização de todo e qualquer tratamento potencialmente curativo disponível, no que respeita à recuperação da vida com qualidade, o médico deve considerar e aceitar livremente a medicina paliativa.

Os cuidados paliativos, na definição actual da OMS (Organização Mundial de Saúde) são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e seus familiares face aos problemas associados à doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento, identificando, avaliando e tratando a dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Muitos aspectos dos cuidados paliativos podem ser também aplicáveis numa fase precoce da doença em conjugação com o tratamento de finalidade curativa.

2. Abordagem às decisões médicas no âmbito da abstenção e suspensão terapêuticas

A Ética na tomada de decisão diz respeito à abordagem dos diferentes problemas bioéticos que surgem em todas as etapas da vida humana. Segundo Pilar cit. por Silva (2008), um modelo de tomada de decisão em ética é um conjunto sistemático de princípios que motivam e guiam as acções. Tais princípios justificam e explicam as referidas acções que se desenvolvem com base nos objectivos vitais ou nos direitos dos outros relativamente ao cuidado de que carecem.

Para Lima (2008), as decisões médicas no fim de vida, muitas vezes complexas, são a situação onde a autonomia do doente toma uma dimensão mais ampla, mas também onde a autonomia do profissional perde todo o enfoque paternalista que a tem suportado.

“Não iniciar ou interromper um tratamento que segundo a melhor ciência médica, é terapêuticamente inútil, por não produzir nenhum efeito benéfico ou por causar um sofrimento desproporcionado em relação aos pequenos e transitórios benefícios esperados, é uma decisão cuja iniciativa pertence ao médico. Desta forma, e segundo os critérios das leges artis, o médico que toma esta decisão, a partir de dados objectivos e seguros, pratica um acto eticamente aceitável” (Serrão, 1998).

Os clínicos devem construir uma base de confiança com os doentes e as suas famílias, manter esta ligação, ajudá-los a preparar-se emocionalmente para o fim e auxiliar nas decisões difíceis. É papel do médico, antecipar e mostrar claramente as decisões que terão de ser tomadas a cada passo do processo. O doente e a família por sua vez devem esclarecer todas as questões junto dos profissionais de saúde. Estudos recentes comprovam isso mesmo, sugerindo que a satisfação da família, durante o período em que têm que tomar decisões acerca de cuidados no fim de vida, é mais elevada quando os profissionais de saúde fornecem às famílias a sustentação para as decisões tomadas no sentido de suspender as intervenções terapêuticas que visam a manutenção das funções vitais (Curtis, 2007).

Pellegrino *et al* (2008) considera que o mais importante será relembrar todas as pessoas envolvidas no processo, que este, deverá acima de tudo, ser conduzido com base nos critérios do melhor interesse para o doente. O critério do melhor interesse será abordado mais adiante na secção 2.2).

Os doentes sobre os quais estas decisões recaem podem encontrar-se conscientes participando assim de forma activa nas decisões acerca da sua vida e saúde mas podem também encontrar-se em tal situação que não seja possível intervir activa e convenientemente neste processo. Para o efeito, e para que esta abordagem faça sentido e tenha utilidade aplicada à prática médica real, interessa dividir as decisões médicas com base no nível de consciência do doente alvo, que traduz a sua competência no processo de tomada de decisão.

2.1.Decisões respeitantes a doentes competentes

Os doentes competentes têm direito a recusar todo e qualquer cuidado médico podendo usar os critérios que eles próprios julgarem aceitáveis. São os seus valores, sejam eles quais forem, que estão na base da sua escolha. Mesmo nos casos em que o desejo do doente se opõe àquele da sua família (Liang *et al*, 2005). A vontade do doente autónomo é determinante.

Autonomia, tal como define Lima (2008), significa, de um modo geral, independência, ausência de imposições ou coacções externas, mas também, ausência de limitações e incapacidades pessoais que impedem ou diminuem a capacidade de decisão e assenta nos seguintes pilares: compreensão, informação e ausência de influências.

Mais, refere ainda, que no fim de vida o exercício da autonomia está, por vezes, senão muitas vezes, mascarado pela situação de morte próxima com todas as condicionantes que acarreta. Assim pode-se questionar se, na realidade, a autonomia será influenciada por esperanças, crenças, pressões de ordem cultural, social e existencial (Lima, 2008).

