



BIOÉTICA

José António Saraiva Ferraz Gonçalves

A Boa Morte:

Ética no fim da vida

3º Curso de Mestrado em Bioética

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Bioética, sob a
orientação do Professor Doutor Rui Nunes

Porto
2006

Abreviaturas

a.C.	Antes de Cristo
AHA	Alimentação e hidratação artificiais
AMA	Associação Médica Americana
col	Colaboradores
CVAH	Cessação voluntária de alimentação e hidratação
d.C.	Depois de Cristo
DA	Directivas antecipadas
EUA	Estados Unidos da América
EVP	Estado vegetativo persistente
IV	Intravenoso(a)
OMS	Organização Mundial de Saúde
RCP	Reanimação cárdio-pulmonar
SC	Subcutâneo(a)
SIDA	Síndrome de imunodeficiência adquirida
SPO	Sociedade Portuguesa de Oncologia
TV	Testamento vital
UCI	Unidade de cuidados intensivos
VIH	Vírus da imunodeficiência humana

AGRADECIMENTOS

Ninguém faz nada isoladamente. Mesmo quando alguém toma a iniciativa, pensa no que quer alcançar e toma a responsabilidade de fazer algo, tem sempre de reconhecer que necessita de contribuições de vários tipos. Finda a obra, é altura de mostrar reconhecimento a quem prestou uma ajuda preciosa, sem a qual o caminho teria sido muito difícil, se não impossível.

Antes de mais tenho de agradecer ao meu orientador o Professor Rui Nunes pelo seu encorajamento, pelas suas sugestões e pela leitura crítica deste trabalho. Agradeço ao Professor Henrique de Barros do Serviço de Higiene e Epidemiologia a disponibilidade que mostrou na leitura e crítica que fez do questionário do trabalho de investigação e por ter permitido que os seus colaboradores, a Dr^a Joselina Barbosa e o Dr. Milton Severo me ajudassem na digitalização dos dados e na análise estatística. Agradeço ao professor Carlos Saraiva pela leitura crítica que me fez do capítulo “Suicídio”. Agradeço a Helga Kuhse, Frederich Stiefel David Doukas e Diane Meier por me terem enviado os questionários que utilizaram nos seus estudos. Agradeço à Secção Regional do Norte da Liga Portuguesa Contra o Cancro por ter financiado o trabalho de investigação. Agradeço ainda à Dr^a Elisete François e à minha esposa Ângela pela revisão do manuscrito.

Índice

1. Introdução, 1

- 1.1. A Morte e a Sociedade, 2
- 1.2. O Medo da Morte, 5
- 1.3. O Valor da Vida, 10
- 1.4. Seres Humanos e Pessoas, 12
- 1.5. Conceitos e Critérios de Morte, 15
 - 1.5.1. A Morte Córdio-Respiratória, 17
 - 1.5.2. A Morte do Tronco Cerebral/Morte Cerebral Global (Holocerebral), 17
 - 1.5.3. A Morte Cerebral Superior (Neocortical), 21
 - 1.5.4. O caso dos Recém-nascidos Anencefálicos como Dadores de Órgãos, 23

2. Abstenção ou Suspensão de Tratamentos, 29

- 2.1. Cuidar e Tratar: os Objectivos da Medicina, 29
- 2.2. Tratamentos Ordinários e Extraordinários, 31
- 2.3. Abstenção e Suspensão de Tratamentos, 33
- 2.4. Futilidade, 34
- 2.5. O Processo de Decisão, 40
 - 2.5.1. Autonomia, 40
 - 2.5.2. Competência, 42
 - 2.5.3. Consentimento Informado, 45
 - 2.5.4. Doentes Incompetentes, 47
 - 2.5.5. Directivas Antecipadas, 49
 - 2.5.6. Ordens de não Ressuscitação, 51
- 2.6. Matar e Deixar Morrer, 52
- 2.7. Alimentação e Hidratação Artificiais, 53
 - 2.7.1. Alimentação e Hidratação Artificiais no Estado Vegetativo Persistente, 56
- 2.8. Conclusão, 58

3. Suicídio, 63

- 3.1. Epidemiologia, 64
 - 3.1.1. Factores de Risco e Factores Protectores, 65
- 3.2. Suicídio nos Doentes com Cancro, 68
 - 3.2.1. Ideação Suicida, 71
- 3.3. Suicídio nos Doentes com SIDA, 72
- 3.4. Suicídio noutras Doenças, 72
- 3.5. Suicídio e Sociedade, 73
- 3.6. Considerações Filosóficas, 74
- 3.7. O Suicídio e as Religiões, 79
- 3.8. Conclusão, 81

4. Cessação Voluntária da Alimentação e da Hidratação, 88

- 4.1. Autonomia, 88
- 4.2. Implicações par Terceiros, 90
- 4.3. Resultados de um Estudo Empírico de CVAH, 91
- 4.4. Implicações Éticas da CVAH, 92
- 4.5. Conclusão, 93

5. A Morte Assistida, 95

- 5.1. Definições, 97
- 5.2. Factos sobre a Morte Assistida, 100
- 5.3. Motivação dos Doentes, 102

- 5.4. O Estado Mental dos Doentes, 105
- 5.5. Problemas Clínicos Relacionados com a Realização da Eutanásia e do Suicídio Assistido, 107
- 5.6. Relação entre a Eutanásia e o Suicídio Assistido, 108
- 5.7. Argumentos a Favor e Contra a Morte Assistida, 111
 - 5.7.1. Respeito pela Autonomia, 111
 - 5.7.2. Alívio do Sofrimento, 113
 - 5.7.3. Consequências Sociais, 115
 - 5.7.4. O Papel do Médico e a Posição da Medicina, 120
 - 5.7.5. Matar e Deixar Morrer, 122
- 5.8. O que se Passa em Alguns Países, 124
 - 5.8.1. Holanda, 124
 - 5.8.2. Bélgica, 125
 - 5.8.3. Suíça, 125
 - 5.8.4. EUA, 126
 - 5.8.5. Austrália, 128
 - 5.8.6. Portugal, 128
- 5.9. Perspectiva das religiões, 129
- 5.10. Conclusão, 131
- 6. Sedação, 139**
 - 6.1. Uso da Sedação em Medicina, 139
 - 6.2. Sintomas Refractários, 140
 - 6.3. Definições de Sedação, 142
 - 6.4. Causas e Frequência da Sedação, 144
 - 6.5. Sintomas Psicológicos e Existenciais, 146
 - 6.5.1. A Sedação como Terapêutica, 147
 - 6.6. Efeito da Sedação na Sobrevivência, 147
 - 6.7. Eficácia da Sedação, 148
 - 6.8. Considerações Éticas, 149
 - 6.8.1. O Processo de Decisão, 149
 - 6.8.2. A Eutanásia Lenta, 150
 - 6.9. Princípio do Duplo Efeito, 153
 - 6.10. Conclusão, 156
- 7. Cuidados Paliativos, 161**
 - 7.1. Conceitos Actuais sobre Cuidados Paliativos, 162
 - 7.2. Os Problemas dos Doentes, 166
 - 7.3. Barreiras ao Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, 167
 - 7.4. Os Cuidados Paliativos e as Prioridades na Saúde, 169
 - 7.5. Os Cuidados Paliativos e os Princípios da Ética Médica, 176
 - 7.6. Conclusão, 179
- 8. Estudo sobre as Decisões em Situações de Fim de Vida Tomadas pelos Oncologistas Portugueses na Prática Clínica, 182**
 - 8.1. Métodos, 183
 - 8.2. Resultados, 185
 - 8.2.1. Eutanásia, 186
 - 8.2.2. Suicídio Assistido, 189
 - 8.2.3. Doentes Incompetentes, 190
 - 8.2.4. Suspensão de Tratamentos, 191
 - 8.2.5. Controlo de Sintomas e Cuidados Paliativos, 195
 - 8.2.6. Alargamento de Conceitos, 196

8.3. Discussão dos Resultados,	196
8.3.1. Eutanásia e Suicídio Assistido,	197
8.3.2. Doentes Incompetentes,	202
8.3.3. Suspensão de Tratamentos,	204
8.3.4. Controlo de Sintomas e Cuidados Paliativos,	206
8.4. Conclusão,	207
9. Conclusão,	211
10. Anexos,	216
10.1. Anexo 1 – Questionário,	218
10.2. Anexo 2 - Quadros	

INTRODUÇÃO

A morte é o que temos de mais certo, diz o povo. Efectivamente, à semelhança do que sucede com todos os outros seres animais, todos morremos. A morte é indispensável para a renovação e para a evolução da vida. Espécies inteiras desapareceram e outras apareceram ao longo dos milhões de anos em que a vida existe na Terra. O *Homo sapiens sapiens* é uma das mais recentes, e a sua existência só foi possível devido a este processo de renovação e adaptação contínua.

Os homens sabem que a sua morte é inexorável. No entanto, tomam-na como uma realidade longínqua, sem data marcada, como algo de vago que talvez só aconteça aos outros. Por outro lado, a morte aterroriza-nos e, geralmente, não a desejamos. Na realidade, sempre houve o desejo de imortalidade e sempre houve sistemas que ajudaram as pessoas a conviver com a sua finitude. O mais importante desses sistemas é a religião, que não podendo prometer a vida eterna na Terra a promete noutro lugar, eventualmente melhor. Outro, muito mais restrito, excepto em certos períodos históricos particulares, é o proporcionado pelas entidades oficiais que condecoram os seus heróis, os que arriscaram a vida e muitas vezes a perderam ao seu serviço e homenageiam outros indivíduos que de qualquer modo se distinguiram: “Aqueles que por obras valorosas se vão da lei da morte libertando...”.

Porém, o sofrimento provocado por certas doenças físicas e psicológicas leva algumas das pessoas por elas atingidas a desejar e a procurar a morte. Este trabalho incluiu as diversas

formas que essa procura da morte toma, os problemas éticos que o progresso tecnológico da medicina causa, quando se torna claro que não há recuperação, e as respostas possíveis que a medicina pode dar ao sofrimento.

1.1 A MORTE E A SOCIEDADE

O modo como a morte é encarada individual e socialmente difere entre diferentes culturas e tem variado ao longo do tempo. A morte era um acontecimento com que se convivia naturalmente. Numa época em que a esperança de vida era curta devido às duras condições de vida das populações, à insalubridade das habitações, à ausência de saneamento nas povoações e à ineficácia da medicina, a morte era uma ocorrência com que se convivia frequentemente. Na família, na vizinhança, na povoação, havia sempre alguém gravemente doente e que morreria a breve trecho, sendo visitado durante a vida e acompanhado após a morte por toda a gente da comunidade, fosse qual fosse a sua idade.

A morte como ocorrência comum era encarada com naturalidade, como fazendo parte da vida. Não era, porém, banalizada. A morte era um acontecimento sério que não devia ser considerado de um modo superficial, um acontecimento temível, mas não temível ao ponto de fazer com que as pessoas o afastassem, fugissem dele, procedessem como se não existisse ou falsificassem as suas aparências [1]. Até à primeira guerra mundial, no Ocidente de cultura latina, a morte de alguém era um período solene. Os parentes, os amigos e os vizinhos estavam presentes durante os actos fúnebres e durante o período de luto que se lhe seguia. Depois as visitas iam-se espaçando progressivamente até a vida voltar ao normal, continuando apenas as visitas periódicas ao cemitério. A casa onde a morte ocorrera era identificada com um aviso de luto afixado à porta e, houve mesmo um tempo em que o corpo, ou o caixão, era exposto à porta da casa [1]. A morte era, assim, um acontecimento social e público que envolvia a comunidade.

Pela parte de quem ia morrer havia também uma atitude de resignação, de aceitação do seu destino, apesar de não ser esse, em geral, o seu desejo. Considerava-se essencial que o moribundo conhecesse o seu destino para que se preparasse espiritualmente e tomasse as suas últimas disposições. Esta advertência, o *nuncius mortis*, podia ser feita pelo médico, por um familiar ou amigo, mas frequentemente era feito por um sacerdote. Desta circunstância resultou que a entrada do padre no quarto de um moribundo passou a ser o sinal de que a morte estava próxima, deixando de ser necessário dizer mais nada [1].

A advertência foi sempre considerada uma tarefa desagradável, não desejada mas indispensável. Contudo, a partir da segunda metade do século XIX a advertência começou a tornar-se mais difícil para as pessoas e começou a aparecer a noção de que havia de proteger o paciente do conhecimento de que o seu fim estava próximo. Começa a considerar-se que o doente não necessita de ser advertido porque já sabe, porém, pretende-se manter a ilusão. Os sinais que possam alertar o paciente são dissimulados. O padre passa a administrar a extrema-unção sobretudo quando o doente já está morto ou se está inconsciente e, a partir do Concílio Vaticano II, a extrema-unção passou a chamar-se sacramento dos doentes [1]. Com a dissimulação retira-se ao moribundo o controlo da situação e o direito de revelar as suas últimas vontades e disposições, passando os familiares a controlar a situação com a cumplicidade dos médicos. O doente é isolado, não podendo frequentemente satisfazer a sua necessidade de informação sobre a sua situação nem revelar os seus pensamentos e sentimentos. As decisões são tomadas sem consultar o doente. É o paternalismo.

Nos dias de hoje, a morte já não tem o mesmo carácter público, a não ser no caso das figuras públicas. Os sinais públicos relacionados com a morte deixaram de ser exibidos e procura-se que a morte passe o mais despercebida possível. Esta mudança na atitude perante a morte ocorreu muito rapidamente, em paralelo com muitas outras alterações ocorridas durante o

século XX. Philippe Ariès chama a esta atitude perante a morte “a morte invertida”, como se esta atitude fosse o negativo da atitude tradicional [1].

Hoje, a morte ocorre com muita frequência em hospitais, tendo perdido o carácter social que tinha anteriormente. A morte é reduzida a uma ocorrência causada por doenças sendo por isso medicalizada. É, no entanto, uma ocorrência desconfortável para os médicos modernos que muitas vezes a consideram um fracasso. Por isso, o que rodeia a morte é, frequentemente, tratado de modo defensivo no contacto dos médicos com os familiares e com os outros médicos do serviço hospitalar, sendo em alguns casos as situações discutidas em reuniões, que têm uma intenção pedagógica, onde se procuram possíveis erros que possam ter justificado essas mortes. Usam-se com frequência meios de diagnóstico e tratamentos agressivos em situações obviamente irreversíveis em que a morte ocorreria naturalmente como o desfecho mais apropriado. A morte assim considerada amputa este processo de outras dimensões como a espiritual e social e o do significado pessoal, familiar e social que a morte tem como marco importante da vida.

Na idade média rezava-se a Ladainha dos Santos (*Litaniae Sanctorum*) “de uma morte repentina e imprevista, livrai-nos, Senhor” (*a subitanea et improvisa morte, libera nos, Domine*) [2]. Pretendia-se ter tempo para a preparação para a morte, o que seria impedido por uma morte súbita e imprevista. Ao contrário, actualmente, o desejo da maioria das pessoas é morrer subitamente, de preferência durante o sono, para que não tenha de viver a situação e o sofrimento e o medo que a morte eventualmente implica.

Ainda, segundo Ariès [1], os progressos ocorridos durante o século XX em termos do conforto, da higiene das habitações e da higiene pessoal, a ideia de assepsia, tornaram as pessoas mais delicadas, mais sensíveis aos odores associados à doença e à morte. Além disso, a ajuda dos elementos da família, geralmente numerosa, e de outras pessoas da comunidade, começou a desaparecer com a diminuição desse grupo que muitas vezes se passou a limitar aos

familiares mais próximos. Estas famílias com poucos elementos, que podem trabalhar, ter poucos recursos físicos, psicológicos ou económicos, deixaram de ter a ajuda que antes existia. Além disso, muitas das habitações das cidades não têm condições apropriadas para lidar com doentes graves e dependentes. Por todo este conjunto de motivos os doentes tendem a ser hospitalizados e a morrer no hospital ... sós.

1.2 O MEDO DA MORTE

O medo da morte é universal e está relacionado com o instinto de conservação da vida. Este medo é importante porque nos leva a defender a vida, lutando ou fugindo se formos atacados, e a evitar situações que podem pôr em risco a nossa sobrevivência. O medo da morte pode também levar-nos a adoptar comportamentos saudáveis para conservarmos a saúde, e consequentemente a vida, o mais tempo possível. No entanto, em certas circunstâncias pode tornar-se patológico, inibindo as nossas acções, e incapacitando-nos para desfrutar da vida.

Para nos ajudar a lidar com o nosso medo da morte inevitável as religiões têm sido importantes. As religiões, em geral, fazem-no negando a morte, isto é, afirmando que, na verdade, a morte não existe. Para algumas existe a reencarnação, o que significa que após a morte do corpo o indivíduo volta a viver noutro corpo. Para outras religiões, como a católica, à morte física do indivíduo segue-se uma vida eterna (da alma) de felicidade, o que significa que se vai para uma situação melhor. No entanto, a vida eterna de felicidade não é para todos, já que existe a possibilidade de se ir para o Inferno, onde essa vida de felicidade não existe [3]. Claro que a influência da religião só se aplica aos crentes e, mesmo na maioria destes, provavelmente, não debelará satisfatoriamente o medo da morte. Acresce, ainda, que as sociedades actuais, sobretudo, as da Europa e da América do Norte estão a secularizar-se, o que obviamente vai reduzindo a importância do papel da religião como factor que ajude as pessoas a lidar com o medo da morte.

Mas será o medo da morte racional ou irracional? Por outras palavras, podemos racionalmente justificar o nosso medo da morte? A tradição da filosofia é considerar que o homem racional não teme a morte. No entanto, o modo proposto para extinguir o medo da morte é diverso. Para Montaigne “filosofar é aprender a morrer” [4], o que significa que o melhor modo de lidar com a questão é pensar nela frequentemente, opinião compartilhada com os epicuristas e os estoícos. Opinião diferente é a de Espinoza para quem “O homem livre em nada pensa menos que na morte; e a sua sabedoria não é uma meditação da morte, mas da vida” [5].

Segundo Murphy [4] o medo da morte é racional se a morte for “um evento inevitável, ou dificilmente evitável, e se for muito indesejável, mau ou perverso”. Outra condição será a de o medo da morte “poder ser instrumental para desencadear um comportamento ou acção para a evitar”, isto é, como foi dito, adoptando uma atitude defensiva perante o perigo e estimulando comportamentos saudáveis. Ainda, segundo Murphy, para ser racional o medo da morte deve ser “compatível, pelo menos a longo prazo, com a satisfação de outros desejos importantes”, o que quer dizer que podemos racionalmente ter medo da morte, mas se esse medo nos impedir de prosseguir normalmente a nossa vida, torna-se irracional; podemos certamente considerar que um medo assim poderia não ser irracional se a morte fosse iminente.

As condições propostas por Murphy são facilmente compreensíveis e aceitáveis, mas falta responder à questão: por que é a morte indesejável, má ou perversa?

Para Epicuro, “a morte não é nada para nós ... porque quando estamos vivos, a morte não veio, e quando a morte vem, nós já não estamos” [6]. Esta afirmação significa que estando mortos nada sentimos e, portanto, estar morto não é mau para quem morre. Subjacente à afirmação de Epicuro está a ideia de que para algo ser mau para uma pessoa deve ser experimentado como mau ou de certo modo desagradável por essa pessoa mas, como após a morte nada podemos experimentar, nada pode ser mau para a pessoa. Em consequência, para

um acontecimento ser mau para uma pessoa ela deve estar viva quando esse acontecimento ocorre, logo após a morte nada pode ser mau para o indivíduo.

Mas será que uma coisa pode ser má para um indivíduo e não ser experimentada por ele? Usando exemplos que têm sido dados na discussão destes temas, imaginemos um indivíduo adulto e inteligente que sofre um traumatismo que lhe afecta o cérebro e o reduz à condição de uma criança de 5 anos feliz, cujas necessidades podem ser satisfeitas por um tutor, não requerendo cuidados de saúde. Todos considerarão que o indivíduo sofreu um grande infortúnio ainda que este não tenha capacidade de o avaliar desse modo [7]. Se alguém é traído por um amigo, a esposa ou um sócio pode dizer-se que isso é um infortúnio se o indivíduo descobrir a traição, porque o faz sofrer, mas mesmo que o indivíduo não descubra, não é mau por si só ser traído? Estes dois exemplos mostram que uma coisa pode ser má mesmo quando não é experimentada pelo indivíduo. Considerando agora o estar morto, pode-se perguntar se não é mau para alguém que o seu testamento não seja cumprido ou que factos da sua vida sejam deturpados minando o seu prestígio? No entanto, a objecção a estes argumentos é novamente a de que, para quem está morto não faz qualquer diferença, visto que já não existe.

Outro modo de abordar a questão do infortúnio da morte é a chamada teoria da privação. Segundo esta, a vida, ainda que acarrete sofrimento, é considerada pela maioria como boa e como valendo a pena. Ora, poderemos dizer que uma coisa boa quanto mais durar melhor, portanto, a morte ao terminar com a vida é indesejável. De facto, a maioria das pessoas deseja uma vida longa e tendemos a lamentar mais a morte de um jovem e menos (ou nada) a de uma pessoa de 90 anos, porque percebemos que a perda do jovem foi maior, mas isto não significa que a morte do idoso não seja má. A morte impede-nos de cumprir os nossos projectos [4] sejam eles grandiosos ou banais (para os outros). Em geral, temos vários projectos na nossa vida: completar um mestrado em bioética, ver os filhos independentes, comprar uma casa, poder reparar uma ofensa, reconciliar-se com uma pessoa significativa, etc. Mantermo-nos vivos é a

condição indispensável para podermos construir e executar esses projectos. Só alguém que não tenha qualquer interesse poderá não ser prejudicado pela morte. Assim, a morte seria má, não porque estar morto seja mau para o indivíduo, mas pela vida que nos impede de viver [7]. Esta conclusão suscita uma pergunta epicurista: quando é a morte má para nós? Antes de morrermos não parece ser, porque enquanto estamos vivos a morte não nos priva de nada. Depois de morrermos também não será, porque aí já não existimos [8].

Mas se o problema é a quantidade de vida porque não concordar com Lucrécio, discípulo de Epicuro, que perguntava porque nos preocupamos com o tempo que não vivemos após a nossa morte e não nos preocupamos com o tempo que não vivemos antes de nascermos? Será racional essa assimetria de atitudes? Em primeiro lugar, pouco se pode fazer para antecipar um nascimento, embora as técnicas actuais de reprodução assistida permitam retardar significativamente a data do nascimento. Mas quanto à concepção natural de um indivíduo, de longe a maioria, ela só pode ocorrer no momento em que ocorre e não noutra, porque resulta do encontro de dois gâmetas únicos e irrepetíveis que só se encontrarão nesse momento e não noutra; outros gâmetas darão origem a outro indivíduo. O nascimento só seria antecipado, e de modo pouco significativo, se ocorresse um parto prematuro. Outra razão para a assimetria de atitudes é explicada pela nossa atitude também assimétrica ao que de bom podemos ter. Atribuímos mais importância ao que de bom pudermos vir a ter no futuro, que esperamos ter, do que ao que de bom tivemos no passado. Por isso, é-nos indiferente o que de bom nos poderia ter acontecido se nascêssemos mais cedo. Para dar um exemplo análogo ao de Brueckner e Ficher [9], estando nós em 2006, suponhamos que tínhamos 80 anos para viver e que nos era dada a hipótese de escolher entre nascer em 1940 e viver até 2020 e nascer em 1960 e viver até 2040. Certamente escolheríamos a segunda hipótese, apesar de termos os mesmos anos de vida. Esta é uma escolha racional.

A questão da racionalidade do medo da morte e do infortúnio que a morte pode constituir tem, assim, sido discutida por alguns filósofos, geralmente, partindo da famosa afirmação de Epicuro referida atrás. Para a maioria das pessoas saudáveis e activas a morte é considerada um infortúnio, mas, como vimos, contestar racionalmente a afirmação de Epicuro tem sido uma tarefa difícil.

Em certas circunstâncias, como para as pessoas com doenças graves, incuráveis e em sofrimento, a morte pode mesmo ser racionalmente desejada. Também para alguém que não tenha desejos ou projectos para o futuro e que tenha perdido a motivação para viver, a morte não será um infortúnio.

Outra questão é a de se a morte é má para os outros. Pode responder-se que pode ser má para os familiares e amigos porque lhes pode causar sofrimento pela perda que tiveram. No entanto, isso, por si só, não torna a morte má para o indivíduo que morre.

Uma questão ainda é saber se o processo de morrer pode ser mau. Aqui a resposta é claramente “sim”, pois como todos sabem esse processo pode ser doloroso e associado a sofrimento intenso. Provavelmente, muitas vezes quando se fala no medo da morte ou quando se diz que a morte é má, as pessoas referem-se ao morrer, ao processo que conduz à morte.

Mas considerar a morte como má significa que a imortalidade é desejável? Alguns filósofos pensam que a morte é necessária para dar significado à vida, enquanto outros pensam que a morte oblitera o significado da vida e torna os nossos esforços patéticos e absurdos [10]. Segundo alguns existencialistas, é a morte que dá significado à vida apenas porque é o medo da morte que dá significado à vida [11]. Para Williams [11], os indivíduos têm um conjunto de objectivos, projectos e desejos que são essenciais para a sua identidade. Então, a morte prematura seria má porque não permitiria satisfazer esse conjunto de objectivos e desejos mas, com o tempo, as pessoas vão perdendo esses desejos com os quais se identificam, tornando-se a vida tediosa. Se, pelo contrário, esses desejos fundamentais se vão mudando uma e outra vez,

para evitar o tédio, abandona-se a identidade. Por estas razões Williams conclui que a imortalidade é indesejável. Vários filósofos contrapõem que não é óbvio que a vida se torne tediosa, já que é composta de muitos elementos como amizade, amor, família, actividade atlética, intelectual, artística, sexualidade, etc., e deste modo pode-se imaginar que a vida poderia ser interessante para sempre [10]. Assim, a questão da imortalidade é vista de vários modos e, como não se pode fazer a experiência, as conclusões são especulativas. Como refere Thomas Nagel “a questão é se podemos ver como um infortúnio qualquer limitação, como a mortalidade, que é normal para a espécie” [7].

1.3 O VALOR DA VIDA

A tradição ocidental é a de considerar a vida intrinsecamente valiosa, isto é, valiosa em si mesmo, não necessitando de mais justificações. Esta concepção designa-se “santidade da vida” e tem fundamentalmente uma base religiosa, que é compartilhada, pelo menos, pelas três principais religiões monoteístas. Segundo esta concepção Deus dá a vida e só Ele a pode tirar, tendo os humanos obrigação de a preservar, porque, como diz o Catecismo da Igreja Católica, “somos administradores e não proprietários da vida que Deus nos confiou; não podemos dispor dela” [12].

Por um lado, o desenvolvimento recente da medicina criou situações que levaram a rever a definição de morte (ver adiante) e, por outro lado, a progressiva diminuição da influência das religiões nas sociedades ocidentais, criaram o substrato para o surgimento de uma concepção diferente designada por “qualidade de vida”. Segundo esta concepção, a vida não tem um valor intrínseco mas depende de factores externos ou extrínsecos, passando assim o valor da vida a não ser considerado absoluto mas sim relativo. Esta concepção implica que as pessoas têm direito a avaliar a sua qualidade de vida e a dispor da sua vida de acordo com essa avaliação e os seus desejos.

A questão que o argumento da qualidade de vida põe é a de que há vidas mais valiosas do que outras. Poderemos perguntar se intuitivamente é assim que as pessoas sentem. Isto é, se é mais trágica a morte de uma criança sem qualquer deficiência física do que uma com o síndrome de Down, a morte de um jovem mais do que a de um idoso ou a morte de um cientista mais do que a de um sem abrigo. A resposta pode ser reveladora ou ... assustadora.

A relevância dos argumentos da santidade da vida e da qualidade de vida resulta da influência que estes podem ter nas decisões sobre o tratamento das pessoas em situações críticas ou com deficiências profundas. Na verdade, nestas decisões não podemos fugir à questão da qualidade de vida. Quando nos abstermos de intervir agressivamente para prolongar a vida (neste caso, prolongar o processo de morte) dos doentes agónicos e fazemos tratamento sintomático e medidas de conforto, estamos a ter em conta o argumento da qualidade de vida. Também, quando nos abstermos de reanimar um recém-nascido anencefálico, estamos a ter em conta o mesmo argumento. Nestas duas situações as decisões tomam-se considerando a qualidade de vida que resultaria das intervenções destinadas a prolongar a vida e, provavelmente, nem mesmo os defensores da santidade da vida discordariam das decisões indicadas. Nas decisões médicas tem de haver um balanço entre os benefícios esperados e os malefícios que acarretam para o doente. Não há boa prática médica sem se ter em consideração as consequências que as decisões terão na qualidade de vida dos doentes. Porém, a qualidade de vida deve, sempre que possível, ser avaliada pelo doente e não pelos outros. Nos doentes incompetentes as decisões devem ser tomadas segundo o que se pode determinar como os seus melhores interesses e não os melhores interesses da família, da sociedade ou de outros. Não se pode confundir qualidade de vida com o valor que a vida do doente possa ter para outros [13].

1.4 SERES HUMANOS E PESSOAS

Seres humanos são todos os membros da espécie humana – *Homo sapiens sapiens*. Esta afirmação é aceite por todos. Já o mesmo não se pode dizer de pessoa, porque, embora o conceito comum de pessoa seja equivalente a ser humano, em filosofia debate-se o que se considera uma pessoa.

Boecio no século VI d.C. definiu pessoa como substância individual de natureza racional – “*rationalis naturae individua substantia*” [14]. Depois desta primeira definição de pessoa, vários filósofos propuseram outras definições. Estas têm em comum considerarem indispensável ao conceito de pessoa a racionalidade, ou seja, a consciência e a capacidade de pensamento reflexivo:

- Para John Locke (1632-1704), pessoa é “um ser inteligente pensante, que tem razão e reflexão, e pode considerar-se a si próprio como si próprio, a mesma coisa pensante, em diferentes tempos e lugares; o que faz só por essa consciência que é inseparável do pensamento e me parece essencial para ele; sendo impossível para qualquer um perceber sem perceber que percebe...” [15].
- Kant (1724-1804) afirma que “Os seres cuja existência depende, não em verdade da nossa vontade, mas da natureza, têm contudo, se são seres irracionais, apenas um valor relativo como meios e por isso se chamam coisas, ao passo que os seres racionais se chamam pessoas, porque a sua natureza os distingue já como fins em si mesmos, quer dizer como algo que não pode ser empregado como simples meio...” [16].
- Para Engelhardt “O que distingue as pessoas é a sua capacidade de serem auto-conscientes, racionais e preocupadas com o merecimento da censura e do louvor.” [17].
- Segundo Peter Singer, pessoa é “...um ser com conhecimento da sua própria existência ao longo do tempo, e a capacidade de ter desejos e planos para o futuro.” [18].

Estes são alguns exemplos de definições de pessoa que têm em comum a racionalidade. Racionalistas e empiristas, deontologistas e utilitaristas concordam neste ponto. Sendo assim, não é por se pertencer à espécie humana que se pode classificar um indivíduo como pessoa e, por outro lado, poderá haver indivíduos não humanos que se poderiam classificar como pessoas. Com base nesse conceito de pessoa, alguns filósofos consideram que membros da espécie humana como os fetos, os recém-nascidos ou os doentes em estado vegetativo persistente (EVP) não são pessoas [17,18]. Quanto a considerar pessoas indivíduos não humanos, Kant afirma “O homem, e, duma maneira geral, todo o ser racional, existe como fim em si mesmo...” e como se disse atrás “...ao passo que os seres racionais se chamam pessoas,...” [16], admitindo assim a hipótese de existirem seres racionais, logo pessoas, não humanos. Engelhardt considera que se contactássemos com extraterrestres inteligentes deveríamos considerá-los pessoas, embora não pertencessem à espécie humana [17]. E Peter Singer considera que certos animais como os gorilas, chimpanzés, orangotangos e outros devem ser considerados pessoas [18].

Só as pessoas são agentes morais porque a sua racionalidade os torna livres e capazes de tomar decisões e de assumir a responsabilidade pelos seus actos. Assim, os fetos e os recém-nascidos não são pessoas. Mas serão eles coisas? Para resolver esta questão foi introduzida a noção de pessoa potencial. Segundo este conceito, há uma continuidade no ser humano desde a concepção até adquirir as características, que provavelmente adquirirá, de pessoa. Os embriões, os fetos ou os recém-nascidos não são pessoas, mas também não são coisas, porque fazem parte de um contínuo que em grande parte dos casos se tornarão pessoas [19]. Esta noção é contestada por muitos, como Tristram Engelhardt Jr. para quem dizer que um feto é uma pessoa potencial é dizer que não é uma pessoa e, por isso, não lhe podem ser atribuídos os direitos das pessoas. Para este autor, o valor que os embriões e os fetos têm é o valor que as pessoas lhes atribuem, podendo portanto depender de vários factores como o de

serem desejados, de terem uma trissomia 21, etc. [17]. Há quem argumente que o zigoto, o embrião e o feto têm potencial para se tornarem pessoas, mas também têm potencial para se tornarem abortos espontâneos, molas hidatiformes ou indivíduos com atrasos mentais profundos; por isso, os termos pessoas prováveis ou possíveis seriam mais adequados. As probabilidades de virem a tornar-se pessoas é variável dependendo, por exemplo, do estado de desenvolvimento do local onde a mãe vive; sabemos que há variações profundas da mortalidade infantil entre os países.

Além do conceito filosófico de pessoa existem outros, como o religioso, o legal e o social.

Para a religião católica “desde o primeiro momento da sua existência, devem ser reconhecidos a todo o ser humano os direitos da pessoa...” [20].

A Constituição Portuguesa diz no seu artigo 1º que “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana...” e no artigo 24º que “A vida humana é inviolável”. Pela conjugação destes dois artigos da Constituição Portuguesa se pode entender que a legislação pretende proteger a vida humana, logo os elementos da espécie, embora considere a importância fundamental da pessoa humana, não esclarecendo qual é o conceito de pessoa adoptado.

O debate sobre que estatuto atribuir aos membros da espécie cujo nível de consciência e de racionalidade não lhes permite serem considerados pessoas, nomeadamente os que ainda não nasceram, os recém-nascidos, os atrasados mentais profundos ou os indivíduos em EVP, provavelmente nunca levará a uma conclusão consensual. Este debate é, porém, indispensável, mas não é o único elemento a ter em conta. As tradições, a influência da religião, a evolução tecnológica e outros aspectos são outros elementos (talvez até os mais importantes) que influenciam o que as sociedades vão decidindo em diferentes momentos e que acaba muitas vezes por se traduzir na legislação. Como diz Engelhardt, o facto de não considerarmos alguns

seres humanos como não sendo pessoas em termos éticos ou filosóficos não significa que os consideremos menos, reflecte apenas os limites do raciocínio (da argumentação) filosófico [17].

1.5 CONCEITOS E CRITÉRIOS DE MORTE

O termo morte é usado em vários sentidos. Metaforicamente, morte pode significar o fim, o desaparecimento. Mesmo no seu sentido real, o termo morte é frequentemente empregue de forma ambígua significando umas vezes morrer, outras estar morto e a morte no seu sentido correcto. Mas morrer é o processo que conduz a estar morto e que ocorre em vida, portanto, pode ser experimentado; quando se diz que a morte de alguém foi muito longa, usa-se o termo morte de modo incorrecto, porque aqui morte é usado no sentido de morrer. Estar morto é um estado que ocorre após a morte e, claramente, não faz parte da vida. A morte está entre o morrer e o estar morto; está no fim do morrer e no princípio do estar morto [6].

Deve distinguir-se o conceito de morte de critério(s) de morte. O conceito de morte diz o que a morte é, enquanto que o critério ou os critérios de morte são as condições que nos permitem determinar se um indivíduo está morto segundo esse conceito. Portanto, os critérios de morte devem estar relacionados com um conceito de morte. O conceito de morte pode ser encarado do ponto de vista religioso ou filosófico, contudo, os critérios de morte são indicadores biológicos da irreversibilidade de um processo, pelos meios actualmente conhecidos. Por exemplo, para os cristãos a morte é o abandono do corpo pela alma não havendo nenhum critério que permita determiná-lo, mas são aceites os critérios biológicos de morte estabelecidos. Os conceitos de morte secularizaram-se sobretudo durante o século XX, tendo os conceitos religiosos perdido influência. A determinação do momento da morte tem implicações importantes dos pontos de vista legal, social e ético.

A morte a nível celular é um processo, não é um acontecimento. A capacidade de resistir à anoxia varia com os tecidos. Sabe-se há muito tempo que as unhas e o cabelo podem

continuar a crescer depois de o coração parar. A pele pode ser colhida e usada para transplantação após 24 horas de assistolia. Também se podem fazer enxertos de osso e de artérias colhidas 48 horas depois do indivíduo ter sido declarado morto [21]. A morte como um evento, isto é, a destruição simultânea de todas as células do corpo é excepcional, podendo acontecer na carbonização por uma explosão nuclear [21]. O que interessa, portanto, não é determinar se todas as células estão mortas, mas o ponto de não retorno. O que importa é determinar o ponto a partir do qual o processo se tornou irreversível independentemente dos meios que se possam empregar para o reverter. Este ponto significa também a morte, o fim, do organismo biológico como um sistema integrado de tecidos e células [22]. O momento em que foi determinado esse ponto é o momento da morte. Os conceitos de morte, porém, não são, como já foi dito, apenas biológicos, são também filosóficos, morais e religiosos, gerando divergências profundas entre as pessoas. Alguns desses conceitos de morte e os critérios para a determinar serão descritos à frente.

A determinação da morte como uma actividade médica, como um diagnóstico, pode produzir resultados falsamente negativos ou positivos que dependem dos conceitos e dos critérios adoptados.

Uma das consequências de errar esse diagnóstico é considerar morto alguém que de facto está vivo (resultado falsamente positivo) e assim enterrar um indivíduo vivo. O medo de se ser enterrado vivo designa-se tafofobia. Esse medo aumentou sobretudo a partir de meados do século XVIII com a noção da morte aparente e foi, em certa medida, da responsabilidade dos médicos de então. Na realidade, sempre se tomaram precauções para evitar que um indivíduo vivo fosse enterrado. Os rituais religiosos e outros relacionados com a morte, como a higiene e exposição do corpo, deixar o rosto descoberto e o intervalo até à inumação são exemplos dessas precauções. Havia também o hábito de chamar em voz alta por três vezes o nome do presumido defunto – *conclamatio* [23]. Ainda hoje o papa é chamado três vezes pelo seu nome

de baptismo na sua morte [23]. Os mais ricos faziam testamentos em que estipulavam o intervalo de tempo que desejavam que passasse entre a sua morte e a inumação, incluindo alguns que, antes do enterramento, fosse feita a escarificação, isto é, cortes na planta dos pés [23]. Na Alemanha, criaram-se instituições, designadas obituários ou *vitae dubiae azilia*, onde eram depositados os corpos sob vigilância até ao início da putrefacção [23]. A partir da segunda metade do século XIX este terror de ser enterrado vivo foi-se atenuando. No entanto, ainda hoje para assegurar que a situação é definitiva, a autópsia ou a inumação do corpo não é permitida em muitos países antes de passarem 24 horas da verificação do óbito.

1.5.1 A morte cárdio-respiratória

Até ao fim do século XIX, a determinação da morte baseava-se na paragem respiratória e, a partir daí, com a descoberta da circulação sanguínea e da auscultação, passou a basear-se na paragem cardíaca [24]. Ainda hoje, na maioria dos casos é pela paragem cárdio-respiratória que se determina se alguém está morto. Acontece, porém, que a reanimação cárdio-respiratória e o desenvolvimento das técnicas e dispositivos de suporte da vida, substituindo as funções dos pulmões e do coração, criaram situações em que a determinação da morte é mais difícil.

Após o aparecimento dos ventiladores e das unidades de cuidados intensivos nos anos 50 do século XX foi possível manter artificialmente a função cárdio-respiratória. Disto resultou, porém, que alguns doentes com a função respiratória artificialmente mantida tinham perdido totalmente a função cerebral. Pela definição cárdio-respiratória de morte estes doentes estavam vivos. No entanto, manter-lhes a função cárdio-respiratória não lhes trazia qualquer benefício.

1.5.2 A morte do tronco cerebral/morte cerebral global (holocerebral)

A manutenção de indivíduos, cuja função cerebral total ou do tronco cerebral se tinha perdido definitivamente, ligados a ventiladores até à assistolia originou problemas legais, éticos,

psicológicos e económicos. “Ventilar um cadáver” [21] repercutia-se negativamente nos profissionais que tratavam este corpo e sobretudo nos familiares que viam o processo arrastar-se por tempo indeterminado com custos directos para os familiares, nos países em que estes cuidados tinham de ser suportados por eles, ou para toda a sociedade quando era o Estado que suportava o custo. Este problema só poderia ser resolvido se a definição de morte não continuasse a ser ligada à função cárdio-respiratória. Além disso, o desenvolvimento das técnicas de transplantação criou a necessidade de obter órgãos viáveis, que têm mais probabilidade de serem obtidos se forem extraídos de um corpo funcionante, o que acelerou o processo de reconsideração do conceito de morte. De facto, nos anos 50 do século XX começaram a fazer-se os primeiros transplantes renais e no final dos anos 60 do mesmo século fez-se o primeiro transplante cardíaco.

Em 1959, Mollaret e Goulon [25] deram o nome de coma ultrapassado (*coma dépassé*) ao estado dos doentes que tinham perdido as funções cerebrais incluindo as funções vegetativas. No mesmo ano, Wertheimer e col. consideraram que em certas condições se pode diagnosticar a morte do sistema nervoso central e puseram a questão de se, nessas circunstâncias, seria adequado prolongar a respiração artificial. Um importante defensor de uma nova definição de morte baseada em critérios neurológicos foi a Comissão Ad Hoc da Harvard Medical School em 1968 [26]. Esta comissão propôs que fosse declarada a morte de um indivíduo em coma irreversível, antes de se desligarem os meios de suporte. Aqui a designação foi de coma irreversível, em vez de coma ultrapassado, e foi descrito como um estado de não reactividade, sem movimento, respiração ou reflexos, e um electroencefalograma plano. Na Inglaterra o critério de morte cerebral é a morte do tronco cerebral, o que não é muito diferente visto que a morte do tronco cerebral implica a cessação da actividade cerebral [24]. Portugal também seguiu este caminho.

Com esta definição pretendia-se que doentes em morte cerebral, portanto sem hipóteses de sobreviver sem suporte intensivo, não fossem mantidos indefinidamente ligados a um ventilador, sem que tirassem disso algum benefício, e facilitar a colheita de órgãos para transplantação.

Os critérios para determinar a morte cerebral evoluíram desde os que foram expressos acima, tornando-se mais precisos para evitar a maior preocupação expressa relativamente a esta definição de morte que era a de um estado de inconsciência reversível poder ser diagnosticado como morte cerebral. No Quadro 1.1 podem ver-se os critérios em vigor em Portugal [27].

Estes critérios de morte cerebral só necessitam de ser explicitamente determinados quando as funções respiratórias e circulatórias são artificialmente mantidas, porque nas outras situações basta determinar a paragem cárdio-respiratória porque a esta se segue fatalmente a morte cerebral, dentro de poucos minutos.

Na realidade a importância do cérebro para a vida sempre foi considerada, talvez inconscientemente, como fundamental. Por isso, o enforcamento e a decapitação foram, e infelizmente ainda são, usados para matar pessoas. Após uma decapitação o coração pode continuar a funcionar durante alguns minutos, o que se pode comprovar pelo jorro de sangue pelas carótidas, no entanto, não é provável que alguém considerasse que o decapitado continuava vivo. Também na cultura tradicional japonesa que considerava um ponto do abdómen, o *hara* ou *tanden*, que corresponde ao centro de gravidade, como centro da vida espiritual, o suicídio fazia-se pelo corte do abdómen, *haraquiri* ou *seppuku*, mas imediatamente a seguir a esse corte um companheiro decapitava o suicida. Estas práticas mostram bem que o cérebro sempre foi considerado indispensável à vida.

Quadro 1.1. Critérios de morte cerebral

A certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade.
I - Condições prévias
Para o estabelecimento do diagnóstico de morte cerebral é necessário que se verifiquem as seguintes condições: 1) Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica; 2) Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos; 3) Ausência de respiração espontânea; 4) Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas nos números anteriores.
II - Regras de semiologia
1) O diagnóstico de morte cerebral implica a ausência na totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral: a. Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo; b. Reflexos oculocefálicos; c. Reflexos oculovestibulares; d. Reflexos corneopalpebrais; e. Reflexo faríngeo. 2) Realização da prova de apneia confirmativa da ausência de respiração espontânea.
III - Metodologia
A verificação da morte cerebral requer: 1) Realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade; 2) Realização de exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado necessário; 3) A execução das provas de morte cerebral por dois médicos especialistas (em neurologia, neurocirurgia ou com experiência de cuidados intensivos); 4) Nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à unidade ou serviço em que o doente esteja internado.

Hoje este conceito é o mais seguido. No entanto, foi rejeitada no Japão por razões religiosas e filosóficas [28], mas devido à impossibilidade de fazer transplantes, a legislação foi alterada em 1997 criando um padrão duplo em que a morte cerebral é aceite se o indivíduo for um dador de órgãos (existe um cartão de dador), mas se não for dador de órgãos o critério de morte é o da paragem cardíaca [29]. Também na Dinamarca o Conselho de Ética, órgão consultivo do governo dinamarquês, produziu um relatório recomendando que o critério de morte

se deveria manter, ou seja a cessação da actividade cardíaca [30]. Segundo este conselho, a morte é uma realidade complexa com aspectos religiosos, morais e humanos e, na experiência do dia a dia, a identidade de uma pessoa compreende a integridade da consciência e o corpo, mas como a identidade não se relaciona menos com o corpo do que com a consciência, não se pode dizer que o processo de morte terminou enquanto houver respiração e batimentos cardíacos, o corpo se mantiver quente e a sua cor do for normal, o que pode ser compatível com a morte cerebral. A destruição total das funções cerebrais significa, segundo o conselho, que o processo de morte começou e que é irreversível mas só termina quando as funções respiratória e cardíaca cessarem [30]. Hoje a Dinamarca já adoptou o critério de morte cerebral como critério de morte, mas foi dos últimos países europeus a fazê-lo.

O conceito de morte cerebral parece ser compatível com as crenças católica, protestante, ortodoxa, judaica e islâmica sobre a natureza da morte [31].

1.5.3 A morte cerebral superior (neocortical)

Há doentes com dano cerebral de causas diversas com perda de consciência mas que respiram espontaneamente. Se este estado se mantém por mais de um mês diz-se que os doentes estão em EVP. Estes doentes não têm as funções cerebrais superiores que controlam a consciência, a cognição e as emoções, mas mantêm funções do tronco cerebral que lhes permite manter funções corporais, entre as quais a respiração, e ciclos de sono-vigília [32]. O EVP pode ser reversível. No entanto, ao fim de alguns meses, dependendo da causa e da idade do doente, a recuperação torna-se improvável [32,33]. Apesar de não terem consciência, estes doentes não estão incluídos na definição de morte cerebral global.

Considerar estes doentes mortos, isto é, se um doente com perda das funções cerebrais superiores, ainda que mantenha as funções corporais, está morto, está em debate. Os defensores do conceito de morte cerebral superior argumentam que o conceito de pessoa

implica a existência de consciência e a capacidade de tomar decisões e dar permissão e não apenas a capacidade de manter algumas funções orgânicas. Segundo este conceito os doentes em EVP estão mortos como pessoas, visto que perderam irreversivelmente a consciência e, portanto, não devem ser consideradas pessoas. Os defensores do conceito de morte cerebral superior objectam que no conceito de morte do tronco cerebral ou cerebral global o cérebro é considerado um órgão controlador e integrador das funções dos sistemas orgânicos, relegando para um lugar secundário, e não essencial, a sua função como responsável pela consciência [34,35].

A determinação da irreversibilidade da perda da função cerebral no EVP envolve várias dificuldades. Existe o receio de se produzir um número inaceitável de determinações falsamente positivas. De facto, há casos de diagnósticos errados de EVP [36]. Há, casos raros de recuperação tardia da consciência, embora para um estado de grande incapacidade e dependência total [37]. pelo que tanto quanto é sabido nenhum estado adoptou na sua legislação a definição de morte cerebral superior. Nos Estados Unidos da América (EUA) os tribunais geralmente permitem a suspensão dos tratamentos de suporte da vida nos doentes em EVP a pedido dos familiares, baseando-se no direito à recusa de tratamentos de que gozam os doentes ou os seus representantes legais [38]. No entanto, alguns casos têm sido discutidos nos tribunais com base na ausência de evidência de que o indivíduo em EVP desejaria a suspensão do tratamento se pudesse decidir [39]. Noutros países é comum a suspensão da alimentação artificial [39]. Resolver o problema deste modo implica, porém, que se considera que esses doentes estão vivos, pelo que se as famílias quiserem que o tratamento continue e não houver qualquer indicação de que o doente quisesse outra coisa, não é possível suspender as medidas de suporte.

Neste conceito há ainda uma questão de intensidade, de que não está completamente isento o conceito de morte cerebral global. Isto é, quanta consciência é necessário ter para se

considerar que a pessoa está viva. Este aspecto tem implicações importantes, nomeadamente, quanto aos doentes com demências, os quais vão perdendo gradualmente a função cognitiva, muitas vezes ao longo de anos, até chegarem a uma altura em que perdem a consciência de si próprios. Quando se poderiam considerar mortos pela definição de morte cerebral superior não seria fácil de determinar.

Este conceito de morte envolve ainda problemas de ordem emocional e social resultantes de, nessas circunstâncias, os parentes e amigos do indivíduo e a sociedade em geral, aceitarem que quem respira espontaneamente possa estar morto.

1.5.4 O caso dos recém-nascidos anencefálicos como dadores de órgãos

A anencefalia é uma anormalidade do desenvolvimento do sistema nervoso central que resulta na ausência congénita do cérebro, crânio e couro cabeludo [40]. Como estes recém-nascidos não têm córtex cerebral, não têm nem podem vir a ter qualquer grau de consciência reflexiva. A ausência de córtex cerebral faz com que não haja actividade electroencefalográfica mensurável [41]. No entanto, o seu tronco cerebral funciona total ou parcialmente, por isso mantêm pelo menos algumas funções do corpo como a respiração, a sucção, movimentos espontâneos, etc. Menos de metade destes recém-nascidos sobrevive mais do que um dia e menos de 10% sobrevive mais do que uma semana, embora haja um caso de sobrevivência de dois anos e meio com tratamento intensivo [40].

A escassez de órgãos para transplante em crianças conduziu a que se considerasse a possibilidade de colher órgãos nos recém-nascidos anencefálicos. Porém, o facto de estes não poderem ser considerados mortos, condição necessária para se poder fazer a colheita de órgãos, por terem um tronco cerebral funcional, torna a questão controversa. Esperar a morte natural dos recém-nascidos com anencefalia para colher os seus órgãos permite o sucesso em apenas um em cada nove transplantes e, por outro lado, usar sistemas de suporte da vida para

manter a viabilidade dos órgãos manterá também a actividade do tronco cerebral [41]. Além disso, manter a vida destas crianças artificialmente poderia prolongar a angústia dos pais, poderia causar conflitos entre profissionais da saúde, ser alvo da crítica do público e levar à eventual perda de confiança nos programas de transplantação.

Esta questão só poderia ser resolvida se [41]:

- Os recém-nascidos anencefálicos fossem considerados mortos, dado que não têm possibilidade de virem a ter consciência e a sua morte é sempre iminente. Esta solução só foi adoptada pela Alemanha, onde os recém-nascidos anencefálicos são considerados legalmente mortos e assim os seus órgãos podem ser usados para transplantação.
- Fosse adoptada a definição de morte cerebral superior, já discutida atrás.
- Os recém-nascidos anencefálicos fossem considerado um grupo especial, *sui generis*, para o qual se deveriam aplicar regras e leis especiais.

Nos EUA a discussão tem sido particularmente viva. A discussão chegou aos tribunais quando em 1992 os pais de uma criança anencefálica pediram permissão ao Supremo Tribunal da Flórida para doar os órgãos do seu filho; o tribunal, de acordo com a lei, negou a pretensão dos pais [40].

Em 1988, o Council on Ethical and Judicial Affairs da Associação Médica Americana (AMA), depois de examinar a questão da doação de órgãos de crianças anencefálicas, concluiu que só era legítima após a sua morte, quer ela tenha ocorrido por cessação da função cardíaca ou da função cerebral [40]. Em 1995, o Council reviu a sua posição, considerando eticamente aceitável remover órgãos para transplantação de recém-nascidos anencefálicos antes da sua morte, desde que haja consentimento dos pais e o diagnóstico de anencefalia seja confirmado por dois médicos, com especial competência nesta matéria e que não pertençam à equipa de transplantação [40]. O Council justificou a sua mudança de opinião com o benefício resultante da melhoria da qualidade de vida ou do salvamento da vida de muitas crianças e também do

benefício para os pais dos recém-nascidos anencefálicos que aliviarão o seu sofrimento psicológico pelo bem que resultaria para outras criança da doação dos órgãos do seu filho [40]. Ainda em 1995, o Council suspendeu a sua opinião anterior porque os seus membros ficaram preocupados com alguns diagnósticos de anencefalia e com a compreensão acerca da consciência nesses recém-nascidos. O Council apelou à comunidade científica para se envolver no esclarecimento sobre o verdadeiro estado de consciência para que no futuro se possam tomar decisões com fundamentação mais segura [42].

As mudanças de opinião descritas mostram bem as dificuldades que esta questão envolve e que têm a ver com questões éticas, mas também com os desenvolvimentos científicos, com os sentimentos individuais e com a opinião pública.

Os conceitos de morte aqui expostos representam a resposta ou a adaptação aos problemas que a evolução da medicina suscita. O conceito de morte actualmente vigente, a morte do tronco cerebral ou cerebral global, teve uma aceitação praticamente universal porque acaba por ser um compromisso entre os conceitos referidos. Mais do que uma justificação ética, há razões práticas que levaram à sua adopção, nomeadamente, a sua aceitabilidade pela generalidade das pessoas e das religiões e a necessidade de obter órgãos para transplantação.

O progresso futuro da medicina poderá resolver algumas questões e criar outras. Por exemplo, a possibilidade de congelar pessoas logo após a sua morte (ou idealmente antes de morrer – actualmente um crime), de modo a possibilitar no futuro a cura da doença que as levaram à morte, o que criará? Em que condição estariam essas pessoas enquanto congeladas?

REFERÊNCIAS

1. Ariès P. A morte invertida. Em: Ariès P, ed. O Homem perante a morte – II. Mem Martins: Publicações Europa-América 1988b;309-358.

2. Catecismo da Igreja Católica. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 2ª ed. 1999:1014.
3. Catecismo da Igreja Católica. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 2ª ed. 1999:1035.
4. Murphy JG. Rationality and the fear of death. Em: Fischer JM, ed. The metaphysics of death. Stanford, California: Stanford University Press; 1993:43-58.
5. Espinoza B. Da servidão humana ou das forças das afecções: proposição LXVII. Em Espinoza B. Ética. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 1992:423-424.
6. Rosenbaum SE. How to be dead and not care: a defence of Epicurus. Em: Fischer JM, ed. The metaphysics of death. Stanford, California: Stanford University Press; 1993:117-134.
7. Nagel T. Death. Em: Fischer JM, ed. The metaphysics of death. Stanford, California: Stanford University Press; 1993:61-69.
8. Feldman F. Some Puzzles about the evil of death. Em: Fischer JM, ed. The metaphysics of death. Stanford, California: Stanford University Press; 1993:307-326.
9. Brueckner AL, Fischer JM. Why is death bad? Em: Fischer JM, ed. The metaphysics of death. Stanford, California: Stanford University Press; 1993:219-229.
10. Fischer JM. Introduction: death, metaphysics, and morality. Em: Fischer JM, ed. The metaphysics of death. Stanford, California: Stanford University Press; 1993:3-30.
11. Williams B. The Makropulos case: reflections on the tedium of immortality. Em: Fischer JM, ed. The metaphysics of death. Stanford, California: Stanford University Press; 1993:73-92.
12. Catecismo da Igreja Católica. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 2ª ed. 1999:2280.
13. Beauchamp TL, Childress JF. Nonmaleficence. Em: Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press. 5ª ed. 2001a:113-164.
14. Diaz C. Pessoa. Em: Cortina A ed. Dez palavras chave em ética. Palheira: Gráfica de Coimbra. 281-318.
15. Locke J. Of identity and diversity. Em: An essay concerning human understanding. Book II: cap XXVII. New York: Prometheus Books; 1995:241-277.

16. Kant I. Transição da filosofia moral popular para a metafísica dos costumes. Em: Fundamentação da metafísica dos costumes. Lisboa: Edições 70;2003:39-91.
17. Engelhardt HT. The context of health care: persons, possessions, and states. Em: The foundations of bioethics. New York: Oxford University Press, 2ª ed; 1996a:135-188.
18. Singer P. Beyond the discontinuous mind. Em: Singer P. Rethinking life and death. New York, NY: St. Martin's Griffin; 1994a:57-80.
19. Keating B. Pessoa potencial. Em: Hottois G, Parizeau MH, eds. Dicionário de Bioética. Lisboa: Instituto Piaget; 1998:105-110.
20. Catecismo da Igreja Católica. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 2ª ed. 1999:2270.
21. Pallis C. Reappraising death. BMJ 1982;285:1409-1412.
22. Gillon R. Death. J Med Ethics 1990;16:3-4.
23. Ariès P. O morto-vivo. Em: Ariès P, ed. O Homem perante a morte – II. Mem Martins: Publicações Europa-América 1988a;122-134.
24. Faria R. O diagnóstico de morte: morte cerebral. Em: Archer L, Biscaia J, Osswald W, eds. Bioética. Lisboa: Editorial Verbo; 1996:372-377.
25. Mollaret P. Goulon M. Le coma dépassé : mémoire préliminaire. Revue Neurologique 1959 ;101 : 3-15.
26. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A definition of irreversible coma. JAMA 1968;205:85-88.
27. Declaração da Ordem dos Médicos sobre os critérios de morte cerebral (prevista no artigo 12º da Lei nº 12/93, de 22 de Abril). Diário da República – I Série B, nº 235, 11.10.1994.
28. Verspieren P. Critérios de morte. Em: Hottois G, Parizeau MH, eds. Dicionário de Bioética. Lisboa: Instituto Piaget; 1998:105-110.
29. McConnell JR. The ambiguity about death in Japan: an ethical implication for organ procurement. J Med Ethics 1999;25:322-324.

30. Rix BA. Danish ethics council rejects brain death as the criterion of death. *J Med Ethics* 1990;16:5-7.
31. Lamb D. Death and reductionism: a reply to John F Catherwood. *J Med Ethics* 1992;18:40-42.
32. The Multi-Society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state. *N Engl J Med* 1994;330:1499-1508.
33. Council on Scientific Affairs and Council on Ethical and Judicial Affairs. Persistent vegetative state and the decision to withdraw or withhold life support. *JAMA* 1990;263:426-430.
34. Engelhardt HT. The endings and beginnings of persons: death, abortion, and infanticide. Em: *The foundations of bioethics*. New York: Oxford University Press, 2^a ed; 1996b:239-287.
35. Rich BA. Postmodern personhood: a matter of consciousness. *Bioethics* 1997;11:206-216.
36. Zeman A. Persistent vegetative state. *Lancet* 1997;350:795-799.
37. Childs NL, Mercer WN. Brief report: late improvement in consciousness after post-traumatic vegetative state. *N Engl J Med* 1996;334:24-25.
38. Schlotzhauer AV, Liang BA. Definitions and implications of death. *Hematol Oncol Clin N Am* 2002;16:1397-1413.
39. Singer P. Tony Bland and the sanctity of human life. Em: Singer P, ed. *Rethinking life and death*. New York, NY: St. Martin's Griffin; 1994b:57-80.
40. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. The use of anencephalic neonates as organ donors. *JAMA* 1995;20:1614-1618.
41. Lafreniere R, McGrath MH. End-of-life issues: anencephalic infants as organs donors. *J Am Coll Surg* 1998;187:443-447.
42. Plows CW. Reconsideration of AMA opinion on anencephalic neonates as organ donors. *JAMA* 1996;275:443-444.

ABSTENÇÃO OU SUSPENSÃO DE TRATAMENTOS

A medicina progrediu mais na segunda metade do século XX do que tinha progredido em toda a história anterior da humanidade. Este progresso baseou-se no desenvolvimento de medicamentos, técnicas e dispositivos destinados a curar ou prolongar a vida. Esta evolução foi, sem dúvida, muito importante para a saúde das populações, mas também criou alguns problemas resultantes do seu uso inadequado, excessivo ou indesejado. Os problemas surgem, sobretudo, em doentes críticos, terminais, inconscientes ou com alterações graves e irreversíveis de ordem física ou mental.

Neste capítulo dedicado à abstenção ou suspensão de tratamentos, refiro-me aos tratamentos destinados a prolongar a vida e não aos tratamentos destinados ao controlo de sintomas e ao bem-estar.

2.1. CUIDAR E TRATAR: OS OBJECTIVOS DA MEDICINA

Com o seu desenvolvimento recente os objectivos da medicina tornaram-se em curar ou prolongar a vida, como disse acima. No entanto, estes objectivos não esgotam as necessidades das pessoas. A promoção da qualidade de vida e do conforto são também objectivos importantes e, muitas vezes, os únicos alcançáveis.

Usando as doenças oncológicas como exemplo:

- O objectivo pode ser a cura, como em alguns casos de leucemia aguda. Para atingir este objectivo é necessário usar métodos de tratamento agressivos que podem causar efeitos tóxicos intensos com o risco de precipitar a morte do doente. É necessário que os serviços estejam preparados para usar meios de suporte avançado de vida se for necessário.
- Se o objectivo é prolongar a vida, como na situação de uma mulher com uma recidiva de um cancro da mama, em que há uma probabilidade razoável de resposta, os tratamentos requerem alguma intensidade e podem provocar efeitos tóxicos por vezes intensos. No entanto, esses tratamentos são indispensáveis para se atingir um objectivo útil para o doente e que tem como resultado líquido um benefício.
- Quando se considera que não há indicação para tratamento específico da doença porque se mostrou resistente ou porque o estado físico do doente não permite, há que continuar a tratar a pessoa, agora não com o objectivo de a curar ou prolongar a vida, mas com o objectivo de obter o melhor bem-estar possível. Neste caso, é necessário ter em conta que os tratamentos não devem eles próprios comprometer a qualidade de vida com os seus efeitos tóxicos, sob pena de não atingirmos o objectivo proposto.
- Finalmente, quando os doentes estão obviamente muito próximos da morte, já nem de qualidade de vida se pode falar, mas continua a haver um objectivo importante: o conforto. Ter em mente este objectivo ajuda-nos a tomar decisões. De facto, se tivermos dúvidas sobre a execução de uma determinada acção, podemos-nos perguntar se poderá contribuir para o conforto do doente e a resposta que encontrarmos para essa pergunta nos dirá se devemos executar essa acção.

Nem sempre o objectivo se pode definir com clareza à partida. Além disso, os objectivos são definidos inicialmente em termos de probabilidade, pelo que se podem revelar inalcançáveis mais tarde. Quando é assim, o objectivo tem de ser redefinido e a estratégia reformulada. Dentro

desta legítima incerteza, no estágio de desenvolvimento da medicina actual, é necessário muitas vezes iniciar um tratamento agressivo, mas se o seu fracasso se tornar evidente é também necessário interrompê-lo e não persistir obsessivamente no mesmo caminho.

Estes objectivos descritos não são mutuamente exclusivos. Curar e prolongar a vida não são incompatíveis com a promoção da qualidade de vida; ao contrário, estes objectivos devem ser conjugados sempre que possível. Efectivamente, os tratamentos têm com frequência um efeito misto: o tratamento de um cancro do esófago com cirurgia, quimioterapia ou radioterapia, dependendo da situação, destinados a curar ou deter a sua progressão podem ser os mais eficazes para resolver a disfagia; por outro lado, o controlo da dor pode prolongar a vida por melhorar a mobilidade e o humor; há ainda outros tratamentos, usados por exemplo em cuidados paliativos, que têm como finalidade principal prolongar a vida como a alimentação artificial por meio de sonda nasogástrica, gastrostomia, ou outros, em doentes com disfagia e com um estado físico e mental razoável. No entanto, definir o objectivo principal é importante para se tomarem decisões. Perder a oportunidade de curar um doente é um erro grave, mas também o é não reconhecer que o doente não pode ser curado e de que precisa exclusivamente de medidas destinadas a melhorar o seu bem-estar ou o seu conforto.

2.2. TRATAMENTOS ORDINÁRIOS E EXTRAORDINÁRIOS

A distinção entre tratamentos ordinários e extraordinários tem uma longa tradição na história da medicina. Esta distinção foi desenvolvida por teólogos da Igreja Católica para lidar com os problemas da cirurgia, anteriormente ao desenvolvimento da assepsia e da anestesia, para determinar se a recusa de tratamento de um doente poderia ser classificada como suicídio [1]. Assim, a recusa de meios ordinários de tratamento era considerada suicídio, enquanto que a recusa de meios extraordinários não o era. Este conceito pode-se estender à atitude dos

familiares e dos profissionais de saúde. Esta terminologia é largamente usada nos meios médicos e judiciários.

Os termos tratamento ordinário e extraordinário têm sido interpretados de vários modos através do tempo. Uma das mais vulgares é a de considerar ordinário como significando habitual e extraordinário como significando não habitual [1]. Outros critérios para distinguir tratamentos ordinários de extraordinários são: simples ou complexo, natural ou artificial, não invasivo ou invasivo, barato ou caro, de rotina ou heróico [1]. Mais recentemente têm-se utilizado as expressões tratamento proporcionado ou desproporcionado e obrigatório ou opcional.

Estas designações são vagas e não permitem tomar decisões nas situações concretas, embora alguns dos critérios indicados sejam elementos a ter em conta. Isto quer dizer que, se os benefícios esperados forem equivalentes, se devem preferir os tratamentos simples, não invasivos e baratos aos complexos, invasivos e caros. No entanto, os elementos fundamentais da decisão devem ser os benefícios e os inconvenientes para o doente, o balanço entre estes, os desejos do doente e os recursos disponíveis. A ponderação dos benefícios e inconvenientes envolve um grau elevado de imprecisão, mas é um exercício indispensável no processo de decisão. Os benefícios e inconvenientes devem ser avaliados pelos doentes competentes, se estes assim o desejarem, porque só da sua perspectiva tem sentido essa avaliação. No entanto, se a probabilidade de benefício for mínima e os inconvenientes forem muito grandes numa dada situação concreta, o tratamento não deve ser feito e, neste caso, não deve ser discutido com o doente [2]. Não tem sentido discutir um tratamento com um doente para depois lhe dizer que não se está disposto a realizá-lo. Por exemplo, não tem sentido discutir com um doente com um cancro avançado e com uma sobrevivência previsível de dias a algumas semanas a possibilidade de fazer RCP.

2.3. ABSTENÇÃO E SUSPENSÃO DE TRATAMENTOS

Tanto profissionais da saúde como familiares de doentes tendem a considerar que há uma diferença importante entre não iniciar (abstenção) e interromper (suspensão) um tratamento. Por exemplo, não iniciar ventilação assistida num doente com uma doença pulmonar obstrutiva crónica grave, que desenvolveu uma insuficiência respiratória, não é considerado, em geral, igual a interromper esse tratamento, uma vez iniciado, por não haver melhoria da situação do doente. Isto acontece, provavelmente, porque a suspensão do tratamento é associada mais directamente à morte do que a abstenção (que se associa mais frequentemente à evolução natural da doença). A suspensão de um tratamento de suporte da vida pode fazer sentir as pessoas responsáveis e, portanto, culpadas pela morte do doente [1]. É, portanto, a diferença emocional e psicológica que distingue a abstenção da suspensão de tratamentos e não a distinção do ponto de vista ético. Esta diferença está provavelmente ligada à impressão negativa relacionada com a decisão da suspensão do tratamento interpretada como abandono do doente [3].

Se examinarmos mais detalhadamente a distinção entre abstenção e suspensão de tratamentos poderemos chegar a uma conclusão diferente. A distinção entre não iniciar e interromper um tratamento por si só não é relevante. O importante, mais uma vez, é saber se o tratamento é benéfico para o doente depois de avaliados os benefícios e os inconvenientes que esse tratamento pode acarretar. À partida não há obrigação de iniciar ou de não interromper um tratamento depois de iniciado. Acontece muitas vezes que a atitude correcta, isto é, a que mais beneficia o doente, é interromper um tratamento que foi iniciado mas que se revelou ineficaz ou deixou de fazer sentido por as condições se modificarem.

Se pensarmos que é aceitável não iniciar um tratamento de suporte da vida mas não suspendê-lo depois de iniciado, podemos tomar atitudes que não beneficiam os doentes:

- Manter um tratamento de suporte da vida que se mostrou ineficaz ou deixou de fazer sentido devido à evolução da doença;
- Não iniciar um tratamento que poderia beneficiar o doente com o receio de depois não o poder interromper mais tarde se se revelar ineficaz ou inadequado.

A justificação para iniciar ou continuar um tratamento deve ser a mesma: o benefício do doente. A ênfase da justificação deve estar em continuar o tratamento e não na sua suspensão, isto é, não devemos perguntar se a suspensão do tratamento beneficia o doente mas sim se o tratamento em curso o beneficia [3]. Continuar um tratamento que não beneficia o doente não é agir no seu melhor interesse, pelo que é eticamente errado.

Em medicina há muitas situações de incerteza, em que é impossível determinar com precisão o benefício que um tratamento pode ter, assim como todos os seus inconvenientes. Em muitos casos, a melhor atitude a tomar será iniciar o tratamento mas estar preparado para o interromper se não atingir os objectivos pretendidos. Assim se evita prejudicar os doentes por excesso ou por defeito.

2.4. FUTILIDADE

Uma acção é fútil se tem muito baixa probabilidade de atingir um objectivo ou como afirmaram Schneiderman e col. “a futilidade refere-se a uma expectativa de sucesso tão improvável que a sua exacta probabilidade é muitas vezes incalculável” [4]. Relatos de um ou dois casos de sucesso não contrariam a consideração de futilidade em casos semelhantes porque há uma grande variedade de factores para além do tratamento que podem influenciar o resultado final; nestes casos os sucessos não podem ser previsivelmente repetidos pelo que a sua causalidade é duvidosa. Assim, a futilidade de uma acção só se pode discutir com um objectivo definido. A avaliação da futilidade de uma acção pode ser quantitativa e qualitativa. A avaliação quantitativa define a probabilidade de atingir o objectivo e a qualitativa define se vale a

pena atingir esse objectivo. Ou por outras palavras, a futilidade deve definir-se por dois critérios: ausência de eficácia médica, julgado pelo médico e ausência de sobrevivência com significado, julgado pelos valores pessoais do doente [5]. Estes dois tipos de avaliação são interdependentes.

Na prática, porém, definir quantitativamente e qualitativamente a utilidade de uma acção pode ser muito difícil. Foram propostas várias definições, como por exemplo:

- Futilidade fisiológica [4]: se um tratamento não pode atingir o seu objectivo fisiológico e, portanto, não beneficia fisiologicamente o doente, o profissional não tem obrigação de o executar. Por exemplo, o objectivo fisiológico da RCP é manter um débito cardíaco e a respiração, em caso de insuficiência cárdio-respiratória, e só será fútil quando for impossível realizar massagem cardíaca eficaz (ruptura cardíaca) ou ventilação (obstrução respiratória). Este conceito de futilidade fisiológica tem a vantagem de não implicar qualquer interferência dos valores dos profissionais no julgamento da situação [6]. Porém, aplica-se a muito poucas situações. Para alguns, a futilidade fisiológica é a única defensável. No entanto, manter a actividade fisiológica não é o único objectivo da medicina, é necessário analisar se as acções beneficiam ou não os doentes.
- Schneiderman e col. [7]: um tratamento é fútil se os médicos concluem que nos últimos 100 casos semelhantes o tratamento foi inútil. Qualitativamente a inutilidade é definida como morte, inconsciência permanente ou dependência permanente de cuidados intensivos. Quantitativamente isto significaria que se poderia estar 95% confiante de que não mais do que 3 sucessos poderiam ocorrer em cada 100 casos comparáveis. Embora os números propostos sejam arbitrários, esta proposta tenta ser mais precisa do que as que se referem apenas a probabilidades muito baixas de sucesso.

Porém, há críticos desta posição que perguntam quão semelhantes devem ser os casos para se poder definir o tratamento como fútil. Por exemplo, se para avaliar a eficácia da ventilação mecânica numa pneumonia basta ver o que aconteceu nos últimos 100 casos ou se é importante estratificar de acordo com a idade, o agente etiológico ou doenças coexistentes, factores que provavelmente terão importância do ponto de vista clínico [6]. Outra crítica é a de se, ao aceitar que uma percentagem dos doentes podem ter a sua terapêutica suspensa inapropriadamente em nome da futilidade, se aceita que, numa certa percentagem o benefício de limitar apropriadamente a terapêutica ultrapassa a maleficência de a limitar inapropriadamente. Quanto a esta última crítica, é necessário notar que não podemos pensar apenas nos 3%, no máximo, que podem ter sido prejudicados por este critério de futilidade, é necessário ter também em atenção os 97%, no mínimo, que podem ter um fim de vida penoso ou degradante por não ter sido considerada a futilidade da acção.

- Para Murphy and Finucane [8] a preocupação principal de limitar a RCP é a contenção de custos. Assim, a RCP não deve ser considerada um padrão de tratamento para doentes com patologias cuja probabilidade de sobreviverem para terem alta hospitalar seja inferior a 3%. E identificaram grupos de doentes, baseados nos dados disponíveis, que cumpriam esse critério:
 - Doenças progressivas e letais
 - Cancro metastático (doente acamado)
 - Cirrose classe C de Child
 - Infecção por VIH (doentes com ≥ 2 episódios de pneumonia por *Pneumocystis carinii*)
 - Demência de longa data
 - Doenças agudas, quase fatais, sem melhoria após admissão numa UCI
 - Coma (traumático ou não) com > 48 h de duração

- Falência de múltiplos órgãos sem melhoria após 3 dias consecutivos numa UCI
- RCP sem sucesso fora do hospital

A estes doentes os médicos não ofereceriam RCP e os familiares não teriam o direito de a exigir.

Fútil seria então um tratamento que tem uma probabilidade tão baixa de ser bem sucedido que muitas pessoas - profissionais ou não - o considerarão como não valendo o custo. Reconhecem, no entanto, que a questão da definição de futilidade encontra o seu obstáculo principal que não é estabelecer um consenso sobre o seu limiar, isto é, se é 3%, 1%, 0,1% ou qualquer outro valor, porque a prática da medicina se baseia em probabilidades, mas em comprometer a autonomia do doente. Por isso, em vez da autoridade dos médicos, propõem um acordo social em que as comunidades locais determinariam para que estádios de doenças as terapêuticas deveriam ser consideradas fúteis através de consórcios de representantes que integrariam profissionais e não profissionais representantes das populações, representantes dos governos, etc.

Para Murphy e Finucane o objectivo expresso é o controlo dos custos. Portanto, a questão aqui é uma política de racionamento e não de futilidade.

- Outro método possível é as instituições estabelecerem os seus critérios indicando que intervenções são consideradas fúteis em circunstâncias definidas.
- O Council on Ethical and Judicial Affairs da Associação Médica Americana propôs não uma definição mas um processo para considerar casos de futilidade [9]. O processo começa por se tentar um consenso entre o doente, a família e o médico sobre o que é fútil e o que cai dentro de limites aceitáveis para todos. Se tal não for possível são envolvidas outras pessoas para facilitar a discussão e, eventualmente, a comissão de ética da instituição, ou outra entidade semelhante. Se não houver acordo apesar dos passos anteriores pode considerar-se a transferência dos cuidados dentro da instituição e, se tal não for possível, a

transferência para outra instituição. Se esta transferência não for viável e se o pedido do doente ou da família for inaceitável para a maioria dos profissionais de saúde em termos éticos ou em termos dos padrões profissionais a intervenção não tem de se realizar.

Presentemente não há um consenso na definição de futilidade médica e muitos pensam que a futilidade médica não pode ser claramente definida. Há quem pense, também, que envolve julgamentos baseados em valores ocultos e que pode afectar o princípio do respeito pela autonomia do doente. A probabilidade de êxito de uma determinada acção médica é na maioria dos casos difícil de determinar, podendo haver discordância entre os médicos. Por outro lado, pode haver discordância quanto à probabilidade abaixo da qual o tratamento pode ser considerado fútil. Também os doentes podem ter uma opinião diferente quanto à probabilidade abaixo da qual consideram não valer a pena executar uma determinada acção. Quanto aos critérios qualitativos, se os profissionais projectarem os seus valores e o que eles próprios consideram como uma vida que vale a pena ser vivida podem tomar decisões arbitrárias e incompatíveis com o que os doentes envolvidos pensam.

Outra questão é o medo de que a definição de tratamento fútil se expanda e dê origem a aplicações inadequadas ou a abusos (teoria da rampa deslizante). De facto, um estudo mostrou que em 32% dos casos julgados fúteis por internos, a probabilidade calculada (pelos internos) de sobrevivência após RCP era de 5% ou mais; em 20% a probabilidade calculada era de 10% ou mais; e a probabilidade de considerar o tratamento fútil foi maior em não brancos [10].

Tenho falado apenas de RCP porque a literatura médica que aborda a questão da futilidade predominantemente a refere, mas o conceito de futilidade pode aplicar-se a muitas outras situações: ventilação mecânica, hemodiálise, inserção de “pace-makers”, quimioterapia, cirurgia, nutrição artificial, hidratação artificial, transfusões de sangue e outros produtos, antibióticos, cateteres intravenosos (IV).

Numa época em que a contenção dos custos e o racionamento nos cuidados de saúde é um objectivo generalizado, os médicos e outros profissionais de saúde devem ter consciência que essa contenção é necessária e devem nela colaborar. No entanto, essa necessidade não deve ser confundida com o conceito de futilidade, não devendo ser invocada a futilidade como subterfúgio para limitar o acesso a recursos escassos e caros. No entanto, invocar a futilidade é politicamente mais correcto do que invocar a necessidade de racionar os meios, mas é um engano inaceitável.

Não é aceitável, também, invocar a futilidade de um tratamento para evitar discussões difíceis quando se prevê que o doente ou a família vão discordar da opinião do médico.

Alpers e Lo [11] sugerem que o conceito de futilidade não é aceitável porque tendo a aparência de ser objectivo, na verdade não o é e envolve julgamento sobre valores. A decisão de a acção ser certa ou errada no interesse do doente deve determinar-se por consenso entre o médico, o doente e a família e não por um cálculo de probabilidade. Nos casos raros de conflito teria de ser envolvida uma terceira parte - opinião médica, comissão de ética ou tribunal - para resolver o conflito. Sugerem mesmo que a presunção de que todos os doentes devem ter RCP, a não ser que uma ordem de não-ressuscitação tenha sido escrita, deve ser revista e que seria preferível que, em serviços gerais de internamento, os doentes ou os seus representantes fossem informados sobre a RCP e que lhes fosse pedida uma ordem escrita para a tentar [11].

Em minha opinião, a futilidade é um conceito profissional que permite tomar decisões de abstenção ou suspensão de tratamento unilateralmente, portanto, sem atender às preferências dos doentes ou dos seus familiares. Creio que é importante tentar definir objectivamente as situações em que beneficiar um doente com certas actuações agressivas é quase impossível, embora o seu alcance seja limitado. As instituições podem definir os seus critérios para determinar da futilidade de algumas acções em situações determinadas. No entanto, a variedade de situações possíveis é incompatível com definições que as englobem todas. Nos casos que

não estão bem definidos, a avaliação da futilidade de um determinado tratamento deve ser feita, sempre que possível, em equipa e não apenas por um médico isoladamente. No processo de decisão, há que em primeiro lugar comunicar e discutir a situação com o doente e, eventualmente, os seus familiares, sobre as decisões que o podem beneficiar, tentando chegar a um consenso, em que todos compreendam os benefícios e inconvenientes que determinada acção acarreta. Como sempre, o objectivo é beneficiar o doente e não apenas atingir um objectivo técnico. O doente tem uma palavra fundamental nesta discussão porque só ele pode determinar o que é para ele aceitável e com que qualidade de vida ele está disposto a viver. No entanto, os profissionais não são obrigados a aceitar o que vai contra os seus princípios éticos e profissionais. Em alguns casos a comissão de ética da instituição pode dar um contributo para a resolução de discordâncias. E quando a discordância é insanável deve-se considerar a transferência do doente dentro da instituição ou para outra instituição, se tal for exequível.

2.5. O PROCESSO DE DECISÃO

2.5.1. Autonomia

A capacidade de fazer escolhas autónomas é um aspecto essencial da ética em geral e da ética médica em particular, nomeadamente, no que respeita às decisões relacionadas com os problemas do fim de vida. Para uma escolha ser autónoma é necessário que haja compreensão e liberdade. A compreensão e a liberdade, porém, não são absolutas. Fazemos várias escolhas sem termos uma compreensão completa do assunto (será mesmo difícil saber o que isso seria) e sob várias influências. Por exemplo, quando compramos um carro não fazemos a escolha conhecendo todos os detalhes técnicos do carro nem das opções possíveis e, por outro lado, podemos ser influenciados pela publicidade, pelo vendedor ou por outras pessoas e, no entanto, a decisão final é nossa. Os doentes, mesmo na fase final da vida em que são frequentes

alterações cognitivas de intensidade variada e cuja dependência e fragilidade os torna mais vulneráveis, podem, ainda assim, exprimir muitas vezes a sua vontade. A autonomia não é, portanto, uma questão de tudo ou nada, mas representa um contínuo, desde totalmente presente até totalmente ausente [12]. Se considerarmos a autonomia como uma questão de tudo ou nada, poucas das nossa acções poderiam ser consideradas autónomas.

Os críticos dos defensores do primado da autonomia na ética médica referem que estes estão menos preocupados com o que os doentes querem de facto do que com o que os doentes deveriam querer [12]. Para os doentes fazerem escolhas e, portanto, exercerem a sua autonomia, devem ter informação adequada. Acontece, porém, que há doentes que não querem informação, ou, pelo menos, não querem a informação suficientemente detalhada que seria necessária para uma decisão, e outros podem não querer participar nessas decisões. Este argumento é usado para desvalorizar a relevância da autonomia como elemento fundamental das decisões médicas, mas a rejeição da informação ou da participação nas decisões são também opções dos doentes que devem ser respeitadas porque, elas próprias são expressão da sua autonomia. Outro argumento usado contra a relevância da autonomia é o que se baseia em estudos que mostram que, em algumas culturas, muitos doentes, sobretudo os mais idosos, não desejam informação nem participar nas decisões [13,14], podendo a família assumir a responsabilidade de ouvir as más notícias sobre o diagnóstico e o prognóstico dos doentes e tomar as decisões [14]. Estes estudos, porém, representam a opinião de indivíduos pertencentes a essas culturas e não a dos doentes com doenças graves. Quando são os doentes a manifestar a sua vontade de não querer conhecer o diagnóstico ou o prognóstico ou não querer tomar decisões, delegando-as noutros, também estão a exercer a sua autonomia. Deve dizer-se aqui que, além de ser uma opção dos indivíduos, não se deve presumir por isso o que um doente pertencente a uma determinada cultura pretende, devendo ser respeitada a individualidade de cada doente e dar-lhe oportunidade de manifestar os seus desejos. As questões culturais não

devem ser usadas como justificação para atitudes paternalistas em relação à participação dos doentes.

A autonomia dos doentes deve então ser respeitada, pelo que não é legítima qualquer intervenção médica numa pessoa sem o seu consentimento. Porém, a autonomia não tem um valor absoluto, é antes um valor *prima facie* já que pode haver outros aspectos a considerar, por exemplo:

- Os desejos do doente vão contra o que os profissionais consideram correcto do ponto de vista das suas normas profissionais e éticas;
- O doente deseja uma intervenção para a qual não há recursos;
- A decisão do doente pode produzir dano sério e identificável a outros, como na recusa de fazer uma terapêutica antituberculosa;
- O doente tenta deliberadamente causar dano a si próprio;
- Quando o tratamento pedido é fútil ou contra-indicado.

À autonomia é atribuído justificadamente um valor particular, sobretudo na América do Norte e em muitos países europeus, mas há circunstâncias em que os desejos dos doentes não podem ser atendidos porque colidem com outros princípios a ter em conta.

2.5.2. Competência

A competência é a capacidade de realizar uma tarefa [12]. Este conceito aplica-se a qualquer contexto. Quando aplicado à tomada de decisões, o conceito de competência liga-se ao conceito de autonomia. Os indivíduos são competentes se têm a capacidade de compreender a informação que lhes é prestada, fazer um julgamento sobre ela e comunicar a sua decisão [12]. Assim, uma pessoa para ser autónoma tem de ser competente.

Tal como referi em relação à autonomia, a competência não é uma questão de tudo ou nada. Há diferentes graus de competência que vão desde a competência mais completa até à inaptidão total. Em termos práticos é importante estabelecer um limiar abaixo do qual os indivíduos serão considerados incompetentes, independentemente do grau de incompetência, e acima do qual todos os indivíduos serão considerados competentes, independentemente do seu grau de competência.

Os doentes são em princípio considerados competentes. Em alguns doentes as alterações cognitivas são tão profundas que a sua incompetência se torna evidente, mas há casos em que as capacidades não estão tão diminuídas, tornando necessária uma avaliação precisa. Neste casos, é necessário estabelecer critérios para avaliar a competência dos doentes na tomada de decisões considerando a sua capacidade de compreender a informação relevante, de comunicar as opções, de apreciar a situação e as suas consequências e de manipular a informação racionalmente [15]. No entanto, esta tarefa pode não ser fácil dado não haver nenhum instrumento fiável para avaliar esta capacidade [30]. Um indivíduo pode ser incompetente quando [16]:

- É incapaz de compreender e reter a informação relevante para a decisão, especialmente as consequências prováveis do tratamento em questão;
- É incapaz de usar a informação e avaliá-la no processo de decisão.

A incompetência pode ser reversível, como em alguns casos de delirium ou quando é provocada pela medicação, situações em que o tratamento adequado pode permitir ao doente a recuperação da sua capacidade de decisão. O problema mais difícil na avaliação da competência é a recusa do doente em cooperar [15].

Para alguns autores o nível de competência requerido pode diferir com o risco envolvido na decisão requerida. Segundo James Drane, há três categorias gerais de situações médicas: tratamentos fáceis e eficazes, tratamentos menos certos e tratamentos arriscados [17]. Para os

tratamentos fáceis e eficazes, que são óbvia e objectivamente feitos de acordo com os melhores interesses dos doentes, o conhecimento da situação e o assentimento às expectativas racionais de outros seria o padrão pelo qual o consentimento seria aceite como válido. Para os tratamentos menos certos ou arriscados o padrão de competência terá de ser mais rigoroso [17].

Para outros autores, como Mark Wicclair a competência tem apenas a ver com as capacidades internas [18]. Isto é, o que está em causa não é a escolha que a pessoa realmente faz, nem os riscos envolvidos na escolha, mas se tem capacidade de tomar decisões do tipo em questão. A competência neste sentido é um atributo da pessoa e é determinado apenas na base das capacidades da pessoa em questão [17]. Portanto, a pessoa tem a capacidade de decisão ou não tem, independentemente do risco envolvido na decisão. O padrão de competência relacionado com o risco da decisão envolve outra dificuldade. De facto, implica que a competência seja assimétrica, quer dizer, para uma decisão sobre o mesmo assunto a competência requerida pode ser diferente dependendo de ser de concordância ou de recusa. Como, as recomendações do médico são, em geral, consideradas como as mais seguras ou melhores a competência requerida para as recusar seria maior do que a requerida para as aceitar.

No entanto, há uma questão diferente que é a de se considerar que há mais fortes razões para nos assegurarmos que uma pessoa é competente quando a decisão envolve um risco maior ou parece resultar num risco maior para ela. Por exemplo, se uma pessoa rejeita medidas para lhe prolongar a vida e essas medidas obviamente não lhe oferecem um benefício razoável não há razão para explorar aprofundadamente a capacidade de decisão. Mas se essas medidas beneficiassem o doente com uma probabilidade razoável e a pessoa recusasse, então seria essencial certificarmo-nos de que ela tinha capacidade para decidir [18]. Resumindo, a necessidade de avaliar mais rigorosamente a capacidade de decisão de uma pessoa quando a

decisão parece ir contra os seus melhores interesses, não implica que o padrão de capacidade de decisão varie com o risco da decisão.

2.5.3. Consentimento informado

A expressão consentimento informado (*informed consent*) foi introduzido nos EUA, numa decisão proferida por um tribunal da Califórnia, em 1957 [19]. A doutrina do consentimento informado teve assim uma origem no direito.

O consentimento informado será aqui referido apenas nos seus aspectos relacionados com os cuidados médicos. Obter um consentimento informado do doente é um modo de actuar preferível a ser o médico a determinar o que deve ou não ser dito, segundo os seus hábitos ou os hábitos do serviço onde trabalha, ou segundo uma referência a um hipotético indivíduo razoável.

Podem considerar-se vários elementos no consentimento informado: revelação da informação, competência, compreensão, decisão, e voluntariedade [20]. Segundo este modelo a informação é revelada por um médico a um doente competente que compreende a informação e voluntariamente decide aceitar ou recusar a proposta do médico [20].

A revelação da informação a dar é uma questão que se tem discutido extensamente e, frequentemente, é o único aspecto a ser considerado quando o consentimento informado é abordado. De facto, a revelação da informação é um passo essencial no processo do consentimento informado que deve satisfazer as necessidades individuais dos doentes. Os médicos devem ajudá-los a obter a informação necessária para tomarem decisões, visto que os doentes podem não saber qual é a informação importante. Não informar intencionalmente, o privilégio terapêutico, pode ser legítimo em algumas situações como nas emergências, em doentes incompetentes ou em caso de renúncia [12].

Para se chegar a uma decisão racional é indispensável compreender a informação que se recebe. A compreensão pode não ser completa mas os elementos essenciais à decisão devem ser compreendidos. Porém, a compreensão da informação pode ser influenciada por muitos factores:

- Os conceitos que os médicos usam, mesmo quando tentam simplificar a linguagem, podem não corresponder ao que os doentes entendem com os mesmos termos;
- Muitos doentes têm dificuldade em compreender conceitos novos, necessitando de um especial empenhamento da parte dos profissionais para os levar a fazer ideia do que está em causa;
- Demasiada informação pode dificultar a compreensão;
- Os doentes podem distorcer a informação;
- O modo como a informação é fornecida. Por exemplo, na discussão dos riscos de um procedimento, a decisão dos doentes difere se forem apresentados como um ganho de oportunidade ou como uma perda de oportunidade [12];
- Negação da situação pelo doente;
- Falsas crenças [12].

Estes e, eventualmente, outros factores podem influenciar a compreensão da informação fornecida e, portanto, a capacidade de decidir autonomamente.

A voluntariedade no contexto deste trabalho refere-se à actuação ou decisão de um indivíduo sem o controlo de outra pessoa, à semelhança do conceito de Beauchamp e Childress [12]. Pode-se exercer influência sobre uma pessoa de uma forma positiva, mostrando-lhe honestamente as vantagens de aderir a um determinado esquema terapêutico, mas também os seus riscos. Em alguns casos os doentes podem mesmo desejar a influência dos profissionais de saúde, sobretudo, dos médicos, deixando por vezes a cargo destes as decisões que considerarem melhores, por não se sentirem habilitados a tomá-las. Em casos de decisões

irracionais há mesmo a obrigação de tentar persuadir o doente a tomar uma decisão diferente. No entanto, a coacção ou a manipulação não são legítimas.

Porque a doutrina do consentimento informado teve origem e é formulada principalmente no direito, presta especial atenção à revelação da informação racional e à compreensão da informação pelo doente. O conceito do consentimento informado pressupõe que os doentes quando adequadamente informados ponderam os riscos e os benefícios das alternativas terapêuticas que lhe são apresentadas. No entanto, parece que na prática clínica os aspectos afectivos têm precedência sobre os cognitivos [20]. De facto, vários estudos demonstram que na sua maioria os doentes têm razões independentes e decidem na base de crenças pessoais mesmo antes de o médico os informar [20].

O processo formal do consentimento informado não deve tornar-se num modo de delegar toda a carga da decisão médica no doente, isolando-o do suporte da família e do seu médico, limitando a responsabilidade médica [21].

2.5.4. Doentes incompetentes

Quando um doente está incompetente as decisões devem estar de acordo com os seus melhores interesses. Actuar-se segundo o melhor interesse de um doente concreto significa obter o melhor bem-estar possível, o que só pode ser determinado avaliando os riscos e benefícios das várias alternativas de tratamento, tendo em conta a qualidade de vida [12]. Devem, contudo, ser tidas em conta as preferências expressas pelo doente quando competente, sempre que possível.

O julgamento delegado significa que as decisões sobre o tratamento de um doente incompetente são tomadas por outra pessoa, em geral, um familiar, que representa o doente. O julgamento delegado não deve aplicar-se a situações em que o doente nunca foi competente, porque este tipo de julgamento deve limitar-se a ajudar a esclarecer o que o doente quererá nas

circunstâncias actuais se fosse competente e não o que essa pessoa quereria para o doente e, nestas circunstâncias, não há a possibilidade de o doente ter e expressar qualquer preferência.

Geralmente o representante é o familiar mais próximo. No entanto, este pode não ser o mais adequado por não ter capacidade para compreender a situação, por não se achar habilitado a decidir, por não ter proximidade com o doente, por haver conflitos de interesses financeiros ou emocionais, etc. (pode mesmo não existir qualquer familiar). Nestas circunstâncias pode outro membro da família desempenhar esse papel. O ideal seria haver uma pessoa designada pelo doente quando competente – procurador de cuidados de saúde. É de notar que as famílias são entidades heterogéneas e que os seus membros nem sempre actuam nos melhores interesses dos outros elementos; sabe-se até que é no seio da família que se cometem os maiores crimes. Deve notar-se ainda que o conceito clássico de família tem-se modificado, pelo que não são, com frequência crescente, os familiares legalmente designados as pessoas mais próximas e mais interessadas no bem-estar do doente. Seja como for, a pessoa designada deve actuar como um advogado do doente, a fim de defender o melhor interesse do doente, e não adoptar uma atitude imparcial ou neutral [1].

As decisões dos familiares devem ser consistentes com os melhores interesses do doente, o que muitas vezes se interpreta como as decisões que adultos razoáveis tomariam na mesma situação [22]. Os profissionais de saúde, sobretudo os médicos, têm a obrigação de ajudar os familiares a tomar decisões no melhor interesse do doente e a cumprirem as suas preferências quando estas forem conhecidas [1]. Os profissionais de saúde devem, no entanto, recusar decisões que não estejam de acordo com os princípios acima indicados ou que se revelem desajustadas à situação.

Em resumo pode dizer-se que a prioridade deve ser respeitar a autonomia dos doentes e cumprir os seus desejos expressos. Se estes não forem conhecidos o critério deve ser o dos seus melhores interesses.

Como já foi dito atrás, em certos casos de desacordo entre os familiares e os profissionais pode recorrer-se à comissão de ética da instituição. Noutras ocasiões é necessário recorrer aos tribunais para resolver algumas situações complexas, como no caso bem conhecido de filhos menores de testemunhas de Jeová necessitando de transfusões que os pais recusam, mas também noutras situações. Nos EUA os tribunais têm um papel muito relevante intervindo com alguma frequência em casos controversos. As comissões de ética e os tribunais, como entidades imparciais, podem ter uma visão mais distanciada do problema em causa e, assim, conseguir gerar uma discussão mais alargada que permita chegar a uma solução aceitável. Deve notar-se, contudo, que as decisões não têm um valor absoluto e, no caso dos tribunais, um recurso pode gerar uma solução diferente da anterior.

2.5.5. Directivas antecipadas

Uma forma de respeitar os desejos dos doentes incompetentes são as directivas antecipadas (DA) produzidas quando o doente estava competente. Em Portugal não existe tradição nem legislação que regule as DA, mas em países como os EUA é uma prática corrente. As DA podem ser de dois tipos: o testamento vital (TV), em que ficam escritas instruções sobre os procedimentos médicos que o doente aceita ou rejeita em certas circunstâncias; e a procuração (*durable power of attorney*) que é um documento legal que designa uma pessoa para tomar as decisões em nome do doente. Actualmente, o *durable power of attorney* é a opção mais frequente nos EUA porque é muito difícil, senão impossível, prever todas as situações possíveis e todas as opções que cada situação pode envolver.

As DA podem proteger a autonomia dos doentes e reduzir as incertezas e a insegurança dos familiares e dos profissionais quanto às decisões a tomar. Sempre que possível, as DA devem ser feitas enquanto o doente está relativamente bem e não quando está muito debilitado ou em risco de vida iminente.

As DA só são válidas quando se aplicam à situação em causa. Os profissionais de saúde devem julgar se a recusa de certos tratamentos é aplicável à situação em que o doente está. Se não for aplicável, pode ainda assim ajudar a esclarecer os desejos e valores do indivíduo e, deste modo, ajudar a tomar uma decisão que esteja de acordo com o que o doente desejaria [16]. No entanto, os profissionais não estão vinculados a uma DA que não se aplique à situação em causa.