O valor da autonomia confronta-se com o valor da qualidade de vida na situação em que o doente apresenta uma vontade firme, actual e claramente expressa de interromper ou simplesmente não iniciar um tratamento mesmo depois de o médico ter explicado o risco mortal que resulta da sua recusa (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1995) . Por outro lado, poderá ser possível salvar o doente, sendo esta a sua vontade, mas que tal não signifique providenciar qualidade de vida, isto é, salvar a vida à custa de sacrifícios físicos e funcionais (Serrão, 1998).

O médico pode sentir-se frustrado pelo facto da autonomia do doente o coagir a efectuar tratamento inapropriado, condicionando-o na escolha da melhor opção para o seu doente (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2006).

Alguns autores argumentam que o princípio da autonomia não se restringe aos desejos do doente e, ao instituir uma terapêutica inútil, o médico está a desenvolver falsas expectativas no doente e/ou na família, tornando-os dela dependentes, confundindo-se a verdadeira autonomia do doente e quebrando a relação de confiança médico-doente (Tomlinson *et al*, 1990).

Neste contexto surge então o consentimento informado. Trata-se de uma decisão voluntária, realizada por uma pessoa autónoma e capaz, tomada após um processo informativo e deliberativo, visando a aceitação de um tratamento específico, sabendo da natureza do mesmo, das suas consequências e dos seus riscos. Toma especial relevo quando um doente competente recusa um tratamento considerado ser do seu melhor interesse pelo profissional de saúde. O doente assume as responsabilidades da sua opção, bem como as suas repercussões. O médico e os restantes profissionais de saúde, por sua vez, devem, sempre que possível, respeitar a decisão informada.

O consentimento informado é um conceito relativamente novo nas éticas médicas, tendo evoluído de um modo significativo ao longo dos últimos cinquenta anos. Anteriormente à introdução deste conceito, a sociedade aceitava que os médicos possuíssem não só o conhecimento técnico detalhado exigido para a concretização de decisões médicas em nome do paciente, mas que fossem igualmente orientados por um princípio de beneficência. (Kellum *et al*, 2009) Ainda nos anos setenta, a maioria dos médicos e dos doentes acreditava que as decisões médicas deveriam ser tomadas pelo médico sem a participação do doente. Os médicos procuravam tomar as melhores decisões possíveis, poupando o doente e a família das funções associadas a estas decisões difíceis. Este paternalismo não só enfatizava o princípio da beneficência como excluía outros princípios, particularmente o da autonomia do doente. Apesar de em grande parte dos casos ser possível, os médicos nem sempre são capazes de determinar aquele que será o melhor interesse e as polarizações são inevitáveis (Schneiderman *et al*, 1993).

Os doentes mentalmente competentes não precisam ser doentes terminais para exercer o direito de recusar intervenções médicas. O doente tem esse direito não obstante o seu estado de saúde. Mais ainda, este direito aplica-se igualmente à recusa de propostas terapêuticas tal como à interrupção de terapias iniciadas. De notar, que este direito de recusar cuidados médicos não implica a possibilidade de requerer estes mesmos por parte do doente. No entanto, se for possível através da aplicação deste tratamento salvar o doente proporcionando qualidade, o médico deve considerar a vontade do doente (Emanuel, 2008).

2.2. Decisões respeitantes a doentes incompetentes

Entenda-se por doente incompetente 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 capacidade de decisão por uma limitação que o acompanha desde sempre.

“Caso exista uma possibilidade considerável que o doente incompetente possa readquirir apetência para expressar a sua decisão todos os esforços devem ser elevados nesse sentido, proporcionando ao doente a hipótese de consentir ou recusar uma proposta terapêutica” (Nunes, 2008).

Uma vez em estado vegetativo persistente, a questão ética fundamental suscitada por estes doentes é a legitimidade ética do esforço terapêutico a desenvolver, especificamente a decisão de suspender toda a terapia, incluindo, mais recentemente, a supressão da hidratação e nutrição artificiais (Carneiro *et al*, 2005).

Em relação aos primeiros, aqueles que num dado momento se tornam incompetentes e portanto encontram-se incapazes de ponderar e decidir livremente, devemos antes de mais respeitar a vontade do próprio (Carneiro *et al*, 2005). As suas convicções podem, eventualmente, ser expressas por pessoas ditas de confiança, podendo tratar-se de família ou então alguém que viva próximo do doente indicado por este como sendo representante de sua vontade, e que presumivelmente defenda os seus interesses. Uma vez indenticados, é com estes que o médico deve partilhar toda a informação acerca do doente para que, juntos possam tomar uma decisão (Nunes, 2008).