O TV pode ser um elemento valioso nas decisões mas pode também causar dificuldades [1,23]:

- A linguagem usada pode ser vaga e imprecisa;
- As circunstâncias em que os desejos do doente se devem aplicar podem não ser claras, sendo o TV susceptível de diversas interpretações que derivam da projecção das atitudes e sentimentos dos profissionais e assim resultar em conflitos e controvérsia;
- O prognóstico do doente pode ser incerto em determinada fase de modo que os profissionais podem ter opiniões diferentes sobre o que fazer;
- As preferências dos doentes podem-se ter alterado e não terem mudado a DA;
- O doente pode não fazer uma ideia adequada da amplitude de decisões que um profissional ou um representante pode ser chamado a tomar;
- Simplesmente, o documento pode ser desconhecido na altura em que seria necessário.

As decisões por procuração também não estão isentas de problemas [1]:

- O representante designado pode não estar presente;
- O representante pode ser incompetente para tomar decisões;
- O representante pode ter conflitos de interesses com o doente, por perspectiva de herança, por exemplo;

- Os representantes podem tomar decisões que vão contra a opinião dos médicos, podendo mesmo ir contra a sua consciência.

Apesar dos problemas descritos, as DA podem ser uma forma válida de pessoas competentes exercerem a sua autonomia e devem sempre ser tidas em consideração. No entanto, se numa emergência não houver informação sobre qualquer DA do doente o tratamento deve fazer-se e se, mais tarde, houver conhecimento de uma DA válida que expresse a recusa do doente desse tratamento, este deve ser interrompido. Para facilitar o acesso à informação neste domínio, a Associação Portuguesa de Bioética sugeriu recentemente que fosse criado um Registo Nacional de Directivas Antecipadas de Vontade (RENDV) [34,35]

2.5.6. Ordens de não ressuscitação

Ao contrário do que sucede com as outras acções médicas a RCP não necessita da autorização do doente para se realizar, por razões óbvias. A massagem cardíaca a tórax fechado foi descrita pela primeira vez em 1960 [24]. Actualmente, muitas instituições de saúde têm equipas com profissionais treinados para fazer RCP quando ocorre uma paragem cardiopulmonar. Cerca de um terço dos doentes submetidos a RCP sobrevive e um terço destes tem alta hospitalar [24]; apenas uma pequena parte destes retoma uma vida independente. O doente, porém, pode ter manifestado por escrito o desejo de não ser reanimado - ordem de não ressuscitação - se sofrer uma paragem cardiopulmonar, geralmente após discussão com o médico responsável pelo seu tratamento. Neste caso, as ordens de não ressuscitação são um caso particular das DA. Esta prática é, actualmente, invulgar em Portugal. Há circunstâncias em que a RCP não está indicada, como nos casos de doentes com doenças terminais, e, portanto, iniciá-la seria fútil. Nesta situação as ordens de não ressuscitação podem ser unilateralmente escritas pelos médicos. Esta atitude dos médicos não deve ser substituída, por receio de

problemas jurídicos ou de outra ordem, por fazer RCP com pouco empenho (*slow codes*) [25], o que é eticamente inaceitável.

2.6. MATAR E DEIXAR MORRER

A distinção entre matar e deixar morrer tem sido usada na argumentação sobre decisões no fim de vida. Matar é considerado inaceitável, enquanto que deixar morrer é considerado aceitável desde que os tratamentos destinados a prolongar a vida sejam fúteis ou haja uma recusa válida desse tratamento [1]. Porém, se examinarmos mais profundamente esta questão podemos concluir que a distinção pode ser menos clara e, em certos casos, pouco útil para tomar decisões.

Há situações em que a distinção é controversa. Alguns casos dirimidos nos tribunais americanos têm revelado situações em que há discordâncias profundas entre os médicos, familiares e juizes sobre se uma determinada acção, por exemplo, suspender uma alimentação por sonda nasogástrica, numa situação determinada, é deixar morrer ou matar. Pode acontecer também que se pode matar uma pessoa deixando-a morrer, isto é, pode matar-se por omissão e não apenas por acção. Fora das condições indicadas em cima deixar morrer pode ser uma forma de matar.

Matar não é necessariamente um mal. Pode matar-se em legítima defesa, por exemplo. Também na guerra é considerado legítimo matar os inimigos, por motivos semelhantes. Diz-se que um automobilista matou um peão mesmo que não tenha havido negligência, para usar um exemplo semelhante ao usado por Beauchamp and Childress [1], pelo que se pode matar sem intenção.

Rachels, citado por Perret [26], apresentou dois casos imaginários para ilustrar a questão de haver ou não diferença entre matar e deixar morrer. Imagine-se um indivíduo A que receberia uma grande herança se o seu primo de seis anos morresse. Então, um dia introduz-se

no quarto de banho quando ele estava a tomar banho e afoga-o. Arranja as coisas para parecer um acidente e, como ninguém descobre, recebe a herança. O outro caso é o de um indivíduo B que também receberia uma grande herança se o seu primo de seis anos morresse. Tal como o indivíduo A, planeia matá-lo afogando-o durante o banho. Porém, quando entra no quarto de banho a criança escorrega, bate com a cabeça e mergulha na água de cara para baixo. O indivíduo B nada faz para a salvar e a criança morre. Ninguém descobre o que passou e o indivíduo recebe a herança. Nestes dois casos não há nenhuma diferença moral entre matar e deixar morrer.

Portanto, matar ou deixar morrer não diz nada sobre se um acto é certo ou errado, isto é, são os elementos extrínsecos e não a diferença moral intrínseca que nos permitem classificar os actos. Para classificar os actos como certos ou errados é necessário saber qual a justificação desses actos e as circunstâncias que os rodeiam. No entanto, pode dizer-se que matar é geralmente errado e deixar morrer é geralmente aceitável, mas essa frequência não é importante para a avaliação ética.

2.7. ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO ARTIFICIAIS

A questão da alimentação e da hidratação artificiais (AHA) é particularmente controversa. Mesmo em situações em que se concorda que tratamentos, como a RCP, a hemodiálise, o uso de transfusões, iniciar antibióticos ou outros, não estão indicados, discute-se muitas vezes se a alimentação e/ou a hidratação artificiais se devem iniciar/manter ou não. Tem havido um importante debate sobre a obrigação, do ponto de vista ético, de administrar artificialmente nutrientes e líquidos aos doentes agónicos. A discussão sobre este tema frequentemente também se centra na distinção entre tratamentos ordinários e extraordinários, que como disse atrás não é pacífica e tem algumas dificuldades. Seria mais útil discutir a

questão da AHA, como sempre, do ponto de vista dos benefícios e dos inconvenientes para o doente.

O problema da AHA não se pode confundir com a alimentação e hidratação naturais. Desde que o doente possa e queira comer e beber há a obrigação de lhe fornecer os meios para o fazer, assistindo-o se necessitar, e isso não constitui tratamento médico. Mas quando artificiais, isto é quando necessitam de técnicas que requeiram a intervenção dos profissionais de saúde, como as infusões IV ou subcutâneas (SC) e as sondas, são tratamentos médicos e, como tal, há circunstâncias em que é legítimo que não se iniciem ou se interrompam [27]. Essas circunstâncias são aquelas em que se conclui que não há benefício para o doente em continuar este tipo de intervenção.

A única justificação para iniciar uma alimentação artificial num doente nestas circunstâncias seria a eventualidade de ter fome, o que não acontece nos doentes agónicos. Neste caso, o desconforto provocado pela fome justificaria a introdução de uma sonda nasogástrica e a administração de alimentos líquidos por esta via, se o doente o aceitasse. Nesta situação, o benefício da resolução do desconforto da fome poderia ser superior ao desconforto da introdução e da manutenção da sonda nasogástrica, mas a avaliação deveria ser feita pelo doente.

Em relação à hidratação a situação é semelhante. A desidratação provocada pela não administração de líquidos por via IV ou SC pode causar sede, mas esta pode, em muitos casos, resolver-se com cuidados locais: molhar a boca com frequência, gelo moído, etc. A desidratação pode mesmo ser benéfica ao reduzir os edemas; as secreções gastrintestinais e consequentemente os vómitos; as secreções brônquicas e assim a dispneia e a respiração estertorosa [28]. Pode, contudo, causar outros problemas como delirium, directamente ou pela acumulação dos metabolitos dos fármacos administrados devido à insuficiência renal secundária. Por outro lado, a hidratação de um doente agónico pode provocar edemas, aumentar as

secreções brônquicas com dispneia e respiração estertorosa, sobretudo quando a albumina está muito baixa, como é comum suceder, sem resolver a sede. Por isso, a atitude que mais beneficia os doentes é a de hidratar quando existe um problema que se julga resultar da desidratação e não hidratá-los por princípio; se não houver benefício previsível ou após se concluir que não se verificou o benefício esperado, não há o dever ético de iniciar ou continuar com a hidratação [27]. Por maioria de razão, também não há o dever de iniciar a hidratação ou de a continuar se potencial ou realmente causar desconforto. No caso de haver dúvidas quanto à utilidade da hidratação deve fazer-se um ensaio terapêutico, desde que isso não vá contra os desejos do doente [29].

Os métodos de AHA podem causar problemas, por vezes graves, e assim influenciar negativamente o bem-estar dos doentes e mesmo a sua sobrevivência. Por exemplo: as sondas nasogástricas podem causar pneumonias de aspiração, sobretudo nos doentes debilitados; os catéteres centrais podem causar complicações na sua inserção, como pneumotórax, hemorragias, infecções; e mesmo as infusões em veias periféricas podem causar dor e infecção. Então, a questão do efeito da AHA na sobrevivência é secundária porque, embora possam influenciá-la, não é geralmente possível prever em que sentido, isto é, se a morte ocorrerá mais cedo ou mais tarde do que aconteceria se se tivesse procedido de outro modo [27]. Provavelmente, num doente com uma sobrevivência previsível de dias a nutrição ou a hidratação artificiais não têm influência significativa na sobrevivência. Mesmo que tivessem, o prolongamento do tempo de sobrevivência por meios artificiais de um doente agónico significa apenas o prolongamento do processo da morte, porque o doente deixar de comer e de beber faz parte desse processo.

Não alimentar ou hidratar artificialmente um doente agónico não significa abandoná-lo. Todos os cuidados de que possa beneficiar devem continuar a ser prestados com o objectivo de manter o seu conforto. Este deve ser o objectivo do tratamento e todas as medidas que não

contribuam para este fim devem ser eliminadas. Tudo o que possa prolongar o processo da morte é, em princípio, ilegítimo.

O facto de os doentes comerem e beberem pouco ou nada causa, com frequência, perturbação nos familiares. É importante esclarecer os familiares neste processo, porque estes veêm muitas vezes a não administração de alimentos e líquidos como algo que vai precipitar a morte do doente. Por vezes diz-se que o doente vai morrer à fome ou à sede. É necessário dizer-lhes que o doente não vai morrer por não comer ou não beber, mas sim que o doente não bebe e não come porque está a morrer, e esclarecê-los, sempre que possível em antecipação, quanto aos riscos, inconvenientes e benefícios de hidratar e de não hidratar, de usar ou não usar sondas e acessos venosos. De facto, nestas circunstâncias é a doença subjacente que causa a morte e não a ausência de alimentação ou hidratação. No entanto, podem ocorrer divergências entre os familiares e entre os familiares e os profissionais, quando o doente não tem capacidade para decidir, devendo proceder-se como indicado em “Doentes incompetentes” neste capítulo. Em certos casos, em que os familiares insistem na hidratação e não há uma opinião contrária do doente conhecida, nem se antevê prejuízo significativo para o doente, pode fazer-se uma hidratação SC com um volume de não mais de um litro por dia para evitar sobrecarga [29], permitindo assim tranquilizá-los e, talvez dár-lhes tempo para se adaptarem à realidade do doente. Mesmo quando o doente tem competência para decidir, essas divergências podem ocorrer, mas nesta situação a vontade do doente é a única a ter relevância.

2.7.1. Alimentação e hidratação artificiais no estado vegetativo persistente

Os doentes em EVP não são doentes agónicos, não estão em morte cerebral, geralmente não têm uma doença que lhes cause inexoravelmente a morte em pouco tempo e podem ter uma sobrevivência longa desde que lhes sejam prestados os cuidados adequados.

Como estes doentes não tem a possibilidade de se alimentarem pelos seus próprios meios, só sobreviverão com AHA.

Nesta situação a discussão situa-se também, muitas vezes, na distinção entre tratamentos ordinários e extraordinários ou entre tratamentos obrigatórios ou facultativos. Também no EVP a avaliação que se deve fazer é a de saber se a AHA é benéfica para o doente e, portanto, se está de acordo com os seus melhores interesses. Antes de se colocar a questão da AHA é necessário esperar o tempo requerido para tornar improvável a possibilidade de recuperação. Depois, é necessário saber se o doente manifestou quando competente as suas preferências, o que deve ter prioridade sobre outras considerações. Finalmente, é necessário avaliar o benefício que a AHA tem para o doente.

Para muitas pessoas a AHA é um cuidado básico não é um tratamento, pelo que não poderia ser retirado em qualquer circunstância. Pelo contrário, eu penso que a AHA é um tratamento e, como tal, tem indicações e contra-indicações, vantagens e inconvenientes. Nos casos de um doente com EVP devemos perguntar se a AHA lhe traz algum benefício. Certamente que há outros factores envolvidos nesta questão, como a vontade da família, questões emocionais, religiosas e filosóficas, que devem ser tidas em consideração. Mas, considerando a AHA como tratamento significa que não se deve ver a sua abstenção ou suspensão justificadas como matar um doente à fome como não se vê a abstenção ou suspensão justificadas da ventilação assistida como sufocá-lo [30].

Considerar a AHA como um tratamento e, portanto, como podendo interromper-se em certas circunstâncias é também o ponto de vista da Associação Médica Britânica [31]. Também no Relatório Sobre o Estado Vegetativo Persistente de Fevereiro de 2005, produzido no âmbito do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, se afirma que “a AHA deveria ser considerada uma terapêutica como qualquer outra, entrando no grupo das medidas paliativas, passível portanto de recusa ou interrupção” [32]. No entanto, o Parecer Sobre o Estado

Vegetativo Persistente do mesmo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida não acompanha a opinião do relatório e refere que “a pessoa em Estado Vegetativo Persistente tem direito a cuidados básicos, que incluem a alimentação e hidratação artificiais” [33].

2.8. CONCLUSÃO

Não iniciar ou suspender um tratamento para prolongar a vida são decisões eticamente equivalentes, desde que clinicamente justificadas e respeitem a autonomia dos doentes. Este é um aspecto fundamental e que não deve ser ignorado em nenhuma circunstância, mesmo quando os doentes estão incompetentes. No entanto, a autonomia dos doentes não é um valor absoluto, podendo colidir com outros princípios igualmente importantes.

A distinção entre tratamentos ordinários e extraordinários, matar e deixar morrer e os conceitos de futilidade e do duplo efeito não são conceitos determinantes para justificar eticamente as decisões. A decisão de não iniciar ou suspender um tratamento deve fazer-se pelo balanço entre os benefícios e os inconvenientes que esse tratamento envolve e pelos desejos do doente. Isto inclui a AHA, que do meu ponto de vista é um tratamento, e, como tal, as decisões a ela relativas devem seguir as regras que se aplicam a qualquer outro tratamento.

É, ainda, necessário acrescentar que não iniciar ou interromper um tratamento intensivo com o objectivo de prolongar a vida, que não está a resultar, não significa não fazer nada ou abandonar o doente. É necessário continuar a tratá-lo, mas agora com outro objectivo. Com o objectivo de promover o seu conforto e evitar o seu sofrimento, o que servirá o melhor interesse do doente nessas circunstâncias.

REFERÊNCIAS

1. Beauchamp TL, Childress JF. Nonmaleficence. Em: Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press. 5ª ed. 2001:113-164.

2. Randall F, Downie RS. Clinical treatment decisions. Em: Randall F, Downie RS. Palliative care ethics. Oxford: Oxford University Press 1996;109-137.
3. British Medical Association. Part 1: Setting the scene for decision making. Em: Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatments. Londres: BMJ Books 1999;1-12.
4. Waisel DB, Troug RD. The cardiopulmonary resuscitation-not-indicated order: futility revisited. Ann Intern Med 1995;122:304-308.
5. American Thoracic Society. Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. Ann Intern Med 1991;115:478-485.
6. Trugg RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. N Engl J Med 1992;326:1560-1564.
7. Scheneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: responses to critiques. Ann Intern Med 1996;125:669-674.
8. Murphy DJ, Finucane TE. New do-not-resuscitate policies: a first step in cost control. Arch Intern Med 1993;153:1641-1648.
9. Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Medical futility in end-of-life care. JAMA 1999;281:937-941.
10. Curtis JR, Park DR, Krone MR, Pearlman RA. Use of the medical futility rationale in do-not-attempt-resuscitation orders. JAMA 1995;273:124-128.
11. Alpers A, Lo B. When is CPR futile? JAMA 1995;273:156-158.
12. Beauchamp TL, Childress JF. Respect for autonomy. Em: Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press. 5^a ed. 2001:57-112.
13. Carrese JA, Rhodes LA. Western bioethics on the Navajo reservation: benefit or harm? JAMA 1995;274:826-829.
14. Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, Azen S. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. JAMA 1995;274:820-825.

15. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med* 1988;319:1635-1638.
16. British Medical Association. Part 2: Decisions involving adults who have the capacity to make and communicate decisions or those who have a valid advanced directive. Em: Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatments. Londres: BMJ Books 1999;13-20.
17. Cale GS. Risk-related standards of competence. *Bioethics* 1999;13:131-148.
18. Wicclair MR. Patient decision-making capacity and risk. *Bioethics* 1991;91-104.
19. Rodrigues. JV. Aproximação ao problema da necessidade do consentimento informado e esclarecido como requisito para a prática do acto médico: Em: Rodrigues JV. O consentimento informado para o acto médico no ordenamento jurídico português (elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente). Coimbra: Coimbra Editora 2001;23-48.
20. Meisel A, Roth LH. What we do and do not know about informed consent. *JAMA* 1981;246:2473-2477.
21. Gostin LO. Informed consent, cultural sensitivity, and respect for persons. *JAMA* 1995;274:844-845.
22. Angell M. The case of Helga Wanglie: a new kind of "right to die" case. *N Engl J Med* 1991;325:511-512.
23. Eisendrath SJ, Jonsen AR. The living will: help or hindrance? *JAMA* 1983;249:2054-2058.
24. Council of Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Guidelines for the appropriate use of do-not-resuscitate orders. *JAMA* 1991;265:1868-1871.
25. American College of Physicians. Ethics Manual: fourth edition. *Ann Intern Med* 1998;128:576-594.
26. Perret RW. Killing, letting die and the bare difference argument. *Bioethics* 1996;10:131-139.

27. Ashby M, Stoffel B. Artificial hydration and alimentation at the end of life: a reply to Craig. *J Med Ethics* 1995;21:135-140.
28. Andrews M, Bell ER, Smith SA, Tischler JF, Veglia JM. Dehydration in terminally ill patients: is it appropriate palliative care? *Postgrad Med* 1993;93:201-208.
29. Dunlop RJ, Ellershaw JE, Baines MJ, Sykes N, Saunders CM. On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? A reply. *J Med Ethics* 1995;21:141:143.
30. Meisel A. Palliative care review. Ethics and law: physician-assisted dying. *J Palliat Med* 2005;8:609-621.
31. British Medical Association. Part 3D: Decisions about withholding or withdrawing artificial nutrition and hydration. Em: Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatments. Londres: BMJ Books 1999;53-59.
32. Carneiro AV, Antunes JL, Freitas AF. Relatório sobre o estado vegetativo persistente. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Fevereiro 2005. <http://www.cneqv.gov.pt/NR/rdonlyres/86741D93-F192-4C5C-BA1D-786F9B66EED9/0/P045RelatorioEVP.pdf>.
33. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Parecer sobre o estado vegetativo persistente. 45/CNECV/2005. <http://www.cneqv.gov.pt/NR/rdonlyres/2BD8E935-D001-47DA-8FE7-CDB0445F3044/0/P045ParecerEVPversaoFinal.pdf>.
34. Associação Portuguesa de Bioética: Parecer N.º P/05/APB/06 Sobre Directivas Antecipadas de Vontade (Relatores: Helena Melo, Rui Nunes) Aprovado pela Assembleia-Geral em 5 de Maio de 2006.
35. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA: PROJECTO DE DIPLOMA N.º P/06/APB/06 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

(RELADORES: HELENA MELO, RUI NUNES) APROVADO PELA ASSEMBLEIA-GERAL EM 13 DE OUTUBRO
DE 2006.

SUICÍDIO

O termo suicídio foi inventado no século XVII a partir do latim *sui* - auto e *cidium* – assassinio [1]. Émile Durkheim foi provavelmente o primeiro a estudar cientificamente o suicídio. Durkheim definiu suicídio como “todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia poder produzir este resultado.” [2]. Entende-se então por suicídio que: há uma morte; esta foi causada por quem morreu; a morte foi intencional; e houve um agente activo ou passivo, isto é, foi a realização ou omissão de um acto que causou a morte [3]. O suicídio é geralmente individual mas há suicídios colectivos muitas vezes com motivações religiosas. Tem-se usado o termo para-suicídio para designar actos ou comportamentos de auto-agressão que podem eventualmente causar risco de morte.

Alguns autores consideram vários tipos de suicídio [1]:

- O suicídio egoísta resulta de uma sensação pessoal de alienação ou isolamento;
- O suicídio altruísta é um acto desinteressado ou ideológico;
- O suicídio anómico resulta de uma mudança súbita na posição social;
- O suicídio contingente resulta incidentalmente de uma actividade em que o risco é alto, como actividades ou “hobbies” de alto risco, alcoolismo, etc.

3.1. EPIDEMIOLOGIA

O suicídio é um problema importante de saúde pública a nível mundial. As taxas de suicídio, nos países sobre os quais há dados, têm-se mantido globalmente estáveis nos últimos 30 anos, embora haja variações muito grandes entre os países e tendências diferentes, com alguns países com taxas em crescimento e outros com taxas em queda [4]. A taxa de suicídio é universalmente maior nos homens do que nas mulheres com um coeficiente de 3,5:1 [4].

Em Portugal, após uma subida progressiva a partir do início do século XX, o número de mortes por suicídio tem vindo a diminuir desde o início dos anos 90 [5], em paralelo com o que acontece nos outros países da Europa Ocidental e nos EUA [3]. No ano 2000 verificaram-se 5,1 suicídios por 100 000 habitantes, número que só se tinha registado no início do século XX [4]. A taxa de suicídios em Portugal é a mais baixa da União Europeia a seguir à Grécia. Os homens cometem muito mais suicídios do que as mulheres: 8,5 e 2,0 por 100 000 habitantes, respectivamente, no ano 2000. As taxas de suicídio nos homens aumenta com a idade, sobretudo acima dos 65 anos e ainda mais nos com 85 ou mais anos. Nas mulheres a taxa de suicídios também é maior nas mais idosas, principalmente acima dos 75 anos.

Há uma maior mortalidade nos homens e nas mulheres viúvos e divorciados. Os métodos utilizados para o suicídio têm variado ao longo do tempo, sendo actualmente o enforcamento o mais usado (nos dois sexos), seguido do envenenamento, das armas de fogo e do afogamento, o que difere dos EUA onde as armas de fogo são o principal método, seguido do enforcamento nos homens e do envenenamento nas mulheres [3]. Nos outros países europeus o enforcamento é também o método mais frequentemente usado. A diferença de métodos entre os EUA e a Europa resulta provavelmente da facilidade de acesso às armas de fogo nos EUA.

A taxa de suicídio é maior nos indivíduos sem actividade económica, mas na população activa (empregados e desempregados à procura de novo emprego), curiosamente, é maior nos empregados do que nos desempregados, o que também acontece noutros países, mas não em

todos [4]. As taxas de suicídio são mais altas nos trabalhadores por conta de outrem, em especial nas profissões menos qualificadas [5].

Há grandes diferenças regionais em Portugal. A sul do Tejo a taxa de mortalidade por suicídio é maior do que a norte, sendo a maior a de Beja. Também é maior nos distritos do interior ou mais ruralizados, relativamente aos distritos do litoral ou mais urbanizados [6]. Esta realidade resulta de factores que denotam “apoio social”, como densidade populacional, taxa de natalidade, taxa de casamentos e percentagem da população com menos de 25 anos. Estes factores parecem mais importantes do que os puramente económicos [7]. Assim, nas regiões rurais com baixa densidade populacional, em que os mais jovens migram para os centros urbanos, na procura de melhores condições de vida, os mais idosos tendem a ficar mais isolados e com menos suporte. Esta diferença entre o sul e o norte, porém, sempre existiu desde que há registos, pelo que deve haver outras explicações além das referidas. Há quem sugira que há um papel para a herança cultural como o carácter melancólico, uma fraca tradição gregária, famílias pequenas e uma baixa religiosidade no sul do país [7].

As tentativas não fatais de suicídio são difíceis de contabilizar, havendo dados em poucos países. No entanto, calcula-se que há 10 a 25 tentativas não fatais de suicídio por cada suicídio, subindo para 100 a 200 no caso dos adolescentes [3]. Em Portugal, Saraiva et al. Num estudo realizado em Coimbra encontraram uma proporção de 20 para 1 [8]. As tentativas de suicídio são três vezes mais frequentes nas mulheres do que nos homens, ao contrário do que acontece nos suicídios consumados [3].

3.1.1. Factores de risco e factores protectores

O suicídio não é geralmente uma reacção a uma crise da vida, mesmo que seja uma doença terminal, isto é, não são acontecimentos isolados que levam ao suicídio. O modo como as pessoas lidam com os problemas que vão surgindo nas suas vidas indica se a pessoa é

emocionalmente predisposta para o suicídio [9]. Maris divide os factores de risco do suicídio em distal/crónico/traço e proximal/agudo/estado [3].

Nos EUA, os homens idosos brancos têm as maiores taxas de suicídio. Até 90% dos adultos que cometem suicídio têm pelo menos um diagnóstico psiquiátrico, sendo os mais indicativos a depressão major (as alterações do sono, em especial a insónia terminal, é uma característica importante dos suicidas), a doença bipolar, a esquizofrenia, o distúrbio de personalidade limite e o distúrbio de personalidade psicopática nos adolescentes e adultos jovens [3]. Num estudo em doentes psiquiátricos em consulta externa, 55% tinha uma história de ideação suicida e 25% tinha feito pelo menos uma tentativa de suicídio; cerca de metade destes tinha feito múltiplas tentativas [10]. A desesperança associa-se à depressão e é mais preditora de suicídio do que a depressão.

O abuso de álcool ou de outras substâncias são também preditores de suicídio. Até 50% das pessoas que cometem suicídio estão intoxicadas na altura da morte. Cerca de 18% dos alcoólicos suicidam-se com a média de 47 anos de idade e 25 anos de alcoolismo. A combinação de humor depressivo e abuso de substâncias aumenta muito o risco, de tal modo que 70 a 80% das pessoas que cometem suicídio a têm. Outro factor de risco é a solidão; num estudo, 50% das pessoas que se suicidam não têm amigos íntimos [3]. Esta circunstância associa-se também às doenças psiquiátricas e ao abuso de álcool e drogas.

Havendo tentativas de suicídio anteriores, o risco de suicídio subsequente é 30 a 40 vezes maior, sendo isoladamente o factor com maior capacidade preditora de suicídio [11,12]. De facto, 40% dos indivíduos que cometem suicídio tinham feito tentativas anteriormente [9]. O risco de morte por outras causas como causas naturais e acidentes está também aumentado cerca de 60 vezes, o que se deve ao uso de álcool e outras drogas [12].

A ideação suicida, isto é, ter pensamentos suicidas, é também um factor de risco importante. Porém, muitos indivíduos com ideação suicida nunca tentam ou cometem suicídio, em especial os doentes terminais ou com doenças crónicas debilitantes [9].

Existe uma relação entre o acesso a métodos letais e a taxa de suicídios. O acesso a armas de fogo, lugares altos e medicamentos prescritos, como os usados para o tratamento de doenças psiquiátricas, parece aumentar o risco de suicídio [13-15]. Poderia pensar-se que a circunstância de não haver acesso a alguns métodos letais poderia fazer aumentar o uso de outros de acesso mais geral, como o enforcamento, de que resultaria uma taxa de suicídios semelhante, mas parece não ser assim, a acessibilidade a diversos métodos de suicídio parece fazer, por si só, aumentar a sua taxa [14].

Uma história familiar de suicídio ou de doença mental aumenta significativa e independentemente o risco de suicídio, sendo a história de suicídio mais importante do que a de doença mental [16].

A combinação de factores de risco aumenta significativamente o risco de suicídio. De facto, os factores de risco interagem e potenciam-se mutuamente. Acontecimentos na vida das pessoas com factores de risco podem também interagir com esses factores predisponentes: fracassos românticos; problemas económicos ou de emprego; problemas legais; situações que provocam grande vergonha ou que são percebidas como tal; doenças debilitantes ou terminais [17]. No entanto, há abundante evidência de que as dificuldades da vida meramente precipitam o suicídio, não são a sua causa [18].

No entanto, apesar de se conhecerem os factores de risco, prever o suicídio em doentes específicos tem-se revelado impraticável. Num estudo envolvendo 1906 doentes internados por doenças afectivas, um modelo construído com os factores de risco identificados não conseguiu prever um único suicídio dos 46 que ocorreram após a alta [19].

Os suicidas são impulsivos e têm mais frequentemente um comportamento agressivo ou violento do que os não suicidas. Os actos suicidas são, assim, muitas vezes impulsivos. Mais de metade das tentativas de suicídio ocorrem com um período de premeditação de menos de 5 minutos. Mesmo quando, como é frequente acontecer, há planos detalhados para o suicídio a decisão final é muitas vezes tomada num impulso [20].

O suicídio pode ser desencadeado por imitação. Há estudos que mostram que o número de suicídios, sobretudo em adolescentes, aumenta após a transmissão televisiva de filmes ou notícias sobre suicídio [21,22], embora haja resultados contraditórios [23]. No estudo de Phillips e Carstensen verificou-se que não se tratava apenas de “antecipar” os suicídios, isto é, não são suicídios que se não ocorressem nessa altura ocorreriam um pouco mais tarde, porque se assim fosse seria de esperar uma descida compensatória a seguir, mas isso não acontece [22]. Os suicídios por imitação podem não se limitar às transmissões televisivas, podendo as notícias dramatizadas dos jornais produzir o mesmo efeito [24].

Os factores protectores do suicídio são, em geral, o oposto dos factores de risco. Assim, os não suicidas tendem a ser jovens, mulheres, com contactos sociais extensos, sem doenças psiquiátricas, bom sono, sem armas em casa, etc. A gravidez é também um factor protector do suicídio [25].

3.2. SUICÍDIO NOS DOENTES COM CANCRO

Os doentes com cancro têm um risco de suicídio maior do que a população geral. No entanto, os estudos realizados mostram que poucos doentes cometem suicídio [26]: num estudo de 1979 realizado na Finlândia, 63 de 28 257 doentes com cancro que morreram cometeram suicídio [27]; em 1982, nos EUA, calculou-se que 192 de 144 530 mortes por cancro resultaram de suicídio; e na Suécia, num estudo realizado em 1985, houve 22 suicídios em 19 000 mortes por cancro. Globalmente o risco é de 1,8 vezes o risco da população normal com uma amplitude

de 1,4 a 2,5 [25]. O risco de suicídio é maior a seguir ao diagnóstico (1 a 5 anos) diminuindo com o tempo [25]. Os doentes com cancro da cabeça e pescoço parecem ter um risco maior, talvez por estarem muitas vezes associados ao alcoolismo e ao tabagismo e a alterações do humor resultantes do desfiguramento e da perda de voz [25]. Por outro lado, os doentes com cancro do colo do útero, cancro da pele, cancro da próstata e doença de Hodgkin não parecem ter um risco aumentado de suicídio [25]. Mais de 80% dos suicídios dos doentes com cancro ocorrem nos doentes com cancro avançado [28]. Em 24 unidades de cuidados paliativos do Reino Unido houve 21 suicídios e 37 tentativas de suicídio num período de 5 anos [29]. Estudos da evolução da mortalidade por suicídio em doentes com cancro realizados em Itália e na Noruega mostram que esta tem vindo a diminuir [30,31]. Este declínio na mortalidade por suicídio nos doentes com cancro tem sido explicada pela maior atenção e melhor tratamento da depressão nestes doentes, melhoria do tratamento incluindo intervenções cirúrgicas menos mutilantes, melhoria do prognóstico, do suporte psicossocial e pelo desenvolvimento dos cuidados paliativos [30,31].

Foram identificados vários factores de risco de suicídio nos doentes com cancro, alguns dos quais coincidem com os factores de risco identificados na população geral, como a depressão e a desesperança, psicopatologia prévia, o abuso de álcool e de outras substâncias, história de tentativas de suicídio, história familiar de suicídio, falta de suporte social e isolamento. Existem, porém, outros factores de risco mais específicos como a dor e outros sintomas, o mau prognóstico associado à doença avançada, a perda de controlo, o delirium e a fadiga [28].

A depressão é mais frequente nos doentes com cancro do que na população geral, mas não é mais frequente do que em doentes com outras doenças físicas. Os estudos sugerem que 20 a 25% dos doentes com cancro têm depressão em qualquer altura da evolução da sua doença, mas na doença avançada esta frequência pode subir para os 77% [26]. Mas, tal como acontece na população geral, a desesperança é o elemento da depressão mais importante [28]. Contudo, apesar da frequência com que ocorre, a depressão não é diagnosticada em muitos

casos. Isto deve-se a vários factores, entre os quais se destacam a falta de treino dos profissionais de saúde e a dificuldade particular em diagnosticar a depressão nesta população. Efectivamente, os critérios físicos de depressão como a insónia, a anorexia, a astenia podem ser causados directamente pela doença oncológica ou pela medicação, o que dificulta o diagnóstico.

A dor e provavelmente outros sintomas físicos aumentam o risco de suicídio. Muitas vezes, estes sintomas não ocorrem isoladamente, sobretudo no cancro avançado, interagem e potenciam-se, produzindo, assim, um efeito maior. Os sintomas físicos associam-se frequentemente a uma limitação da actividade que pode chegar às actividades de vida diária mais simples criando assim uma grande dependência. Parece ser essencial para o aumento do risco do suicídio a perturbação psicológica e as alterações do humor eventualmente coexistentes. A dor intensa ou a dor crónica podem associar-se a alterações psicológicas como a depressão. Um estudo realizado no Memorial Sloan-Kettering Hospital de Nova Iorque mostrou que um terço dos doentes suicidas com cancro tinha depressão, 20% tinham delirium e 50% sofriam de um distúrbio de ajustamento [26].

Além das limitações causadas pelos sintomas físicos, outras circunstâncias contribuem para a perda do controlo sobre o seu corpo e as suas vidas, provocadas pela evolução da doença e pelo tratamento. Entre estas circunstâncias encontram-se as amputações, a paraplegia, a perda de controlo dos esfíncteres, a disfagia, a disfonia e outras. A importância que os doentes atribuem à perda do controlo é variável, mas para alguns, mesmo pequenas perdas causam um grande impacto dando-lhes uma sensação de desesperança e de desamparo.

A sensação de perda de controlo sobre a mente, provocada pelo delirium ou pela sedação, pode ser muito perturbadora. O delirium é frequente no cancro avançado sobretudo nos últimos dias de vida. Num estudo realizado na Unidade de Cuidados Continuados do Centro do Porto do Instituto Português de Oncologia [32] sobre as últimas 48 horas de vida em 300 doentes, verificou-se que 146 deles (49%) tinham delirium. Em alguns estudos, porém, a

percentagem dos doentes oncológicos com delirium pode atingir 90% nos últimos dias de vida [33]. Os doentes com delirium têm um risco aumentado de suicídio, mesmo quando este é ligeiro. O delirium pode contribuir para o suicídio impulsivo pela perda do controlo dos impulsos associados a esta condição [26].

3.2.1. Ideação suicida

A frequência com que a ideação suicida ocorre nos doentes com cancro avançado é difícil de determinar porque, geralmente, a questão não é abordada na prática clínica e, mesmo quando o é, só após se ter estabelecido uma relação de confiança é que o doente pode revelar as suas ideias de suicídio. Nos estudos realizados, uma percentagem variável dos doentes com cancro avançado têm ideação suicida, sendo rara em fases mais precoces da doença [26]. Num estudo, que incluiu 248 doentes seguidos em regime ambulatorio ou de assistência domiciliária numa unidade de cuidados paliativos inglesa, 30% tinha tido ideação suicida [34]. No estudo de Coyle et al. em doentes nas últimas quatro semanas de vida, 18 (20%) tinham ideação suicida; entretanto, foram incluídos mais quatro doentes que tinham um plano específico para o suicídio, tendo-se verificado que estavam todos clinicamente deprimidos e em tratamento psiquiátrico, e desses, dois com delirium recorrente suicidaram-se [35].

Porém, a frequência com que ocorre a ideação suicida nos doentes com cancro avançado está muito longe da frequência com que tentam ou completam o suicídio. A ideação suicida significa, na maioria dos casos, a tentativa de manter o controlo sobre a situação, isto é, a ideia de que se a situação piorar, haverá uma forma ao seu alcance de evitar o sofrimento, a dependência ou o que for mais importante para o doente individual. No entanto, a concretização dessas ideias é rara.

O controlo da dor e da depressão e a discussão dos pensamentos acerca do suicídio com os doentes com cancro avançado podem reduzir a ideação suicida e o risco de suicídio [28].

3.3. SUICÍDIO NOS DOENTES COM SIDA

Os indivíduos com SIDA têm um risco muito maior de suicídio do que a população geral [36,37]. Num estudo, foi cerca de 36 vezes maior [36], mas a maioria tinha doenças psiquiátricas prévias.

A população dos doentes com infecção por VIH/SIDA é diferente da população dos doentes oncológicos, porque a prevalência de doenças psiquiátricas e o abuso de substâncias é particularmente alto. Esta é provavelmente a explicação para os dados de um estudo realizado em indivíduos com risco elevado para infecção por VIH, homossexuais masculinos e toxicodependentes de drogas IV, que mostra que o elevado risco de suicídio não aumentava nos indivíduos em quem a infecção tinha sido diagnosticada relativamente aos indivíduos que tinham testes negativos [26]. Noutro estudo, os indivíduos VIH positivos ainda sem SIDA eram mais suicidas do que os indivíduos com SIDA [38].

Os indivíduos com SIDA têm sintomas físicos, nomeadamente, dor, depressão e delirium que são factores importantes também nos doentes com cancro. No entanto, é o sofrimento psicológico, como sempre, o factor determinante para o suicídio nos doentes com SIDA.

3.4. SUICÍDIO NOUTRAS DOENÇAS

Com algumas excepções, quase todos os indivíduos com doenças físicas que cometem suicídio têm também uma doença psiquiátrica. E, a maioria das doenças médicas que se associam a uma taxa maior de suicídios são as que envolvem doenças mentais ou abuso de substâncias [39]. Além das já descritas atrás, a epilepsia do lobo temporal, a doença de Huntington, a esclerose múltipla, a úlcera péptica, a hemodiálise ou a diálise peritoneal contínua, a rejeição de transplante renal, o traumatismo medular com paraparésia ou tetraparesia e o

lupus eritematoso sistémico são as doenças que se associam a um risco de suicídio elevado [26]. Outras doenças, como as do foro cardíaco e pulmonar, que podem acarretar também grande sofrimento, não parecem estar associadas a uma maior probabilidade de suicídio [11].

3.5. SUICÍDIO E SOCIEDADE

O suicídio provavelmente só ocorre na nossa espécie, embora certos comportamentos violentos, incluindo a auto-mutilação ocorram noutra espécies. Nos povos primitivos a atitude relativa ao suicídio é em grande parte desconhecida mas é provável que houvesse variações segundo os locais e os povos. A aceitação ou mesmo o encorajamento do suicídio ocorria, pelo menos em algumas sociedades, e relacionava-se com a escassez de alimentos e a mobilidade dos nómadas, para que a eliminação dos idosos e dos fisicamente diminuídos não afectasse a sociedade [17].

Na Antiguidade Clássica, Grécia e Roma, havia legislação sobre o suicídio. O suicídio era proibido e considerado uma injustiça para com a comunidade. No entanto, se o indivíduo que se queria suicidar apresentasse um pedido às autoridades competentes (o Senado), explicando as suas razões, e se o pedido fosse deferido, o suicídio era considerado legítimo [40].

Nas sociedades cristãs, o suicídio foi proibido. No concílio de Arles, em 452, o suicídio foi proclamado crime; no concílio de Braga, em 561, decidiu-se que no funeral de um suicida não haveria rituais religiosos; e no concílio de Toledo, em 693, determinou-se que até os que tentavam o suicídio eram excomungados [1,40,41]. A legislação civil seguiu as normas religiosas, acrescentando-lhe penas materiais. Havia variações regionais, mas em geral os bens do suicida eram confiscados, não sendo herdados pelos descendentes. Se o suicida era um nobre, perdia o título e era declarado plebeu, perdendo as suas terras e o seu castelo. O corpo do suicida podia ser arrastado pelas ruas e depois podia ser pendurado pelo pescoço e eventualmente atirado para uma estrumeira [40]. A loucura era geralmente considerada uma

desculpa, mas nem sempre. Em França, a Revolução aboliu a legislação anterior e o suicídio deixou de ser considerado um crime. No Reino Unido a situação era semelhante à do resto da Europa, mas só em 1961 o suicídio e as tentativas de suicídio foram descriminadas pelo *Suicide Act*.

Nos EUA o suicídio era considerado um crime, mas não havia punição por se considerar que não havia modo adequado de punir um indivíduo morto e que a confiscação dos seus bens só punia os familiares. No entanto, as tentativas de suicídio eram punidas. O Estado de Nova Iorque descriminou as tentativas de suicídio em 1919, embora tenha mantido a classificação do suicídio como “um grave erro público” até 1965. Hoje, nem o suicídio nem as tentativas de suicídio são crimes em qualquer estado americano. No entanto, o suicídio não é considerado um direito quer na lei geral quer na Constituição [42].

Em Portugal com o Código Penal de 1886 o suicídio deixou de ser penalizado, embora o fosse “o auxílio ou ajuda ao suicídio” [41]. Anteriormente, as Ordenações puniam o suicídio, não de um modo geral, mas apenas em circunstâncias em que havia um confisco de bens eminente [41]. O Código Penal actual pune o “incitamento ou ajuda ao suicídio” (artigo 135º) e a “propaganda ao suicídio” (artigo 139º).

As sanções religiosas e legais contra o suicídio foram diminuindo à medida que se foi compreendendo que o suicídio era sobretudo causado por alterações mentais e não por ser uma fraqueza ou um pecado [17].

3.6. CONSIDERAÇÕES FILOSÓFICAS

Para Platão (427-347 a.C.) o suicídio é um acto de desafio aos deuses e à ordem moral visto que a alma tem origem nos deuses e os indivíduos têm obrigação de a aperfeiçoar. O suicídio é um acto de deserção, de fuga às responsabilidades. Porém, o suicídio de Sócrates não se pode considerar uma fuga mas antes resultante da sua integridade moral. Por isso,

Platão distingue o suicídio egoísta do suicídio altruísta com origem num acto desinteressado de virtude moral [1]. O pensamento de Platão sobre o suicídio pode resumir-se nas frases do Fédon em que Sócrates afirma “...muito embora considerem a morte um bem superior à vida, seja aos seus olhos interdito obterem-no por suas mãos, obrigando-se, em vez disso, a esperar que o benefício lhes venha de outrem.” e “..não devemos pôr termo à vida sem que o deus de algum modo nos constranja, como é presentemente o meu caso” [43].

Já para Aristóteles (384-322 a.C.)o suicídio era condenável porque era um acto contra os deuses, mas sobretudo porque era um acto contra as leis da “polis”. Além disso, o suicídio implica a perda de um membro valioso da sociedade. Portanto, para Aristóteles o indivíduo deve ter em conta as suas obrigações para com a sociedade quando toma decisões morais e não actuar como se estivesse isolado: “Na verdade, quem se suicida atenta de algum modo contra a própria honra, porque comete uma injustiça contra o Estado” [44].

A escola estóica, fundada na Grécia por Zenão cerca do ano 400 a.C., teve uma grande expansão sobretudo no império romano, debruçou-se sobre esta temática. O mais importante para o estóicos era viver em harmonia com a natureza e de acordo com a razão [45]. Por isso, sempre que os meios de viver uma vida naturalmente boa deixassem de existir o suicídio podia justificar-se [46]. Por exemplo, se o estado de saúde não permitir uma vida feliz o homem sensato pode considerar o suicídio, e levá-lo a cabo não aumenta nem diminui a sua virtude moral [46].

O suicídio foi defendido pelos estóicos também em situações em que este serve outros, por exemplo a pátria; quando o suicídio impede o ser-se forçado a cometer um acto ilegal ou moralmente repreensível; e para manter a honra [45]. O modo como o suicídio era realizado era também importante para os estóicos. Por exemplo, o imperador romano Marco Aurélio sublinhava que um suicídio deve ser praticado discretamente sem atitudes teatrais [45].

Também o cristianismo abordou a problemática do suicídio. Nos primeiros tempos da era cristã o suicídio altruísta e o martírio eram enaltecidos, como é bem conhecido. A Bíblia não apresenta ensinamentos específicos sobre o suicídio e por isso os filósofos cristãos desenvolveram o seu pensamento a partir dos filósofos gregos que tinham uma grande influência na época.

A partir de Santo Agostinho (354-430) passou a considerar-se o suicídio como uma usurpação da autoridade de Deus e da Igreja [1]. Santo Agostinho baseia a sua argumentação contra o suicídio no preceito da lei: “não matarás” (Êxodo 20:13). Geralmente, este preceito é interpretado como sendo dirigido aos outros, mas Santo Agostinho afirma que não se limita a estes porque não acrescenta “o teu próximo” como acontece noutros como “não darás falso testemunho contra o teu próximo” (Êxodo 20:16) [47]. Para Santo Agostinho o suicídio era um pecado mortal e o suicídio de Judas foi usado como exemplo de uma atitude ignóbil praticado por uma pessoa desprezível [48]. No entanto, acaba por admitir o martírio em alguns casos como o de Sansão, que ao derrubar o templo com a sua força morreu matando também os filisteus, inimigos dos judeus (Juízes 16:23-31) – Jeová, deus dos judeus, venceu Dagon, deus dos filisteus. Este acto de Sansão foi realizado em obediência a Deus (ao Espírito Santo) e não um acto com outras motivações, daí ser aceitável [49]. Assim, o pensamento de Santo Agostinho quanto ao suicídio aproxima-se do pensamento de Platão.

São Tomás de Aquino (1225-1274) considerava que o suicídio não era legítimo por três razões: o suicídio é contrário à inclinação da natureza e à caridade pela qual todo o homem deve amar-se a si próprio, por isso o suicídio é sempre um pecado mortal por ser contrário à lei natural e à caridade; como todas as partes pertencem a um todo, todo o homem é parte da comunidade, e como tal pertence-lhe, pelo que matando-se injuria a comunidade; porque a vida é uma dádiva de Deus ao homem e está sujeita ao Seu poder, que mata e faz viver e, então, quem tira a sua própria vida peca contra Deus [50]. Então, o suicídio, além de ser um acto incorrecto para com

Deus, é também um acto contra a sociedade como um todo. Portanto, São Tomás de Aquino sublinhava, tal como Aristóteles, a responsabilidade dos indivíduos perante a sociedade.

Mais recentemente, David Hume (1711-1776) considera que os indivíduos têm o direito a suicidarem-se. Para Hume, o suicídio não constituía uma ofensa a Deus ou à sociedade. Deus não aparece imediatamente em qualquer acção, mas criou as leis gerais e imutáveis que governam todas as coisas desde o começo do tempo, não havendo acontecimento que escape a essas leis. Assim, num certo sentido, todos os acontecimentos podem ser considerados como a acção de Deus porque resultam dos poderes com que dotou as suas criaturas. Seguindo esta linha de raciocínio, Hume conclui que a morte ainda que auto-inflingida também tem de seguir essas leis, portanto, o suicídio não constitui uma ofensa a Deus [51].

Quanto à ofensa à sociedade, Hume argumenta que quando uma pessoa se suicida apenas deixa de a beneficiar e, se isto é uma injúria, é uma injúria menor. Todas as obrigações que temos para com a sociedade implicam uma reciprocidade; recebemos os benefícios da sociedade e temos obrigação de promover os seus interesses. Mas não somos obrigados a fazer um pequeno bem à sociedade à custa de um grande sacrifício pessoal; porquê prolongar uma existência miserável devido a uma pequena vantagem que o público possa receber? No caso de um indivíduo não estar em condições de produzir qualquer benefício para a sociedade e ser, antes, um fardo, o seu suicídio seria útil para a sociedade. Deste modo David Hume refuta o argumento de que o suicídio é uma injúria à sociedade [51].

Por seu turno, Schopenhauer (1788-1860) afirmou que ninguém, excepto os devotos das religiões monoteístas, a que chamava religiões judaicas, considerava o suicídio como um crime, ainda que nem no Antigo nem no Novo Testamento haja qualquer proibição ou desaprovação do suicídio. Schopenhauer criticou fortemente a atitude vigente no seu tempo, sobretudo em Inglaterra, de considerar o suicídio um crime com as consequências descritas atrás [52].

Para Schopenhauer o suicídio não é um crime. O suicídio ocorre quando o sofrimento atinge um ponto que faz desaparecer o natural terror pela morte. No entanto, Schopenhauer considerava que existia uma razão válida contra o suicídio que era impedir o atingimento do objectivo moral mais alto: a liberdade moral. Esta liberdade moral só se poderia alcançar pela negação da vontade de viver e o suicídio longe de ser uma negação é uma afirmação dessa vontade. A negação da vontade de viver consiste na fuga dos prazeres, não do sofrimento da vida. Apesar destes argumentos, para Schopenhauer o suicídio poderia considerar-se um erro mas nunca como um crime [52].

Immanuel Kant (1724-1804), defensor da santidade da vida, tem uma posição contrária à destes últimos filósofos quanto à legitimidade do suicídio. A posição de Kant relativamente ao suicídio deriva do imperativo categórico “age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal.” [53], afirmando que “Uma pessoa, por uma série de desgraças, chegou ao desespero e sente tédio da vida, mas está ainda em posse de razão para poder perguntar a si mesmo se não será talvez contrário ao dever para consigo mesmo atentar contra a própria vida. A sua máxima, porém, é a seguinte: Por amor de mim mesmo, admito como princípio que, se a vida, prolongando-se, me ameaça mais com desgraças do que promete alegrias, devo encurtá-la” [53]. Segundo Kant, esta máxima não se pode tornar em lei universal da natureza porque contraria absolutamente o princípio supremo que é o da conservação da vida.

Para o existencialismo, de que Jean-Paul Sartre (1905-1980) é provavelmente o representante mais notável, temos uma característica única que nos distingue dos outros seres vivos que é a liberdade. Existimos por nós próprios, enquanto que os outros seres existem em si, isto é, seguem imutavelmente a sua natureza. Para Sartre não existe natureza humana e exercendo a nossa liberdade não temos de nos submeter a quaisquer princípios morais, nem a qualquer outra autoridade. Não existe também um deus perante quem tenhamos quaisquer

deveres. O único critério para julgar as acções seria o de saber se se realizam em nome da liberdade, por isso, para Sartre, o suicídio ao acabar com a liberdade seria errado. Porém, o suicídio altruísta como não tem a morte como objectivo primário não é condenável, podendo ser mesmo uma expressão de liberdade [1].

Para Albert Camus (1913-1960) “Só há um problema filosófico verdadeiramente sério: é o suicídio. Julgar se a vida merece ou não ser vivida, é responder a uma questão fundamental da filosofia.” [54]. Sísifo tinha sido condenado pelos deuses a empurrar um rochedo até ao cume de uma montanha de onde, após uma curta pausa, rolava pela encosta abaixo até ao sopé, voltando o processo ao princípio vezes sem fim. Camus usa o mito de Sísifo como paradigma do homem absurdo, da ausência de sentido da vida. Para os existencialistas a ausência de um deus torna a vida sem sentido. Mas a conclusão que tira do absurdo da vida humana não o leva a concluir que o suicídio seria a resposta adequada. Esta falta de sentido da vida só se torna trágica quando se toma consciência dela. No entanto, é preciso saber se a vida deveria ter um sentido para ser vivida: a resposta de Camus é a de que: “pelo contrário, a vida será vivida até melhor por não ter sentido” [55]. A consciência do absurdo origina a revolta permanente: “Esta revolta não passa da certeza de um destino esmagador, mas sem a resignação que deveria acompanhá-la” [55]. E Camus continua: “Pode-se crer que o suicídio segue a revolta. Mas erradamente. Porque ele não representa a sua lógica conclusão. É até exactamente o seu contrário, pelo consentimento que supõe. O suicídio é, como o mergulho, o extremo limite da aceitação....Ele avista o seu futuro e nele se precipita, no seu único e terrível futuro....O contrário do suicida é, precisamente, o condenado à morte”.[55].

3.7. O SUICÍDIO E AS RELIGIÕES

Todas as religiões abordam, mais ou menos pormenorizadamente, o fenómeno do suicídio. Para o budismo o valor é a vida não a morte. Por isso, o suicídio é contrário aos valores

do budismo, sendo incoerente com os seus ensinamentos e, portanto, é um acto irracional [56]. A morte é mencionada na Primeira Verdade Nobre como um dos aspectos mais básicos do sofrimento, mas uma pessoa que opte pela morte acreditando que é a solução para o sofrimento está fundamentalmente equivocada quanto ao significado da Primeira Verdade Nobre [56]. No entanto, o suicídio tem sido praticado pelos japoneses sob a forma do *hara-kiri* ou *seppuku* que é considerado como uma morte honrosa, havendo mesmo quem sugira que o seppuku não é suicídio porque o samurai não procura terminar a sua vida mas apenas cumprir o seu dever [56]. O suicídio tem também sido utilizado como forma de protesto, por exemplo, pelos monges tibetanos contra a ocupação chinesa.

Para a Igreja Católica o suicídio é um pecado grave que a partir de certa altura passou a ser motivo de excomunhão, sendo negados ao suicida os ritos funerários, como já foi referido. Actualmente, porém, a Igreja Católica, embora mantenha a ilicitude do suicídio, tem uma atitude diferente relativamente aos suicidas, como está expresso no Catecismo da Igreja Católica: “Não se deve desesperar da salvação eterna das pessoas que se suicidam. Deus pode, por caminhos que só Ele conhece, oferecer-lhes a ocasião de um arrependimento salutar. A Igreja ora pelas pessoas que atentaram contra a própria vida.” [57].

Também para o hinduísmo o suicídio é um erro grave. O suicídio apenas acelera a intensidade do *karma*, trazendo uma série de nascimentos menores requerendo várias vidas para a alma retornar ao ponto evolucionário em que se estava antes [58]. Admitem-se excepções, mas não é suficiente estar infeliz, desapontado ou angustiado pela perda de pessoas queridas, dano físico ou perda pessoal [58]. A quem for jovem e saudável o suicídio não é permitido.

O suicídio é aceitável em casos de doença terminal ou de grande incapacidade. No entanto, a pessoa que tomou essa decisão tem de a anunciar publicamente, o que permite o acompanhamento comunitário e evita o suicídio privado num estado de angústia e

desesperança. O suicídio faz-se pelo jejum - *prayopavesa* – não sendo assim um facto abrupto e impulsivo, mas dando tempo para resolver problemas, ponderar a vida e aproximar-se de Deus [58]. Esta prática permite ainda reflectir sobre a decisão e, eventualmente, reconsiderar. Para esta prática há três condições que se devem verificar: 1) incapacidade para realizar a purificação normal do corpo; 2) a morte parece iminente ou a situação é tão má que os prazeres da vida são nulos; 3) a acção deve ser feita sob a regulação da comunidade. Até há algum tempo as viúvas suicidavam-se imolando-se na pira funerária do marido, prática actualmente banida.

A religião islâmica proíbe o suicídio. Só Alá pode dar e tirar a vida, por isso as pessoas devem resignar-se ao seu destino. O suicídio é um acto de insubordinação, pelo que é uma falta grave. No Alcorão pode ler-se “Não vos mateis. Deus é misericordioso para convosco” (Alcorão :4:29) e “A quem praticar o suicídio com injustiça e iniquidade fá-lo-emos consumir no fogo. Isso é fácil para Deus” (Alcorão :4:30).

Alguns muçulmanos pensam que as acções realizadas no decurso da guerra santa (*jihad*), em que a morte do próprio ocorre, não se devem considerar suicídio, mas sim uma forma de martírio. O acto é praticado contra os opressores não havendo outra opção.

Por seu turno, “Para o judaísmo o suicídio é homicídio e cai, portanto, na proibição geral do homicídio. Uma pessoa que intencionalmente toma a sua própria vida pode não enfrentar um tribunal terreno, mas não escapa ao julgamento.” (Resposta do Rabi Eliahua Levenson a uma pergunta por mim feita através do sítio JewishAnswers.org). “O suicídio é proibido pelas Sete Leis Universais”[59]. As afirmações ilustram bem a posição do judaísmo de condenação do suicídio.

3.8. CONCLUSÃO

O suicídio, nas sociedades ocidentais, foi, em geral, condenado e visto como uma traição aos deuses e à própria sociedade. O suicídio foi alvo de censura e de pesadas sanções

judiciais e religiosas. O suicídio altruísta é geralmente considerado uma excepção e o martírio foi mesmo enaltecido pelas religiões, em certas épocas. Vários filósofos se pronunciaram sobre a questão do suicídio. No entanto, a discussão filosófica sobre o suicídio e a sua legitimidade pressupõe uma decisão racional. Na realidade, porém, a maioria dos suicídios resulta de estados psicopatológicos, de que se destaca a depressão, e do sofrimento que causam. Mesmo quando são planeados, a decisão de os levar a cabo é, geralmente, impulsiva e tomada em poucos minutos. Assim, a decisão não é, na maioria dos casos, racional. A compreensão desta realidade fez com que a censura social e as sanções judiciais se fossem atenuando, tendo estas, em geral, desaparecido há vários anos. Apesar de não ser penalizado, o suicídio não é, geralmente, considerado um direito.

REFERÊNCIAS

1. Wilcockson M. Suicide and autonomy. Em: Wilcockson M, ed. Issues of life and death. London: Hodder & Stoughton 1999;16-31.
2. Durkheim E. Introdução. Em: O suicídio - estudo sociológico. Lisboa: Editorial Presença, 7ª ed. 2001:19-32.
3. Maris RW. Suicide. Lancet 2002;360:319-326.
4. OMS. Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Direcção Geral da Saúde, 2002:80-83. Em: <http://www.who.int/whr/2001/main/portuguese.pdf>.
5. Campos MA, Leite S. O suicídio em Portugal nos anos 90. Revista de Estudos Demográficos 2002 (32):81:106.
6. Carvalho ML, Natário IC. O suicídio em Portugal: uma análise espaço-temporal. Revista de Estatística 1998:51-72.

7. Veiga FA, Saraiva CB. O suicídio em Portugal. Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2002.
http://www.spsuicidologia.pt/biblioteca/artigos_dt.php?artigoID=2.
8. Saraiva CB, Veiga FA, Primavera R et al. Epidemiologia do para-suicídio no concelho de Coimbra. *Psiquiatria Clínica* 1996 ;17 :291-296.
9. The New York State Task Force on Life and the Law. The epidemiology of suicide. Em: *When death is sought: assisted suicide and euthanasia in the medical context*. New York, 2^a ed; 2000:9-22.
10. Asnis GM, Friedman TA, Sanderson WC, Kaplan ML, van Praag HM, Harkavy-Friedman JM. Suicide behaviours in adult psychiatric outpatients, I: description and prevalence. *Am J Psychiatry* 1993;150:108-112.
11. Jamison KR. The burden of despair: psychopathology of suicide. Em: Jamison KR. *Night falls fast*. New York: Vintage Books; 1999a:98-129.
12. Morgan G. Long term risks after attempted suicide. *BMJ* 1993;306:1626-1627.
13. Kellermann AL, Rivara FP, Somes G e col. Suicide in the home in relation to gun ownership. *N Eng J Med* 1992;327:467-472.
14. Marzuk PM, Leon AC, Tardiff K, Morgan EB, Stagic M, Mann JJ. The effect of access to lethal methods of injury on suicide rates. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:451-458.
15. Winokur G, Black DW. Suicide – what can be done? *N Eng J Med* 1992;327:490-491.
16. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002;360:1126-1130.
17. Jamison KR. Death lies near at hand: history and overview. Em: Jamison KR. *Night falls fast*. New York: Vintage Books; 1999:11-25.
18. Jamison KR. Take off the amber, put out the lamp. Em: Jamison KR. *Night falls fast*. New York: Vintage Books; 1999:73-97

19. Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide: sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:418-422.
20. Jamison KR. *Death-blood: neurobiology and neuropathology*. Em: Jamison KR. *Night falls fast*. New York: Vintage Books; 1999:182-212.
21. Gould MS, Shaffer D The impact of suicide in television movies: evidence of imitation. *N Engl J Med* 1986;315:690-694.
22. Phillips DP, Carstensen LL. Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *N Engl J Med* 1986;315:685-689.
23. Phillips DP, Paight DJ. The impact of televised movies about suicide: a replicative study. *N Engl J Med* 1987;317:809-811.
24. Etzersdorfer E, Sonneck G, Nagel-Kues S. Newspaper reports and suicide. *N Engl J Med* 1992;327:502-503.
25. Harris EC, Barraclough BM. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine* 1994;73:281-296.
26. The New York State Task Force on Life and the Law. *Suicide and special patient populations*. Em: *When death is sought: assisted suicide and euthanasia in the medical context*. New York, 2^a ed; 2000:23-33.
27. Louhivuori KA, Hakama M. Risk of suicide among cancer patients. *Am J Epidemiol* 1979;109:59-65.
28. Breitbart W, Chochinov HM, Passik SD. *Psychiatric symptoms in palliative medicine*. Em: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, eds, 3^a ed. Oxford: Oxford University Press. 2004:746-771.
29. Grzybowska P, Finlay I. The incidence of suicide in palliative care patients. *Palliat Med* 1997;11:313-316.

30. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekberg Ø. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol* 2004;22:4209-4216.
31. Miccinesi G, Crocetti E, Benvenuti A, Paci E. Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy. *Eur J Cancer* 2004;40:1053-1057.
32. Ferraz Gonçalves J, Alvarenga M, Silva A. The last forty-eight hours of life in a Portuguese palliative care unit: does it differ from elsewhere? *J Palliat Med* 2003;6:895-900.
33. Lawlor PG, Bruera ED. Delirium in patients with advanced cancer. *Hematl Oncol Clin N Am* 2002;16:701-714.
34. Lloyd-Williams M. How common are thoughts of self-harm in a palliative care population? *Support Care Cancer* 2002;10:422-424.
35. Coyle N, Adelhardt J, Foley KM, Portenoy RK. Character of terminal illness in the advanced cancer patient : pain and other symptoms during the last four weeks of life. *J Pain Symptom Manage* 1990 ;5 :83-93.
36. Marzuk PM, Tierney H, Tardiff K, et al. Increased risk of suicide in persons with AIDS. *JAMA* 1988;259:1333-1337.
37. Côté T, Biggar RJ, Dannenberg AL. Risk of suicide among persons with AIDS: a national assessment. *JAMA* 1992;268:2066-2068.
38. McKegney FP, O'Dowd MA. Suicidality and HIV status. *Am J Psychiatry* 1992;149:396-398.
39. McHugh PR. Suicide and medical afflictions. *Medicine* 1994;73:297-298.
40. Durkheim E. Relações do suicídio com os outros fenómenos sociais. Em: *O suicídio - estudo sociológico*. Lisboa: Editorial Presença, 7ª ed. 2001:348-386.
41. Saraiva C. Para-suicídio : contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes. Tese de doutoramento. Coimbra 1997.

42. The New York State Task Force on Life and the Law. Decisions at life's end: existing law. Em: When death is sought: assisted suicide and euthanasia in the medical context. New York, 2ª ed; 2000:49-75.
43. Platão. Fédon. Coimbra: Minerva; 2001:62a-c.
44. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Lisboa: Quetzal Editores; 2004:1138a4.
45. Retterstøl N. Suicide in a cultural history perspective, part 1. University of Oslo: The suicide research and prevention unit. <http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/engelsk/menuculture/Retterstol.htm>.
46. Cholbi M. Suicide. Stanford Encyclopedia of Philosophy. <http://plato.stanford.edu/entries/suicide/>.
47. Santo Agostinho. Não há autoridade que permita aos cristãos, seja por que razão for, que voluntariamente acabem com a própria vida. Em: Santo Agostinho. A Cidade de Deus. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 2ª ed.; 1996 (Livro I-XX):157-159.
48. Santo Agostinho. A morte voluntária por medo à dor ou à desonra. Em: Santo Agostinho. A Cidade de Deus. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 2ª ed.; 1996 (Livro I-XVII):149.
49. Santo Agostinho. Casos em que a execução do homem não constitui o crime de homicídio. Em: Santo Agostinho. A Cidade de Deus. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 2ª ed.; 1996 (Livro I-XXI):161-162.
50. S. Tomás de Aquino. Summa Theologica 2-2, Qu. 64, Art.6. <http://www.newadvent.org/summa/306405.htm>.
51. Hume D. Essay on suicide. Em: Hume D. Four dissertations and essays on suicide and the immortality of the soul. South Bend, Indiana: St Augustine Press 2000.
52. Platão. Fédon. Coimbra: Minerva; 2001:62a-c.
53. Kant I. Transição da filosofia moral popular para a metafísica dos costumes. Em: Fundamentação da metafísica dos costumes. Lisboa: Edições 70;2003:39-91.

54. Camus A. O absurdo e o suicídio. Em Camus A. O mito de Sísifo : ensaio sobre o absurdo. Lisboa : Editora Livros do Brasil. 2002:13-19.
55. Camus A. A liberdade absurda. Em Camus A. O mito de Sísifo : ensaio sobre o absurdo. Lisboa : Editora Livros do Brasil. 2002:55.67.
56. Keown D. Buddhism and suicide: the case of Channa. J Buddhist Ethics 1996;3:8-31.
57. Catecismo da Igreja Católica. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 2ª ed. 1999:2283.
58. Subramuniaswami S. Let's talk about suicide. Hinduism Today.
<http://www.hinduismtoday.com/archives/1992/12/1992-12-05.shtml>.
59. Clorfene C, Rogalsky Y. Murder. <http://www.moshiach.com/action/morality/murder.php#>.

CESSAÇÃO VOLUNTÁRIA DA ALIMENTAÇÃO E DA HIDRATAÇÃO

Com a expressão cessação voluntária da alimentação e da hidratação (CVAH) refiro-me à atitude de doentes competentes com doenças crónicas avançadas que querendo morrer decidem interromper a alimentação e a hidratação artificiais ou deixam de comer e de beber. Esta definição não inclui a cessação da alimentação por outros motivos, como a perda do apetite ou a incapacidade de comer ou beber devido à doença. A discussão desta prática na literatura médica é relativamente recente, embora se saiba que foi descrita como uma via antiga, usada pelo menos desde a Grécia antiga, para a boa morte [1].

4.1. AUTONOMIA

Os doentes competentes têm o direito de recusar tratamentos mesmo que isso possa pôr em risco a sua sobrevivência. A AHA se forem consideradas formas de tratamento, como tenho vindo a afirmar, podem ser legitimamente recusadas pelos doentes, não sendo, em geral, um direito contestado. Comer e beber não são, obviamente, tratamentos, mas há quem considere que a recusa voluntária de comer e beber é uma extensão desse direito [2]. Pode também considerar-se um suicídio e, assim, ser considerado ilegítimo. No entanto, mesmo a considerar-se que não é legítimo que o doente deixe voluntariamente de comer e beber, não há qualquer direito de coagir o doente a actuar de outro modo ou mesmo a impor-lhe uma alimentação e uma hidratação artificiais.

Por outro lado, como a CVAH não necessita da participação de terceiros, nomeadamente de médicos, protege a privacidade e a independência do doente [2].

A morte por CVAH demora vários dias ou semanas e, inicialmente, pode aumentar o sofrimento por provocar fome e sede, embora em doentes em fase terminal isso habitualmente não aconteça. A anorexia que acompanha os doentes nesta fase pode mesmo facilitar o cumprimento da decisão e a xerostomia que acompanha a desidratação pode ser resolvida com o humedecimento da boca; de facto, a CVAH parece não envolver desconforto significativo [3-5]. O jejum leva à libertação de endorfinas que contribuem para o conforto do doente. No entanto, a CVAH requer persistência na decisão, não sendo, assim, um acto impulsivo, como acontece frequentemente nos suicidas. O tempo que é necessário para morrer dá oportunidade para que o doente, eventualmente, mude de ideia e resolva voltar a comer e a beber.

Como foi referido anteriormente os actos suicidas realizam-se na maioria dos casos num contexto psicopatológico em que predomina a depressão. Se o desejo de morrer que levasse um doente à CVAH tiver como base a depressão, a decisão dificilmente se poderá considerar autónoma. No entanto, actualmente, não há dados sobre a depressão nos doentes que tomam a decisão de CVAH [6].

Acontece também que quando os doentes estão perto da morte desenvolvem frequentemente problemas cognitivos [7], o que pode colocar a questão de a acção continuar a ser voluntária [3]. Do mesmo modo, se houver sintomas refractários e a necessidade de sedar o doente com o seu consentimento, o mesmo problema se pode pôr. Isto é, pode haver um período a partir do qual o doente dificilmente poderá decidir ou manifestar mudar de ideias quanto a manter-se sem comer e beber.

4.2. IMPLICAÇÕES PARA TERCEIROS

A CVAH não implica a participação de outros na acção, ao contrário do que acontece com o suicídio assistido e a eutanásia. A profissão médica não é afectada na sua integridade pela CVAH, porque os médicos não são responsáveis por providenciar os meios para a morte dos doentes. Os médicos podem tentar persuadir o doente a mudar de ideias, mas não devem exercer qualquer coacção sobre o doente que toma essa decisão. Se o doente mantiver a sua determinação de cessar a alimentação e a hidratação, o médico tem a obrigação de continuar a acompanhá-lo e a prestar-lhe cuidados paliativos controlando-lhe os sintomas que tiver e de avaliar se há uma depressão tratável. A morte por CVAH pode levar em alguns casos três a quatro semanas e, se o doente beber minimamente em resposta à sua sede ou aos apelos dos familiares ou amigos, pode prolongar-se ainda mais [3]. Este intervalo de tempo relativamente longo, necessário para o doente morrer por este método, pode causar grande perturbação nas pessoas mais próximas. No entanto, num estudo da Ganzini et al. [4], a grande maioria dos familiares aceitou a decisão e verificou-se que estes estavam mais preparados para a morte do doente do que os familiares de outros doentes em cuidados paliativos. No entanto, os familiares, os amigos e os profissionais de saúde podem ver a morte por desidratação e inanição como degradante e moralmente condenável.

Se for oferecida regularmente a oportunidade de comer e beber pode-se enfraquecer a determinação do doente e levá-lo a voltar a fazê-lo, mas, por outro lado, não o fazer pode ser, ou ser interpretado como, coacção subtil sobre o doente impelindo-o para morte [2].

Em termos sociais a CVAH, não implicando a colaboração de terceiros, tem o potencial de ser mais aceitável do que a eutanásia ou o suicídio assistido. Por outro lado, a determinação que exige da parte do doente torna improvável o seu uso extenso. Sucede ainda que a CVAH não é ilegal e, portanto, não exige qualquer alteração da legislação.

Como disse no capítulo sobre o suicídio, para o hinduísmo esta prática é aceitável - *prayopavesa*. É, aliás, a única forma de suicídio que consensualmente admite, na condição de a pessoa ter uma doença terminal ou grande incapacidade. Tem ainda por condição o anúncio público da sua intenção o que permite o acompanhamento comunitário evitando o suicídio privado num estado de angústia e desespero.

4.2. RESULTADOS DE UM ESTUDO EMPÍRICO SOBRE A CVAH

Um estudo sobre as experiências de CVAH envolvendo enfermeiras norte-americanas, mostrou que 85% dos doentes morre dentro de 15 dias após pararem de comer e beber. As razões mais importantes para os doentes optarem pela CVAH: foram estarem prontos para morrer, verem a sua existência sem objectivo, considerarem a sua qualidade de vida muito má, quererem morrer em casa e desejarem controlar as circunstâncias da morte [4]. As razões menos importantes foram: dispneia, confusão mental, náuseas, depressão e outras perturbações psiquiátricas, preocupação em serem uma sobrecarga financeira, a experiência de terem observado “más mortes” e falta de suporte social.

As enfermeiras envolvidas neste estudo classificaram as mortes dos doentes que optaram pela CVAH numa escala de 0 (morte muito má) a 9 (morte muito boa) e a mediana da pontuação foi 8. Consideraram as duas últimas semanas de vida destes doentes como pacíficas e com níveis baixos de dor e sofrimento.

Este estudo foi realizado no Estado do Oregon nos EUA, onde o suicídio assistido é legal. Foram comparados casos de suicídio assistido com os casos de CVAH, tendo-se constatado que estes doentes eram mais velhos, tinham menos probabilidade de terem cancro e mais probabilidade de terem doenças neurológicas terminais. De acordo com as enfermeiras, comparativamente aos doentes que escolheram o suicídio assistido, os doentes que escolheram a CVAH tinham menos probabilidade de querer controlar as circunstâncias da sua morte, menos

probabilidade de temer a perda de dignidade, estavam mais preparados para morrer e tinham mais probabilidade de não terem suporte social [4]. Em comparação com os doentes que optaram pelo suicídio assistido estes doentes tinham menos sofrimento e estavam mais em paz nas últimas duas semanas de vida. Os doentes que optaram pela CVAH foram menos frequentemente avaliados por um profissional de saúde mental.

4.4 IMPLICAÇÕES ÉTICAS DA CVAH

A CVAH tem sido perspectivada de vários modos diferentes. Para uns, tem uma base moral mais forte do que o suicídio assistido [3] ou a eutanásia. Tem sido vista como uma extensão do direito de recusa de tratamentos, nomeadamente, da AHA. Há quem não concorde com isto e pense que a CVAH é diferente da recusa de tratamentos, sendo um acto de suicídio e não diferente do suicídio, por exemplo, por arma de fogo [6]. Considerada como suicídio, é pouco diferente do suicídio assistido, diferindo apenas porque não necessita da assistência do médico. Outros ainda, crêem que a colaboração com um doente que tenciona antecipar a morte é moralmente impermissível.

Há ainda quem acredite que a CVAH constitui uma ponte entre as posições antagónicas entre os movimentos pró-eutanásia e os movimentos pró-vida porque poderia satisfazer os que defendem o direito a morrer e ao mesmo tempo os que consideram que a morte pode ser considerada natural [1].

Outros ainda consideram que os doentes crónicos e terminais deveriam ser informados da possibilidade da CVAH o que lhes permitiria controlar a sua vida sem necessitarem da ajuda dos médicos para o fazerem através da eutanásia ou do suicídio assistido [9]. Mesmo opositores da eutanásia e do suicídio assistido pensam que a CVAH é uma alternativa desejável porque não tem os inconvenientes médicos, morais e legais daquelas práticas, entre as quais o potencial para abuso e as pressões e expectativas sociais que poderão criar “um dever de

morrer” [9]. Por sua vez, os médicos não se veriam confrontados com as questões da eutanásia e do suicídio assistido, podendo dedicar-se à sua verdadeira função que é, para com os doentes com doenças crónicas avançadas, a prestação de cuidados paliativos e de conforto.

Assim, esta prática é eticamente controversa, embora pareça mais aceitável do que outras. No entanto, se um doente tomar a decisão de CVAH, podemos tentar movê-lo dessa decisão com persuasão mas não com coacção e, se no final, ele mantiver a sua decisão e se tiver a determinação necessária para a levar a cabo, os profissionais de saúde não podem abandoná-lo por não concordarem com ela. Devem, ao contrário, continuar a acompanhar o doente efectuando os tratamentos de que necessitar, apoiando-o sempre.

4.5. CONCLUSÃO

A CVAH é uma prática que só há relativamente pouco tempo se debate com profundidade. No entanto, parece haver por parte de alguns médicos e eticistas uma maior aceitação da CVAH do que a de outras como a eutanásia e o suicídio assistido. Pode considerar-se uma extensão do direito dos doentes a recusar tratamentos, embora tenha sido também considerada uma forma de suicídio equivalente a dar um tiro na cabeça. Parece não ser desconfortável, podendo mesmo contribuir para o bem-estar dos doentes. Não implica a participação de terceiros para ser levada a cabo e por demorar dias a semanas a conduzir à morte necessita de grande determinação da parte do doente e, por outro lado, permite que eventualmente reconsidere e volte a alimentar-se e a beber. O médico que assiste um doente que tome uma decisão de morrer por CVAH, ainda que não concorde com ela, pode tentar demover o doente do seu intento mas não pode exercer qualquer coacção sobre ele nem deve abandoná-lo. Deve, pelo contrário, prestar-lhe toda a assistência de que necessite para minorar o seu sofrimento.

REFERÊNCIAS

1. Pool R. "You're not going to dehydrate mom, are you?": euthanasia, *versterving*, and good death in the Netherlands. *Soc Science Med* 2004;58:955-966.
2. Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort: a comparison of voluntary stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *JAMA* 1997;278:2099-2104.
3. Miller FG, Meier DE. Voluntary death: a comparison of terminal dehydration and physician-assisted suicide. *Ann Intern Med* 1998;128:559-562.
4. Ganzini L, Goy ER, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delorit MA. Nurses' experiences with hospice patients who refused food and fluid to hasten death. *N Engl J Med* 2003;349:359-365.
5. Eddy DM. A conversation with my mother. *JAMA* 1994;272:179-181.
6. Werth JL. The relationships among clinical depression, suicide, and other actions that may hasten death. *Behav Sci Law* 2004;22:627-649.
7. Ferraz Gonçalves J, Alvarenga M, Silva A. The last forty-eight hours of life in a Portuguese palliative care unit: does it differ from elsewhere? *J Palliat Med* 2003;895-900.
8. Miller DP. Terminal dehydration as an alternative to physician-assisted suicide. *Ann Intern Med* 1998;129:1080.
9. Bernat JL, Gert B, Mogielnicki RP. Patient refusal of hydration and nutrition: an alternative to physician-assisted suicide or voluntary active euthanasia. *Arch Intern Med* 1993;153:2723-2728.

A MORTE ASSISTIDA

Usarei o termo morte assistida para designar a eutanásia e o suicídio assistido em conjunto, visto que as duas formas requerem a assistência de terceiros, geralmente médicos, para serem levadas a cabo. A eutanásia e o suicídio assistido têm muitos pontos em comum, pelo que discuti-las separadamente obrigaria a repetições, nomeadamente, no que se refere aos argumentos a favor e contra estas práticas. Por isso, serão discutidos em conjunto neste capítulo.

O debate sobre a morte assistida tem conhecido altos e baixos ao longo da história da humanidade. Na Grécia e Roma antigas a eutanásia era largamente aceite [1], excepto pelos médicos da escola hipocrática. De facto, no Juramento de Hipócrates afirma-se: “Defender-me-ei das súplicas e dos agrados de quem quer que seja para lhes (aos doentes) ceder venenos que possam causar a morte, nem tomarei a iniciativa de tal sugestão” [2]. O cristianismo continuou a oposição à morte assistida na tradição hipocrática. No Século XVI, Tomás Morus defendeu a eutanásia, escrevendo na sua obra mais conhecida *A Utopia*: “Os desgraçados que sofrem de males incuráveis são objecto de todo o consolo, assiduidade e cuidados morais e físicos capazes de lhes tornar a vida suportável. Mas quando a esses males incuráveis se acrescentam atrozes sofrimentos que nada é capaz de suspender ou remediar, os sacerdotes e os magistrados apresentam-se ao doente para lhe trazerem a exortação suprema ... Os que se deixam persuadir acabam os seus dias pela abstinência voluntária, ou então adormecem-nos

com um narcótico mortal e morrem sem se aperceberem disso” [3]. No século XVIII, David Hume, já referido no capítulo sobre o suicídio, considerava que o suicídio podia ser consistente com o interesse e o nosso dever para com nós próprios quando as circunstâncias da vida, como a doença, tornem a vida um fardo pior do que a aniquilação [4]. Na parte final do século XIX e início do século XX houve nos EUA e no Reino Unido um recrudescimento do interesse na eutanásia que se inseriu no ambiente de lutas sociais, na volatilidade dos mercados e na incorporação do darwinismo no pensamento ocidental e do seu conceito da sobrevivência dos mais aptos [1]. Após 1906, quando o individualismo e o darwinismo social se atenuaram, dando lugar à ideia de que o governo devia promover o bem-estar social, o interesse na eutanásia diminuiu. Mais tarde, durante os anos 30 do século XX, de novo o interesse na eutanásia se reavivou tendo havido movimentos para a sua legalização, primeiro em Inglaterra, onde em 1935 se criou a Voluntary Euthanasia Legislation Society e depois nos EUA em 1938 com a Euthanasia Society of America [5]. Depois da Segunda Guerra Mundial, com a descoberta dos campos de concentração nazis e do papel dos médicos no genocídio, o interesse na eutanásia diminuiu consideravelmente. A partir dos anos 70 do século XX, o debate sobre a questão da morte assistida voltou a avivar-se. Em 1974 os Prémio Nobel George Thompson, Linus Pauling e Jacques Monod assinaram uma declaração a favor da eutanásia [5]. O processo tem vindo a evoluir até hoje com a legalização da eutanásia e do suicídio assistido em alguns países, de que falarei adiante.

Nos países latinos o debate sobre a morte assistida começou mais tarde do que nos países anglo-saxónicos e nos países em desenvolvimento é praticamente desconhecido [5].

O debate mais recente sobre a morte assistida desenvolveu-se em paralelo com a grande evolução tecnológica da medicina, a qual permitiu um grande progresso na capacidade de intervenção na história natural das doenças. No entanto, ao concentrar-se nos aspectos biológicos da vida humana criou situações em que esta se torna penosa e contraria a vontade e

mesmo os melhores interesses dos doentes. Criam-se situações em que a morte é desejada pelos doentes como a solução para o seu sofrimento artificialmente mantido por intervenções médicas inapropriadas.

A vida não é um bem absoluto, nem a morte um mal absoluto, ambas fazem parte de um mesmo processo e, se a morte pode em muitos casos ser apropriadamente evitada, noutros a morte é o fim mais apropriado e que melhor serve os interesses das pessoas. Mas se o prologamento médico da vida é muitas vezes inapropriado, será que a morte medicamente assistida poderá ser apropriada?

5.1. DEFINIÇÕES

O termo eutanásia parece ter sido introduzido por Francis Bacon no século XVII. Este considerava que o papel da medicina não deveria ser apenas curar, mas também mitigar o sofrimento mesmo quando não havia possibilidade de recuperação, de modo a produzir uma morte suave [1]. Não é claro se Bacon queria referir-se ao que hoje chamamos eutanásia ou ao emprego de meios terapêuticos para suavizar o sofrimento, como seja o emprego de analgésicos.

O termo eutanásia significa etimologicamente boa morte (*eu* – boa; *thanatus* – morte) e, neste sentido não constitui nenhum problema ético. Todos, certamente, desejamos uma boa morte. Mas não é neste sentido que o termo é usado.

A definição de eutanásia não é consensual. Neste trabalho definirei eutanásia como a terminação deliberada e indolor da vida de uma pessoa com uma doença incurável, avançada e progressiva que levará inexoravelmente à morte, a seu pedido explícito, repetido, informado e bem reflectido, pela administração de um ou mais fármacos em doses letais.

Foram propostas outras definições, como por exemplo: “um médico matar intencionalmente uma pessoa que está a sofrer insuportavelmente e sem esperança, a pedido

voluntário, explícito, repetido, bem reflectido e informado desta” [6]. Esta definição não se limita a incluir apenas doentes com doenças incuráveis, avançadas e progressivas mas contempla também situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência [6]. Essa definição não fala de doenças mas de pessoas, porque algumas das situações que incluiu não têm a ver com doença. Aparentemente esta definição seria mais inclusiva e mais liberal. No entanto, a intenção que se pode inferir do texto é a de colocar a questão de uma forma, digamos, menos neutra. Efectivamente, ao usar a palavra matar em vez de terminar a vida, e sublinhando isso no texto, e ao explicitar que a definição não se limita a doentes terminais, nem sequer a doentes, pretende ser mais chocante. Penso porém que sem as explicações adicionais essas diferenças subtis poderiam passar despercebidas e o efeito perder-se. Os mesmos autores aplicaram o mesmo princípio à definição de suicídio assistido.

A definição holandesa de eutanásia é: “tirar intencionalmente a vida de outra pessoa a seu pedido explícito” [7]. Há um “consenso quase completo e geral” na Holanda que excluiu desta definição as seguintes situações: a abstenção ou suspensão de tratamentos a pedido do doente; a abstenção ou interrupção de tratamentos considerados fúteis ou inúteis; o tratamento da dor ou de outros sintomas com o possível encurtamento da vida como efeito lateral [7].

A Igreja Católica define eutanásia como: “uma acção ou uma omissão que, de per si ou na intenção, cause a morte com o fim de suprimir o sofrimento” [8]. Esta definição é mais lata do que as anteriores e sem os esclarecimentos adicionais contidos noutras passagens do Catecismo da Igreja Católica, só por si, poderia ser interpretada como abrangendo a abstenção e suspensão de tratamentos, quaisquer que eles fossem, e a administração de fármacos destinados a aliviar o sofrimento se como consequência ocorresse a morte.

O termo eutanásia tem sido também aplicado a situações em que o doente não pode consentir por estar cognitivamente incompetente – eutanásia não-voluntária – e em doentes cognitivamente competentes sem que tenha sido conhecida a sua vontade – eutanásia involuntária. Ora nestas situações falta o requisito fundamental para a definição de eutanásia que é o pedido expresso, repetido e informado do doente, portanto não se podem classificar estes actos como eutanásia, sendo por muitos classificados como homicídio [9]. No caso da eutanásia involuntária há mesmo uma violação óbvia da autonomia do doente. O termo eutanásia deve reservar-se para a eutanásia voluntária, isto é, a que é realizada a pedido de uma pessoa competente.

Existe também a distinção entre eutanásia activa e eutanásia passiva. A eutanásia passiva também é conhecida por eutanásia indirecta ou eutanásia por omissão. Numa ética consequencialista a eutanásia activa e a eutanásia passiva são termos usados para significar que é moralmente equivalente suspender ou não iniciar um tratamento destinado a prolongar a vida ou matar o doente, visto que a consequência destes dois actos é a mesma [10]. Por exemplo, segundo filósofos como Peter Singer, não administrar um antibiótico a um doente terminal que desenvolveu uma pneumonia é eticamente equivalente a matá-lo porque o resultado esperado é o mesmo [10]. Porém, a noção de eutanásia passiva não é útil porque leva a confusão. Este termo aplica-se à abstenção ou interrupção de tratamentos destinados a prolongar a vida. Ora, há situações em que não é benéfico para o doente que se lhe prolongue a vida porque o mais que se consegue é arrastar o processo de morte e, sendo assim, não iniciar ou interromper um tratamento não é eutanásia. Iniciar ou manter um tratamento, mesmo que este se destine a prolongar a vida, exige uma ponderação dos seus benefícios e dos seus inconvenientes e, se possível, o conhecimento da vontade do doente, como já foi discutido no capítulo sobre abstenção e suspensão de tratamentos. É claro também que não iniciar ou suspender um tratamento pode ser inapropriado, mas neste caso estamos perante um caso que

podemos designar por erro ou mesmo homicídio, dependendo da situação, mas não de eutanásia. Portanto, o termo eutanásia deve aplicar-se apenas ao que se chama eutanásia activa.

Pode definir-se suicídio assistido como a ajuda ao suicídio de uma pessoa com uma doença incurável e progressiva que levará inexoravelmente à morte, a seu pedido explícito, repetido, informado e bem reflectido, prescrevendo os fármacos e dando-lhe as instruções necessárias para o seu uso. O suicídio assistido é, assim, um acto que tem muitos pontos em comum com a eutanásia, na medida em que há uma colaboração de uma pessoa, geralmente do médico, com o doente para lhe terminar a vida. Existe também uma diferença, que para muitos é fundamental, e que é o facto de, na eutanásia, ser o médico que pratica o acto que conduz à morte, enquanto que no suicídio assistido é o próprio doente que o faz.

5.2. FACTOS SOBRE A MORTE ASSISTIDA

Muitos dos dados sobre a morte assistida proveêm de estudos realizados na Holanda, visto ser o país onde há mais tempo se pratica. Num desses estudos, concluiu-se que em 1995 foram tomadas decisões médicas relativas ao fim de vida mais de 42% das mortes [11]. Em cerca de 20% de todas as mortes houve decisões de suspensão de tratamentos; em cerca de 19% foram usados opióides em grandes doses; em 0.7% a vida foi terminada sem o pedido explícito do doente; 0.2% foram casos de suicídio assistido; e 2.4% foram casos de eutanásia [11]. A percentagem de decisões variou com a doença, atingindo 61% dos doentes com cancro em comparação com 20% de doentes com doenças cardiovasculares. Os doentes que receberam uma forma de morte assistida tendiam a ser mais novos, eram mais frequentemente mulheres e 79 % tinha cancro [11].

Na Holanda foi constituída uma comissão para examinar o que realmente se passava em relação à prática da eutanásia. Esta ficou conhecida como a Comissão Rummink e

apresentou o seu relatório final em 10 de Setembro de 1991 [12]. No relatório afirmava-se que havia cerca de 9000 pedidos de eutanásia por ano e que em 2300 destes ela era de facto executada, o que constituía 1,8% de todas as mortes anuais. Ocorriam ainda 400 casos de suicídio assistido por ano. Um dos factos mais salientes do relatório foi a dos 1000 casos calculados de mortes sem o pedido explícito dos doentes na altura em que a eutanásia foi executada; estes dados foram extrapolados de 47 casos reais de morte sem pedido dos doentes na altura em que a morte ocorreu, incluindo dois recém-nascidos. Cerca de um quarto destes doentes tinham feito um pedido prévio de eutanásia, 86% estavam incompetentes e, portanto, incapazes de comunicar os seus desejos actuais e de participar no processo de decisão. A maioria dos casos envolvia homens com cancro. O médico que executou a eutanásia consultou um colega em 84% dos casos e a família em 94% dos casos [12].

Num estudo no estado do Oregon realizado depois da legalização do suicídio assistido, foi referido pelos médicos o que aconteceu a 165 doentes que fizeram o pedido de suicídio assistido. Então, 29 (18%) receberam as prescrições de medicação letal e 17 morreram por a tomarem [13]. Os pedidos de suicídio assistido tinham menos probabilidades de serem atendidos se o médico percebia que o doente estava deprimido ou se se considerava uma sobrecarga para outros e tinham mais probabilidade de serem atendidos se o doente estava num programa de cuidados paliativos. Cento e trinta e seis doentes não receberam a prescrição por vários motivos, entre os quais terem morrido antes, o médico se recusar ou terem mudado de opinião. Os dados deste estudo indicam que foi atendido um pedido dos doentes em cada seis e que um em cada 10 resultou em suicídio.

Noutro estudo realizado no estado de Washington [14], dos 38 doentes que receberam uma prescrição para se suicidarem, 15 (39%) não a usaram. Por outro lado, dos 114 a quem foi recusada a prescrição, nove suicidaram-se (intoxicação por monóxido de carbono, *overdose* de

medicação ou por arma de fogo), dois morreram por eutanásia e um por suicídio assistido com uma prescrição de outro médico.

Dos quatro doentes que sofreram eutanásia sob a Lei dos Direitos dos Terminalmente Doentes do Território do Norte na Austrália (ver adiante, neste capítulo), dois tinham sintomas de depressão e num destes dois não houve consenso sobre a natureza terminal da doença. Em três dos quatro doentes havia isolamento social. Todos os doentes foram mortos pelo mesmo médico; num dos casos o doente manteve contacto com o médico apenas por uma semana [15].

5.3. MOTIVAÇÃO DOS DOENTES

Chochinov et al. concluíram que o desejo de viver dos doentes terminais é altamente instável, após a admissão para uma unidade de cuidados paliativos [16]. Os factores que contribuem para essa variabilidade parecem mudar à medida que a morte se aproxima. Inicialmente, a ansiedade parece ser o factor mais significativo e provavelmente representa a fase de transição em que o doente se adapta ao internamento na unidade. Mais tarde, a depressão substitui a ansiedade e, mais tarde ainda, os factores determinantes são os sintomas físicos, sobretudo a dispneia [16].

Perante um doente que faz um pedido de morte assistida o médico deve procurar compreender as razões do pedido e o que causa sofrimento. Num estudo realizado em 1991 nos EUA, a nível nacional, por entrevista telefónica a 1004 pessoas, 52% responderam que poderiam considerar uma alternativa à morte natural para terminar as suas vidas; as razões mais frequentemente invocadas foram: não querer ser uma sobrecarga para as suas famílias, não querer viver com dores e dependente de máquinas [17]. Segundo Quill, um pedido de suicídio assistido pode ser motivado por alívio inadequado de sintomas físicos, problemas psico-sociais, depressão, problemas nas relações pessoais ou questões espirituais [18]. Outros factores que

também podem contribuir para o desejo de morrer são sintomas psicológicos não tratados, como ansiedade, tristeza e problemas de sono [19].

Há vários estudos que abordam as motivações dos doentes para os pedidos de morte assistida. Alguns deles foram realizados em médicos com experiência em morte assistida. Na Holanda, segundo os médicos, as razões mais frequentes para os pedidos de morte assistida foram a perda de dignidade, a dependência de outros e estar cansado da vida; a dor foi a motivação de uma pequena percentagem dos doentes [20].

No Oregon, antes da legalização do suicídio assistido, os médicos consideraram que os pedidos se deviam ao medo de ser uma sobrecarga para os outros ou podiam resultar de pressões financeiras sobre o doente [21]. Depois da legalização, 144 médicos (5% dos elegíveis para o estudo) afirmaram que tinham recebido um total de 221 pedidos de suicídio assistido e as razões mais importantes, segundo os médicos, para os pedidos foram os sintomas físicos (dor, fadiga e dispneia), a perda de independência, má qualidade de vida, o estar preparado para a morte e o desejo de controlar as circunstâncias da morte; razões raras foram a percepção de ser uma sobrecarga financeira e a falta de apoio social [13]. Quarenta e seis por cento dos doentes mudaram de opinião. Nestes foram realizadas intervenções importantes, incluindo controlo de sintomas, referenciação para cuidados paliativos, consulta de saúde mental, de um assistente social ou de um capelão [13]. No entanto, 81% dos doentes que morreram por suicídio assistido estavam num programa de cuidados paliativos.

No estado de Washington onde 218 médicos (26% dos que responderam) receberam pelo menos um pedido de suicídio assistido ou eutanásia e 99 (12%) dos quais receberam pelo menos um pedido de suicídio assistido no último ano, os médicos referiram que as principais razões para os pedidos de suicídio assistido são o medo da perda futura do controlo, ser uma sobrecarga, ser dependente de outros e a perda de dignidade [14]. Por razões que não são claras, os doentes com doenças cardíacas que tinham uma sobrevivência esperada inferior a

seis meses fizeram pedidos de suicídio assistido ou eutanásia menos frequentemente do que os doentes com cancro ou SIDA com o mesmo prognóstico.

Num estudo de Emanuel et al., 27% dos doentes consideraram seriamente o suicídio assistido ou a eutanásia, mas só 1,9% o discutiram com o seu médico [22]; entre estes predominavam os que estavam deprimidos, os que não eram religiosos, os que estavam mais dependentes fisicamente e os mais favorecidos economicamente. Noutro estudo realizado no Canadá em 100 doentes em cuidados paliativos, concluiu-se que os factores que se associaram de forma estatisticamente significativa ao apoio a uma forma de morte assistida foram fracas crenças religiosas e a percepção de que os doentes com cancro são uma sobrecarga pesada para os familiares [23]. No mesmo estudo, observou-se uma associação entre a ideação suicida e o mal-estar, a depressão, a ansiedade e a dispneia. Concluiu-se, portanto, que a intensidade dos sintomas físicos não é determinante para as atitudes em relação à morte assistida, sendo mais importantes os traços psico-sociais e as crenças dos doentes [23].

Num estudo qualitativo recente conduzido na Noruega [24], nenhum dos 18 doentes estudados tinha na altura o desejo de uma forma de morte assistida, embora considerassem com frequência essa possibilidade no futuro, referindo em alguns casos que esse desejo era flutuante e ambivalente. Os factores que influenciavam o desejo eram o medo de dor no futuro e de uma morte dolorosa, experiências prévias ou presentes de dor, preocupações com a falta de qualidade de vida e preocupações com a desesperança [24]. Parece que à medida que o prognóstico piora por haver doença disseminada ou se passa para um tratamento não curativo ou paliativo os doentes tendem a rejeitar as práticas de morte assistida [25].