Em Portugal foi recentemente aprovada em Assembleia da República a designada *Declaração Antecipada de Vontade*. Tal declaração permite que através de um consentimento informado antecipado (testamento vital, *life will*), e prevendo os casos em que o doente possa não se encontrar capaz de prestar o seu consentimento informado, seja respeitada a sua vontade expressa. Desta forma o doente pode determinar os cuidados de saúde que deseja ou não receber o no futuro (ANEXO I). Assim, nos doentes considerados incompetentes, que deixaram directrizes orientadoras válidas, avançadas e específicas acerca das intervenções que recusam,

estas devem ser respeitadas. Este meio de expressar a vontade pessoal, antes de ser aprovado no nosso país, era já prática corrente em muitos países ocidentais.

Muitos são os que defendem a utilização do julgamento substitutivo (substituted judgment) aplicado ao representante legal. O doente pode, em vez de expressar a sua vontade sob a forma de directrizes orientadoras específicas, nomear, através da declaração antecipada de vontade, um seu legítimo representante referido como *procurador de cuidados de saúde*. Este deve idealizar, presumir aquele que seria o desejo do doente, em tal situação, caso se encontrasse consciente, capaz de decidir, com base nos princípios do doente (Emanuel, 2008).

Quando existe um representante legal, referido como *procurador de cuidados de saúde*, este deve então ser envolvido no processo de decisão. Esta decisão tem sempre um carácter subjectivo, pois resulta de uma tentativa, uma aproximação no sentido de descobrir aquela que seria a posição/atitude do doente em relação à sua própria vida. Porém, se o doente possui uma declaração antecipada de vontade em que expressa de forma inequívoca o seu desejo concreto, mesmo existindo um *procurador de cuidados de saúde*, não há um verdadeiro julgamento substitutivo; trata-se apenas de pôr em prática o desejo explícito do doente.

Quando não há instruções explícitas, o médico e a restante equipa de saúde com base na melhor evidência científica e em colaboração com a família devem inferir um modo de actuar sobre o paciente tentando predizer o que doente faria, segundo o critério do melhor interesse. Segundo o estudo de Shalowitz *et al* (2006), o representante legal prevê com eficácia as preferências terapêuticas do doente em 68% dos casos.

O critério do melhor interesse assegura a avaliação dos riscos e benefícios dos tratamentos disponíveis aplicados a uma determinada situação clínica, ponderando a sua aplicação no caso de esta revelar benefícios efectivos, bem como a sua limitação quando não existe claro benefício. Este padrão pode ser considerado objectivo uma vez que tem por base conceitos externamente definidos estando de acordo com o princípio ético da beneficiência. No entanto, basta existir conflito de critérios no interior da família ou entre esta e a equipa médica para se questionar a objectividade na avaliação de uma situação clínica, segundo o critério do melhor interesse. Por exemplo, uma decisão a centrar-se exclusivamente sobre a dor como único critério ignora e desvaloriza outros ideais importantes a respeito da vida e da morte tornado a noção de objectividade ilusória (Baumrucker *et al*, 2008).

No caso de doentes que nunca foram competentes como é o caso de recém-nascidos, anencéfalos, deficientes mentais severos e crianças não nos resta outro

instrumento senão o critério do melhor interesse do paciente veiculado pelo representante legal sob a forma de julgamento substitutivo. No entanto, podem surgir dilemas éticos complexos quando não é claro qual é esse melhor interesse, nomeadamente face a um juízo complexo da qualidade de vida previsível. Nestes casos, quando o doente dispõe de legítimos representantes (designadamente os pais no caso de crianças), os seus interesses e expectativas devem ser igualmente considerados. Deve ser providenciada informação adequada à família para que esta possa participar no processo de decisão (Nunes, 2008). Na ausência de uma solução perfeita para os problemas levantados aquando da tomada de decisão, esta abordagem surge como a mais razoável nestas circunstâncias.

Em consequência, não poderão ser aplicadas soluções uniformes às pessoas em Estado Vegetativo Persistente impondo-se pois, uma avaliação criteriosa em cada situação (Carneiro *et al*, 2005).

Em última análise, não existindo uma declaração de vontade válida e se após desenvolvidos todas as estratégias e esforços e utilizados todos os instrumentos disponíveis, não se atingir um consenso, nesse momento considera-se a possibilidade de comunicar a situação à Comissão de Ética para a Saúde ou organismos extra-institucionais como o poder judicial (Nunes, 2008).