Em França também foi realizado recentemente um estudo prospectivo de doentes assistidos em sete unidades de cuidados paliativos [26]. Dos 611 doentes estudados, num período de seis meses, houve 13 pedidos de eutanásia. Destes, seis foram feitos só pelos doentes, três só por familiares e quatro em conjunto pela família e pelos doentes. Os pedidos

feitos só pelos familiares não podem, em rigor, considerar-se casos de pedidos de eutanásia, porque estes pressupõem o pedido pelo doente. As razões para os pedidos eram múltiplas, sendo as mais frequentes as alterações físicas, a perda do papel social, sofrimento existencial, dor, sintomas intensos e exaustão da família. Dos 13 pedidos apenas quatro foram mantidos até à morte: dos três pedidos feitos só por familiares nenhum foi mantido; dos seis pedidos feitos só pelos doentes, um foi mantido; dos quatro pedidos em conjunto três foram mantidos. Estes dados sugerem que os familiares têm um papel relevante na sustentação dos pedidos.

Tomando estes estudos em conjunto, pode dizer-se que as razões mais importantes para os pedidos de morte assistida são os problemas ligados à dignidade, ao controlo e à independência, mais do que o controlo da dor ou de outros sintomas. As referências dos doentes à morte assistida podem apenas significar a tentativa de manter o controlo sobre a situação, como uma possibilidade reservada para o futuro em que a situação poderá ser pior, não se chegando geralmente a concretizar. Acontece ainda que os pedidos frequentemente não são consistentes ao longo do tempo, revelando a ambivalência dos doentes. Por tudo isto, se pode concluir que os pedidos de morte assistida devem ser explorados numa tentativa de determinar o seu verdadeiro significado, que muitas vezes difere do seu significado literal.

5.4. O ESTADO MENTAL DOS DOENTES

O delirium e a demência, frequentes nos doentes com doenças crónicas avançadas, podem comprometer seriamente a capacidade de tomar decisões informadas. No entanto, pode ser difícil determinar quando um doente demente deixa de ter capacidade para tomar decisões e o delirium é reversível em muitos casos.

A depressão pode também influenciar as decisões ao diminuir a capacidade de apreciar os benefícios da vida e ampliar os seus inconvenientes [19]. No entanto, a depressão não altera necessariamente a capacidade de tomar decisões ou resulta em decisões que antecipem a

morte [19,27]. A investigação relacionada com pessoas que morreram como resultado de suicídio assistido envolveu primariamente fontes secundárias, como profissionais de saúde, o que não está isento de problemas, mas os estudos mostraram consistentemente que a depressão major não parece ser uma razão significativa para pedir ou tomar medicação com a finalidade de morrer [27]. No entanto, a investigação em pessoas que consideraram o suicídio assistido demonstraram que a depressão clínica e a desesperança estão significativamente relacionados com o interesse nesta prática, mas não contribui para toda a variação [27]. Os doentes terminais podem exprimir tristeza mas, geralmente, não querem morrer prematuramente [28]. A depressão associa-se a perda de auto-estima e sentimentos de inutilidade.

A depressão é, porém, difícil de diagnosticar nos doentes terminais, porque os sintomas somáticos que podem ser causados pela depressão (e que são critérios para o diagnóstico de depressão), como a anorexia, a astenia, a insónia, são também frequentes nesses doentes e resultam da doença somática, como já foi referido no capítulo sobre o suicídio. Por outro lado, muitos médicos erradamente acreditam que a depressão é um componente normal do processo de morte [28]. A investigação da depressão nos doentes terminais é limitada. De facto, estes são geralmente excluídos dos estudos sobre a depressão [19]. No entanto, sugeriu-se que a resposta à terapêutica da depressão nestes doentes é muito menos pronunciada do que a das pessoas fisicamente saudáveis [19].

A intervenção psicoterapêutica pode ser útil mesmo que não haja depressão e a capacidade de decidir não esteja diminuída. Os doentes podem requerer o suicídio assistido porque se sentem isolados ou culpados ou, ainda, pela baixa auto-estima resultante de ser uma sobrecarga para outros. A doença, as emoções a ela associadas, a exaustão e a personalidade do doente podem levá-lo a não considerar outras alternativas, tal como intervenções paliativas [19]. Então, os pedidos para assistência na morte não são, muitas vezes, racionais, mas antes um protesto contra a necessidade de adaptação a viver em termos diferentes dos definidos pelo

próprio ou um apelo por ajuda [28]. Por estas razões pode ser útil que o doente seja consultado por um profissional de saúde mental.

5.5 PROBLEMAS CLÍNICOS RELACIONADOS COM A REALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA E DO SUICÍDIO ASSISTIDO

Não faz parte da formação dos médicos o ensino dos fármacos a prescrever para o suicídio assistido. Não há também investigação sobre esta questão. Provavelmente não haverá uma uniformidade nos fármacos nem nas doses que possa ser aplicada universalmente, dada a variabilidade na tolerância às drogas que se verifica entre os doentes. Assim, os vários estudos sobre o suicídio assistido detectaram vários problemas.

O processo de execução da eutanásia consiste, na maioria dos casos, na administração de um barbitúrico para induzir o coma, seguindo-se um relaxante muscular. Com menos frequência usa-se apenas o barbitúrico, um opióide, cloreto de potássio ou outros [29].

Segundo um estudo realizado por Groenewoud et al. [29], em 71% dos casos de suicídio assistido os barbitúricos usados isoladamente são o método mais utilizado. Em algumas situações usou-se um relaxante muscular a seguir ao barbitúrico e noutras usou-se um opióide. Em 85 casos (75%) o doente tomou o fármaco ou fármacos sem ajuda, em 5 casos o médico ou um parente ajudou o doente; em 19 casos, o médico administrou um segundo ou terceiro fármaco parenteralmente devido a complicações ou à falta de efeito do primeiro fármaco [29].

O suicídio assistido associa-se a mais problemas clínicos do que eutanásia. No mesmo estudo [29], a medicação oral e rectal associou-se a mais problemas técnicos e a mais problemas em atingir a sua finalidade do que a medicação parentérica. Os problemas técnicos totalizaram 5% dos casos, sendo os mais frequentes (incluindo os casos de eutanásia) a dificuldade em encontrar uma veia para injectar o fármaco e a dificuldade em administrar a medicação oral. Ocorreram complicações em 4% e as mais frequentes foram espasmos ou

mioclonias, náuseas e vômitos. Houve problemas em atingir a finalidade em 7%, sendo os mais mencionados um intervalo entre a administração dos fármacos e a morte maior do que o esperado e a incapacidade de induzir coma.

Ainda no estudo de Groenewoud [29], em alguns casos (21 de 114) em que a intenção era o suicídio assistido, o médico administrou o fármaco letal, na maioria das vezes porque o doente estava a levar mais tempo a morrer do que o esperado, não foi possível induzir o coma ou o doente acordou do coma e o médico sentiu-se compelido a intervir; noutros casos o doente teve dificuldade em engolir os fármacos, vomitou após engolir ou entrou em coma antes de engolir a totalidade. Nestas circunstâncias, praticou-se eutanásia e não suicídio assistido.

Num estudo realizado no Oregon, em 10 dos 17 doentes que morreram por suicídio assistido o tempo que demoraram a morrer foi registado. Verificou-se em três uma demora de mais de cinco horas após a ingestão da medicação e um doente ainda estava consciente 30 minutos após a ingestão da medicação, pelo que tomou mais medicação do que a prevista [13].

Há ainda casos descritos em que a medicação oral não foi eficaz e a pessoa que assistiu ao suicídio teve de dar outros passos para assegurar a morte do doente, como asfixiá-lo com um saco de plástico [30].

5.6. RELAÇÃO ENTRE A EUTANÁSIA E O SUICÍDIO ASSISTIDO

A eutanásia e o suicídio assistido têm sido considerados em termos morais como equivalentes ou como distintas, quer por apoiantes quer por opositores destas práticas. Os que as consideram equivalentes fazem-no porque ambas têm o mesmo objectivo e necessitam da participação dos médicos, diferindo apenas no agente executor. Os que consideram que o suicídio assistido e a eutanásia são actos intrinsecamente distintos baseiam-se no facto de que no suicídio assistido é o doente que toma o fármaco letal e fá-lo quando assim o entender. O médico tem uma participação indirecta, apenas como prescriptor e instrutor do doente, podendo

estar ou não presente quando o doente decide tomar os fármacos letais. Pode acontecer até que o doente, dado o controlo que tem sobre a situação, possa vir a mudar de ideias e decidir não usar a medicação para se suicidar. O suicídio assistido é considerado por muitos como menos susceptível de abuso do que a eutanásia porque necessita da participação activa dos doentes que têm de tomar eles próprios a medicação. No entanto, as pressões subtis sobre os doentes são sempre possíveis por parte de vários membros da sociedade, incluindo a família e os amigos, mas também de médicos e outros elementos.

Como já vimos atrás a propósito dos problemas clínicos com a realização da eutanásia e do suicídio assistido, por vezes os médicos têm de intervir em casos em que estava planeado um suicídio assistido, transformando-os em casos de eutanásia. Esta situação põe, também, problemas de legalidade em países em que o suicídio assistido é legal e a eutanásia ilegal.

A legislação de alguns países ou estados, incluindo a portuguesa (embora esta não se lhes refira directamente), distinguem estes dois actos. Em alguns países ou estados o suicídio assistido é legal e a eutanásia é ilegal. Argumentam alguns que isto constitui uma discriminação injusta dos doentes que tendo um sofrimento que não é susceptível de alívio e decidem morrer não têm capacidade física para se suicidar [31].

Num estudo realizado na Holanda, em 75% dos casos a eutanásia foi preferida em relação ao suicídio assistido [32]. A razão mais frequentemente invocada pelos médicos para optarem em certos casos pelo suicídio assistido em vez da eutanásia foi o desejo de, tanto quanto possível, deixar o doente tomar a responsabilidade. A razão principal para optarem pela eutanásia em vez do suicídio assistido foi a condição física do doente (dificuldade em engolir, náuseas, paralisia); outra razão foi o desejo dos doentes; outra, ainda, foi a noção de que terminar a vida do doente é uma responsabilidade do médico. Os médicos referiram que os doentes que escolheram o suicídio assistido em vez da eutanásia queriam tomar a responsabilidade pela acção e queriam determinar o tempo exacto para morrer. As razões que

os médicos consideram para os doentes preferirem a eutanásia foram a incapacidade física para o suicídio assistido e o facto de que a eutanásia significava uma morte rápida. Segundo os médicos a sobrevivência esperada dos doentes a quem foi administrada eutanásia era em média de 30 dias enquanto que a média dos que fizeram suicídio assistido era de 1 ano (diferença estatisticamente significativa). Embora a avaliação da sobrevivência seja um exercício falível, a diferença observada traduz com grande probabilidade uma diferença real embora de magnitude indeterminada.

No estudo de Back et al. [14] sobre o suicídio assistido e a eutanásia realizado no estado de Washington e publicado em 1996, a julgar pela resposta dos médicos, os doentes que pediram eutanásia quando comparados com os que pediram suicídio assistido tinham significativamente mais vezes dor intensa, desconforto intenso que não dor, sofrimento intenso, dependência dos outros e confinamento à cama.

A legalização do suicídio assistido e não da eutanásia poderá causar uma discriminação das pessoas que se querem suicidar mas não têm capacidade para o fazer. Há mesmo a opinião de que matar um doente terminal a seu pedido quando esteja incapacitado de o fazer é uma forma de suicídio assistido, indistinguível da auto-administração de fármacos [33]. Outro argumento contra a distinção legal dos dois actos é o facto de, em geral, as pessoas que querem optar pelo suicídio assistido pretenderem viver o mais tempo possível, enquanto puderem estar activas, e só querem morrer mais tarde quando estiverem dependentes. No entanto, se não houver a opção da eutanásia essas pessoas podem optar por uma morte prematura, quando pensam que não seria ainda a altura certa, mas se o não fizerem podem perder a oportunidade. Criar-se-ia um incentivo à morte prematura com essa limitação [34].

5.7. ARGUMENTOS A FAVOR E CONTRA A MORTE ASSISTIDA

No debate que há largos anos se vem fazendo sobre a morte assistida, em particular sobre a eutanásia, o essencial dos argumentos a favor e contra pouco têm variado.

5.7.1. Respeito pela autonomia

Segundo o argumento do respeito pela autonomia, a morte assistida permitiria que os doentes tivessem controlo sobre o fim das suas vidas nomeadamente no que diz respeito ao momento e às circunstâncias em que a morte ocorreria. Deste modo a morte assistida respeitaria o direito das pessoas a viverem segundo os seus próprios valores e nas condições que considerassem aceitáveis. Para Peter Singer [10], a justificação da eutanásia voluntária reside na autonomia das pessoas que, perante uma situação de sofrimento inelutável, podem decidir que a melhor solução é a morte.

Argumenta-se, por outro lado, que o valor da vida humana não confere a ninguém o direito a matar, mesmo que seja a pedido, nem a assistir no suicídio uma pessoa ainda que se tivesse a intenção de a beneficiar, não se podendo, assim, invocar o respeito pela autonomia para justificar esses actos. Outro argumento contra é o de que a morte destrói a autonomia, contradizendo assim o respeito por esta como justificação para a morte assistida.

Outros, ainda que possam admitir que o respeito pela autonomia possa incluir a morte assistida, rejeitam-no como argumento a favor baseando-se no que se passa na prática. Por exemplo, na Holanda há doentes que são mortos sem que o tenham pedido (eutanásia involuntária e eutanásia não voluntária, como foi definido antes) e doentes que pedem a morte assistida e que vêem o seu pedido rejeitado. De facto, 25% dos casos de eutanásia ocorrem sem o pedido expresso dos doentes e inclui crianças, adultos que nunca foram competentes e doentes comatosos cujos desejos nunca foram conhecidos [30]. Portanto, em última análise não é o doente que decide mas o médico [35].

David Velleman argumenta que o facto de o direito à eutanásia estar instituído não aumenta necessariamente a autonomia dos doentes [36]. O facto de se reconhecer um direito a morrer pode prejudicar alguns doentes pelo simples facto de essa opção existir. Efectivamente, a possibilidade de poderem optar pela eutanásia nega-lhes a possibilidade de poderem ficar vivos sem terem de fazer opções. Ficar vivo poderia deixar de ser o que é natural, o que não necessita de justificação. Desde que seja oferecida a uma pessoa a escolha entre a vida e a morte, ela será entendida como agente da sua própria sobrevivência [36]. Quando se vê uma pessoa numa situação que foi escolhida por ela, pode-se-lhe pedir para que se justifique. Que justifique que uma vida de passividade e dependência não é razão suficiente para morrer. E as pessoas a quem se teria de justificar seriam as que sofrem emocional e financeiramente pelo prolongamento da sua vida [36]. Os doentes poderiam ser subtilmente pressionados pelas pessoas de quem dependem. Mesmo que os familiares e os amigos não desejem a morte do doente, este pode assumir que as pessoas esperam que ele opte pela eutanásia, que existe precisamente como uma opção oferecida pela sociedade para as pessoas no seu estado. Ainda que o doente considere que a sua vida vale a pena ser vivida, pode optar pela eutanásia por se sentir a isso obrigado. Para Velleman, oferecer a opção de morrer pode ser dar às pessoas novas razões para morrer [36].

Há, assim, o risco de os pedidos não serem de facto uma manifestação da autonomia das pessoas, mas terem outras motivações. A depressão ou outras doenças psiquiátricas tratáveis podem levar as pessoas a querer morrer e a suicidarem-se, como foi referido no capítulo Suicídio, desta dissertação. É conhecida, como também já foi dito, a dificuldade em diagnosticar a depressão, sobretudo nos doentes com doenças crónicas avançadas. Esta dificuldade aumenta quando se trata de distinguir, num doente deprimido, os pedidos de morte assistida motivados pela depressão dos pedidos de doentes deprimidos cujo pedido não é distorcido pela depressão [34]. A falta de cuidados médicos adequados ou de suporte social

pode levar pessoas em sofrimento físico ou dependência a optarem pela morte assistida quando outras soluções seriam mais adequadas para responder às suas necessidades.

As pressões subtis na morte assistida poderiam exercer-se particularmente em certos grupos sociais mais vulneráveis, como minorias étnicas, os mais pobres, os idosos e as mulheres. Estas vivem, em média, mais tempo do que os homens e, por isso, atingem muitas vezes uma situação em que enviuvam, ficando isoladas, sem suporte familiar e empobrecidas, condições que provavelmente favoreceram a opção por morrer. Este risco acrescido das mulheres é ilustrado pelo facto de as oito primeiras pessoas a serem assistidas na sua morte pelo Dr. Kevorkian terem sido mulheres [30]. Essas pressões são, no entanto, difíceis de detectar, podendo escapar a qualquer controlo que se pretendesse exercer sobre os pedidos de morte assistida.

5.7.2. Alívio do sofrimento

Há quem considere que não é o respeito pela autonomia do doente a principal justificação para a morte assistida, mas sim a beneficência. O debate em torno do argumento do alívio do sofrimento resulta de diferentes perspectivas quanto ao modo como a sociedade deve responder a este problema.

Em algumas situações é difícil controlar sintomas físicos em particular alguns, como a dispneia [37]. Noutros casos o sofrimento é sobretudo psicológico, causado pela deterioração física e mental, pela dependência ou por alterações da imagem corporal, que são problemas para os quais as respostas são mais limitadas. Mesmo quando há cuidados paliativos disponíveis não se consegue aliviar sempre o sofrimento de modo aceitável para o doente. Acontece ainda que o acesso a cuidados paliativos eficazes é limitado em muitos locais (entre os quais se inclui Portugal) pelo que a morte assistida seria uma resposta eficaz para o sofrimento não controlado dos doentes. Além disso, há doentes que procuram a morte assistida

por razões que não cabem no âmbito dos cuidados paliativos, como é o caso do espanhol Ramón Sanpedro que esteve tetraplégico durante anos. Segundo os proponentes da morte assistida só os próprios doentes podem determinar quando o sofrimento se torna intolerável.

Outros argumentam a favor da morte assistida referindo que esta seria provavelmente utilizada apenas por uma minoria de doentes, mas a possibilidade de a ela recorrerem tranquilizaria muitos doentes quanto à sua perspetivação do futuro. Assim, saber que, se o seu sofrimento se tornasse intolerável, poderiam dispor de um meio fácil para lhe escapar, tornaria os doentes mais seguros quanto ao seu futuro. Também a sociedade em geral ficaria mais segura se dispusesse da morte assistida como meio de acabar com um eventual sofrimento intolerável [38].

Alguns oponentes da morte assistida concordam que esta poderia ser benéfica para os doentes em casos raros, mas que, esse benefício seria largamente ultrapassado pelos potenciais danos causados a muitos outros doentes cujo sofrimento poderia ser aliviado de outros modos. Os cuidados paliativos constituem para muitos doentes uma resposta eficaz no controlo do sofrimento físico mas também no controlo do sofrimento psicológico. Nos casos mais difíceis, um recurso melhor do que a morte assistida, que está incluído no âmbito dos cuidados paliativos, é a sedação.

O suicídio é causado na maioria dos casos por um grande sofrimento psicológico e, no entanto, não é geralmente considerado como uma solução aceitável. Do mesmo modo a morte assistida não deveria ser aceite como a solução para o sofrimento dos doentes com doenças crónicas avançadas. Para muitos é uma contradição dizer que se beneficia um doente matando-o intencionalmente .

5.7.3. Consequências sociais

Embora o debate sobre a morte assistida, sobretudo a eutanásia, já se faça há muito tempo, ainda que com relevo variável, só muito recentemente houve experiências de legalização. Isto reflecte que os valores e a tradição das sociedades, o ponto de vista das várias religiões e o entendimento dos dirigentes não vão, em geral, no sentido de dar um passo de consequências sociais imprevisíveis.

Um dos argumentos contra a legalização da morte assistida é o do seu potencial abuso. Pode ocorrer que ao disponibilizar-se a morte assistida se crie na sociedade uma aceitação fácil das decisões das pessoas em pôr um fim à sua vida, sem que haja uma tentativa de as persuadir a não o fazerem. E, numa época de dificuldades económicas e de grande crescimento das despesas com a saúde, em que os estados têm problemas com o financiamento do seu sistema de saúde, pode haver pressões subtis sobre os doentes que conduzam à morte assistida. Mais ainda, quando se assiste a uma inversão da pirâmide demográfica com um crescimento exponencial das pessoas idosas. Também, a ideia frequente entre os doentes com doenças avançadas em situação de dependência de que são um peso económico e um estorvo para a sociedade e, em particular, para os seus familiares, e o sentimento de que a sua vida já não tem sentido, pode fazer com que, estando legalizada a morte assistida, muitos se sintam obrigados a optar por ela. A morte assistida não seria só um direito, mas poderia ser visto por muitos doentes como uma obrigação, já que a mensagem que lhes está a ser transmitida é a de que uma vez que se está a sentir um estorvo e a sua vida não tem qualquer sentido, então a solução é fácil e de facto mais vale morrer. Estas preocupações são apoiadas pelo estudo de Sulmasy et al. que mostra que os médicos mais preocupados com a poupança de recursos na sua prática médica tinham uma probabilidade seis vezes maior de participar no suicídio assistido do que os outros [39]. Há mesmo quem considere duvidoso que um doente terminal que ingere

intencionalmente drogas letais não esteja a cometer suicídio mas a apressar uma morte inevitável [34].

Há quem pense que seria desejável regular a morte assistida. A alegada necessidade da regulação baseia-se na circunstância de que nos países em que a morte assistida é proibida, como os EUA e Portugal, não há casos de médicos condenados por ajudarem um doente a morrer a seu pedido. Por outro lado, o suicídio assistido e a eutanásia podem ocorrer em segredo sem que haja qualquer controlo independente podendo, portanto, ocorrer abusos. Sendo assim, o actual estado das coisas não serviria os interesses dos doentes e comprometeria a integridade profissional dos médicos [40]. A maioria dos defensores da morte assistida considera que a legalização com a especificação das condições em que se poderia realizar, seria a melhor maneira de regular a sua prática e que só assim as pessoas estariam salvaguardadas contra eventuais abusos. No entanto, como se verá a diante, a morte assistida só está legalizada em poucos países. Adiante darei exemplos das regras requeridas por lei para essa prática nos países em que está legalizada.

Na ausência da descriminalização, porém, foram desenvolvidas directivas específicas [41,42]. Em geral, as directivas requerem que os doentes dêem o seu consentimento informado, a maioria por escrito e com testemunhas, e exigem ainda um período de espera para assegurar a consistência do pedido [41]. As directivas, geralmente, recomendam também que haja uma boa relação médico-doente e que outro médico dê uma segunda opinião para evitar erros ou dolo. Outras requerem a revisão por especialistas em cuidados paliativos, e que os cuidados paliativos sejam oferecidos como alternativa, e a observação por especialistas de saúde mental, psiquiatras ou psicólogos [42].

Darei dois exemplos de directivas. Quill et al. foram provavelmente os primeiros a produzir directivas para o suicídio assistido, considerando que este é um tratamento extraordinário e irreversível, pelo que é necessário que haja critérios que sejam claramente

seguidos [43]. Apoiavam a legalização do suicídio assistido mas não da eutanásia. Os critérios clínicos que propuseram foram os seguintes:

- O doente deve compreender a sua condição, o prognóstico, e os tipos de cuidados de conforto alternativos;
- O médico deve assegurar-se que o sofrimento e o pedido do doente não resultam de cuidados inadequados;
- O doente deve clara e repetidamente, por sua livre iniciativa, pedir para morrer em vez de continuar a sofrer, não devendo ser atendidos os pedidos resultantes de uma directiva antecipada ou os efectuados por um representante;
- O médico deve ter a certeza de que o julgamento do doente não está distorcido, nomeadamente por depressão, e no caso de dúvidas ou inexperiência do médico deve ser pedida uma avaliação psiquiátrica;
- O pedido deve ser feito somente no contexto de uma relação médico-doente significativa;
- É necessária uma consulta com outro médico experiente para assegurar que o pedido do doente é voluntário e racional, e o diagnóstico e o prognóstico correctos, e que foram exploradas as alternativas de cuidados de conforto;
- Deve existir documentação clara para suportar a decisão.

Outro exemplo é o das directivas produzidas por Miller et al. Estes consideram a morte assistida como uma prática médica não padrão, reservada para circunstâncias extraordinárias [40]. Por isso, os pedidos dos doentes devem ser avaliados cuidadosamente e exploradas alternativas para se conseguir o seu conforto. O método proposto por Miller et al. limita as situações de pedido de morte assistida aos adultos com capacidade de decisão, depois de obtido um consentimento escrito ou oral desde que testemunhado, não sendo nenhum médico obrigado a participar. Os médicos assistentes teriam de comunicar a morte assistida às autoridades competentes. A supervisão das decisões em cada caso seria feita por médicos

certificados em cuidados paliativos, sendo proibido a qualquer médico praticar uma forma de morte assistida sem a avaliação por um consultor de cuidados paliativos independente. Nos casos difíceis e naqueles em que não fosse alcançado um acordo, uma comissão de cuidados paliativos avaliaria prospectivamente a situação. Os médicos que não cumprissem as normas seriam sujeitos a sanções profissionais e criminais. Outros propõem que haja em todos os casos uma avaliação e aconselhamento psicológico [38].

A regulação da morte assistida tem, porém, muitas inconsistências. Os pedidos de morte assistida resultam sobretudo do sofrimento psicológico, pelo que limitar a prática aos doentes com doenças físicas terminais é uma arbitrariedade. Porque não acolher, também, os pedidos de outras pessoas, como doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência como propõem Mastertvedt et al. [6]. Se o desejo de morrer resulta, na sua maioria esmagadora, do sofrimento psicológico e não do sofrimento físico, então, porque não considerar o sofrimento destas pessoas e o seu desejo de morrer, focando apenas a questão da morte assistida aos doentes com doenças físicas avançadas. Na realidade, esta questão já foi ultrapassada quando num caso de um homem de 86 anos, sem doença física ou mental, mas cansado de viver, de tal modo que a vida se tornou num sofrimento insuportável, um tribunal holandês decidiu que se justificava a eutanásia [35]. E porque não incluir, também, outras pessoas com doenças crónicas de evolução arrastada que não estando em fase terminal envolvem dependência e sofrimento, tal como o SIDA, a esclerose múltipla, o enfisema avançado e outras. Pelo facto de estas pessoas não irem morrer a curto prazo e poderem ter anos de sofrimento pela frente, deveria ser, segundo algumas opiniões, uma razão a favor de obterem mais suporte da parte da sociedade para a morte assistida e não menos [34].

Acontece, porém, que as associações de deficientes se opõem à legalização da morte assistida. De facto, a visão que pelo menos uma parte das pessoas têm sobre os deficientes, como indivíduos com uma vida de sofrimento, de menor valor, merecedores de compaixão, fá-los

temer que, no caso da legalização de formas de morte assistida, se abrisse um caminho que fossem pressionados a percorrer. Estas pessoas podem ter períodos de baixa auto-estima por vezes com a duração de anos, que as podem levar a considerar a morte assistida se esta estiver disponível [44]. No entanto, com suporte adequado podem voltar a reencontrar um sentimento do seu valor e dignidade [44]. Por isso, os curtos intervalos exigidos pela lei ou pelas directivas não permitem excluir casos como estes.

As regras que se estabelecem para limitar o acesso à morte assistida incluem muitas vezes a condição de as pessoas estarem num sofrimento insuportável que não pode ser aliviado de forma aceitável de outro modo. No entanto, o sofrimento é uma experiência individual e pouco objectivável pelo que não se pode medir. Assim, qualquer doente que requeira a morte assistida poderá declarar que tem um sofrimento insuportável, o que não se pode contestar.

A legislação não é capaz de distinguir os casos em que se poderia justificar a assistência ao suicídio e outros em que tal não se justificaria [30]. Mesmo os apoiantes da morte assistida concordam que nem todos os pedidos devem ser aceites. Ainda que se possa admitir que em alguns casos a morte assistida seja a melhor solução para responder ao sofrimento, seria difícil que uma legislação pudesse prever todas as circunstâncias em que uma situação excepcional pudesse ser aceitável.

A legislação ou a regulação da morte assistida, sobretudo da eutanásia, não eliminaria certamente os abusos. Além dos casos de manipulação e do sentimento de desvalorização do sentido da vida já citados, constituiriam abusos a morte de doentes que nunca consentiram a eutanásia ou que não podem consentir ou se o pedido resulta de estados psicológicos que podem ser transitórios, como a depressão. A realidade já mostrou que esses abusos acontecem, como se pode ver nos casos ocorridos na Holanda e na Austrália.

5.7.4. O papel do médico e a posição da medicina

Há quem acredite que a morte assistida faz parte das responsabilidades dos médicos. Os defensores desta posição afirmam que as responsabilidades dos médicos para com a promoção do bem-estar dos seus doentes devem ser consideradas em sentido lato. Assim, pode ser apropriado o médico assistir o seu doente na morte se este o quiser e se isso constituir um benefício para ele [38]. Há ainda a circunstância de os médicos conhecerem e terem acesso aos fármacos utilizados na morte assistida, estando assim na melhor posição para a praticarem de um modo rápido e indolor. Defende-se mesmo que os médicos deveriam ser os únicos autorizados a praticar a morte assistida porque poderiam discutir o estado do doente, procurar alternativas para aliviar a dor e outras causas de sofrimento e determinar se há perturbações de foro psiquiátrico que interfiram com o julgamento ou a motivação dos doentes e que possam ser corrigidas [38].

Tradicionalmente, o papel dos médicos não inclui a morte assistida, como se pode ver pelos excertos do Juramento de Hipócrates no início deste capítulo. No entanto, os meios médicos seriam, provavelmente, os mais eficazes para a morte assistida, mas o facto descrito de a morte ter, ocasionalmente, de ser atingida com recurso à asfixia por um saco de plástico, por ineficácia da medicação, não é certamente um meio médico, nem é consistente com a finalidade da medicina.

Argumenta-se, por outro lado, que a morte assistida não é uma função dos médicos [45] e está para além da sua área de competência, embora se possa realizar com meios médicos. De facto, as razões que levam as pessoas a quererem morrer são de ordem existencial e reflectem os valores culturais, filosóficos, religiosos e morais das pessoas [30]. A decisão reflecte o que o doente considera suportável e se a sua vida vale ou não a pena ser vivida, o que difere muito de pessoa para pessoa. A decisão de morrer não é, portanto, uma questão médica.

A participação dos médicos na morte assistida afectaria a relação médico-doente. E, portanto, a imagem da medicina enquanto instituição social. É importante que o papel dos médicos seja claro e que os doentes e suas famílias o conheçam sem margem para dúvida de modo a poderem confiar nas suas acções. Poderá haver doentes que não confiem nos médicos se estes tiverem poder de causar a morte. Os médicos podem não ser neutros em relação à questão do desejo de morrer que os doentes possam ter [30]. A morte na nossa sociedade em que os médicos são treinados para curar e prolongar a vida, a sua incapacidade para deter as doenças pode ser vista como frustrante e um fracasso ou “uma atitude nihilista em relação a doenças como o cancro ou o SIDA” podem levá-los a aceitar ou mesmo a sugerir a morte assistida [30]. A maioria dos médicos não tem treino em comunicação que lhes permita explorar a origem e o significado dos pedidos de morte assistida que poderiam ajudar os doentes a ajustar-se e a lidar com a situação [46]. Por tudo isso, seria melhor que a morte assistida continue afastada do âmbito das competências dos médicos e da medicina. Se não for claro para os doentes que o papel dos médicos não inclui a morte assistida, como poderão ser encaradas, por um doente com uma doença grave e irreversível, perguntas sobre os seus pensamentos de morte e de suicídio que podem ser feitas para avaliar se o doente está deprimido?

A assistência ao suicídio poderá desviar a atenção dos médicos dos cuidados que de facto são da sua área de competência, como sejam o controlo da dor e de outras formas de sofrimento físico e dos problemas psicológicos que frequentemente estão associados ao desejo de morrer, como a depressão [30]. É bem conhecido que os médicos são muitas vezes ineficazes na detecção e tratamento da dor e da depressão e seria melhor que os esforços se dirigissem a estes problemas do que passar por cima disso e pensar no suicídio assistido ou na eutanásia. É necessário que os médicos tenham treino no tratamento e acompanhamento dos doentes com doenças avançadas de modo a que possam reconhecer as suas necessidades e lhes possam dar uma resposta positiva.

Mesmo que os membros da sociedade decidissem democraticamente legalizar a morte assistida, por exemplo por meio de um referendo, isso não significava que passasse a ser um papel dos médicos. De facto, a participação dos médicos é indispensável, mas não em todo o processo. A participação dos médicos é indispensável na avaliação inicial de um pedido de morte assistida. Os médicos têm um papel na informação sobre o diagnóstico, o prognóstico e as opções terapêuticas, assim como na avaliação de factores que influenciem a decisão como a depressão ou a competência dos doentes [47]. No entanto, tal como acontece quando os médicos são nomeados peritos por um tribunal, para a avaliação da competência de um indivíduo, ou pela assistência social para avaliar a incapacidade para o trabalho, a decisão não é sua, compete a outros [47]. Na realidade, outras pessoas poderiam assumir os outros papéis necessários à execução da morte assistida, tal como acontece com a pena de morte por injeção letal que não é realizada por médicos.

5.7.5. Matar e deixar morrer

No capítulo Abstenção e Suspensão de Tratamentos já foi abordada esta questão, tendo-se concluído que não havia nenhuma diferença moral intrínseca entre matar e deixar morrer, mas que são as condições em que os actos se praticam que os tornam aceitáveis ou não.

Os defensores da eutanásia não vêem distinção entre a suspensão de tratamentos destinados a prolongar a vida, a que chamam eutanásia passiva, e a eutanásia activa. Assim, do mesmo modo que as pessoas podem recusar tecnologia médica destinada a prolongar a vida e, assim, antecipar a sua morte, pessoas não dependentes dessa tecnologia também deveriam ser capazes de terminar a sua vida quando continuar a viver se tornar demasiado penoso [30]. Argumenta-se, ainda, que quando uma pessoa decide não aceitar ou interromper um tratamento

por considerar que a sua vida já não é aceitável e deseja morrer, seria preferível uma forma de morte assistida porque terminaria a vida de uma forma mais rápida e eficaz [38].

Pelo contrário, a distinção entre a abstenção e suspensão de tratamentos e a morte assistida pode ver-se como importante. A abstenção e a suspensão de tratamentos deixa a doença seguir o seu percurso natural e nem sempre resulta na morte imediata; o doente pode continuar a viver, por vezes por muito tempo ainda, sobretudo se tiver havido um erro de avaliação. Os tratamentos instituídos têm indicações e contraindicações, situações em que são adequados e situações em que são inadequados, isto é, situações em que beneficiam e situações em que não beneficiam os doentes. Além disso, mesmo que os profissionais de saúde entendam que o tratamento pode ser benéfico, o doente pode recusar-se a iniciá-lo ou a prosseguí-lo. Portanto, não iniciar ou suspender um tratamento quando está contraindicado ou é inadequado não é o mesmo que usar uma forma de morte assistida. Nestas circunstâncias aceita-se que o doente provavelmente morrerá mas não se lhe causa a morte directamente. Esta é provocada pela doença subjacente. É necessário, contudo, acompanhar o doente neste processo, evitando que sofra. No entanto, a abstenção ou suspensão de tratamentos não é por si só um acto aceitável, porque se for aplicada de modo inapropriado a doentes que teriam indicação para os iniciar ou prosseguir é uma prática errada. Mas, prosseguir no uso de meios inadequados não é prolongar a vida mas arrastar o processo irreversível da morte. Concluiu-se, então, que a abstenção e a suspensão de tratamentos, quando adequada à situação do doente, não é equivalente à morte assistida, mesmo que a morte ocorra igualmente na sequência dessas decisões.

Dito isto, pode-se admitir que em circunstâncias verdadeiramente excepcionais, em que há um problema irresolúvel e em que todos os envolvidos chegam a um consenso, aceitável para todos, de a única solução razoável ser uma forma de morte assistida, esta seja moralmente aceitável (no entanto, a sedação pode ser uma alternativa melhor e deve ser considerada). Estas

circunstâncias, excepcionais como são, não são legisáveis ou generalizáveis. Passam-se na intimidade e num contexto muito particular em que se concluiu que não havia outra solução aceitável e todos se puseram de acordo, certamente com a concordância do doente. Mas isto não é um “serviço” que se disponibiliza para os doentes em geral.

Concluiu-se novamente que não é na distinção entre matar e deixar morrer que está a diferença moral, mas nas circunstâncias concretas que uma determinada decisão envolve.

5.8. O QUE SE PASSA EM ALGUNS PAÍSES

5.8.1. Holanda

Em 1971, a médica Geertruda Postma comunicou publicamente que tinha morto a sua mãe internada num lar com uma dose alta de morfina [12]. Muitos outros médicos vieram depois apoiar a Dr^a Postma confessando que tinham praticado actos semelhantes. A médica foi condenada por homicídio por compaixão e em 1973 o tribunal condenou-a a uma semana de prisão com uma pena suspensa de um ano [12]. Esta condenação leve com uma pena suspensa revelou que o tribunal considerou o acto justificado. A partir daí, nesse país, a eutanásia tem sido objecto de debate público e reavivou também o debate internacional que continua em curso.

Até 2001 a eutanásia era ilegal, mas as acções judiciais eram raras desde que os médicos seguissem rigorosamente certas directivas [20]. A punição máxima para a eutanásia era de 12 anos de prisão e de 3 anos para o suicídio assistido [48]. Em 1984 a Associação Real Médica Holandesa publicou os requisitos que devem ser preenchidos para que um médico possa praticar eutanásia ou assistência ao suicídio e os tribunais aceitaram-nos nas suas decisões [46].

Estes requisitos são cumulativos:

- Pedido voluntário, competente, explícito e persistente;
- Informação completa;
- Sofrimento intolerável e sem esperança;

- Ausência de alternativas aceitáveis;
- Consulta de outro médico independente.

Até 1985 os médicos geralmente não declaravam eutanásia mas morte natural nas certidões de óbito. A partir de 1986 o número de casos de eutanásia declarados aumentou [48]. Os requisitos mencionados implicam que a eutanásia e o suicídio assistido não podem ser considerados em doentes com alterações cognitivas, como doentes dementes ou em coma.

Em 10 de Abril de 2001 o parlamento holandês legalizou a morte medicamente assistida. Os casos de morte assistida têm de ser reportados como casos de morte não natural. Os casos são revistos por uma comissão constituída por um jurista, um eticista e um médico. Os requisitos da lei diferem dos anteriormente publicados pela Real Associação Médica Holandesa ao incluir doentes incompetentes e admitir directivas antecipadas em doentes incompetentes como doentes de Alzheimer [49]. Esta evolução é vista por muitos como uma demonstração do plano inclinado que a abertura à morte assistida acarretará.

5.8.2. Bélgica

Em 28 de Maio de 2002 a morte assistida foi legalizada na Bélgica em termos semelhantes aos da Holanda [50].

5.8.3 Suíça

Na Suíça o suicídio assistido não é punível por lei, desde que não haja nenhum motivo egoísta implicado – artigo 115 do Código Penal Suíço [51]. No entanto, não é definido como acto médico pela Academia Suíça de Ciências Médicas [51]. A eutanásia é proibida e punível pelos artigos 111, 113 e 114 do Código Penal Suíço [51].

Existem na Suíça várias organizações que oferecem o suicídio assistido, como a EXIT, a maior de todas, e a Dignitas com sede em Zurich. Esta tem sido notícia por receber estrangeiros

com doenças terminais que se deslocam à Suíça exclusivamente para se suicidarem. Neste processo, um doente estrangeiro é recebido em Zurich por elementos da Dignitas que confirmam que tem uma doença terminal, que está em sofrimento e que é mentalmente competente para tomar decisões. É depois conduzido juntamente com quem o acompanhar a um apartamento onde o suicídio ocorrerá. Este processo decorre, geralmente, em poucas horas [52]. A EXIT recusa este turismo do suicídio, temendo que a repercussão negativa dessa prática venha a alterar a lei que permite o suicídio assistido [52].

5.8.4. EUA

Em 1996, um tribunal superior americano (Ninth Circuit Court of Appeals) concluiu que as leis estaduais que proíbem o suicídio assistido eram inconstitucionais quando aplicadas a médicos e aos seus doentes terminais porque violariam o direito fundamental das pessoas a determinar o tempo e o modo da sua morte [53]. No mesmo ano, outro tribunal superior (Second Circuit Court of Appeals) considerou que leis contra o suicídio assistido eram inconstitucionais quando aplicadas a médicos que tratam doentes terminais que não estão ligados a sistemas de suporte da vida, porque essas leis não protegem os doentes de igual forma. O tribunal argumentou que os doentes ligados a sistemas de suporte de vida podem recusar continuar ligados e desse modo apressar a sua morte, enquanto que os doentes não ligados a esses sistemas não podem exercer igualmente o mesmo direito [53]. Pouco tempo depois, as conclusões destes dois tribunais foram contrariadas pelo Supremo Tribunal dos EUA, que concluiu por unanimidade que não há um direito constitucional ao suicídio assistido [54]. Este tribunal requereu que todos os estados americanos se assegurassem que as suas leis não impedem a prática adequada de cuidados paliativos e concluiu que a sedação para o alívio de sintomas não é uma forma de morte assistida [54].

Entre 1991 e 2000 foram realizados referendos sobre a legalização do suicídio assistido na Califórnia, em Washington, no Michigan e no Maine. Todos foram derrotados, em geral, por diferenças pequenas na votação [55]. Porém, no Oregon a legalização do suicídio assistido foi aprovada em 1994 por 51% dos votos, designando-se “Death and Dignity Act”. Só entrou em vigor em Novembro de 1997 devido a tentativas legais de anular essa lei [56]. Mesmo depois da sua entrada em vigor, a lei continua a ser alvo de tentativas de a anular.

A lei que legaliza o suicídio assistido no Oregon exige que o doente [56]:

- Seja adulto (18 anos ou mais),
- Resida no Oregon,
- Seja capaz de tomar e comunicar decisões,
- Tenha uma doença terminal que leve à morte em seis meses.

Um doente nestas condições pode receber uma prescrição para medicação letal de um médico com licença para praticar medicina no Oregon se [56]:

- Fizer dois pedidos orais ao seu médico, separados por, pelo menos 15 dias,
- Fizer um pedido por escrito ao seu médico, assinado na presença de duas testemunhas,
- O médico prescriptor e um médico consultor confirmarem o diagnóstico e o prognóstico,
- O médico prescriptor e o consultor determinarem que o doente é competente,

Outras condições são [56]:

- Se qualquer dos médicos considerar que a capacidade de julgamento do doente está alterada por uma perturbação psicológica, o doente deve ser referenciado para um exame psicológico,
- O médico prescriptor deve informar o doente das alternativas possíveis ao suicídio assistido, incluindo cuidados de conforto, cuidados paliativos e controlo da dor,
- O médico prescriptor deve pedir, mas não exigir, que o doente informe um familiar do pedido da prescrição.

- O médico deve informar o “Department of Human Services” de todas as prescrições de medicação letal.

Nestas condições estas acções não constituem suicídio, morte por compaixão ou homicídio perante a lei [56].

5.8.5. Austrália

Em 25 de Maio de 1995 o Parlamento do Território do Norte da Austrália votou favoravelmente com 15 contra 10 votos a Lei dos Direitos dos Terminalmente Doentes do Território do Norte (Northern Territory Rights of the Terminally Ill Act), lei que permitia a eutanásia e o suicídio assistido [57] e que se tornou efectiva em 1 de Julho de 1996. Esta lei especificava as condições relativas ao doente, ao médico e ao processo em que aquelas práticas se podiam realizar. O Território do Norte australiano tornou-se assim na primeira região do mundo a legalizar a eutanásia. A eutanásia e o suicídio assistido permaneceram ilegais em todo o restante território australiano [58]. O Parlamento Federal da Austrália viria a anular essa lei a partir de 25 de Março de 1997. Durante o período em que a lei esteve em vigor morreram quatro pessoas ao seu abrigo [15].

5.8.6. Portugal

A lei portuguesa não se refere explicitamente à eutanásia nem ao suicídio assistido. No entanto, há artigos do código penal que se podem aplicar a esta situação. Assim, relacionado com a eutanásia, no artigo 133º intitulado “Homicídio privilegiado” pode ler-se “Quem matar outra pessoa dominado por compreensível emoção violenta, compaixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral, que diminuam sensivelmente a sua culpa, é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos”; o artigo 134º intitulado “Homicídio a pedido da vítima” diz no seu nº 1: “Quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha

feito é punido com pena de prisão até 3 anos”. Apesar de punir a eutanásia a legislação portuguesa não pune este tipo de “homicídio” como pune o homicídio qualificado em que o agente é punido com uma pena de prisão de 12 a 25 anos (artigo 132º) [59].

Já o artigo 135º, intitulado “Incitamento ou ajuda ao suicídio” diz no nº 1: “Quem incitar outra pessoa a suicidar-se, ou lhe prestar ajuda para esse fim, é punido com pena de prisão até 3 anos, se o suicídio vier efectivamente a ser tentado ou a consumir-se” [59]. Este artigo pode aplicar-se aos casos de suicídio assistido.

Assim, a eutanásia e o suicídio assistido são proibidos em Portugal. Não há registo de qualquer julgamento por alegada violação dos referidos artigos do código penal [60].

5.9. PERSPECTIVA DA RELIGIÃO

Devido à sua crença na reencarnação, os budistas acreditam que a morte é uma experiência que cada um terá muitas vezes. A compaixão, que é muitas vezes invocada como justificação para a morte assistida, é um valor moral importante para o budismo. No entanto, é considerado imoral qualquer acção destinada a destruir a vida humana, independentemente do motivo [61]. Por outro lado, a vida não deve ser preservada a todo o custo, pelo que a suspensão de tratamentos destinados a prolongar a vida se justifica quando se revelam inúteis ou demasiado agressivos em face do prognóstico do doente. O controlo do sofrimento é o caminho a ser seguido e, assim, os cuidados paliativos são vistos como o método desejável para abordar o problema dos pedidos de morte assistida

Já para a Igreja Católica a vida é sagrada porque somos criados à imagem e semelhança de Deus. As pessoas são administradores e não proprietários das suas vidas e, portanto, são responsáveis perante Deus pela vida que lhes foi dada. No entanto, a vida não é um bem absoluto que deva ser preservado a todo o custo [62]. A Igreja Católica aceita o alívio do

sofrimento usando as técnicas médicas adequadas, ainda que se ponha em risco a vida dos doentes desde que não seja essa a intenção, segundo o princípio do duplo efeito.

Para a Igreja Católica, porém, a eutanásia é “moralmente inaceitável” [8]. No Catecismo da Igreja Católica afirma-se: “quaisquer que sejam os motivos e os meios, a eutanásia directa consiste em por fim à vida de pessoas deficientes, doentes ou moribundas. Assim, uma acção ou uma omissão que, de per si ou na intenção, cause a morte com o fim de suprimir o sofrimento, constitui um assassinio gravemente contrário à dignidade da pessoa humana e ao respeito do Deus vivo, seu Criador. O erro de juízo, em que se pode ter caído de boa fé, não muda a natureza do acto homicida, o qual deve sempre ser condenado e posto de parte” [8].

Por seu turno, uma boa morte, para os hindus, é a que ocorre em idade avançada, no tempo e lugar certos, com todos os assuntos práticos relativos aos familiares e amigos resolvidos, assim como os aspectos materiais. A boa morte deve ainda ocorrer consciente e voluntariamente, e pode ser reconhecida por uma expressão serena. Uma má morte é ao contrário a que ocorre prematuramente, a que é violenta ou que ocorre com vômitos, fezes, urina e uma expressão desagradável [63].

A posição do hinduísmo relativamente à morte assistida não é uniforme. De facto, o hinduísmo não tem uma estrutura institucional nem exige adesão a uma doutrina particular [63]. No entanto, em geral, a morte assistida não é aceite, porque só Deus pode tirar a vida. Se os seres humanos tirarem a vida a alguém isso tem um efeito cármico na vida seguinte de todos os envolvidos. O sofrimento é visto como purificador. Há, porém, excepções já referidas no capítulo “Suicídio”. Alguns defendem a eutanásia nos casos de pessoas com doenças terminais em grande sofrimento porque lhes permite uma morte sem a consciência obnubilada por drogas [63]. O sofrimento pode interferir com a tranquilidade tão desejada para os últimos momentos, impedindo assim uma boa morte.