2.3 Decisões respeitantes a todos os doentes

Esta secção destina-se à abordagem das decisões médicas muitas vezes consideradas unilaterais como é a *Decisão de Não Reanimar* (DNR). O DNR é uma orientação, que deve ser escrita no processo clínico do doente pelo médico assistente, que recomenda a não realização de manobras de reanimação invasivas, em caso de paragem cardio-respiratória (PCR), em doentes com doença grave, aguda ou crónica, presumivelmente irreversível (Fallat *et al*, 2004) .

Segundo a corrente actual tal decisão dispensa o consentimento do doente baseando-se no facto de o médico considerar, com base na sua experiência clínica e de acordo com a “*leges artis*”, que o prolongamento artificial de vida pode ser potencialmente inútil, incapaz de prolongar a vida de forma fisiológica, autónoma e com qualidade. Estas ordens não devem implicar ou colidir com outros tipos de intervenção médica e/ou cirúrgica que possam ser apropriadas para o doente (Fallat *et al*, 2004).

Estas questões em crianças têm especial relevância devido à tendência para um investimento terapêutico inicial quase total. No caso de se tratar de uma criança o médico deverá respeitar os desejos dos pais de reanimar o filho, desde que essa decisão não colida com o seu dever de actuar no melhor interesse da criança, tentando que os seus valores não prevaleçam sobre os dos pais, mantendo-se acessível, permeável à partilha de preocupações e discussão de alternativas (eventualmente de uma segunda opinião clínica). Nos casos em que o médico conclui que a reanimação não beneficia a criança, ou que a paragem cardio-respiratória será uma consequência directa a curto prazo da doença subjacente, a reanimação cardio-resperatória revela-se inútil e pode ser considerada má prática médica (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2006).

Considerações finais

As decisões médicas tomadas no contexto do fim de vida, direccionadas para os doentes terminais, devem assentar numa estrutura fundamentalmente ética. A suspensão e abstenção terapêuticas em doentes terminais são hoje parte integrante da conduta que define uma boa prática médica sendo a ausência desta atitude um acto eticamente condenável.

A vontade do doente é determinante para qualquer decisão médica, que ao doente diz respeito. Assim a autonomia do doente parece estar a implementar-se de forma evidente, formalizando-se através de instrumentos como o consentimento informado ou a declaração antecipada de vontade que, simultaneamente, atribuem ao doente a responsabilidade das decisões relacionadas com a sua própria saúde, a sua própria vida. Contudo, e no limite, o princípio da autonomia por vezes entra em confronto com o princípio da qualidade de vida.

A aprovação da declaração antecipada de vontade em Portugal promete trazer objectividade e clareza ao fundamento das decisões médicas, principalmente no que se refere aos doentes que se tornam incompetentes, colmatando a subjectividade por vezes inerente ao critério do melhor interesse para o doente.

Analisando todo o processo desde a pesquisa e selecção bibliográficas até à elaboração desta dissertação, noto que a reduzida experiência clínica limitou, de algum modo, o desenvolvimento deste trabalho. Porém, penso que do confronto entre as várias correntes de pensamento ético resulta uma reflexão que se revela útil como prelúdio à prática clínica daqueles que estão para se iniciar, abordando de forma resumida e abrangente temáticas sobre as quais é importante reflectir.

Bibliografia

Baumrucker SJ, Sheldon JE, Stolick M, Morris GM, Vandekieft G, Harrington D (2008) The ethical concept of "best interest". *Am J Hosp Palliat Care* 25(1):56-62.

Bernardes APF, Gasda VLP, Pezenti D e Pinheiro SR (2008) A ética da enfermagem frente à assistência aos pacientes terminais. *Actas do II Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem*. Associação Brasileira de Enfermagem, Curitiba, Brasil.

Carneiro AV, Antunes JL, Freitas AF (2005) Relatório sobre o estado vegetativo persistente. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

Clotet J (1995) O consentimento informado nos comitês de ética em pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. *Revista Bioética* 3(1):51-59.

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (1995). Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida.

Consensos e Recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2006). Decisão de não reanimar: reflexões, consensos e orientações.

Curtis JR, Burt RA (2007) The ethics of unilateral? Do not resuscitate? Orders. *CHEST* 132(3): 748-751.

Emanuel EJ (2008) Legal aspects of end of life care. UpToDate.

Fallat ME, Deshpande JK (2004) Do not-ressuscitate orders for pediatric patients who require anesthesia and surgery. *Pediatrics* 114: 1686-91

Hottois G, Missa J (2001) *Nova Enciclopédia da Bioética*. Lisboa: Instituto Piaget.

Junior GP (2002) Eutanásia, aspectos éticos e jurídicos. Monografia Jurídica apresentada para conclusão do curso de graduação em Direito – Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

Kellum JA, Dacey MJ (2009) Ethics in the intensive care unit: informed consent; withholding and withdrawal of life support; and requests for futile therapies. UpToDate.

Liang BA, Lin L (2005) Bouvia v superior court: quality of life matters. *Ethics Journal of the American Medical Association* 7(2).

Lima MTF (2008) Reflexão ética sobre decisões médicas em fim de vida. *Actas do V Encontro Luso-Brasileiro de Bioética*. Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Menezes RA (2001) Etnografia do ensino médico em um CTI. *Interface_ Comunic, Saúde, Educ* 5(9): 117-130.

Moritz RD (2008) Ética e final da vida. *Actas do III Congresso Internacional de Cuidados Paliativos*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, Brasília, Brasil.

Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero CB, et.al. (2008) Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 20(4): 422-428.

Nunes R. (2008) Guidelines sobre suspensão e abstenção de tratamentos em doentes terminais. *Actas do X Congresso Virtual HIV/AIDS*.

Pellegrino E, De Jonge KE, Crawley JL, Cohen-Almagor R, Connolly MT (2008) Ethical Decision-Making at the End of Life. *United States Studies*.

Piva JP (2009) Pacientes Terminais: o diagnóstico e tratamento ainda é uma atribuição médica! *Revista AMRIGS* 53(1):96-99.

Schneiderman LJ, Kaplan RM, Pearlman RA, Teetzel H (1993) Do physicians' own preferences for life-sustaining treatment influence their perceptions of patients' preferences? *The Journal Clinical Ethics* 4(1):28-33.

Serrão D, Nunes R (1998). Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer. Em: *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora.

Shalowitz DI, Garrett-Mayer E, Wendler D (2006) The accuracy of surrogate decision makers: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*.

Silva ACR (2008) Dilemas éticos e o processo de tomada de decisão, em unidades de cuidados intensivos. Actas do V Encontro Luso-Brasileiro de Bioética. Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Silva R, Hortale V (2006) Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. Cadernos de Saúde Pública 22(10):2055-2066.

Tomlinson T, Brody H (1990) Futility and the ethics of resuscitation. JAMA 264:1276-80.

Veiga F (2004) Viver a morte: desafios éticos no final da vida. Tese de Mestrado em Bioética – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

World Health Organization – Definition of Palliative Care. Disponível em:
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Yamada KN, Dellarozza MSG, Siqueira JE (2006) Aspectos éticos envolvidos na assistência a idosos dependentes e seus cuidadores. O Mundo da Saúde 30(4):667-672.

Anexos

ANEXO I – Projecto lei n.º 788/X - Direito dos doentes à informação e ao consentimento informado

(...)

Artigo 14.0

(Declaração antecipada de vontade)

1. Através da declaração antecipada de vontade, o declarante adulto e capaz, que se encontre em condições de plena informação e liberdade, pode determinar quais os cuidados de saúde que deseja ou não receber no futuro, no caso de, por qualquer causa, se encontrar incapaz de prestar o consentimento informado de forma autónoma.
2. A declaração antecipada de vontade é reduzida a escrito.
3. O declarante pode revogar, a qualquer momento e por qualquer meio, a declaração antecipada de vontade.
4. A declaração antecipada de vontade é tida em consideração como elemento fundamental para apurar a vontade do doente, salvo o disposto no artigo 15.º.
5. A eficácia vinculativa da declaração antecipada de vontade depende, designadamente, do grau de conhecimento que o outorgante tinha do seu estado de saúde, da natureza da sua doença e da sua evolução; do grau de participação de um médico na aquisição desta informação; do rigor com que são descritos os métodos terapêuticos que se pretendem recusar ou aceitar; da data da sua redacção; e das demais circunstâncias que permitam avaliar o grau de convicção com que o declarante manifestou a sua vontade.
6. A decisão do médico, em conformidade ou em divergência com a declaração, deve ser fundamentada e registada no processo clínico.

Artigo 15.0

(Limites da eficácia das declarações antecipadas)

1. O médico nunca respeita a declaração antecipada quando esta seja contrária à lei ou à ordem pública, quando determine uma intervenção contrária às normas técnicas da profissão, ou quando, devido à sua evidente desactualização em face do progresso dos meios terapêuticos, seja manifestamente presumível que o doente não desejaria manter a declaração.
2. O médico regista no processo clínico qualquer dos factos previstos nos números anteriores.

(...)