A religião islâmica proíbe a morte assistida, quer a eutanásia quer o suicídio assistido [64]. Para os muçulmanos a vida é sagrada porque Deus é a sua origem e o seu destino. No Alcorão pode ler-se: “Deus faz viver e morrer” (Alcorão 3:156) e “Ninguém morre a não ser com a permissão de Deus. É um contrato a prazo fixo” (Alcorão 3:145). Aos médicos muçulmanos compete essencialmente tratar o doente e aliviar o sofrimento. As decisões sobre terminar a vida de um doente terminal a seu pedido não fazem parte das obrigações dos médicos [64].

No entanto, a vida não tem de ser mantida a todo o custo. Os tratamentos destinados a prolongar a vida podem ser interrompidos quando se torna claro que não são benéficos para o doente, sendo necessário envolver o doente na decisão, se possível, mas também a família e outros interessados. É também aceite o controlo da dor ainda que no processo se possa encurtar a vida, desde que não seja essa a intenção [64].

Finalmente, para os judeus o corpo pertence a Deus. Por isso, um doente não tem o direito de cometer suicídio ou de requerer a ajuda de outros. Do mesmo modo quem ajudar outros a cumprir esse plano comete homicídio [65]. É, assim proibida a prática da eutanásia. Não há, no entanto, a obrigação de manter a vida a todo o custo, sendo a abstenção ou a suspensão de tratamentos destinados a prolongar a vida indicados quando apenas impedem a partida da alma [66].

O princípio do duplo efeito não é aceite pelos judeus. Assim, um analgésico como a morfina não deve ser usado numa quantidade em que se preveja que a morte pode ocorrer como consequência, não havendo, porém, qualquer restrição ao seu uso nas quantidades necessárias desde que a possibilidade da morte a elas devida não seja prevista [66].

5.10. CONCLUSÃO

A morte assistida tem sido debatida com maior ou menor intensidade ao longo da história da humanidade. Actualmente, estamos numa época em que o debate é particularmente

vivo, nas sociedades ocidentais, devido à sua legalização recente em diversas sociedades. Num período da evolução destas sociedades em que o prazer, a juventude, a saúde e o sucesso são os valores vigentes, o sofrimento, a doença e a morte são naturalmente indesejados. Uma morte rápida é o que a maioria das pessoas deseja e, algumas, desejam também controlar as circunstâncias em que ela ocorre. Embora o sofrimento físico seja uma causa dos pedidos de morte assistida, são mais importantes as questões relacionadas com o sofrimento psicológico.

Muitos argumentos têm sido aduzidos na discussão da morte assistida. Tanto os apoiantes como os oponentes têm argumentos fortes a apoiar as suas posições e não será a discussão que resolverá a questão. A meu ver, porém, mesmo que uma sociedade democrática, como a nossa, possa vir a legalizar tais práticas, não decorre daí que os médicos tenham de desempenhar o papel de seus executores. De facto, o papel actual dos médicos deve ser preservado, devendo ser claro para os doentes. Deste modo preserva-se também a moralidade interna da medicina enquanto instituição de grande relevo social.

Só recentemente alguns países deram o passo de legalizar formas de morte assistida. Será preciso que decorram vários anos para se verificar se o efeito do plano inclinado, de facto ocorre. Portanto, só será visível mais tarde toda a extensão das consequências da legalização sobre a morte assistida.

REFERÊNCIAS

1. Emanuel EJ. The history of euthanasia debates in the United States and Britain. *Ann Intern med* 1994;121:793-802.
2. <http://diariodadeusa.com.sapo.pt/hipocrates.htm>.
3. Tomás Morus. Dos escravos. Em: Tomás Morus. *A Utopia*. Lisboa: Guimarães Editores. 120-133.

4. Hume D. Essay on suicide. Em: Hume D. Four dissertations and essays on suicide and the immortality of the soul. South Bend, Indiana: St Augustine Press 2000.
5. Kenis Y. Eutanásia. Em Em: Hottois G, Parizeau MH, eds. Dicionário de Bioética. Lisboa: Instituto Piaget; 1998:225-232.
6. Masterstvedt LJ, Kaasa S. Euthanasia and physician-assisted suicide in Scandinavia – with a conceptual suggestion regarding international research in relation to the phenomena. Palliat Med 2002;16:17-32.
7. The Dutch definition of euthanasia. Em Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia. Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucci C, eds. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 1998:3.
8. Catecismo da Igreja Católica. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 2ª ed. 1999:2277.
9. Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC ethics task force. Palliat Med 2003;17:97-101.
10. Singer P. Tirar a vida: os seres humanos. Em: Singer P. Ética prática. São Paulo. Livraria Martins Fontes Editora Lda. 1993:185-227.
11. van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. N Engl J Med 1996;335:1699-1705.
12. Introduction: re-examining “Thou shalt not kill”. Em Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia. Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucci C, eds. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 1998:7-16.
13. Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, Kreamer DF, Delorit MA, Lee MA. Phisicians’ experience with the Oregon Death with Dignity Act. N Engl J Med 2000;324:557-563.
14. Back AL, Wallace JI, Starks HE, Pearlman RA. Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington state: patient requests and physician responses. JAMA 1996;275:919-925.

15. Kissane DW, Street A, Nitschke P. Seven deaths in Darwin: case studies under the Rights of the Terminally Ill Act, Northern Territory, Australia. *Lancet* 1998;352:1097-1102.
16. Chochinov HM, Tataryn D, Clinch JJ, Dudgeon D. Will to live in the terminally ill. *Lancet* 354:816-819.
17. Blendon RJ, Szalay US, Knox RA. Should physicians aid their patients in dying? The public perspective. *JAMA* 1992;267:2658-2662.
18. Quikk TE. Doctor, I want to die. Will you help me? *JAMA* 1993;270:870-873.
19. Drickamer MA, Melinda AL, Ganzini L. Practical issues in physician-assisted suicide. *Ann Intern Med* 1997;126:146-151.
20. van der Maas PJ, Van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet* 1991;338:669-674.
21. Lee MA, Nelson HD, Tilden VP, Ganzini L, Schmidt TA, Tolle SW. Legalizing assisted suicide – views of physicians in Oregon. *N Engl J Med* 1996;334:310-315.
22. Emanuel EJ, Fairclough DL, Daniels ER, Clarridge BR. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *Lancet* 1996;374:1805-1810.
23. Suarez-Almazor ME, Newman C, Hanson J, Bruera E. Attitudes of terminally ill cancer patients about euthanasia and assisted suicide: predominance of psychosocial determinants and beliefs over symptom distress and subsequent survival. *J Clin Oncol* 2002;20:2134-2141.
24. Johansen S, Holen JC, Kaasa S, Kaasa S, Loge JH, Masterstvedt LJ. Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *Palliat Med* 2005;19:454-460.
25. Owen C, Tennant C, Levi J, Jones M. Suicide and euthanasia: patients attitudes in the context of cancer. *Psycho-Oncol* 1992;1:79-88.

26. Comby MC, Filbert M. The demand for euthanasia in palliative care units: a prospective study in seven units of the "Rhône-Alpes" region. *Palliat Med* 2005;19:587-593.
27. Werth JL. The relationships among clinical depression, suicide, and other actions that may hasten death. *Behav Sci Law* 2004;22:627-649.
28. Baile WF, DiMaggio JR, Schapira DV, Janofsky. The request for assistance in dying: the need for psychiatric consultation. *Cancer* 1993;72:2786-2791.
29. Groenewoud JH, van der Heide A, Onwuteaka-philipsen BD, Willems DL, van der Maas PJ, van der Wal G. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands. *N Engl J Med* 2000;342:551-556.
30. Faber-Langendoen K. Death by request: assisted suicide and the oncologist. *Cancer* 1998;82:35-41.
31. Emanuel EJ, Fairclough D, Clarridge BC, et al. Attitudes and practices of U.S. oncologists regarding euthanasia and physician-assisted suicide. *Ann Intern Med* 2000;133:527-532.
32. Onwuteaka-Philipsen BD, Muller MT, van der Wal G, van Eijk JTM, Ribbe MW. Active voluntary euthanasia or physician-assisted suicide? *J Am Geriatr Soc* 1997;45:1208-1213.
33. Lowey EH. Healing and killing, harming and not harming: physician participation in euthanasia and capital punishment. *J Clin Ethics* 1992; 3:29-34.
34. Coleman CH, Fleischman AR. Guidelines for physician-assisted suicide: can the challenge be met? *J Law Med Ethics* 1996;24:217-224.
35. ten Have HAMJ. Eutanásia: paradoxos morais. Em: *Tempo de vida e tempo de morte. Coleção Bioética VII. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida*. 2001:77-91.
36. Velleman JD. Against the right to die. *J med Philosophy* 1992;17:665-681.
37. Higginson I, MacCarthy M. Measuring symptoms in terminal cancer: are pain and dyspnoea controlled? *J Royal Soc Med* 1989;82:264-267.

38. The New York State Task Force on Life and the Law. The ethical debate. Em: When death is sought: assisted suicide and euthanasia in the medical context. New York, 2^a ed; 2000:77-113.
39. Sulmany DP, Linas BP, Gold KF, Schulman KA. Physician resource use and willingness to participate in assisted suicide. Arch Intern Med 1998;158:974-978.
40. Miller FG, Quill TE, Brody H, Fletcher JC, Gostin LO, Meier DE. Regulating physician-assisted death. N Engl J Med 1994;331:119-123.
41. Heilig S, Brody R, Marcus FS, Shavelson L, Sussman PC. Physician-hastened death: advisory guidelines for the San Francisco Bay area from the Bay area Network of Ethics Committees. West J Med 1997;166:370-378.
42. Caplan AL, Snyder L, Faber-Langendoen K. The role of guidelines in the practice of physician-assisted suicide. Ann Intern Med 2000;132:476-481.
43. Quill TE, Cassel CK, Meier DE. Care of the hopelessly ill: proposed clinical criteria for physician-assisted suicide. N Engl J med 1992;327:1380-1384.
44. Davis A. Patients need medical help to live with dignity until they die naturally. BMJ 2006;324:847.
45. Gaylin W, Kass LK, Pellegrino ED, Siegler M. Doctors must not kill. JAMA 1988;259:2139-2140.
46. Roy DJ. Euthanasia and withholding treatment. Em: Doyle D, Hanks J, Cherny N, Calman K eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3^a ed.Oxford. Oxford University Press. 2004:84-97.
47. Faber-Langendoen K, Karlwish JHT. Should assisted suicide be only physician assisted? Ann Intern Med 2000;132:482-487.
48. van der Wal G, Dillmann RJM. Euthanasia in the Netherlands. BMJ 1994;308:1346-1349.

49. Kimsma G, van Leeuwen E. The new Dutch law on legalizing physician-assisted death. *Cambridge Quarterly Healthcare Ethics* 2001;10:445-450.
50. Englert Y. Belgium – evolution of the debate. Em: *Euthanasia. Volume II. National and European perspectives*. Strasbourg. Council of Europe Publishing. 2004:13-24.
51. Bittel N, Neuenschwander H, Stiefel F. "Euthanasia": a survey by the Swiss Association for Palliative Care. *Support Care Cancer* 2002;10:265-271.
52. Kaap C. Swiss financial capital attracts suicide tourists. *Lancet* 2003;361:846.
53. Annas GJ. The bell tolls for a constitutional right to physician-assisted suicide. *N Engl J Med* 1997; 337:1098-1103.
54. Burt RA. The Supreme Court speaks: not assisted suicide but a constitutional right to palliative care. *N Engl J Med* 1997;337:1234-1236.
55. Meisel A. Palliative care review. Ethics and law: physician-assisted dying. *J Palliat Med* 2005;8:609-621.
56. Oregon Department of Human Services. Eight annual report of Oregon's Death with Dignity Act. <http://oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year8.pdf>.
57. Schwartz RL. Rights of the Terminally Ill Act of the Australian Northern Territory. *Cambridge Quarterly Healthcare Ethics* 1996;5:157-166.
58. Ryan CJ, Kaye M. Euthanasia in Australia – the Northern Territory Rights of the Terminally Ill Act. *N Engl J Med* 1996;334:326-328.
59. http://www.giea.net/legislacao.net/codigos/codigo_penal/dos_crimes_contra_as_pessoas.htm.
60. Serrão D. Portugal – euthanasia: not ethically permissible. Em: *Euthanasia. Volume II. National and European perspectives*. Strasbourg. Council of Europe Publishing. 2004:75-83.
61. Keown D. End of life: the Buddhist view. *Lancet* 2005;366:962-955.
62. Markwell H. End-of-life: a Catholic view. *Lancet* 2005;366:1132-1135.

63. Firth S. End-of-life: a Hindu view. *Lancet* 2005;366:682-686.
64. Sachedina A. End-of-life: the Islamic view. *Lancet* 2006;366:774-779.
65. Dorff EN. End-of-life: Jewish perspectives. *Lancet* 2005;366:862-865.
66. Guigui A. Judaism. Em: Euthanasia. Volume I – ethical and human aspects. Council of Europe Publishing. 2033:145-147.

SEDAÇÃO

Nos doentes com cancro avançado e outras doenças crónicas os cuidados paliativos são o padrão dos cuidados de saúde. Há de facto um largo consenso de que o controlo de sintomas e a atenção aos problemas psicológicos, espirituais e sociais são objectivos essenciais da medicina. Particularmente, o controlo de sintomas deve ser atingido mesmo quando o índice terapêutico é estreito. Isto significa que perante um doente que está nos seus últimos dias de vida, pode ser necessário, para o libertar do seu sofrimento, usar medidas que acarretam um grande risco de lhe encurtar a vida. Como sempre, há que ponderar os benefícios e os inconvenientes e ter em conta a vontade do doente quando competente.

6.1. USO DA SEDAÇÃO EM MEDICINA

Sedação é o acto de sedar, palavra que provem do latim *sedare* que significa acalmar. Este efeito de acalmação é obtido pela administração de um fármaco.

Em medicina a sedação é usada com fins terapêuticos em várias situações, de modo rotineiro e incontroverso:

- Para fazer certos procedimentos que são dolorosos ou desconfortáveis, como cardioversão ou colonoscopia;
- Como complemento da anestesia;

- Nas unidades de cuidados intensivos para controlar a agitação e a ansiedade ou para facilitar a adaptação ao ventilador;
- Para controlar a ansiedade provocada pela eminência de uma intervenção;
- Em psiquiatria em várias situações.

Em cuidados paliativos também se usa a sedação, nomeadamente em situações semelhantes às descritas acima. Existem, porém, outras circunstâncias que são específicas dos doentes com doenças crónicas avançadas. É relativamente frequente também que alguns doentes tenham um nível de consciência diminuído, não como objectivo terapêutico, mas como efeito secundário da medicação.

Os doentes com doenças crónicas em fase terminal apresentam ocasionalmente sintomas de controlo difícil ou impossível num espaço de tempo adequado (sintomas refractários), requerendo sedação para controlar o sofrimento por eles induzido. A frequência com que isso acontece é, de acordo com a literatura, muito variável. Para isso podem contribuir múltiplos factores:

- Definição de sedação;
- Definição de sintoma refractário;
- Diferentes culturas em que os estudos são feitos;
- Imprecisão dos dados provocada pelo facto de a maioria dos estudos serem retrospectivos;
- Contexto em que os cuidados são prestados, por exemplo, se são prestados no domicílio ou em unidades de cuidados paliativos.

6.2. SINTOMAS REFRACTÁRIOS

Geralmente, é possível um controlo adequado do sofrimento dos doentes sem afectar significativamente o seu estado de consciência. O objectivo dos cuidados paliativos é esse:

permitir que os doentes vivam a sua vida tão activamente quanto possível até que a morte ocorra. Mas há, sobretudo, nos últimos dias de vida, sintomas que não são susceptíveis de controlo pelos meios habituais. Estes são os sintomas refractários.

Sintoma refractário é o que não pode ser controlado adequadamente apesar de esforços agressivos para identificar uma terapêutica tolerável que não comprometa a consciência [1]. Deve considerar-se que intervenções invasivas e não invasivas são [1]:

- Incapazes de fornecer alívio adequado;
- Associadas a morbilidade excessiva ou intolerável, aguda ou crónica;
- Improvavelmente fornecerão alívio num intervalo de tempo tolerável. O sintoma deve ser considerado refractário por pelo menos 2 médicos.

Um sintoma pode ser de difícil controlo e, no entanto, não ser refractário. Um sintoma de difícil controlo é um sintoma que pode ser potencialmente tratado, dentro de um período de tempo razoável, com métodos que produzam um alívio adequado sem alterar significativamente o estado de consciência e sem produzirem efeitos laterais intoleráveis. Esta distinção tem implicações clínicas e éticas muito importantes, na medida em que um sintoma refractário implica uma resposta que altera o estado de consciência do doente e assim a sua capacidade de interagir com as pessoas que lhe são significativas e restringe completamente a sua actividade.

A distinção entre sintomas refractários e sintomas de difícil controlo implica competência dos profissionais de saúde que tratam estes doentes. A classificação de um sintoma como refractário não pode servir para encobrir a incompetência no tratamento dos doentes e resolver o problema sedando-os injustificadamente. Por isso, mesmo as pessoas treinadas em cuidados paliativos deveriam pedir outra opinião, incluindo, eventualmente, médicos de outras especialidades, e envolver a equipa que integram na decisão de sedar os doentes por terem sintomas refractários. Além disso deve-se reavaliar repetidamente a situação. O treino

insuficiente da maioria dos profissionais de saúde no tratamento dos doentes com doenças crónicas avançadas coloca um problema adicional de legitimidade na decisão de sedar os doentes, assim como em muitas outras decisões relacionadas com os problemas de fim de vida. Um estudo realizado no Memorial Sloan-Kettering Cancer Center mostrou que na consulta de dor foram identificadas etiologias não anteriormente diagnosticadas em 64% dos doentes, nomeadamente infecções, o que levou a que uma parte significativa dos doentes viesse a fazer radioterapia, cirurgia ou quimioterapia com base nessas etiologias [2]. O problema pode ser mais difícil quando se trata de sintomas psicológicos ou de questões existenciais.

Uma das razões para sedar é a incapacidade de aliviar o sintoma num intervalo de tempo aceitável. Isto depende da sobrevivência esperada do doente; por exemplo, o controlo de um sintoma é possível mas requer exames para esclarecer a sua causa ou o emprego de meios que necessitam de algum tempo para serem executados ou para produzirem efeito, mas a sobrevivência previsível é tão curta que não é adequado tentá-lo. Portanto, a situação do doente pode ser um factor importante a ter em conta. Como se referiu no capítulo “Abstenção e suspensão de tratamentos” os objectivos e tratamento são diversos e devem ser tão claramente definidos quanto possível. Assim, quando o doente está muito debilitado e próximo da morte pode não haver tempo para pôr em prática tratamentos que exijam um certo período para produzirem efeito. Nesta situação, pode ser necessário usar meios mais rápidos sob pena de não se obter o objectivo fundamental de controlar o sofrimento do doente.

6.3. DEFINIÇÕES DE SEDAÇÃO

Desde o artigo de Ventafridda et al. de 1990 [3] a sedação tem sido estudada no âmbito dos cuidados paliativos. No entanto, tem havido alguma inconsistência resultante de várias razões, entre as quais: o conceito de sedação estar ou não claramente definido, da definição de

sedação, do grau e da duração da sedação, dos medicamentos usados e da caracterização dos sintomas e dos doentes [4].

Têm sido propostas várias definições de sedação. Chiu et al. definiram sedação como o uso de agentes para aliviar sintomas refractários causadores de sofrimento intolerável, os quais não foi possível aliviar adequadamente de outro modo num período de tempo aceitável [5].

Chater et al. propuseram como definição de “sedação terminal” a intenção de deliberadamente induzir e manter um sono profundo mas não causar deliberadamente a morte, em circunstâncias muito específicas: para o alívio de um ou mais sintomas intratáveis quando todas as outras intervenções possíveis falharam e o doente é considerado como estando perto da morte; para o alívio de angústia profunda que não é tratável por intervenções espirituais, psicológicas ou outras e o doente é considerado como estando perto da morte [6]. Esta definição foi proposta num estudo sobre as atitudes de especialistas em cuidados paliativos e só 40% destes concordaram completamente com ela. Segundo esta definição a sedação é sempre definida como profunda. No entanto, o que se pretende com a sedação é controlar os sintomas e não atingir um nível de sedação particular, devendo ser este o suficiente para aliviar o sofrimento, embora em alguns casos isto só se atinja com a sedação profunda.

Morita et al. [4] estudaram as definições existentes e identificaram os dois factores centrais da definição de sedação que são: 1) a presença de sofrimento refractário ao tratamento paliativo padrão e 2) o uso de medicação sedativa com o objectivo primário de o aliviar reduzindo a consciência. Daí partiram para a sua definição: “o uso de medicação sedativa para aliviar o sofrimento intolerável e refractário reduzindo a consciência do doente”.

O nível da sedação pode dividir-se em ligeira quando é possível um certo grau de comunicação com o doente e profunda quando o doente fica inconsciente e não pode interagir [4]; a sedação ligeira também tem sido designada como sedação consciente e sedação proporcional, e a sedação profunda como abrupta, sedação total ou sedação pesada. Quanto à

duração pode dividir-se em intermitente, também referida como controlada, temporária, nocturna ou de repouso, quando há períodos em que o doente está alerta e contínua quando o nível de consciência é mantido permanentemente baixo [4]. A sedação pode ser ainda primária ou secundária: primária quando é usado um sedativo com o objectivo de reduzir o estado de consciência; secundária quando é usada medicação destinada ao controlo de sintomas cuja dose necessária seda o doente como efeito lateral.

6.4. CAUSAS E FREQUÊNCIA DA SEDAÇÃO

A frequência e as causas de sedação variam acentuadamente entre os estudos. No primeiro estudo, que descreveu a sedação nos doentes com cancro avançado, 52,5% dos doentes tinham sido sedados, sendo as causas mais frequentes a dispneia e a dor e, numa percentagem mais baixa, o delirium e os vómitos [3].

Fainsinger et al. num estudo de 100 doentes verificaram que 16% dos doentes tinham sido sedados por necessidade de aumentar a dose dos fármacos, sendo os sintomas em causa a dor e o delirium [7]. Num estudo posterior, Fainsinger et al. detectaram 23 (30%) doentes sedados: 20 doentes por delirium, dois com delirium e dispneia e um só com dispneia; nenhum doente foi sedado por dor, náuseas ou sofrimento psicológico [8].

Ainda Fainsinger et al., num estudo multicêntrico comparando a sedação na última semana de vida entre programas de cuidados paliativos em Israel, África do Sul e Espanha, verificou que a intenção de sedar variou entre 15% e 36% [9]. A razão mais frequente para sedar foi o delirium; outras razões foram a dor, náuseas e vómitos, dispneia, hemorragia e sofrimento familiar; este último só se verificou em Espanha [9].

Num estudo multicêntrico de cuidados paliativos domiciliários na semana final de vida, realizado em Itália, a mediana da percentagem de doentes sedados foi de 36%, tendo variado entre os centros de 0% e 60%, o que segundo os autores implica uma ausência de critérios

definidos, traduzindo possivelmente o comportamento dos profissionais ou a política dos serviços e não as preferências ou as necessidades dos doentes [10].

No estudo de Chiu et al. foram sedados 28% dos doentes; os sintomas mais frequentes foram o delirium com agitação (57%) e a dispneia (23%) [5]. Em Portugal, Ferraz Gonçalves et al., num estudo de 300 doentes nas últimas 48 horas de vida realizado na Unidade Continuados do Instituto Português de Oncologia do Porto, observaram que 10% de doentes tinham sido sedados, mais frequentemente por delirium (52%), seguindo-se as hemorragias (21%) e a dispneia (17%) [11].

Há assim um pequeno número de problemas físicos que causam a maioria dos casos de sedação. Embora em algumas séries a dor tenha sido um motivo importante de sedação, não o é globalmente. A dispneia é um sintoma frequente e por vezes muito difícil ou impossível de controlar sem alterar a consciência, tendo atingido no National Hospice Study 70% dos doentes durante as últimas seis semanas de vida [12]; é uma causa importante de sofrimento, encontrando-se muitos doentes inadequadamente controlados [13], pelo que não é surpreendente que seja um motivo de sedação relativamente frequente. O delirium é muito frequente nos últimos dias de vida, chegando a atingir em alguns estudos cerca de 90% dos doentes [7]; é, em termos globais, provavelmente o motivo mais frequente de sedação. Nos últimos dias de vida, o delirium resulta sobretudo da falência orgânica generalizada e, por isso, é geralmente irreversível. No estudo português referido acima [11], as hemorragias foram uma causa importante de sedação, superior ao verificado em outros centros, porque havia mais casos de cancro da cabeça e pescoço em relação a outros centros. Nas hemorragias, a finalidade da sedação é evitar a ansiedade associada à visão do sangue e faz-se como uma actuação de emergência, pelo que é muitas vezes intermitente. Outra situação que exige sedação de emergência é a sufocação, em que as vias aéreas se estreitam abruptamente, causando dispneia intensa e geralmente irreversível.

6.5. SINTOMAS PSICOLÓGICOS E EXISTENCIAIS

Os sintomas físicos como a dor, a dispneia e outros são facilmente caracterizáveis, ao contrário do sofrimento psicológico ou do sofrimento existencial que são mais difíceis de caracterizar. Talvez por isso a frequência com que o sofrimento existencial aparece nos diferentes estudos é muito diversa. Em países como a Espanha parece ser uma razão razoavelmente frequente para sedar [9], mas noutros países, entre os quais Portugal [11], parece inteiramente ausente [14]. Poderá haver designações como angústia mental ou inquietação usadas em alguns estudos que podem até certo ponto sobrepor-se à designação de sofrimento existencial [14]. Algumas diferenças podem ser culturais, com comportamentos idênticos a serem interpretados de maneira diferente [14]. Por outro lado, as diferenças podem ser genuínas, embora possa ser surpreendente que as diferenças entre Portugal e Espanha sejam tão grandes, já que se pressupõe que são culturalmente próximos. Mas talvez essa proximidade não seja tão grande, afinal, visto que há outras diferenças entre os dois países, por exemplo, entre o desejo de informação dos doentes com cancro avançado que parece ser muito maior nos portugueses do que nos espanhóis [15].

É mais difícil determinar a natureza refractária do sofrimento psicológico ou existencial. A intensidade desses sintomas pode ser muito dinâmica e idiossincrática [16]. Acresce que a presença desses sintomas não indica necessariamente um estado de deterioração física avançada. Além disso, o sofrimento psicológico pode ser muito variável e a adaptação psicológica é comum [16]. A sedação nestes doentes é também considerada mais problemática em termos éticos e de aceitabilidade, quer pelos familiares quer pelos profissionais de saúde porque pode haver condições físicas razoáveis, a função cognitiva pode estar intacta e a interacção social pode ser boa.

Um pedido de sedação por um doente com sofrimento psicológico ou existencial exige uma avaliação psiquiátrica, porque particularmente nestas situações, um pedido de sedação pode esconder uma intenção de morrer.

6.5.1. A sedação como terapêutica

Por outro lado, a sedação pode ser terapêutica nos casos de sofrimento psicológico ou existencial porque pode quebrar o ciclo de ansiedade e sofrimento. Nathan Cherny afirmou que a sua equipa tem constatado que a sedação temporária pode, ao quebrar esse ciclo, evitar em alguns casos, que o doente requeira sedação definitiva [16]. Quando se decide iniciá-la, deve-se ao mesmo tempo planear diminuí-la após um período pré-estabelecido, de modo a determinar o seu efeito nos sintomas [16].

6.6. EFEITO DA SEDAÇÃO NA SOBREVIVÊNCIA

O uso de sedativos é muito frequente na última semana de vida e as doses são muitas vezes aumentadas nas últimas horas. Portanto, o seu uso tem-se limitado, excepto em casos de sofrimento psicológico ou existencial, aos doentes que estão muito próximos da morte. No estudo de Ferraz Gonçalves et al., o intervalo entre o início da sedação e a morte foi em média de 20,5 horas (mediana de 9 horas), variando entre 5 minutos e 72,5 horas [11]. Sales et al. verificaram que a média foi de 3,2 dias (mediana de 2 dias), variando entre 0,1 e 4,8 dias [17]. Num estudo de Fainsinger et al. os doentes estiveram sedados em média 2,5 dias antes da morte [8].

Parece que a sedação não se associa a um encurtamento significativo da vida [3,18]. Pode mesmo suceder que alguns doentes que recebem sedativos tenham uma sobrevivência significativamente maior [18]. Chiu et al. não detectaram uma diferença significativa na sobrevivência entre os doentes sedados e os não sedados [5]. No entanto, não se pode ignorar

que a sedação tem também o potencial para encurtar a sobrevivência, embora tal pareça não acontecer na maior parte dos casos.

6.7. EFICÁCIA DA SEDAÇÃO

Num estudo prospectivo e multicêntrico recente que pretendia determinar, entre outras coisas, a eficácia da sedação concluiu-se que em 83% dos casos os sintomas foram eficazmente aliviados [19].

No estudo português sobre as últimas 48 horas de vida numa unidade de cuidados paliativos, em oito dos 29 doentes sedados (28%) a morte foi percebida pelos profissionais que assistiram como não sendo tranquila; estes oito doentes foram sedados por hemorragias (quatro), por delirium (três) e por uma combinação de dispneia e dor (um) [11]. Também num estudo realizado em Espanha, 15 de 112 doentes sedados (13%) aconteceu o mesmo [17]. Neste último estudo as razões foram que o doente apesar de adormecido parecia permanecer com mal-estar e também pela angústia dos familiares.

Por estes dados podemos concluir que na maioria dos casos a sedação é eficaz. No entanto, há casos que são percebidos como problemáticos pelos profissionais. No caso português é possível que o tipo de sintomas, sobretudo as hemorragias, tenham ocorrido muito próximo da morte, com um período de sedação muito curto, sendo assim o desconforto associado à morte. Pode acontecer também que o nível de sedação em alguns doentes não tenha sido suficientemente profundo. Pode ainda acontecer que, em alguns casos, a percepção do desconforto do doente seja a projecção do sofrimento dos profissionais.

6.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

6.8.1. O processo de decisão

No processo de decisão o doente deve ser envolvido sempre que possível. Na verdade, a decisão de sedar deve ser legitimada pelo doente, que compreendendo a sua situação e a impossibilidade de aliviar o seu sofrimento de outro modo, pede ou aceita ser sedado. Os familiares devem ser envolvidos na decisão sobretudo se o doente não estiver competente, embora neste caso a avaliação dos benefícios e dos inconvenientes para o doente deva prevalecer sobre outras considerações. Pode considerar-se como excepção as situações de emergência como as hemorragias, a sufocação ou uma crise de agitação psicomotora, em que não há tempo para discutir a situação; aqui o privilégio terapêutico é plenamente justificado.

Num estudo recente verificou-se que, de facto, o processo de informação e consentimento foi seguido correctamente, visto que os doentes, sempre que cognitivamente competentes, participaram na decisão e, nos outros, os familiares foram envolvidos na decisão [20]. No entanto, na prática as coisas nem sempre se passam assim. No estudo de Chater et al. [6], só 50% dos doentes e 69% dos familiares tiveram um envolvimento importante. Num estudo espanhol [17], 46% dos doentes e 85% dos familiares foram total ou parcialmente implicados na decisão. Estes dados, porém, dizem pouco sobre o que realmente se passou. Por exemplo, é difícil perceber o que significa estar parcialmente implicado na decisão; a percentagem dos doentes envolvidos na decisão correspondia aos doentes competentes, isto é, os que tinham capacidade de decisão, ou houve doentes competentes sedados sem o seu envolvimento; os familiares envolvidos foram-no em conjunto com os doentes e/ou em sua substituição; foram tomadas decisões com os familiares sem o envolvimento de doentes competentes. Estes dados não são úteis para esclarecer sobre o que realmente se passou nos casos individuais, por isso pouco podemos inferir sobre a dimensão ética do processo de decisão.

Um estudo recente realizado no Japão mostra que os médicos menos confiantes nos cuidados psicológicos e com níveis mais altos de exaustão emocional tinham mais probabilidades de escolher a sedação para os doentes com sofrimento refractário de ordem física ou psicológica [40].

6.8.2. A eutanásia lenta

Em 1996 Billings e Block publicaram um artigo intitulado “Slow Euthanasia” em que definiam esta expressão como a prática clínica de tratar um doente terminal de modo a asseguradamente conduzir a uma morte confortável, mas não demasiadamente depressa [21]. A administração de um sedativo, segundo eles, conduziria fatalmente à morte, mas não tão directamente ou imediatamente como se uma dose letal de uma medicação fosse administrada. A lentidão do processo amorteceria a sensação do envolvimento do médico na morte do doente [21]. Segundo Billings, uma questão importante relativa a esta forma de eutanásia lenta seria o consentimento informado, porque nesta situação raramente se levantaria a questão e, assim, as salvaguardas propostas para a morte assistida não são sistematicamente instituídas. Por isso, alguns casos de eutanásia lenta por sedação poderiam ser vistos como eutanásia involuntária [21]. Estaríamos a descer uma rampa escorregadia na direcção de terminar a vida sem o consentimento dos doentes.

Billings e Block perguntam se há diferenças significativas entre a eutanásia lenta e a eutanásia rápida, isto é, se há diferença entre a morte ocorrer imediatamente ou dentro de alguns dias, para concluir que a eutanásia lenta é mais aceitável para alguns doentes, familiares e profissionais, mas que isso não as torna eticamente diferentes [21].

A posição de Billings e Block teve o desacordo imediato de várias pessoas ligadas aos cuidados paliativos [22,23], que a criticaram severamente argumentando sobretudo a partir do princípio do duplo efeito.

De facto, os profissionais de saúde que trabalham em cuidados paliativos não vêem a sedação como eutanásia, mas sim como uma obrigação, desde que se cumpram os pressupostos indicados atrás, da competência dos profissionais, de não haver outro modo de aliviar o sofrimento e de haver assentimento do doente quando competente. Já atrás foi referido que a sedação não tem um efeito significativo na sobrevivência, se é que tem algum, pelo que difere da eutanásia, embora se possa dizer que poderá haver casos em que a sedação influencie a sobrevivência, o que poderá, de facto, acontecer. A sedação difere, ainda, da eutanásia porque é reversível e pode ter um efeito na resolução de sintomas, como no sofrimento espiritual, como foi referido, enquanto que a eutanásia é um acto definitivo que não permite reavaliação. Como todos os médicos sabem, calcular a sobrevivência de um doente é uma tarefa sujeita a muitos erros, por vezes muito grandes [24], por isso a possibilidade de seguir a situação e reavaliá-la repetidamente é muito importante. Por tudo isto se pode concluir que a sedação não é comparável à eutanásia, pelo que a designação de eutanásia lenta é inadequada.

A questão da AHA nos doentes sedados tem provocado um debate particularmente intenso em cuidados paliativos. Craig levantou a questão da hidratação nos doentes sedados argumentando que nesta situação não é a evolução da doença que faz com que os doentes não bebam, mas a sedação que os torna incapazes de beber [25]. Deste modo, os doentes morreriam não da doença mas da desidratação. Esta questão pode ter relevância em alguns casos, mas não na maioria, visto que como disse acima a sedação geralmente não influencia a sobrevivência. No entanto, alguns doentes, sobretudo os que são sedados por sofrimento psicológico ou existencial, têm muitas vezes uma sobrevivência previsível maior e, por isso, sem hidratação podem ter a sua vida significativamente encurtada. Além disso, nestes doentes a sedação pode ter um efeito terapêutico, pelo que a hidratação é importante nestas circunstâncias.

O problema do potencial para abuso ou da rampa escorregadia (slippery slope) tem sido levantado em relação, não só à sedação, como em relação à abstenção e suspensão de tratamentos, à eutanásia e ao suicídio assistido.

O argumento refere-se à possibilidade de estas práticas, eventualmente justificadas em algumas situações, poderem, com o tempo, vir a alargar-se a outras situações constituindo isto um abuso. Por exemplo, a sedação poderia passar a ser usada por profissionais incompetentes, como a forma mais usada para o controlo de sintomas, que poderiam ser controlados de outra forma, em instituições de pouca qualidade, evitando o recurso aos cuidados paliativos; a sedação poderia ser usada também com a intenção de causar a morte dos doentes; a abstenção e a suspensão de tratamentos ou a eutanásia poderiam ser usadas com a finalidade de conter os custos com os cuidados de saúde de crianças deficientes, de idosos ou de doentes necessitados de tratamentos dispendiosos; etc.

Os detractores deste argumento referem que ele é especulativo e que não há provas de que esses abusos se verifiquem. De facto, não há evidência que suporte qualquer das posições [26]. No entanto, o potencial para abuso deve ser tomado seriamente, devendo considerar-se cautelosamente a possibilidade de estas práticas se virem a aplicar indevidamente. Aqui, a sedação e a suspensão de tratamentos diferem da eutanásia e do suicídio assistido, na medida que as primeiras são hoje consideradas, em geral, práticas legítimas, enquanto que as segundas são mais controversas. No entanto, o potencial para abuso existe em todas, mas se a sedação e a abstenção ou suspensão de tratamentos em circunstâncias justificadas não fossem permitidas criar-se-ia um problema maior, com muitos doentes a sofrerem injustificadamente ou a serem sujeitos a intervenções indesejadas ou inaceitáveis à luz da ética e do bom senso. A única solução é seguir regras claras como as indicadas atrás que passam pela competência, diálogo com outros profissionais, envolvimento da equipa, documentação do processo de decisão e reavaliação frequente.

6.9. PRINCÍPIO DO DUPLO EFEITO

O princípio do duplo efeito é geralmente atribuído a São Tomás de Aquino, expresso na *Summa Theologica* a propósito da legítima defesa: “Nada impede um acto de ter dois efeitos, um que é intencional, enquanto que o outro está para além da intenção. Agora os actos morais classificam-se de acordo com a intenção e não de acordo com o que está para além da intenção, visto que é accidental... De acordo com isto o acto de auto-defesa pode ter dois efeitos, um é a salvação da própria vida, o outro é a morte do agressor. Por isso, este acto, visto que a intenção é salvar a própria vida, não é ilegal, visto que é natural a tudo manter o seu ser, tanto quanto possível. E, no entanto, embora resultante de uma boa intenção, um acto pode tornar-se ilegal, se for desproporcionado em relação ao fim.” [33]. Portanto, para salvarmos a nossa vida podemos matar outra pessoa, desde que isso seja estritamente necessário, porque a nossa intenção é salvar a nossa vida e não matar a outra pessoa. Ainda hoje é essa a doutrina da Igreja Católica [27].

Para um acto ser justificado pelo princípio do duplo efeito é necessário que sejam satisfeitas quatro condições [28,29]:

1. O acto em si deve ser moralmente bom ou pelo menos indiferente (ou neutro).
2. O agente tem a intenção de alcançar apenas o bom efeito. O mau efeito pode ser antevisto, tolerado ou permitido, mas não é desejado.
3. O mau efeito não deve ser um meio para o bom efeito. Isto quer dizer que o bom efeito deve ser produzido directamente pela acção, não através do mau efeito. De outro modo o agente estaria a usar o mau efeito para alcançar o bom efeito, o que seria errado.
4. O bom efeito deve ser mais importante do que o mau efeito. Isto é, o mau efeito só é permissível se for proporcionado relativamente ao bom efeito.

Poderia dar muitos exemplos de casos em que se poderia aplicar o princípio do duplo efeito. Restringindo os exemplos aos aspectos médicos darei dois:

- Um doente com um cancro avançado tem dispneia intensa irreversível. É-lhe administrada morfina para diminuir a sua sensação de dispneia, sabendo que poderia provocar depressão respiratória e eventualmente a morte (devo dizer que este exemplo, ou outros semelhantes habitualmente dados para ilustrar o princípio do duplo efeito, têm pouca correspondência com a realidade, visto que quem exerce cuidados paliativos sabe que a depressão respiratória é uma ocorrência rara). Mesmo que o doente morresse após a administração de morfina, a acção continuaria a ser lícita porque a intenção era aliviar o sofrimento do doente. O efeito de aliviar o sofrimento do doente não implica a sua morte, embora esta possa ocorrer como efeito secundário. Esta acção é muito diferente de administrar cloreto de potássio IV, porque esta acção para aliviar o sofrimento do doente tem de o matar, o que viola a terceira condição que estipula que o mau efeito não deve ser um meio para o bom efeito.
- Outro exemplo poderá ser o de uma grávida a quem é diagnosticado um cancro do colo do útero que necessita de ser removido cirurgicamente. Neste caso a remoção do útero tem como consequência a morte do filho. Também aqui a morte do filho seria aceitável, porque a intenção é salvar a vida da mãe.

O princípio do duplo efeito é aceitável quando prescreve que um efeito mau só é aceitável quando provavelmente traz um bem proporcionadamente grande. No entanto, a proporcionalidade entre os benefícios e os riscos indispensável na avaliação das acções médicas não necessita de se basear no princípio do duplo efeito.

O princípio do duplo efeito tem sido utilizado como um modo de evitar conflitos éticos irresolúveis numa Deontologia Absolutista, limitando o âmbito das proibições absolutas às

intencionais, por oposição às meramente previstas [30]. Porém, este princípio envolve vários problemas. É difícil argumentar no caso da grávida que a morte do filho resultante da histerectomia não é intencional quando ela decorre fatalmente do acto de salvar a mãe, embora pelo princípio do duplo efeito esse efeito esteja previsto mas não seja desejado. Nesta situação, é difícil manter que o efeito não é intencional, porque se sabe que o filho vai morrer inevitavelmente, mas não seria tolerável a alternativa de deixar morrer a mãe e provavelmente também o filho. Portanto, não seria possível eliminar o mau efeito sem desistir do bom efeito. Seria, então, preferível que se raciocinasse em termos dos benefícios e inconvenientes que a acção encerra.

Outro problema do princípio do duplo efeito é o da questão da intencionalidade. De facto, as intenções são subjectivas, ambíguas e muitas vezes contraditórias [31]. Mesmo Kant, para quem a intencionalidade das acções é fundamental, considerava: "Gostamos de lisonjear-nos então com um móbil mais nobre que falsamente nos arrogamos; mas em realidade, mesmo pelo exame mais esforçado, nunca poderemos penetrar completamente até aos móveis secretos dos nossos actos, porque quando se fala de valor moral, não é das acções visíveis que se trata, mas dos seus princípios íntimos que se não vêem." [32]. É extremamente difícil, se não impossível, provar objectivamente quais são as nossas intenções.

Se um médico perante um doente como o do primeiro exemplo não administrar a medicação necessária para diminuir o sofrimento do doente devido ao risco letal que envolve está a prejudicá-lo [31], não está a cumprir o seu dever para com o doente. A consideração ética crucial aqui não é o princípio do duplo efeito mas a intensidade do sofrimento do doente que é dever do médico aliviar e a ausência de alternativas menos arriscadas, tendo em consideração a autonomia do doente e, portanto, o seu consentimento.

A sedação tem sido tradicionalmente justificada pela doutrina do duplo efeito. No entanto, Nigel Sykes sustenta que não é necessário recorrer a esta doutrina para justificar a

sedação visto que não há evidência de que o uso de sedativos tenha influência significativa na sobrevivência, pelo menos na maioria dos casos [14,18]. Mesmo o uso de opióides para o controlo de sintomas parece não influenciar a sobrevivência dos doentes com doenças crónicas avançadas [14,18].

Segundo Billings e Block o apelo ao princípio do duplo efeito no caso da sedação é uma racionalização para a eutanásia lenta [21], porque não se pode negar a responsabilidade por um acto praticado conscientemente com total conhecimento das suas consequências; independentemente da intenção imediata, a medicação seria usada de modo a conduzir inevitavelmente à morte [21].

O princípio do duplo efeito envolve alguns problemas do ponto de vista ético como já se salientou. E mesmo que se admita que a morte é antecipada em alguns casos de sedação, como certamente acontece, esta doutrina não necessita de ser invocada porque a principal obrigação dos profissionais de saúde, relativamente aos doentes com doenças crónicas progressivas e avançadas, é a preservação da qualidade de vida e do conforto e, não havendo outro meio de o fazer, a sedação é justificada, desde que haja o consentimento do doente competente. Efectivamente, é o consentimento informado do doente que torna a sedação permissível e não a intenção do médico [33].

6.10. CONCLUSÃO

Os cuidados paliativos são o padrão a seguir nos cuidados nas doenças crónicas avançadas. Em geral, é possível controlar o sofrimento físico dos doentes sem comprometer significativamente o seu estado de consciência, permitindo-lhes contactar com as pessoas que para eles são importantes. No entanto, há situações em que tal não é possível, sendo necessário sedar os doentes de modo a controlar o seu sofrimento. A sedação é legítima quando feita por pessoas competentes em cuidados paliativos, depois de todos os esforços para se conseguir um

bem-estar razoável sem comprometer a consciência, num tempo aceitável, e desde que o doente consinta. Em geral, a sedação não influencia significativamente a sobrevivência. Tem-se justificado a sedação do ponto de vista ético invocando o princípio do duplo efeito, mas a obrigação que impende sobre os profissionais de saúde de aliviar o sofrimento dos doentes, o seu desejo esclarecido e a ausência de uma alternativa melhor são justificações suficientes.

REFERÊNCIAS

1. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994;10:31-38.
2. Gonzales GR, Elliot KJ, Portenoy RK, Foley KM. The impact of a comprehensive evaluation in the management of cancer pain. *Pain* 1991;47:141-144.
3. Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F, Tamburini M, Cassileth BR. Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J Palliat Care* 1990;6:7-11.
4. Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:447-453.
5. Chiu TY, Hu WH, Lue BH, Cheng SY, Chen CY. Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2001;21:467-472.
6. Chater S, Viola R, Paterson J, Jarvis V. Sedation for intractable distress in the dying – a survey of experts. *Palliat Med* 1998;12:255-269.
7. Fainsinger R, Miller MJ, Bruera E, Hanson J, Maceachern T. Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *J Palliat Care* 1991;7:5-11.
8. Fainsinger RL, Landman W, Hoskings M, Bruera E. Sedation for uncontrolled symptoms in a South African hospice. *J Pain Symptom Manage* 1998;16:145-152.

9. Fainsinger RL, Waller A, Bercovici M, et al. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Palliat Med* 2000;14:257-265.
10. Peruselli C, Di Giulio P, Toscani F, et al. Home palliative care for terminal cancer patients: a survey on the final week of life. *Palliat Med* 1999;13:233-241.
11. Ferraz Gonçalves J, Alvarenga M, Silva A. The last forty-eight hours of life in a Portuguese palliative care unit: does it differ from elsewhere? *J. Palliat Med* 2003;6:895-900.
12. Reuben DB, Mor V. Dyspnea in terminally ill cancer patients. *Chest* 1986;89:234-236.
13. Higginson I, McCarthy M. Measuring symptoms in terminal cancer: are pain and dyspnoea controlled? *J Royal Soc Med* 1989;264-267.
14. Sykes N, Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end of life. *Lancet Oncol* 2003;4:312-318.
15. Ferraz Gonçalves, Marques A, Rocha S, Leitão P, Mesquita T, Moutinho S. Breaking bad news: experiences and preferences of advanced cancer patients at a Portuguese oncology centre. *Palliat Med*. 2005;19:526-531.
16. Cherny NI. Commentary: sedation in response to refractory existential distress: walking the fine line. *J Pain Symptom Manage* 1998;16:404-406.
17. Sales JP, Boré EY, Gil AE, et al. Estudio multicéntrico catalano-balear sobre la sedación terminal en cuidados paliativos. *Med Pal* 199;6:153-158.
18. Sykes N, Thorns A. Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med* 2003;163:341-344.
19. Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, et al. Efficacy and safety of palliative sedation therapy; a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2005;30:320-328.

20. Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, et al. Ethical validity of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted in a specialized palliative care unit in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2005;30:308-318.
21. Billings JA, Block SD. Slow euthanasia. *J Palliat Med* 1996;12:21-30.
22. Mount B. Morphine drips, terminal sedation, and slow euthanasia: definitions and facts, not anecdotes. *J Palliat Med* 1996;12:31-37.
23. Portenoy RK. Morphine infusions at the end of life: the pitfalls in reasoning from anecdote. *J Palliat Care* 1996;12:44-46.
24. Ferraz Gonçalves, Costa I, Monteiro C. Development of a prognostic index in cancer patients with low performance status. *Support Care Cancer* 2005;13:752-756.
25. Craig GM. On withholding artificial hydration and nutrition from terminally ill sedated patients. The debate continues. *J Med Ethics* 1996;22:147-153.
26. Beauchamp TL, Childress JF. Nonmaleficence. Em: Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press. 5ª ed. 2001:113-164.
27. Catecismo da Igreja Católica. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 2ª ed. 1999:2263-2264.
28. Beauchamp TL, Childress JF. Nonmaleficence. Em: Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press. 5ª ed. 2001:113-164.
29. McIntyre A. Doctrine of double effect. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <http://plato.stanford.edu/entries/double-effect/>.
30. Botros S. An error about the doctrine of double effect. *Philosophy* 1999;74:71-83.
31. Quill TE, Dresser R, Brock DW. The rule of double effect – a critique of its role in end-of-life decision making. *N Engl J Med* 1997;337:1768-1771.
32. Kant I. Transição da filosofia moral popular para a metafísica dos costumes. Em: *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa: Edições 70;2003:39-91.

33. Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort: a comparison of voluntary stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. JAMA 1997;278:2099-2104.

CUIDADOS PALIATIVOS

Em Portugal morrem cerca de 100 000 pessoas por ano. A maioria delas morre de doenças crónicas e passa por uma fase em que os tratamentos que têm como finalidade curar ou prolongar a vida não são adequados para responder aos seus problemas. Existem também doenças agudas que deixam sequelas profundas e que em alguns casos deixam os doentes dependentes de tratamentos intensivos e invasivos. É sobretudo nestas circunstâncias que se colocam os problemas descritos em capítulo anterior relativos à abstenção ou à suspensão de tratamentos. Mas a referência à abstenção ou à suspensão de tratamentos não significa o abandono, significa apenas que os tratamentos destinados a prolongar a vida não devem ser iniciados ou devem ser interrompidos por serem inadequados ou não desejados pelo doente. No entanto, é necessário continuar a dar uma resposta aos problemas dos doentes que são múltiplos e variados, como veremos adiante. Entre o abandono, “o não há nada a fazer”, e a obstinação terapêutica, uma alternativa surgiu: os cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos constituem hoje o padrão de referência dos cuidados para os doentes com doenças crónicas avançadas e para as suas famílias. No entanto, em Portugal a cobertura do território por equipas de cuidados paliativos é muito deficiente.

7.1. CONCEITOS ACTUAIS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

O que originou o surgimento dos cuidados paliativos foi a situação atrás descrita do abandono ou da obstinação terapêutica que, tendo sido reconhecida há já muitos anos, deu origem ao chamado movimento dos hospícios - Cecily Saunders fundou o St. Christopher's Hospice em Londres em 1967. Considerava-se que, apesar de não haver possibilidade de deter a doença, a medicina possuía recursos que, se usados adequadamente, podiam responder aos problemas destes doentes. Balfour Mount abriu o seu Serviço de Cuidados Paliativos em 1975 no Royal Victoria Hospital de Montreal, empregando pela primeira vez a designação “cuidados paliativos”, que a partir daí se generalizou.

Em 1990 a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a importância dos cuidados paliativos e considerou o tratamento da dor e de outros sintomas como uma das suas prioridades na luta contra o cancro, a par da prevenção primária, do diagnóstico precoce e do tratamento curativo [1]. Nesse documento da OMS, afirma-se que durante muito tempo ainda os cuidados paliativos serão a única solução, ao mesmo tempo humana e realista, para numerosos doentes, e que nada é mais importante, para a qualidade de vida desses doentes, do que a difusão e a aplicação dos conhecimentos já disponíveis sobre o tratamento da dor e dos outros sintomas. Tudo isto continua a ser verdade, após todos estes anos.

Cuidados paliativos são então, segundo a definição original da OMS [1]:

- São cuidados activos e globais prestados aos doentes cuja afecção não responde ao tratamento curativo;
- A sua finalidade é obter a melhor qualidade de vida possível para os doentes e as suas famílias;
- Afirmam a vida e consideram a morte como um processo normal;
- Não aceleram nem retardam a morte;
- Procuram aliviar a dor e outros sintomas;

- Integram os aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados aos doentes;
- Oferecem um sistema de apoio para ajudar os doentes a viver tão activamente quanto possível até à morte;
- Oferecem um sistema de apoio à família durante a doença do enfermo e no próprio luto;
- Muitos dos elementos dos cuidados paliativos são igualmente aplicáveis no início da evolução da doença, em associação com o tratamento antineoplásico.

Assim, os cuidados paliativos devem ser activos, empregando os meios médicos necessários para controlar os problemas físicos dos doentes, procurando melhorar a sua qualidade de vida tanto quanto possível. Tentar resolver os problemas apenas com simpatia, apoio psicológico e religioso, sem um contributo da medicina de elevada competência, não é suficiente, ao contrário do que muitas vezes se pensa. Por outro lado, os aspectos psicológicos, sociais e espirituais são muito importantes, e não os considerar, tentando resolver a situação apenas com intervenções dirigidas aos problemas físicos, também não responderá às necessidades dos doentes nesta fase da vida, nem permitirá, em muitos casos, controlar eficazmente os sintomas físicos, visto que estes resultam da interacção de múltiplos factores, como será referido adiante.

Os cuidados paliativos afirmam a vida e tentam oferecer um apoio que permita aos doentes viver tão activamente quanto possível até à morte, enfatizando a vida e os aspectos positivos que apesar das dificuldades há que favorecer. A morte é um processo natural e inevitável em certas circunstâncias e, não reconhecer quando se deve deixar de lutar contra ela é tão grave e prejudicial para os doentes como não reconhecer as situações em que é possível e útil actuar para curar ou prolongar a vida. A duração da vida não é uma preocupação básica dos cuidados paliativos: não a tentam prolongar nem abreviar. A eutanásia não é, pois, um método dos cuidados paliativos. Embora, prolongar a vida não seja uma preocupação básica dos

cuidados paliativos, provavelmente, em muitos casos, isso acontece porque, ao libertar os doentes do seu sofrimento, fazendo com que fiquem mais confortáveis, com maior mobilidade, durmam melhor, estejam menos deprimidos, consegue-se reavivar a sua vontade de viver.

A situação dos doentes é indissociável da situação da sua família, considerando-se esta em sentido lato, incluindo todas as pessoas importantes para eles e não apenas o núcleo restrito que com ele coabita ou a família no sentido formal. A família deve ser envolvida nos cuidados paliativos e as suas necessidades tidas em conta. A assistência à família pode mesmo prolongar-se para além da morte do seu elemento doente, isto é, durante o luto. Contudo, embora a família seja importante, o doente tem sempre prioridade.

Considera-se o doente na sua globalidade, com a sua multiplicidade de problemas e que, para melhor os resolver, é desejável que a abordagem seja multidisciplinar, com médicos e enfermeiros e em que intervenham quando necessário assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos/psiquiatras, voluntários, religiosos e outros. No entanto, a inexistência destes elementos não deve servir de alibi para não prestar cuidados paliativos, porque o mais importante é tratar os doentes segundo os princípios desses mesmos cuidados. A meu ver, os médicos têm uma maior responsabilidade nesta área, porque, mesmo isoladamente, podem aliviar muito do sofrimento desnecessário que estes doentes experimentam.

Actualmente, os cuidados paliativos reservam-se para a altura em que os tratamentos, ditos curativos, já não actuam ou o estado do doente não permite o seu uso (figura 7.1). No entanto, aproveitar-se-iam melhor as potencialidades dos cuidados paliativos se fossem aplicados em conjunto com os cuidados curativos (figura 7.2). Durante a evolução das doenças crónicas há em todas as fases problemas a que os cuidados paliativos poderiam dar uma resposta satisfatória. Este modelo ficaria completo se lhe juntarmos a assistência no luto, sempre que a situação o requeira (figura 7.3).

Figura 7.1. Modelo mais comum
[41]

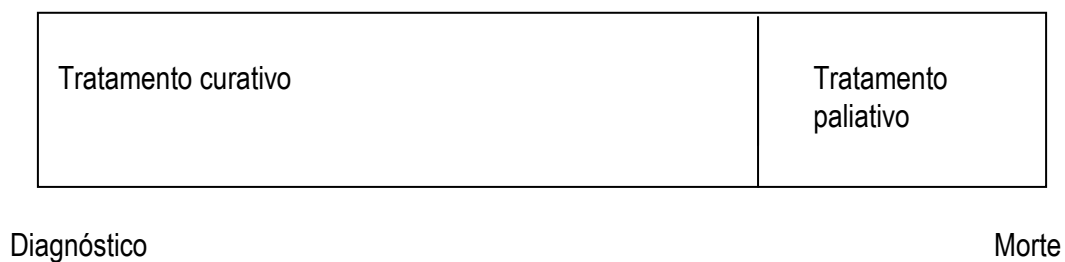


Figura 7.2. Integração de modalidades de tratamento [1]

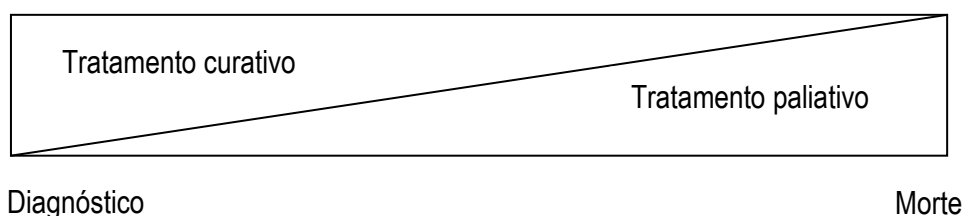
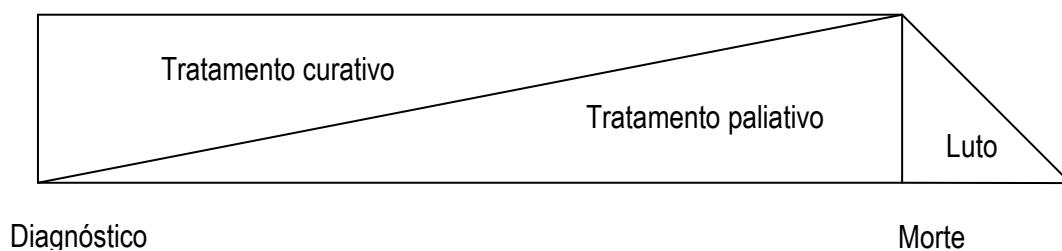


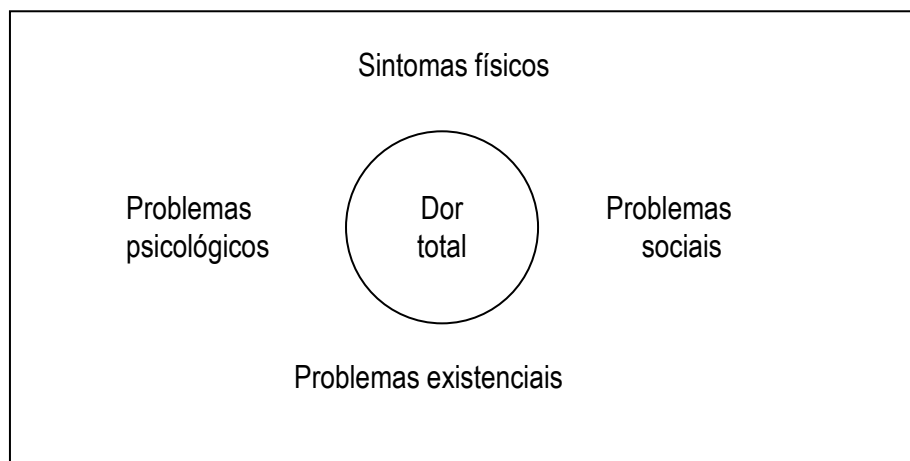
Figura 7.3. Situação ideal [1]



7.2. OS PROBLEMAS DOS DOENTES

As pessoas com cancro avançado, ou outra doença crónica, confrontam-se com problemas de natureza variada que interagem e se potenciam provocando o que se designa por sofrimento e a que Cecily Saunders chamou dor total. Assim, à dor e aos outros sintomas físicos juntam-se factores de ordem psicológica, social, existencial ou espiritual e também as dificuldades provocadas pelos serviços de saúde (figura 7.4).

Figura 7.4. Dor total



A dor crónica quando não convenientemente tratada, como muitas vezes acontece, interfere com o sono, com o apetite, provoca irritabilidade, dificuldade de concentração, dificuldade em resolver assuntos pendentes, etc. Ocorrem com frequência muitos outros sintomas físicos de que se podem destacar: astenia, anorexia, xerostomia, náuseas, vômitos, obstipação, tosse, dispneia, prurido, soluços, tonturas, problemas urinários, edemas.

Os factores psicológicos como depressão, ansiedade, alterações do sono, irritabilidade, dificuldade de concentração, pesadelos, delirium, são, por sua vez, influenciados pela presença

de doença avançada, sintomas físicos (especialmente a dor), incapacidade, sentimentos de frustração e desespero, problemas económicos, falta de suporte familiar e outros [2].

As questões existenciais ou espirituais relacionadas com o passado, o presente ou o futuro são muito importantes nesta fase. Relacionam-se com a alteração da integridade pessoal, sentimentos de culpa em relação ao passado, objectivos não atingidos, desvalorização de objectivos atingidos, sentimentos de desespero e futilidade quanto ao futuro, preocupação com a morte [2]. As questões religiosas preocupam também, frequentemente, os doentes nesta fase da vida.

Há alterações profundas a vários níveis como alterações da imagem corporal, das funções do corpo, das capacidades intelectuais, da função social, profissional e familiar.

Os doentes percebem muitas vezes a angústia dos familiares, amigos ou mesmo dos profissionais de saúde, o que amplifica a sua própria angústia e reforça a ideia de que a sua vida não tem sentido e que é apenas um peso para si e para os outros [2].

Os próprios serviços de saúde, por não estarem preparados para atender este tipo de doentes, pela sua falta de disponibilidade e interesse, pela dificuldade em deles obter assistência, pela espera interminável nas consultas, são também causadores de sofrimento.

Todos estes problemas são importantes e devem ser abordados para se conseguir a máxima eficácia nos cuidados. No entanto, o controlo dos sintomas físicos, nomeadamente a dor, é prioritário e uma condição sem a qual dificilmente os outros problemas se resolverão.

7.3. BARREIRAS AO DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Vivemos numa sociedade que realça a juventude, a riqueza, o sucesso, e onde a velhice, a pobreza, o fracasso, a doença e sobretudo a morte são naturalmente afastadas como realidades inconvenientes, em que não se deve pensar e que se deve mesmo evitar ver nos outros. Como já se referiu anteriormente, a atitude perante a morte mudou muito desde a Idade

Média. O progresso tecnológico permitiu uma intervenção na história natural das doenças nunca vista anteriormente. Porém, esse progresso conferiu à medicina a aura de onipotência que tudo poderia resolver.

O progresso tecnológico da medicina tornou-a cara. Este facto, aliado à maior procura dos cuidados médicos e às crises económicas cíclicas ocorridas desde os anos 70 do século XX, tornaram necessária a rentabilização das instalações, com internamentos curtos e consultas rápidas. A assistência é fragmentada por várias especialidades perdendo-se a noção da globalidade. Na formação dos médicos realçam-se os aspectos técnicos, enquanto que os aspectos éticos e a comunicação não são valorizados. Curar ou prolongar a vida são os objectivos da medicina moderna e a morte passou a ser vista como um fracasso. Disto tudo resulta que, quando não é possível atingir esses objectivos, os serviços de saúde ficam desarmados e, por isso, tendem a ignorar a situação continuando a tratar obstinadamente os doentes com os mesmos métodos, como se fosse possível ainda impedir a progressão da doença, ou, se reconhecem a situação, tendem a desligar-se com a justificação de que nada mais se pode fazer pelo doente. Deve notar-se, porém, que estes doentes nunca estiveram tão doentes, nunca a doença os fez sofrer tanto, e é precisamente nessa altura em que mais precisam de ajuda que os serviços de saúde se mostram inadequados para responder às suas necessidades.

Devido ao relevo dado aos aspectos tecnológicos e à medicina dita curativa a formação dos médicos não contempla a comunicação, nem o controlo da dor e de outros sintomas. Daqui resulta, que há má comunicação com os doentes, não se discutem as alternativas terapêuticas realistas e não há o reconhecimento da importância do tratamento dos sintomas e do apoio psicológico e espiritual. Esta atitude passa também para o público que vê a abordagem tecnológica das doenças como a melhor possibilidade de tratamento em todas as circunstâncias e

tem dificuldade em aceitar a abordagem dos cuidados paliativos quando estes seriam a melhor opção.

Uma nova formação dos médicos é um meio indispensável para mudar esta atitude. As faculdades de medicina devem começar a ensinar cuidados paliativos no ensino pré-graduado. Só assim se poderá mudar o panorama actual, dando a todos os médicos uma formação básica que lhes mostre que a morte existe e que quando não há possibilidade de curar ou prolongar a vida há ainda um mundo de possibilidades de actuação que podem fazer uma diferença decisiva no modo como se vive essa fase da vida e como se morre. O ensino pós-graduado é também importante para fornecer os meios para tratar eficazmente esses doentes e para fornecer conhecimentos avançados em cuidados paliativos.

O receio do aumento dos custos com os cuidados de saúde é, provavelmente um dos maiores obstáculos ao desenvolvimento dos cuidados paliativos. Esta questão será discutida com maior profundidade na secção seguinte.

7.4. OS CUIDADOS PALIATIVOS E AS PRIORIDADES NA SAÚDE

Actualmente, os sistemas de saúde, mesmo nas economias mais desenvolvidas, debatem-se com dificuldades, não conseguindo com os seus recursos limitados satisfazer todas as solicitações. Em Portugal, essa questão é ainda mais evidente. Sendo assim, é necessário escolher cuidadosamente o modo mais eficiente de usar os recursos existentes [3]. Tomando como exemplo a oncologia, verifica-se que num doente com cancro, cerca de 75% dos custos totais dos cuidados de saúde de uma vida inteira são referentes aos últimos 12 meses de vida [4], devendo-se muitos destes custos a tratamentos ineficazes. Os custos têm vindo a aumentar com a introdução de tecnologia e medicamentos cada vez mais caros, mas que muitas vezes não fazem qualquer diferença significativa na melhoria da sobrevivência ou da qualidade de vida; por vezes, são utilizados antes de provarem a sua eficácia em ensaios clínicos conclusivos ou

em situações diferentes daquelas em que provaram ser úteis. A introdução dos cuidados paliativos pode constituir um passo significativo no sentido de racionalizar os recursos, ao oferecer uma alternativa a esses métodos, contribuindo para que passem a ser utilizados nos casos com probabilidades razoáveis de produzir benefício. Quando não fosse esse o caso, o tratamento paliativo sintomático deveria ser utilizado o mais cedo possível para que pudesse produzir um maior efeito na qualidade de vida e limitasse o uso indevido de outras terapêuticas e meios de diagnóstico. O tratamento de grande parte dos doentes nas suas residências contribuiria também, em grande medida, para diminuir os custos, como sugerem os dados de estudos efectuados noutros países [5]. Vários estudos mostram que o uso dos cuidados paliativos permite uma poupança significativa nos gastos com a saúde, principalmente no último mês de vida em que pode atingir 25 a 40% [6,7]. Estes dados contrariam o receio do aumento dos custos do desenvolvimento dos cuidados paliativos. Esse receio é provavelmente o maior obstáculo a esse desenvolvimento.

De facto, os cuidados paliativos não vão introduzir doentes no sistema de saúde. Eles já estão dentro do sistema. Já são internados noutros serviços, vão às consultas e aos serviços de urgência, que são serviços mais caros do que os cuidados paliativos. Com a desvantagem de não estarem preparados para tratar estes doentes. Quer dizer, são custos mais elevados para serviços de menor qualidade. Os cuidados paliativos poderiam também beneficiar os outros serviços ao retirar-lhes estes doentes que não têm vocação para tratar, libertando-os para se dedicarem à função para que foram criados e para a qual são eficazes. Portanto, haveria um benefício para todo o sistema de saúde, o que quer dizer um benefício para todos os doentes.

Os cuidados paliativos com o seu vasto campo de acção potencial, constituem possivelmente o modo mais eficiente de melhorar a qualidade do sistema de saúde. Em Portugal, onde a necessidade de melhorar a qualidade assistencial é particularmente evidente e há carências em muitos sectores requerendo investimento público, os cuidados paliativos devem

ser considerados uma prioridade. A escassez de recursos deverá constituir um incentivo e não um obstáculo ao seu desenvolvimento.

O estado social vigente na maioria dos países europeus está em dificuldades para suportar os custos que a protecção da saúde dos cidadãos envolve, como atrás referido. Além disso, a distribuição de recursos para a saúde compete com outras obrigações do estado como a educação, a segurança, a defesa, a protecção do ambiente, etc. [8].

Estas dificuldades irão certamente levar a reconsiderar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde. Em Portugal, porém, o Serviço Nacional de Saúde ainda não cobre adequadamente as necessidades, nomeadamente, as dos doentes com doenças crónicas avançadas. Nesta situação de escassez de recursos será que as necessidades destes doentes devem continuar a ser ignoradas?

Os seres humanos são animais sociais. Só em sociedade o Homem sobrevive e pode cumprir a sua condição de humano. Em todos os tempos e em todas as regiões os humanos viveram em grupo. Aristóteles dizia que o Homem é um animal social, um animal político, que não é auto-suficiente, pelo que depende da comunidade, da polis: "...a cidade..., sendo organizada não somente para conservar a existência, mas também para procurar o bem-estar"; "Também o homem é um animal político, mais social do que as abelhas e outros animais que vivem em comunidade"; "O mesmo se passa com os membros da cidade, nenhum se pode bastar a si próprio" [9]. A sociedade marca indelevelmente os seus membros com a sua língua, os seus hábitos, as suas tradições, as suas instituições, as suas leis, o seu sistema político, etc. Os elementos da sociedade são diferentes entre si em muitos aspectos: nas suas capacidades físicas e intelectuais, na sua instrução, na sua riqueza, no seu estatuto social, etc. Muitos destes aspectos são dinâmicos, isto é, as capacidades físicas e intelectuais, por exemplo, não são iguais durante toda a vida. Doenças, acidentes ou outras circunstâncias podem alterar radicalmente a situação e transformar uma pessoa com um presente ou um futuro brilhante

numa pessoa dependente. O envelhecimento pode naturalmente tornar as pessoas dependentes durante muito tempo. Assim, todos somos potencialmente dependentes da ajuda de outros elementos da sociedade e, efectivamente, grande parte das pessoas torna-se dependente mais tarde ou mais cedo, já para não falar da infância em que todos somos dependentes. É, portanto, natural que a comunidade proteja os seus membros fragilizados.

Segundo a corrente utilitarista, são as consequências das acções que determinam se elas são boas ou más. O acto certo é o que produz o melhor resultado global. É o bem-estar que permite determinar se as acções são boas ou não. A nível social o maior bem-estar para o maior número de pessoas é o paradigma que deve nortear as decisões. Não é propriamente a justiça social – no sentido de equidade - a motivação primária. De facto, os utilitaristas não atribuem um peso independente à justiça. As implicações para a saúde desta corrente serão então os melhores cuidados para o maior número de pessoas [10], o que pode ser interpretado de vários modos. Pode ser interpretada como promover acções que beneficiem toda a população, limitando acções dispendiosas e de alcance limitado. Pode interpretar-se como distribuir os recursos de acordo com as necessidades de cada um. Mas pode também interpretar-se como o favorecimento das maiorias com eventual exclusão de certos grupos. Seja qual for a interpretação que dermos, os doentes com doenças crónicas avançadas não exigem em geral tratamentos dispendiosos e não são uma minoria, visto que todas as pessoas são potenciais utentes.

Para John Rawls a justiça social visa, essencialmente, minimizar os resultados da “lotaria natural” que produz uma distribuição de condições sobre as quais o indivíduo não tem controlo, como o sexo, a raça, a classe social e os talentos naturais, protegendo os menos favorecidos.

John Rawls formulou dois princípios da justiça [11]:

1. “Cada pessoa tem igual direito a um esquema plenamente adequado de iguais direitos e liberdades básicos, sendo cada esquema compatível com o mesmo esquema para todos; e, neste esquema, as liberdades políticas, e apenas essas, devem ter um valor justo garantido.”
2. “As desigualdades económicas e sociais devem satisfazer duas condições: primeiro, têm de estar ligadas a posições e cargos aos quais todas as pessoas têm acesso de acordo com a igualdade equitativa de oportunidades; e, segundo, têm de ser para o maior benefício possível dos membros menos favorecidos da sociedade.”

Estes princípios estabelecem que todos têm direito às liberdades e a direitos iguais e que as desigualdades económicas e sociais são legítimas desde que haja igualdade de oportunidades, exceptuando os menos favorecidos que devem ser beneficiados [12].

Rawls fundamenta estes princípios partindo de uma posição hipotética original: o véu de ignorância. Isto significa que se, hipoteticamente, as pessoas fossem colocadas numa situação em que ignorassem a sua situação na sociedade e as suas capacidades, mas que conhecessem tudo o necessário sobre a organização social, economia, etc., que lhes permitisse uma escolha correcta, escolheriam racionalmente um sistema que permitisse que as potencialidades de cada uma delas se desenvolvessem e que daí tirassem os benefícios respectivos mas que, ao mesmo tempo, protegesse os menos favorecidos. Esta seria a base do contrato social.

John Rawls na sua teoria da justiça não se refere às questões da saúde. Aliás, a teoria diz respeito apenas a indivíduos plenamente funcionais e na plena posse das suas faculdades mentais. Outros procuraram aplicar ou estender a teoria às questões da saúde, dos quais se destaca Norman Daniels. Assim, as situações que limitassem as oportunidades dos indivíduos, como a doença ou a incapacidade, seriam injustas, pelo que o acesso aos cuidados de saúde seria um direito sem o qual a igualdade de oportunidades não se poderia concretizar [10]. Mas

mesmo Daniels considera que a teoria não permite chegar a respostas claras e específicas sobre como distribuir os recursos de modo a incluir os cuidados aos doentes em situação de dependência [13] e, conseqüentemente, os doentes que necessitam de cuidados paliativos, numa situação de escassez de recursos. No entanto, sob o véu de ignorância em que ninguém conhecesse a sua posição, e muito menos a sua posição futura, pessoas racionais não acordariam num sistema que os protegesse se viessem a necessitar de ajuda, como é altamente provável que aconteça, na fase final da sua vida?

Assim, de toda a evidência, os cuidados paliativos devem ser considerados uma prioridade na saúde, à luz de uma visão consensual da dignidade da pessoa doente e dos seus direitos fundamentais. De facto, no preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos pode ler-se: “Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo” [14]. Reconhece-se que a dignidade é inerente ao facto de se pertencer à espécie humana, não dependendo de mais nenhum atributo. Não depende da idade, do sexo, da raça, do estatuto social, da riqueza, da produtividade, da instrução, da saúde, da religião, da opção política, nem de qualquer outra circunstância.

Este reconhecimento da dignidade de todos os seres humanos constitui um progresso da humanidade. De facto nem sempre foi assim, como se pode demonstrar com o exemplo da escravatura que só foi abolida há relativamente pouco tempo (infelizmente, esta evolução não se deu igualmente em todo o mundo). No passado a escravatura era considerada normal e estava institucionalizada. Era normal considerar-se que havia seres humanos inferiores que deviam servir outros seres humanos considerados superiores. O mesmo se pode dizer do racismo institucionalizado até há muito pouco em países como os EUA ou a África do Sul. Nestes países havia separação entre brancos e negros nos transportes públicos, restaurantes, escolas, igrejas, etc. Hoje, apesar de continuar a haver racismo, este não é legal, nem admitido nas regras

sociais. Actualmente, realidades naturalmente aceites no passado e consideradas como a norma das sociedades não têm lugar em sociedades evoluídas, como a desigualdade das pessoas perante a lei, um estatuto inferior para as mulheres, a tortura, etc. Há assim um progresso da humanidade ao longo do tempo no sentido de ir reconhecendo mais direitos sociais e direitos iguais para todas as pessoas. Os cuidados paliativos tiveram início em 1967 e têm vindo a ser reconhecidos como um direito das pessoas. O Conselho da Europa propõe que os cuidados paliativos devem basear-se nos seguintes valores: direitos humanos, direitos dos doentes, dignidade humana, coesão social, democracia, equidade, solidariedade, igual oportunidade de género, participação e liberdade de escolha [15]. O progresso da civilização exige a protecção dos elementos da sociedade humana quando fragilizados e em sofrimento.

É neste contexto axiológico que devemos perspectivar a expansão dos cuidados paliativos no nosso sistema de saúde. A assistência médica foi durante milénios uma relação privada. A assistência aos pobres fazia-se com base na caridade e em instituições que foram aparecendo, como as misericórdias. Na segunda metade do século XIX começaram a aparecer as associações de socorros mútuos [16] em que os custos de saúde são divididos pelos membros do grupo. Estas associações tiveram um papel relevante na prestação de serviços médicos e no fornecimento de medicamentos. Nos anos 40 do século XX foram publicados o Estatuto da Assistência Social e a Organização da Assistência Social [16], mantendo o estado um papel supletivo na prestação de cuidados de saúde, deixando o papel mais importante à iniciativa privada.

O papel do Estado na protecção à saúde como um direito universal só começou a existir em Portugal após a criação do Serviço Nacional de Saúde pela Constituição de 1976 [16].

O artigo 64.º da Constituição portuguesa diz, entre outras coisas, o seguinte:

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à protecção da saúde é realizado:

a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;

3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;

b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;

c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;

Evolução semelhante ocorreu noutros países. Verifica-se, então, que também a protecção da saúde sofreu uma evolução ao longo do tempo, podendo considerar-se, também, uma conquista da civilização. Há então um direito constitucional à protecção da saúde. Protecção da saúde significa, entre outras coisas, assistência médica na doença. A lei do Serviço Nacional de Saúde expressa que este tem a seu cargo os cuidados médicos de clínica geral e de especialidade, os cuidados de enfermagem, o internamento hospitalar ... [16]. Portanto, segundo estas normas não há razão para pensar que os cuidados paliativos devam ser excluídos das responsabilidades do estado.

7.5. OS CUIDADOS PALIATIVOS E OS PRINCÍPIOS DA ÉTICA MÉDICA

Abordando os cuidados paliativos na perspectiva da bioética, concluir-se-á que os princípios fundamentais da ética médica - autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça [17] - a observar em todas as decisões médicas, não podem ser efectivamente cumpridos, em muitos casos, sem que os cuidados paliativos sejam integrados na prática corrente da medicina.

O respeito pelos desejos, preferências e convicções dos doentes insere-se nos fundamentos dos cuidados paliativos - princípio do respeito pela autonomia. Todas as decisões são, na medida do possível, estabelecidas de acordo com o doente. A atitude paternalista tradicional da medicina não é uma prática dos cuidados paliativos, assim como já o não é, sobretudo noutros países, noutras áreas da medicina. Mesmo quando os doentes estão internados, procura-se, dentro do possível, respeitar os seus horários e hábitos. Contudo, é de considerar que a autonomia é um direito de todos os intervenientes. Portanto, a relação entre os profissionais e os doentes deve ser a de seres autónomos que se respeitam mutuamente. No entanto, um doente em sofrimento dificilmente poderá exercer a sua autonomia, porque a sua mente não se consegue concentrar em mais nada. Por isso, os cuidados paliativos ajudarão os doentes a exercer a sua autonomia fazendo o que querem e podem realmente ainda fazer e evitando que tomem decisões motivadas pelo desespero.

O princípio da beneficência, segundo o qual as acções médicas devem ter como intenção beneficiar o doente, é sem dúvida inerente aos cuidados paliativos. A sua origem, mencionada atrás, teve como intenção beneficiar um grupo de pessoas que estava claramente desprotegido. Outros movimentos reivindicam também o benefício para estes doentes, como o que defende a eutanásia. Contudo, este movimento levanta grandes problemas éticos e, mesmo que não levantasse, não vai de encontro ao desejo da esmagadora maioria dos doentes que, na realidade, não quer morrer. Muito pelo contrário, agarram-se à vida, que sabem ser limitada e com limitações, mas que lhes pode permitir ainda um contacto gratificador com as pessoas que para eles são significativas e, eventualmente, resolver questões importantes, para si e para os outros. Isto é assim, desde que a sua consciência não esteja dominada pela dor ou por outro problema causador de sofrimento. Os cuidados paliativos têm meios que em muito podem contribuir para resolver esses problemas.

A integração dos cuidados paliativos no sistema de saúde permitiria, além de tratar doentes que hoje em dia são frequentemente submetidos a tratamentos inadequados, racionalizar os recursos: evitando o uso de meios fúteis de tratamento por falta de alternativa; reduzindo as despesas, uma vez que são cuidados mais baratos, principalmente se administrados no domicílio; evitando que os doentes recorram inapropriadamente aos serviços de urgência; libertando camas e tempos de consultas de serviços mais vocacionados para tratar outro tipo de doentes. Teriam, assim, um alcance muito mais vasto do que o definido nos seus objectivos, pelo que acrescentariam eficácia e equidade a todo o sistema de saúde e, portanto, mais justiça.

"Primum non nocere". O princípio da não-maleficência é muitas vezes associado ao anterior. No entanto, a expressão latina separa-o e dá-lhe um lugar de destaque: acima de tudo não fazer mal. Isto é importante porque, em medicina, com a intenção de fazer o bem pode-se causar grandes males. As armas que se empregam são muitas vezes altamente agressivas, pelo que é necessário que se usem em situações em que a probabilidade de êxito seja razoável. Exemplos de êxitos pontuais não podem servir para justificar o seu emprego, porque por detrás desses êxitos raros pode estar um grande sofrimento dos muitos que não beneficiaram do procedimento. Os cuidados paliativos procuram evitar os exames e os tratamentos que não tenham em vista alcançar o seu objectivo: o bem-estar dos enfermos. Os exames e os tratamentos têm objectivos definidos e realistas, aceitando-se sempre a perspectiva de sobrevivência curta.

Os quatro princípios referidos aplicam-se às relações entre os profissionais e os doentes, mas devem também aplicar-se às do sistema de saúde com os utentes. Relativamente a estas últimas, é difícil que sejam observados sem desenvolver os cuidados paliativos e integrá-los no sistema. Se não for assim, uma parte significativa dos doentes continuará, na prática, excluída do sistema (justiça), não terá os seus problemas resolvidos (beneficência), continuará a

ser tratada com métodos inadequados, que muitas vezes só acrescentam sofrimento ao induzido pela própria doença (não-maleficência) e com um sofrimento, por vezes, insuportável a sua autodeterminação estará comprometida (autonomia).

7.6. CONCLUSÃO

Os cuidados paliativos constituem o padrão dos cuidados de saúde aos doentes com doenças crónicas avançadas e progressivas. As dificuldades que os estados têm em suportar os custos com os cuidados médicos resultam de muitos factores, nomeadamente, dos avanços tecnológicos, como os meios de diagnóstico e terapêutica, e os preços dos medicamentos. As dificuldades económicas dos estados vão levar a racionar os cuidados de saúde. Nesse racionamento é necessário pensar o que cortar ou não desenvolver. Quais devem ser os critérios? Serão prioritários os cuidados que exigem grandes recursos tecnológicos independentemente da sua eficiência, deixando de lado cuidados de grande alcance mas que são ainda hoje vistos por muitos como secundários? O aumento contínuo dos custos da tecnologia não poderá levar, segundo esta lógica, a cada vez mais cuidados para cada vez menos pessoas? Não constituirá isto um retrocesso? Provavelmente esta lógica favorecerá os movimentos que apoiam a legalização da eutanásia, medida sem dúvida menos dispendiosa.

Muitos direitos de que hoje usufruímos têm origem na evolução das sociedades, não existiram sempre. São conquistas da civilização. O direito aos cuidados de saúde é uma conquista relativamente recente e tornou-se, certamente, num direito que os cidadãos não estarão dispostos a perder, embora possam admitir-se alguns ajustamentos necessários.

Se os cuidados paliativos devem ou não ser incluídos nos cuidados que o Estado deve prestar aos cidadãos pode ser encarado como uma questão de justiça. Do ponto de vista comunitário, é na comunidade que os indivíduos se realizam e é a comunidade que protege os seus membros. Considera-se que uma sociedade inclusiva deve cuidar dos seus membros

sobretudo dos mais fragilizados, caso contrário a coesão social pode ser afectada. Do ponto de vista utilitarista, do maior bem para o maior número, também se poderá considerar que a dimensão do problema tem de levar ao desenvolvimento da prestação dos cuidados paliativos. Na linha do pensamento de John Rawls, a protecção dos mais desfavorecidos é indispensável à justiça social. Embora não se referindo à questão da saúde, podemos, como outros fizeram, aplicar a esta o conceito geral. Não estarão os doentes que necessitam de cuidados paliativos numa posição de fragilidade tal, em todos os aspectos, não só de saúde, mas também familiar e social, que seria justo que fossem protegidos e eventualmente até discriminados positivamente?

Os cuidados paliativos devem ser vistos como um direito dos cidadãos, quer do ponto de vista legal, quer do ponto de vista da justiça social, de acordo com as principais correntes do pensamento contemporâneo, tendo em conta o conceito de dignidade humana. É mesmo possível que os cuidados paliativos não representem um acréscimo significativo dos custos de saúde, ao mesmo tempo que acrescentam eficiência aos cuidados de saúde.

Em nome da civilização, de uma sociedade solidária, é necessário desenvolver os cuidados paliativos. Sob o véu de ignorância que cobre o futuro de todos nós, não seria racional escolhermos um sistema que nos protegesse nos nossos períodos de deterioração física e/ou psíquica?

REFERÊNCIAS

1. Organisation Mondiale de la Santé. Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs. Genève 1990.
2. Cherny NI, Coyle N, Foley KM. Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy. J Palliat Care 1994; 10:57-70.
3. Nunes R, Rego G, Nunes C (coordenadores). Afectação de Recursos para a Saúde, Gráfica de Coimbra, Coimbra, 2003.

4. Wodinsky HB. The costs of caring for cancer patients. J Palliat Care 1992; 8:24-27.
5. Mitchell A, Hunter D, Blackhurst D, Stroud C, Lee B. Hospice care: The cheaper alternative. JAMA 1994; 271:1576-7.
6. Emanuel EJ. Cost Savings at the end of life: what do the data show? JAMA 1996;275:1907-1914.
7. Emanuel EJ, Emanuel LL. The economics of dying: the illusion of cost savings at the end of life. N Engl J Med 1994;330:540-544.
8. Nunes R. Regulação na Saúde, Vida Económica, Porto, 2005.
9. Da origem do estado. Em: Aristóteles. Tratado de Política. Mem Martins. Livros de Bolso Europa-América. 1977:5-9.
10. Em Prioridades na Saúde. Nunes R, Rego G eds. Lisboa. McGraw-Hill 2002;3-16.
11. Rawls J. Resposta a duas questões fundamentais. Em: Rawls J. O liberalismo político. Lisboa, Editorial Presença, 1997:34-39.
12. Rego G, Brandão C, Melo H, Nunes R. Distributive justice and the introduction of generic medicines. Health Care Analysis 2002;10:221-229.
13. Daniels N. Justice and long-term care: need we to abandon social contract theory? A reply to Nussbaum. Em Ethical choices in long-term care: what does justice require? World Health Organization 2002:67-75.
14. <http://www.un.org/Overview/rights.html>.
15. Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. 11-23.
16. Carreira HM. O estado e a saúde. Cadernos do Público. 1996.
17. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press. 5ª ed.

ESTUDO SOBRE AS DECISÕES EM SITUAÇÕES DE FIM DE VIDA TOMADAS PELOS ONCOLOGISTAS PORTUGUESES NA PRÁTICA CLÍNICA

Nos capítulos anteriores foram apresentadas teoricamente situações como a abstenção e a suspensão de tratamentos, a eutanásia, o suicídio assistido, as decisões sobre os doentes incompetentes, a sedação, os cuidados paliativos e a administração de fármacos destinados a controlar o sofrimento mas que têm o potencial de acelerar a morte, em que são tomadas decisões importantes sobre as condições em que a morte e o morrer ocorrem. Na maioria destas situações o contributo dos médicos é fundamental. Os clínicos são, assim, com alguma frequência chamados a tomar decisões que podem influenciar a sobrevivência e o bem-estar dos doentes.

Têm sido realizados estudos em diversos países sobre as opiniões e a prática dos médicos em relação às decisões em situações de fim da vida [1-11]. Na sociedade portuguesa, porém, a discussão destes temas não tem tido grande expressão, embora haja alguns períodos em que se verifica um certo interesse, coincidindo com a modificação da legislação ou com notícias da discussão pública que ocorre noutros países. No entanto, é previsível que o assunto venha a merecer uma maior participação social no futuro próximo.

O testemunho e a opinião dos médicos portugueses sobre as decisões em situações de fim de vida não são conhecidos, mas são indispensáveis para o debate que, embora ainda latente na sociedade portuguesa, possivelmente se intensificará, influenciado pelo que se passa noutros países. Hoje, não há qualquer ideia sobre o que os médicos portugueses pensam sobre

estes assuntos, o que leva a falsas pressuposições. Por exemplo, ouve-se por vezes dizer que a eutanásia se pratica em Portugal com alguma frequência, ideia que é contrariada por outros com base na sua prática e no seu contacto com os colegas. Dada esta incerteza e o interesse do tema, este trabalho exploratório tem por objectivo principal conhecer as opiniões dos médicos que acompanham doentes terminais. A população alvo deste estudo foram os médicos, de várias especialidades, que trabalham em oncologia. A oncologia foi escolhida porque a necessidade de se tomarem decisões em questões de fim de vida é particularmente frequente.

8.1. MÉTODOS

Para alcançar os objectivos propostos efectuou-se um questionário no qual se coloca um conjunto de sobre esta temática. Os questionários foram enviados pelo correio a todos os médicos inscritos na Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO) e que constavam de uma lista fornecida pela direcção da referida sociedade que incluía 408 médicos. Os questionários eram acompanhados por uma carta em que se explicavam as razões do estudo e a sua importância e em que se garantia o anonimato das respostas. Após três semanas, foi enviada uma nova carta pedindo a quem ainda não tinha respondido que o fizesse. Tendo constatado que havia muitos oncologistas que não estavam inscritos na SPO, contactei pessoalmente 42 desses oncologistas de várias instituições não inscritos na SPO, cuja posição sobre o tema em estudo não era publicamente conhecida. Após cerca de três semanas voltaram a ser contactados, sendo-lhe pedido que respondessem se ainda o não tivessem feito. As respostas faziam-se por meio do envio dos questionários em sobrescritos pré-pagos. Dado o tema do questionário, impunha-se manter o anonimato, pelo que não havia nenhum código ou outro processo que permitisse identificar quem enviou o questionário.

O questionário foi desenvolvido após a análise de alguns questionários usados noutros países que me foram amavelmente enviados pelos autores, a meu pedido. Os questionários referidos foram enviados por:

- Helga Kuhse. Foi utilizado num estudo realizado na Austrália [5]. Este questionário é uma versão inglesa do questionário usado na Holanda por van der Maas et al [12]. Um dos objectivos deste estudo era comparar os dados australianos com os holandeses.
- Frederich Stiefel. Este questionário foi utilizado num estudo realizado na Suíça e promovido pela Associação Suíça de Cuidados Paliativos [13].
- David Doukas. Este questionário foi utilizado num estudo em oncologistas do Michigan, patrocinado pela Universidade do Michigan, Ann Arbor, e pela Sociedade Americana do Cancro [14].

Porém, o questionário usado neste estudo, embora influenciado pelos questionários estudados, tem uma formulação própria.

O questionário inclui perguntas sobre dados demográficos, a eutanásia, o suicídio assistido, doentes incompetentes, suspensão de tratamentos, controlo de sintomas, cuidados paliativos e a extensão do conceito de eutanásia e suicídio assistido (Anexo 1). As perguntas, relativas à extensão dos conceitos referidos, resultaram da definição sugerida por Masterstvedt e Kaasa [15], já referida no capítulo “A Morte Assistida”.

Após a construção do questionário, este foi submetido a uma validação facial feita por 15 médicos, a maioria dos quais eram oncologistas. Foi-lhes pedido que preenchessem o questionário e que comentassem quanto à relevância e coerência das perguntas e que, eventualmente, sugerissem alterações. De acordo com as sugestões feitas, foram feitas pequenas alterações que se revelaram pertinentes.

Eutanásia foi definida como: terminação deliberada e indolor da vida de uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levará inexoravelmente à morte, a seu pedido explícito, repetido, informado e bem reflectido, pela administração de um ou mais fármacos em doses letais.

Suicídio assistido foi definido como: ajuda ao suicídio de uma pessoa com uma doença incurável, avançada e progressiva que levará inexoravelmente à morte, a seu pedido explícito, repetido, informado e bem reflectido, prescrevendo os fármacos e dando-lhe as instruções necessárias para o seu uso.

Para o tratamento estatístico dos dados procedeu-se a uma análise inicial para identificação de erros de codificação, inconsistências e a presença de categorias ausentes ou em pequenos números, fazendo correcções quando necessário. Foi realizada uma análise exploratória dos dados para descrição da amostra. As variáveis foram analisadas através de métodos gráficos, proporções e médias. Para avaliar a existência ou não de associação entre variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-Quadrado. Considerou-se um nível de significância de 0,05. Para a análise dos dados utilizou-se o “software” estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 14.0.

8.2. RESULTADOS

Dos 450 questionários enviados, 12 foram devolvidos porque os médicos tinham mudado de casa ou tinham falecido. Foram recebidos 143 questionários preenchidos (33%). No Quadro 8.1 podem ver-se os dados demográficos dos médicos que responderam. Os questionários foram preenchidos de modo cuidado e consistente. Houve poucos dados omitidos, tendo-se verificado que a variável com menos respostas foi a religião.

8.2.1. Eutanásia

Dos médicos que responderam às questões sobre eutanásia, 78% não a praticariam em nenhuma circunstância, no quadro legislativo actual de proibição, enquanto que cerca de 13% o faria (Quadro 8.2). Se a legislação o permitisse, a percentagem dos que o fariam subiu para 24% e a percentagem dos que não têm opinião formada sobre o assunto também subiu de cerca de 8% para cerca de 13% (Quadro 8.2). Vinte e nove médicos (21%) receberam pedidos de eutanásia em número variável (Quadro 8.3). Dos médicos que receberam pedidos, 6 (21%, 4% do total) receberam pedidos no último ano. Só 1 médico (0,7%) praticou eutanásia; este médico tinha tido três pedidos, mas nenhum no último ano.

Quanto a se a eutanásia deveria ser permitida na ordem jurídica portuguesa, 55 médicos (39%) pensam que sim, mas há 19% que não têm opinião formada. Uma percentagem um pouco maior (23%) não tem opinião formada sobre se optaria pela eutanásia se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, enquanto que 36% optariam pela eutanásia (Quadro 8.2).

Não se verificou nenhuma relação com significado estatístico entre a eutanásia e a idade, o sexo, o estado civil, a especialidade, o local de trabalho e a região onde os médicos praticavam a sua especialidade. O factor mais consistentemente relacionado com a aceitabilidade da eutanásia foi a religião, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas entre os católicos praticantes e os não praticantes, com estes últimos a aceitarem-na mais frequentemente, embora o número dos que não a aceitavam seja maior nos dois grupos. Um factor que também foi estatisticamente relevante na pergunta sobre se praticariam eutanásia se a legislação o permitisse, foi o número de doentes com doenças incuráveis e progressivas observado por ano, com os médicos que observavam mais de 30 destes doentes a responderem menos vezes afirmativamente, mas também a responderem mais que não tinham opinião formada. Verificou-se uma tendência para os maiores de 65 anos responderem negativamente

às perguntas sobre a eutanásia, embora a relação não fosse estatisticamente significativa. Este grupo etário era o que menos dúvidas tinha sobre a prática da eutanásia. (Quadros A.1 a A.4).

Quadro 8.1. Dados demográficos

Dados demográficos	Total	n	%
Idade (anos)	142		
31 – 45		50	35,2
46 – 65		69	48,6
> 65		23	16,2
Sexo	142		
Feminino		51	35,9
Masculino		91	64,1
Estado civil	142		
Casado(a)/União de facto		124	87,3
Vivendo só		18	12,7
Religião	132		
Católicos		126	95,5
Agnósticos		4	3,0
Ateus		2	1,5
Religião católica	121		
Não praticante		66	54,5
Praticante		55	45,5
Especialidade principal	143		
Cirurgia		59	41,3
Oncologia médica		54	37,8
Radioterapia		20	14,0
Outra		10	7,0
Local de trabalho	142		
Instituto de Oncologia		82	57,7
Hospital		37	26,1
Outros		23	16,2
Região onde pratica especialidade	141		
Cidade grande		123	87,2
Outra		18	12,8
Quantas situações de pessoas com doença incurável	141		
0 a 5		32	22,7
6 a 30		54	38,3
mais de 30		55	39,0

Quadro 8.2. Eutanásia

Pergunta	Total	Sim n (%)	Não n (%)	Não tenho opinião formada n (%)
A legislação portuguesa não permite a prática da eutanásia. Mesmo assim, há circunstâncias em que a praticaria?	143	19 (13,3)	112 (78,3)	12 (8,4)
Se a legislação permitisse a prática da eutanásia fá-lo-ia?	143	34 (23,8)	91 (63,6)	18 (12,6)
Pensa que a eutanásia devia ser permitida na ordem jurídica portuguesa?	142	55 (38,7)	60 (42,3)	27 (19,0)
Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de optar pela eutanásia?	143	51 (35,7)	59 (41,3)	33 (23,1)

Quadro 8.3. Número de pedidos de eutanásia recebidos

Número de pedidos	Número de médicos	%
0	110	79,1
1	4	2,9
2	9	6,5
3	6	4,3
4 a 6	5	3,6
Mais de 6	5	3,6
	139	100

8.2.2. Suicídio assistido

No que respeita às perguntas sobre se praticariam suicídio assistido, nas condições actuais de proibição e no caso de vir a ser legalizado, as respostas são semelhantes às dadas relativamente à eutanásia. No entanto, menos médicos pensam que o suicídio assistido deveria ser permitido na ordem jurídica portuguesa e, também, menos optariam pelo suicídio assistido em caso de doença incurável e progressiva. Nesta última pergunta nota-se também que há um maior número de indecisos, tal como aconteceu em relação à eutanásia (Quadro 8.4).

Apenas cinco médicos (3,5%) tinham recebido pedidos de suicídio assistido: dois receberam 1 pedido; um 4 e um 6. Um destes pedidos tinha ocorrido no último ano. Nenhum médico praticou suicídio assistido.

Também em relação ao suicídio assistido a diferença estatisticamente mais significativa em relação à sua aceitabilidade foi a de se o médico era ou não católico praticante, com os não praticantes a aceitarem com mais frequência o suicídio assistido, mas também manifestando mais vezes que não tinham uma opinião formada. Outra associação estatisticamente significativa foi a que ocorreu entre a idade e a legalização do suicídio assistido, em que os maiores de 65 anos se opunham mais frequentemente ($p = 0,027$), sem que nenhum deles respondesse que não tinha opinião formada. Também houve uma relação no mesmo sentido entre a idade e a possibilidade de os médicos optarem pelo suicídio assistido se tivessem uma doença terminal (p

= 0,029), mas aqui já alguns médicos não tinham opinião formada. Verificou-se que nas outras perguntas sobre o suicídio assistido os maiores de 65 anos tendiam a opor-se mais, embora a relação não fosse estatisticamente significativa. Este grupo etário era o que menos dúvidas tinha sobre as questões relativas ao suicídio assistido. Não se verificou nenhuma relação estatisticamente significativa entre o suicídio assistido e o sexo, o estado civil, o local de trabalho, a região onde os médicos praticavam a sua especialidade ou o número de situações de doentes com doença incurável e progressiva que os médicos observavam por ano. (Quadros A.5 a A.8).

8.2.3. Doentes incompetentes

Apenas 11 médicos (7,7%) administraria doses letais de um ou mais fármacos a uma pessoa com uma doença incurável, avançada e progressiva, incapaz de tomar decisões a pedido de familiares ou de outra pessoa próxima. No entanto, 30 médicos (21,3%) gostariam que, no casos de eles próprios estarem nessa situação, os fármacos lhe fossem administrados a pedido (Quadro 8.5); mas havia também mais médicos sem opinião formada. Doze médicos (12,4%) receberam pedidos deste tipo e quatro deles tinham recebido pedidos no último ano; estes variaram entre 1 e 3. Nenhum médico tinha praticado um acto deste tipo. Quanto a determinar se estes actos deveriam ser permitidos pela legislação 24 (17,3%) responderam afirmativamente.

Também quanto à questão semelhante da administração de fármacos letais mas pela iniciativa do médico, houve mais respostas positivas quando se tratava da hipótese de ser o próprio a estar nessas circunstâncias. Mas, também nestes casos, havia mais sem opinião formada (Quadro 8.4). No entanto, o número de respostas positivas foi menor do que no caso da administração a pedido. Também nenhum médico tinha praticado um acto deste tipo. Dezanove médicos (13,5%) era da opinião que estes actos deveriam ser permitidos pela legislação.

Nestas questões, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre médicos em diferentes locais de trabalho com os médicos dos institutos de oncologia a serem menos favoráveis à administração de fármacos a pedido de um familiar ($p = 0,035$) e os cirurgiões a serem mais vezes a favor da sua permissão pela legislação ($p = 0,030$). Os católicos não praticantes eram mais vezes a favor dessa prática se estivessem na posição do doente nessas condições e o pedido fosse feito por um familiar, mas também havia mais indecisos entre eles ($p = 0,016$). Não se verificou nenhuma relação entre administração de fármacos letais a doentes incompetentes e a idade, o sexo, o estado civil, a região onde os médicos praticam, a sua especialidade e quantas situações de pessoas com doença incurável e progressiva o médico se tinha confrontado no último ano. (Quadros A.9 a A.14).

8.2.4. Suspensão de tratamentos

Cerca de 70% dos médicos suspenderiam medidas de suporte de vida a pedido de um doente com uma doença incurável avançada e progressiva e mais 14% fá-lo-iam em certas circunstâncias, mas só 41% suspenderiam medidas como a alimentação e a hidratação. Menos médicos suspenderiam as medidas de suporte de vida, nomeadamente alimentação e hidratação, a pedido de um familiar ou por iniciativa própria. Os números referentes à suspensão das medidas por iniciativa do médico ou da equipa de saúde são idênticos ou muito semelhantes aos que se referem aos pedidos dos familiares (Quadro 8.6).

Em relação à suspensão das medidas de suporte de vida a pedido do doente verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os católicos praticantes e os não praticantes ($p = 0,039$), com aqueles a fazerem-no menos vezes e condicionando a suspensão mais vezes às circunstâncias. Verificou-se também uma diferença significativa ($p = 0,033$) entre os médicos relativamente ao número de vezes em que se confrontavam com situações de doença incurável, como os que mais frequentemente o fazem a aceitar mais a suspensão. A suspensão da

Quadro 8.4. Suicídio assistido

Perguntas	Total	Sim n (%)	Não n (%)	Não tenho opinião formada n (%)
A legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria?	142	21 (14,8)	105 (73,9)	16 (11,3)
Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia?	143	36 (25,4)	89 (62,7)	17 (12,0)
Pensa que o suicídio assistido devia ser permitido na ordem jurídica portuguesa?	142	45 (31,9)	73 (51,8)	23 (16,3)
Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de optar pelo suicídio assistido?	143	34 (23,8)	72 (50,3)	37 (25,9)

Quadro 8.5. Doentes cognitivamente incompetentes

Perguntas	Total	Sim n (%)	Não n (%)	Não tenho opinião formada n (%)
Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima?	143	11 (7,7)	121 (85,2)	3 (2,1)
Pensa que este tipo de actos deviam ser permitidos pela legislação? (referindo-se à questão anterior)	139	24 (17,3)	92 (66,2)	23 (16,5)
Se tivesse uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, gostaria que um médico lhe administrasse um ou mais fármacos em doses letais, se tal lhe fosse pedido por um seu familiar ou outra pessoa próxima?	141	30 (21,3)	80 (56,7)	31 (22,0)
Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, por sua própria iniciativa (sem que lhe tenha sido pedido)?	139	6 (4,3)	124 (89,2)	9 (6,5)
Pensa que os actos deste tipo deviam ser permitidos pela legislação? (referindo-se à questão anterior)	141	19 (13,5)	101 (71,6)	21 (14,9)
Se tivesse uma doença incurável, avançada que levasse inexoravelmente à morte e estivesse incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, gostaria que um médico lhe administrasse um ou mais fármacos em doses letais, baseado apenas no seu julgamento?	139	14 (10,1)	100 (71,9)	25 (18,0)

Quadro 8.6. Suspensão de tratamentos

Questão	Total	Sim n (%)	Não n (%)	Em certas circunstâncias n (%)
Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, é legítimo suspender medidas de suporte da vida a seu pedido explícito, repetido informado e bem reflectido?	142	95 (66,9)	27 (19,0)	20 (14,1)
Suspenderia medidas como alimentação ou hidratação? (referindo-se à questão anterior)	142	58 (40,8)	84 (59,2)	
Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, é legítimo suspender medidas de suporte da vida a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima?	142	52 (36,6)	66 (46,5)	24 (16,9)
Suspenderia medidas como alimentação ou hidratação? (referindo-se à questão anterior)	141	44 (31,2)	97 (68,8)	
Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, é legítimo suspender medidas de suporte da vida a pedido por decisão unilateral do médico ou da equipa de saúde?	143	52 (36,6)	66 (46,2)	25 (17,5)
Suspenderia medidas como alimentação ou hidratação? (referindo-se à questão anterior)	136	39 (28,7)	97 (71,3)	

hidratação e da alimentação variou significativamente com a especialidade ($p < 0,001$), com 100% dos radioterapeutas a não a aceitarem (Quadros A.15 e A.16). Também o local de trabalho se associou a uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,027$) com os médicos dos institutos de oncologia a serem mais frequentemente contra a suspensão da alimentação e da hidratação do que os médicos de outros hospitais, sendo ainda menos favoráveis os médicos com outros locais de trabalho. Não se verificou nenhuma relação entre suspensão de tratamentos, nomeadamente a alimentação e a hidratação e a idade, o sexo, o estado civil e a região onde os médicos praticam a sua especialidade. (Quadros A.15 a A.20).

A suspensão de medidas de suporte de vida a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima associa-se a uma diferença marginalmente significativa ($p = 0,040$) entre as especialidades, com 75% dos radioterapeutas a não concordarem com a suspensão nestas circunstâncias. Essa diferença é maior ($p = 0,003$) quando se trata de suspender a alimentação e a hidratação, com 100% dos radioterapeutas a responderem não (Quadros A.17 e A.18). Na suspensão das medidas de suporte de vida por decisão do médico ou da equipa de saúde não há diferenças significativas, excepto no que respeita à alimentação e hidratação em que os católicos praticantes são mais vezes frequentemente contra a suspensão ($p = 0,009$) e novamente 100% dos radioterapeutas a serem contra ($p = 0,013$) (Quadros A.19 e A.20).

8.2.5. Controlo de sintomas e cuidados paliativos

Sobre a questão da administração de fármacos para controlar sintomas ainda que se pudesse admitir que encurte a vida 138 (96,5%) concordam com essa administração, 4 admitem-no em certas circunstâncias, 1 não tinha opinião formada e nenhum respondeu não. Já quando era o próprio médico que se encontrava na situação de sofrimento, 100% gostaria que lhe administrassem um fármaco para lhes aliviar o sofrimento ainda que isso pudesse encurtar-lhes a vida.

A maioria dos médicos acredita que os cuidados paliativos poderiam evitar pedidos de eutanásia e de suicídio assistido: 12 (8,4%) todos os casos; 102 (71,3%) muitos casos; 19 (13,3%) alguns; 4 (2,8%) não; e 6 (4,2%) não tinha opinião formada.

8.2.6. Alargamento dos conceitos

Cerca de 82% dos médicos discorda que o conceito de eutanásia seja alargado a situações de pessoas sem doenças terminais ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência. Cerca de 12% era a favor desse alargamento dos conceitos, enquanto que os restantes não tinha opinião formada.

Quanto ao alargamento do conceito de suicídio assistido os resultados são semelhantes com 79,7% contra, 12,6% a favor e 7,7% sem opinião formada.

Nenhuma variável demográfica se associou ao alargamento dos conceitos (Quadros A.21 e A.22)

8.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Um facto saliente deste estudo é a baixa percentagem de respostas dos médicos relativamente ao que aconteceu em estudos realizados noutros países [1,2,5,16,17], embora num estudo belga a percentagem de respostas dos especialistas tenha sido de 40% [6]. O significado deste facto é incerto, podendo mostrar um desinteresse geral da população portuguesa e/ou dos médicos em responder a inquéritos, ou seja, falta de cultura cívica e de sentido de responsabilidade social. Pode, também, significar que este tema é particularmente desinteressante, embora isto seja pouco provável. A delicadeza do tema poderá ter levado alguns a recear serem identificados e assim tornarem públicas as suas opiniões ou práticas, apesar de lhes ter sido garantido o anonimato na carta que acompanhava o inquérito. É possível que uma combinação dos factores indicados, ou ainda de outros, explique o baixo

número de respostas. Alguns desses factores foram identificados como podendo baixar a taxa de respostas, embora não sejam inteiramente consistentes, como a população ser constituída por médicos, o inquérito ser anónimo ou a natureza do questionário ser sensível [18,19].

No entanto, desde que haja casos suficientes para a análise estatística, a não resposta é um problema apenas na medida em que os que não respondem difiram significativamente dos que respondem. Portanto, embora uma baixa taxa de respostas aumente a probabilidade de enviesamento, não há necessariamente uma relação entre a taxa de respostas e enviesamento [19]. Daqui resulta que, se não houver nenhuma razão que faça suspeitar que os que não responderam diferiam significativamente dos que responderam, a amostra é representativa da população a estudar. De facto, não são evidentes razões que façam suspeitar de uma diferença significativa entre os dois grupos, embora as razões de enviesamento dos estudos sejam tipicamente difíceis de detectar. Difíceis de explicar são também as razões para que a religião seja o dado demográfico a que os médicos menos responderam.

8.3.1. Eutanásia e suicídio assistido

Neste estudo, os oncologistas portugueses rejeitam maioritariamente a eutanásia e o suicídio assistido na sua prática, sobretudo nas condições actuais em que a legislação portuguesa os proíbe. No entanto, cerca de um quarto dos médicos estaria disposto a praticar uma destas formas de morte assistida, em certas circunstâncias, se a legislação o permitisse. Vinte e um por cento dos médicos receberam pedidos de eutanásia e 3,5% receberam pedidos de suicídio assistido. Quanto a aceder aos pedidos, apenas um médico praticou eutanásia e nenhum suicídio assistido. Os resultados deste estudo diferem, em geral, dos obtidos em estudos realizados noutros países, em diferentes continentes, embora os resultados sejam heterogéneos [1,3,5,7,10-12,19,20]. Por exemplo:

- Num estudo realizado na Holanda [12], 53% dos médicos entrevistados praticaram uma forma de morte assistida, 35% nunca o fizeram mas poderiam imaginar uma situação em que o fariam e os

restantes 12% não conseguiam imaginar uma situação em que o fizessem, mas a maioria referiria para um colega um doente que fizesse um pedido de morte assistida.

- Num estudo realizado no estado americano do Oregon e publicado em 1996, antes da legalização do suicídio assistido, 67% dos médicos referiram que o suicídio assistido seria ético em alguns casos, 60% que deveria ser legal em alguns casos e cerca de um terço referiram que o suicídio assistido é imoral, violaria a ética profissional e as crenças religiosas pessoais [1]. No mesmo estudo, 46% dos médicos responderam que em alguns casos prescreveriam uma dose letal de medicação se tal fosse legal, enquanto que 52% responderam que não, por objecções morais ou de outra natureza.
- Num grande estudo realizado em oncologistas americanos os números foram muito mais baixos: 22,5% apoiavam o suicídio assistido e 6,5% apoiavam a eutanásia, sendo os cirurgiões os que mais frequentemente apoiavam estas práticas [3]. Dos oncologistas 63% receberam pedidos de suicídio assistido e eutanásia e 31% receberam-nos no último ano, mas recusaram a maioria dos pedidos, tendo 11% praticado suicídio assistido e 4% eutanásia.
- Howard et al. verificaram que 43% dos oncologistas votariam pela legalização do suicídio assistido e 35% pela legalização da eutanásia se houvesse um referendo [20]. No entanto, 63% considerava que essas práticas são eticamente aceitáveis, o que mostra uma preocupação com a legalização e os potenciais abusos que poderiam ocorrer e/ou com a deterioração da relação médico-doente [20].

O número de pedidos de eutanásia e de suicídio assistido ocorreram com 23% e 5% dos médicos, respectivamente. Estes resultados são também inferiores aos obtidos noutros locais, como já se observou atrás noutros estudos. Podem dar-se outros exemplos:

- Num estudo realizado na Holanda, 88% dos médicos disseram que tinham recebido pelo menos um pedido de eutanásia [12].

- Também, no estudo, já referido, realizado no estado americano do Oregon publicado em 1996, antes da legalização do suicídio assistido, 21% dos médicos disse que os doentes lhes tinham já pedido uma prescrição para cometerem suicídio [1].

Parece então que os oncologistas portugueses são menos receptivos a estas práticas do que os médicos de outros países onde se fizeram estudos sobre a morte assistida. Parece também haver um menor número de pedidos de morte assistida por parte dos doentes. Estas diferenças podem reflectir factores culturais, nomeadamente religiosos, ou a falta de reflexão e debate sobre estes assuntos em Portugal. O facto dos médicos serem oncologistas pode também ter influenciado os resultados, porque, embora estando mais expostos a doentes terminais e em sofrimento, tendem a opor-se mais às práticas de morte assistida [16]. Não se pode excluir a possibilidade de enviesamento resultante da baixa percentagem de respostas obtidas.

O presente estudo não foi desenhado para conhecer o que motivou a recusa dos médicos dos pedidos de morte assistida, nem a acção que desenvolveram, se é que desenvolveram alguma, na sequência dos pedidos, mas esse assunto foi estudado por outros. Assim, num estudo também realizado no estado de Washington, as respostas iniciais mais frequentes dos médicos aos pedidos dos doentes foi a discussão, intervenções para o controlo da dor e de outros sintomas e a administração de medicação para a depressão e a ansiedade [2]. Menos frequentemente, os doentes foram referenciados para psiquiatras ou psicólogos ou para organizações como a Hemlock Society [21] ou a Compassion on Dying [22] que defendem, entre outras coisas, a qualidade nos cuidados de fim de vida incluindo a “ajuda na morte” para os doentes terminais. Raramente, referenciaram os doentes para uma segunda opinião. Os médicos recusaram prescrever a medicação em 73% dos doentes (114 de 156) que fizeram um pedido de suicídio assistido por uma variedade de razões relacionadas com o doente: os sintomas eram potencialmente tratáveis, o doente estava deprimido, a sobrevivência previsível do doente era superior a 6 meses, o grau de sofrimento do doente não justificava o pedido, o médico não

conhecia o doente suficientemente bem. Outros médicos recusaram por outro tipo de razões: os médicos não devem participar no suicídio assistido ou estavam preocupados com as consequências legais. No mesmo estudo [2] os médicos recusaram a eutanásia em 67% dos doentes (39 de 58), a maioria por considerarem que os médicos não devem praticar eutanásia e outros porque os sintomas eram potencialmente tratáveis, a sobrevivência previsível do doente era superior a seis meses, o doente estava deprimido, o grau de sofrimento do doente não justificava o pedido ou por estarem preocupados com as consequências legais.

Verificou-se, no presente estudo, que os médicos que são a favor da legalização da eutanásia e do suicídio assistido são mais do que os que os praticariam se fossem legalizados. Estes dados são análogos aos encontrados no estudo de Cohen et al. [16], realizado no estado de Washington sobre as atitudes dos médicos em relação ao suicídio assistido e à eutanásia, em que 54% pensavam que a eutanásia devia ser legal em algumas situações, mas só 33% queriam realizá-la. Quanto ao suicídio assistido, 53% pensavam que deveria ser legalizado em algumas situações, mas só 40% queriam realizá-lo. Estes dados podem interpretar-se como um reconhecimento, por alguns médicos, do direito dos doentes a formas de morte assistida, mantendo, porém, o médico o direito de os recusar. Estas posições são, volto a lembrar, minoritárias em Portugal.

Mais médicos optariam pela eutanásia se tivessem uma doença avançada e progressiva do que os que estariam dispostos a praticá-la. Porém, o estudo não foi desenhado para explorar as razões desta diferença. Mas, no estudo de Howard et al. [20], em que se verificou uma diferença no mesmo sentido, embora menor, essa questão foi explorada. Dos médicos que responderam deste modo aparentemente contraditório, metade respondeu que a eutanásia e o suicídio assistido não faziam parte do seu papel e que não era ético praticá-los, enquanto que a outra metade referenciaria o doente para outro médico que estivesse disposto a fazê-lo; a maioria dos médicos deste último grupo referiu que não se opunha absolutamente à ideia, mas pensavam que não deveria estar sob a autoridade de um

único médico. Verifica-se que metade dos médicos tinham uma razão válida mas outra metade não apresentaram uma razão coerente para as suas opiniões.

A relação mais consistente entre a opinião a favor ou contra sobre as várias questões relativas à eutanásia e ao suicídio assistido e os factores demográficos, isto é, que apareceu sistematicamente de modo muito significativo, ocorreu dentro dos católicos. De facto, houve diferenças muito significativas entre os praticantes e os não praticantes. Os não católicos eram em número muito pequeno pelo que não foram incluídos na análise. De facto, os católicos praticantes opuseram-se mais vezes à prática ou à inclusão da morte assistida na legislação e também foram os que menos optariam por uma dessas práticas se estivessem numa situação de doença avançada e incurável. Isto pode resultar de, em Portugal, a maioria das pessoas ter tido baptismo e educação católica e por isso se considerarem católicos. Isto é, inserem-se na cultura e tradição católicas, mas não demonstram grande firmeza nas suas convicções, daí não se considerarem “católicos praticantes”. Provavelmente, daí resulta tomarem mais vezes posições que vão contra o que é habitualmente aceite pelos católicos convictos (que tenderão mais a ser praticantes), nomeadamente a doutrina moral da Igreja. A influência da religião foi verificada noutros estudos. Assim, no Oregon as variáveis associadas à vontade de participar no suicídio assistido incluíram a afiliação judaica, ausência de afiliação religiosa e outras afiliações não cristãs [1]. As variáveis associadas à ausência de vontade de participar no suicídio assistido foram a afiliação católica ou outra afiliação cristã [1]. Também em Washington, as razões invocadas para a discordância com o suicídio assistido e a eutanásia foram as crenças religiosas [16]. Noutro estudo ainda, os católicos e os “muito religiosos” tinham menos probabilidade de quererem uma forma de morte assistida para si próprios [20].

Observou-se também que os maiores de 65 anos se opunham ou tendiam a opor-se mais à eutanásia e ao suicídio assistido. Talvez esta relação se deva à formação dos médicos de uma época em que o princípio ético que se sobrepunha a todos os outros era indiscutivelmente o da beneficência e em que a atitude dos médicos era sobretudo paternalista. O primado do respeito pela autonomia é mais

recente, em que por extensão pode haver uma tendência a considerar-se que há um direito a escolher o modo como se morre.

Verificou-se que em geral as respostas que revelaram mais indecisão foram as relativas a se o médico optaria pela eutanásia ou pelo suicídio assistido se tivesse ele próprio uma doença avançada, sugerindo que é mais difícil decidir em causa própria do que quando se trata dos outros.

Parece haver uma consideração maior sobre as questões relacionadas com a eutanásia relativamente ao suicídio assistido, tanto entre os médicos como entre os doentes a julgar pelo número de pedidos referidos pelos médicos. Talvez isto resulte de uma maior visibilidade que a eutanásia parece ter. De facto, quando se discutem, em Portugal, as questões da morte assistida, a discussão confina-se geralmente à eutanásia.

Os oncologistas portugueses são maioritariamente (80%) contrários ao alargamento dos conceitos de eutanásia e de suicídio assistido a pessoas sem doenças terminais, contrariando assim a sugestão de Masterstvedt e Kaasa [15].

8.3.2. Doentes incompetentes

Parece haver um amplo consenso entre os médicos portugueses quanto às questões envolvidas neste estudo sobre os doentes incompetentes. Muito poucos médicos de mostraram dispostos a administrar um ou mais fármacos em doses letais a um doente incompetente a pedido de um familiar e menos ainda a administrá-los por iniciativa própria. Embora alguns tivessem recebido pedidos nesse sentido, nenhum o fez. Um pouco mais, mas ainda assim poucos, se manifestaram a favor da legalização deste tipo de actos.

Noutros países verificaram-se casos da administração de fármacos em doses letais sem o pedido explícito do doente. Por exemplo, na Holanda, este facto de morte de doentes incompetentes foi também estudado, tendo os resultados sido muito diferentes dos do presente estudo. Num estudo patrocinado pelo governo holandês [23], sobre actos que terminam a vida sem o pedido explícito do

doente verificou-se que estes ocorreram em 0,8% de todas as mortes (o estudo referia-se apenas à administração de fármacos e não a outros actos como suspensão de respiração artificial). Posteriormente, foi feita uma análise mais profunda sobre as circunstâncias de tais casos. Por entrevista, 27% dos médicos responderam que realizaram um acto destes pelo menos uma vez e 32% nunca o tinham feito mas imaginavam uma situação em que o poderiam fazer. Em 59% dos casos o médico tinha informação acerca dos desejos do doente. Em 70% dos casos a decisão foi discutida com um colega e em 83% com um familiar. Em 2% o médico tomou a decisão sem a discutir com ninguém. O médico conhecia o seu doente, em média, há 2,4 anos se fosse especialista ou há 7,2 anos se fosse um clínico geral, embora, 2,3% dos clínicos gerais e 31,3% dos especialistas conhecessem o doente há menos de um mês. Na opinião dos médicos a vida dos doentes foi encurtada de algumas horas a uma semana no máximo em pelo menos 86% dos casos. Segundo os médicos, em quase todos os casos o doente estava a sofrer insuportavelmente, não havia possibilidade de melhoria e as possibilidades paliativas estavam esgotadas. Esta acção pode ser vista como homicídio de um doente e um exemplo a confirmar um plano inclinado se a eutanásia for aceite. Por outro lado, os autores deste estudo sustentam que também pode ser vista como uma resposta à situação de injustiça de um doente incapaz de fazer um pedido explícito ter de sofrer até ao fim, quando o seu médico, que pode ter sido responsável por esse doente por muito tempo, e os seus familiares forem a favor de terminar a sua vida, num país onde habitualmente a eutanásia não é penalizada. Argumentam ainda que o tempo de vida encurtado por esta prática é, em geral, menor do que o relacionado com a eutanásia.

Num estudo realizado na Austrália, 6,4% dos médicos declararam ter terminado a vida de doentes sem o seu pedido explícito [5]. Neste estudo, não é referido em quantos casos a acção foi realizada a pedido de familiares ou por iniciativa do médico ou da equipa de saúde. Além disso, aparentemente, nem todos os doentes estariam incompetentes, visto que alguns médicos declaram que “a discussão com o doente teria feito mais dano do que bem”. Estas declarações são

surpreendentes porque revelam que se considera que discutir a situação com o doente pode causar mais dano do que matá-lo.

Como em relação à eutanásia e ao suicídio assistido, verificou-se que as questões relacionadas com o que quereria o médico se ele próprio estivesse na posição do doente são as que suscitam mais respostas “não tenho opinião formada”. Acontece, por outro lado, que bastantes mais médicos queriam que lhes administrassem um fármaco letal a pedido de um familiar do que os que estariam dispostos a praticar um acto deste tipo, o que sugere que há médicos que queriam para si que outros tomassem uma decisão cuja responsabilidade eles próprios não estariam dispostos a assumir para com os seus doentes. Também se verifica que há uma percentagem muito menor que quereria que a decisão fosse tomada unilateralmente por um médico. Parece assim que a maioria prefere que seja uma pessoa próxima a tomar a decisão do que um médico. Este facto deve-se provavelmente ao receio de eventuais abusos.

Uma pequena minoria concorda que a administração de fármacos em doses letais a doentes incompetentes com uma doença incurável e avançada deveria ser legalizada. Estes actos são já legais sob a lei holandesa [24], o que tem sido considerado como a demonstração do plano inclinado que é visto por muitos como o principal risco da legalização da morte assistida.

Mais uma vez é a religião o factor que mais consistentemente influencia as respostas com os católicos praticantes a oporem-se mais vezes a estas práticas do que os não praticantes.

8.3.3. Suspensão de tratamentos

A maioria dos oncologistas (70%) concorda com a suspensão de medidas de suporte da vida a pedido do doente nas circunstâncias definidas no questionário, embora só 41% suspendesse medidas como a alimentação e a hidratação. Curiosamente, quanto à suspensão de medidas de suporte de vida a pedido de familiares ou por iniciativa do próprio médico, o número de respostas foi idêntico e mais baixo (cerca de metade) do que quando feito a pedido do doente. Isto sugere que há, efectivamente,

entre os médicos respeito pela autonomia dos doentes e que é possível que a maioria pense que outros, nomeadamente os próprios médicos, não têm legitimidade para tomar essas decisões.

No estudo australiano [5], 36% dos médicos referiram já ter tomado uma decisão de não tratar, 81% dos quais com a intenção explícita de precipitar a morte. Quando se suspendem medidas de suporte da vida é previsível que a morte ocorra mais cedo do que ocorreria se essas medidas não fossem suspensas. Portanto, a questão da intenção é equívoca, como já referi em capítulos anteriores. A questão deve centrar-se na adequação dos meios empregues, depois de avaliados os inconvenientes e os benefícios, e na vontade do doente. Englobar todos os procedimentos no mesmo conceito, considerando que não há qualquer diferença entre suspender medidas desapropriadas e administrar um fármaco em doses letais, é um argumento frequentemente utilizado pelos defensores da eutanásia, como já foi discutido na capítulo “A Morte Assistida”.

Aqui verificou-se mais uma vez a influência da religião, com os católicos não praticantes a aceitarem a suspensão num número significativamente maior, excepto quando se trata dos pedidos de familiares.

Curiosa foi a diferença entre as especialidades, sobretudo no que diz respeito à radioterapia. Os médicos desta especialidade são os que mais frequentemente são contra a suspensão de medidas de suporte de vida a pedido dos familiares ou por iniciativa do médico. É sobretudo de realçar que 100% destes médicos são contra a suspensão da alimentação e da hidratação nestes doentes. As razões desta particularidade não são claras, mas poderá especular-se que os médicos desta especialidade provavelmente seguem menos vezes os doentes na fase mais próxima da morte, não tendo de se confrontar com os seus problemas. Esta hipótese parece poder ser suportada pela verificação de que os médicos que se confrontam mais vezes com essa situação são mais vezes a favor da suspensão das medidas de suporte da vida.

A suspensão da alimentação e da hidratação foi menos frequentemente aceite do que a suspensão de outras medidas de suporte de vida. Provavelmente, a maioria considera que a

alimentação e a hidratação artificiais não são tratamentos. Este assunto já foi amplamente discutido em capítulos anteriores.

8.3.4. Controlo de sintomas e cuidados paliativos

Quase todos os médicos administrariam um fármaco para aliviar sintomas, mesmo que pudessem admitir que esse acto pudesse encurtar a vida, e todos se se tratasse deles próprios. Quando a este tema não houve dúvidas. No estudo de Kuhse et al. [5] cerca de 54% dos médicos referiram aliviar a dor dos doentes com doses altas de opióides, 23% dos quais com uma intenção parcial de precipitar a morte. Num estudo realizado em seis países [25] verificou-se que no alívio da dor e de outros sintomas houve intenção parcial de precipitar a morte de 0,4% a 2,9% dependendo dos países. No entanto, as doses de opióides usadas e o número elevado de doentes que já faziam opióides anteriormente, levou os autores a duvidarem se os médicos estavam correctos ao atribuírem um efeito acelerador da morte às suas práticas. Efectivamente, num doente em que a morte é iminente, esta pode acontecer em qualquer momento, podendo ocorrer pouco tempo depois da administração de um fármaco, o que não significa que seja causada por ele. Nestes dois estudos está em causa mais uma vez o problema da intenção. Por este motivo seria melhor manter a questão ao nível das obrigações do médico para com o sofrimento dos seus doentes, como já referi. O médico tem a obrigação de aliviar o sofrimento do seu doente mesmo que isso acarrete riscos desde que o doente os aceite correr. Mas, como vimos talvez o risco não seja tão elevado como muitos pensam.

A grande maioria também concorda que os cuidados paliativos poderiam evitar muitos casos de pedidos de morte assistida. Há, no entanto, dados de alguns estudos que mostram que mesmo quando existem cuidados paliativos há casos de morte assistida. Por exemplo, num estudo neozelandês [7], 39 mortes (5,6%) foram atribuídas a morte assistida e em 34 destas (87%) havia serviços de cuidados paliativos disponíveis. Porém, em 17 dos 39 casos não houve discussão com o doente, o que faz com que não sejam verdadeiros casos de morte assistida e mostra que, em pelo

menos alguns casos, houve uma utilização deficiente desses serviços. Também na avaliação da experiência do primeiro ano da legalização do suicídio assistido no Oregon se verificou que 71% dos doentes que receberam uma prescrição de fármacos para se suicidarem estavam num programa de cuidados paliativos, percentagem semelhante (74%) à dos doentes que não receberam uma prescrição [26]. No entanto, nestes estudos não se aborda a questão da prevenção da morte assistida pelos cuidados paliativos. Parece, contudo, plausível que o controlo da dor e de outros sintomas físicos, da depressão e da atenção aos problemas sociais e espirituais resulte na diminuição dos pedidos de morte assistida. Além disso, é certamente mais desejável no plano ético tentar responder aos problemas dos doentes do que oferecer meramente a morte assistida como solução [27].

8.4. CONCLUSÃO

Parece assim haver um largo consenso entre os oncologistas portugueses sobre o potencial dos cuidados paliativos. Não há também confusões entre o controlo de sintomas e as práticas de morte assistida.

As principais conclusões deste trabalho são:

- O pouco apoio dos médicos portugueses às formas de morte assistida, sobretudo, o suicídio assistido;
- Paralelamente, parece haver um número reduzido de pedidos por parte dos doentes, sobretudo no que se refere ao suicídio assistido,;
- O ainda menor apoio dos médicos à administração de fármacos em doses letais sem o pedido explícito dos doentes;
- A concordância com a suspensão de medidas de suporte da vida, quando apropriado, a pedido dos doentes;
- A concordância muito menor com a suspensão dos tratamentos a pedido de outros ou por iniciativa do próprio médico;

- O pequeno apoio relativo à suspensão da alimentação e da hidratação;
- A concordância quase por unanimidade com a administração de fármacos destinados a aliviar o sofrimento, mesmo que se corra o risco de precipitar a morte;
- A opinião de que os cuidados paliativos poderiam evitar um grande número de pedidos de morte assistida;
- A influência de factores religiosos em muitas das atitudes dos oncologistas portugueses em relação às decisões de fim de vida;.

Porém, a reduzida percentagem de respostas obtidas (que podem enviesar os resultados) e a limitação do inquérito aos oncologistas resulta na dificuldade de generalizar os dados obtidos a todos os médicos portugueses. Novos estudos, são então necessários para confirmar os resultados apresentados.

Em síntese, a atitude dos oncologistas portugueses nega a ideia de que a eutanásia é praticada clandestinamente com frequência pelos médicos portugueses, presumivelmente nos hospitais. O respeito pela autonomia dos doentes e o alívio do sofrimento parecem ser, também, preocupações importantes dos oncologistas portugueses, que vêem nos cuidados paliativos uma via eficaz para responder às necessidades dos doentes com doenças incuráveis, avançadas e progressivas que levarão inexoravelmente à morte.

REFERÊNCIAS

1. Lee MA, Nelson HD, Tilden VP, Ganzini L, Schmidt TA, Tolle SW. Legalizing assisted suicide – views of physicians in Oregon. *N Engl J Med* 1996;334:310-315.
2. Back AL, Wallace JI, Starks HE, Pearlman RA. Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington state: patient requests and physician responses. *JAMA* 1996;275:919-925.

3. Emanuel EJ, Fairclough D, Clarridge BC, et al. Attitudes and practices of U.S. oncologists regarding euthanasia and physician-assisted suicide. *Ann Intern Med* 2000;133:527-532.
4. van der Maas PJ, Van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet* 1991;338:669-674.
5. Kuhse H, Singer P, Baume P, Clark M, Rickard. End-of-life decisions in Australian medical practice. *MJA* 1997;166:191-196.
6. Deliens L, Mortier F, Bilsen J, Cosyns M, Stichele RV, Vanoverloop J, Ingels K. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *Lancet* 2000;356:1806-1811.
7. Mitchell K, Owens G. National survey of medical decisions at end of life made by New Zealand general practitioners. *BMJ* 2003;327:202-203.
8. Comby MC, Filbert M. The demand for euthanasia in palliative care units: a prospective study in seven units of the "Rhône-Alpes" region. *Palliat Med* 2005;19:587-593.
9. Førde R, Aasland OG, Falkum E. The ethics of euthanasia – attitudes and practice among Norwegian physicians. *Soc Sci Med* 1997;45:887-892.
10. van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, van der Wal G, van der Maas PJ. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003;362:345-350.
11. Seale C. National survey of end-of-life decisions made by UK medical practitioners. *Palliat Med* 2006;20:3-10.
12. van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *N Engl J Med* 1996;335:1699-1705.
13. Bittel N, Neuenschwander H, Stiefel F. "Euthanasia": a survey by the Swiss Association for Palliative Care. *Support Care Cancer* 2002;10:265-271.
14. Doukas DJ, Waterhouse D, Gorenflo DW, Seid J. Attitudes and behaviours on physician-assisted death: a study of Michigan oncologists. *J Clin Oncol* 1995;13:1055-1061.

15. Masterstvedt LJ, Kaasa S. Euthanasia and physician-assisted suicide in Scandinavia – with a conceptual suggestion regarding international research in relation to the phenomena. *Palliat Med* 2002;16:17-32.
16. Cohen JS, Fihn SD, Boyko EJ, Jonsen AR, Wood RW. Attitudes toward assisted suicide and euthanasia among physicians in Washington state. *N Engl J Med* 1994;331:89-94.
17. Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, Kreamer DF, Delorit MA, Lee MA. Physicians' experience with the Oregon Death with Dignity Act. *N Engl J Med* 2000;324:557-563.
18. Edwards P, Roberts I, Clarke M, DiGuseppi C, Prata S, Wentz R, kwan I. Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ* 2002;324:1183-1185.
19. Asch DA, Jedrzewski K, Christakis NA. Response rates to mail surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol* 1997;50:1129-1136.
20. Howard OM, Fairclough DL, Daniels R, Emanuel EJ. Physician desire for euthanasia and assisted suicide: would physicians practice what they preach? *J Clin Oncol* 1997;15:428-432.
21. <http://www.normemma.com/arhemloc.htm>.
22. <http://www.compassionindying.org/info.php>.
23. Pijnenborg L, van der Maas PJ, van Delden JJ, Looman CWN. Life-terminating acts without explicit request of patients. *Lancet* 1993;341:1196-1199.
24. Englert Y. Belgium – evolution of the debate. Em: Euthanasia. Volume II. National and European perspectives. Strasbourg. Council of Europe Publishing. 2004:13-24.
25. Bilsen J, Norup M, Delians L et al. Drugs to alleviate symptoms with life shortening as a possible side effect: end-of-life care in six European countries. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:111-121.
26. Chin AE, Hedberg K, Higginson GK, Fleming DW. Legalized physician-assisted suicide in Oregon – the first year's experience. *N Engl J Med* 1999;340:577-583.
27. Gordijn B, Janssens R. The prevention of euthanasia through palliative care: new developments in The Netherlands. *Patient Education Counseling* 2000;41:35-46.

CONCLUSÃO

O que é uma boa morte? Não há, provavelmente, uma resposta universal a esta pergunta. No entanto, haverá alguns elementos que constituem uma boa morte com que a maioria das pessoas concordará. Por exemplo, estar livre de dores significativas ou de outra causa de sofrimento físico, mas também sem sofrimento do ponto de vista psicológico e espiritual e com eventuais problemas sociais resolvidos.

Já se referiu na introdução em alterações que ao longo do tempo se verificaram no modo como a morte é encarada. Essas alterações têm uma relação com a evolução científica e tecnológica e do seu impacto na medicina, que se traduziram em alterações profundas no modo de encarar a vida e, conseqüentemente, a morte. Numa época em que a medicina não tinha capacidade de intervenção na evolução das doenças, nem podia responder eficazmente ao sofrimento físico, eram as religiões que procuravam dar um significado ao sofrimento e transformá-lo em algo de positivo. Assim, uma boa morte era a que ocorria quando o doente estava rodeado da família e dos amigos e espiritualmente preparado, isto é, em paz com Deus e com a comunidade, este era o desejo da maioria. Daí que a morte súbita não era desejada.

Mais tarde, quando começou a haver uma maior capacidade de intervenção na evolução das doenças e se começou a admitir que era possível tentar reverter os processos patológicos, a morte começou a ocorrer cada vez mais em instituições onde essas intervenções se podiam fazer. Começou a pensar-se sobretudo em evitar a morte e em lutar contra ela. Muitas vezes a morte passou a ser vista

como um fracasso e em alguns casos talvez o resultado de um erro. Sofrer deixou, para muitos, de ter uma finalidade redentora. Por isso, a boa morte passou a ser a que ocorria rapidamente, de preferência sem se dar por isso, durante o sono. A maioria das pessoas, actualmente, preferiria morrer assim.

No entanto, mais recentemente, parece que a situação está a mudar, embora a ritmos diferentes nos diversos países. Aceita-se a morte, mas não de um modo passivo. Pode-se, em grande parte, controlar as condições em que a morte ocorre. Uma boa morte é a que ocorre nos termos que a pessoa aceita.

Também a deontologia dos profissionais de saúde evoluiu ao longo do tempo. Os códigos de ética médica, nomeadamente o Juramento de Hipócrates, reflectiam uma atitude paternalista na relação médico-doente, em que aquele agiria tendo como objectivo o bem do doente ou o que ele entende como o bem do doente. Este, em princípio, acatava as decisões do médico. Só depois da segunda guerra mundial e da constatação dos crimes cometidos pelos médicos nazis em nome da ciência, começaram a aparecer códigos de ética com normas que reflectiam a preocupação com os direitos individuais. Os códigos de ética posteriores incluíam os direitos dos doentes, abandonando parcialmente o primado da beneficência.

O reconhecimento da autonomia dos doentes como um valor fundamental alterou profundamente a relação médico-doente. Reconhece-se que o doente tem o direito a ser esclarecido sobre as opções de tratamento para a sua situação e a aceitar ou recusar as propostas que lhe são feitas. O doente pode ainda decidir interromper um tratamento que tinha iniciado. As excepções que se admitem são as que envolvem doentes que não têm capacidade de decisão, como pode acontecer, por exemplo, em casos de paragem cardíaco-respiratória. Mas mesmo nestas situações, a vontade do doente pode manifestar-se através de documentos escritos ou da nomeação de um representante que tome decisões pelo doente. Estes processos de os doentes veicularem a sua vontade estão explicitamente reconhecidas na Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina, aprovada pelo Conselho da

Europa em 1996 e rectificada pela Assembleia da República em 2001. Falta, porém, regulamentar juridicamente a sua prática em Portugal.

O direito a morrer seria uma extensão da autonomia das pessoas, numa situação em que a vida deixou de ser aceitável do seu ponto de vista. No entanto, a morte assistida tem sido associada aos doentes terminais. Mas, na verdade o desejo de morrer não é exclusivo dos doentes terminais. Muitas pessoas sem qualquer doença física, por vezes jovens e com carreiras profissionais brilhantes ou com vidas que, pelo menos vistas à distância, muita gente poderia invejar, desejam também morrer. O mesmo pode acontecer com pessoas sem doenças físicas mas idosas, solitárias e cansadas de viver. O que estas pessoas têm em comum é o que podemos chamar sofrimento, que pode ter origens diversas, mas que acaba por ser essencialmente um fenómeno mental. Sendo assim, a aceitar-se a morte assistida, porquê diferenciar as pessoas de acordo com as várias formas de sofrimento, quando este se revela intratável? Porquê distinguir um doente terminal que sofre devido à sua situação, de uma outra pessoa que, estando ou não fisicamente doente, não está em estado terminal, se a sua condição não se conseguir resolver? De facto, as pessoas que não estão em situação de doença terminal irão previsivelmente sofrer mais tempo.

Em síntese, a morte com dignidade significa, em geral, uma morte sem sofrimento significativo e na posse de um razoável controlo sobre as funções físicas e mentais. A expressão morte com dignidade tem sido associada às práticas da morte assistida. Assim, várias organizações que apoiam a legalização da morte assistida incluem a palavra dignidade no seu nome. Dá-se assim a impressão de que esta é a única opção para se ter uma morte digna e de que a morte por esta via é sempre digna.

Os cuidados paliativos são, porém, uma opção mais aceitável e mais humana, portanto, mais digna. Será também uma opção que está mais de acordo com os desejos dos doentes, os quais na sua maioria não querem morrer. O estudo mostra que a maioria dos médicos pensa que os cuidados paliativos poderiam evitar a maior parte dos pedidos de morte assistida. No entanto, haverá sempre quem pense que a melhor solução é morrer, apesar de poder dispor de cuidados paliativos eficazes.

No entanto, os cuidados paliativos poderão sempre evitar os pedidos causados pelo desespero de as pessoas se verem com um sofrimento intolerável mas que poderia ser controlado, como acontece na maior parte dos casos. Quem trabalha em cuidados paliativos tem a experiência de ter tido alguns pedidos de morte assistida mas, uma vez controlada a causa ou as causas que motivaram o pedido, a perspectiva do doente muda e o desejo de morrer desaparece.

É neste contexto que os oncologistas portugueses se opõem maioritariamente às práticas da morte assistida, embora uma percentagem relativamente elevada, cerca de 40%, seja a favor da sua legalização. Têm recusado os pedidos relativamente infrequentes que lhes têm sido dirigidos. Também não são favoráveis, na sua maioria, à administração de fármacos letais a doentes com doenças incuráveis, avançadas e progressivas que levassem inexoravelmente à morte. Por outro lado, são favoráveis maioritariamente à suspensão de tratamentos nos casos apropriados a pedido do próprio doente e em menor grau a pedido de outros ou por sua própria iniciativa. Também são, na sua esmagadora maioria, favoráveis à administração de fármacos destinados a minimizar o sofrimento ainda que se possa admitir que pudessem encurtar a vida. Consideram também que os cuidados paliativos poderiam evitar muitos pedidos de morte assistida.

Claro que não há posições unânimes. E a diversidade de opiniões reflecte de algum modo a posição da população portuguesa em geral. Não sabemos, porém, o que pensam sobre a morte assistida os doentes que estão nas condições definidas no questionário. O que pensa quem não está nessa situação pode não coincidir com a opinião dos doentes. Talvez um olhar sobre a pessoa que sofre faça pensar aos outros que o melhor era estar morto e que aquela vida já não tem sentido. Mas será isso o que eles pensam? Como foi referido no capítulo sobre a morte assistida, o desejo de morrer é muito instável e pode diminuir com a aproximação da morte.

A ideia dos oncologistas portugueses de que os cuidados paliativos poderiam ser a resposta apropriada para os problemas dos doentes na parte final da sua vida reflecte um grande consenso e é uma das mais importantes conclusões do estudo. É necessário, portanto, desenvolver os cuidados

paliativos para responder ao sofrimento inútil que pode gerar o desejo de morrer. É necessário introduzir o ensino da medicina paliativa nos currículos dos cursos de medicina das faculdades portuguesas. A medicina paliativa deve ainda fazer parte da formação de especialistas de várias áreas clínicas. Deve haver finalmente, uma formação avançada para especialistas de medicina paliativa. Em suma, deve ser considerada uma prioridade social.

De facto, os cuidados paliativos são indispensáveis para que a maioria de nós possa ter uma boa morte.

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário

Estudo sobre as decisões em situações de fim de vida tomadas pelos oncologistas portugueses na prática clínica

A. Dados demográficos

1. Idade: anos
2. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐
3. Estado civil
 - a. Casado(a)/união de facto ☐
 - b. Solteiro(a) vivendo só ☐
 - c. Divorciado(a)/separado(a) ☐
 - d. Viúvo(a) vivendo só ☐
4. Religião _____ é praticante? sim ☐ não ☐
5. Especialidade principal
 - a. Cirurgia ☐
 - b. Oncologia Médica ☐
 - c. Radioterapia ☐
 - d. Outra ☐Qual _____
6. Local de trabalho – indique apenas o principal (se já não estiver no activo indique-o em Outro)
 - a. Instituto de oncologia ☐
 - b. Hospital central ☐
 - c. Hospital distrital ☐
 - d. Clínica privada ☐
 - e. Centro de saúde ☐
 - f. Outro ☐Qual _____

7. Tipo de região onde pratica a sua especialidade

a. Cidade grande ☐ Cidade pequena ☐ Zona rural ☐

8. No último ano, com quantas situações de pessoas, com uma doença incurável e progressiva

que levasse inexoravelmente à morte e em sofrimento, se viu confrontado, na sua prática

clínica? 0 ☐ 1 a 5 ☐ mais de 5 ☐

mais de 15 ☐ mais de 30 ☐

B. Eutanásia

Definição: Terminação deliberada e indolor da vida de uma pessoa, com uma doença incurável avançada e progressiva que levará inexoravelmente à morte, a seu pedido explícito, repetido, informado e bem reflectido, pela administração de um ou mais fármacos em doses letais.

Tendo em conta esta definição de eutanásia, responda às seguintes perguntas:

1. A legislação portuguesa não permite a prática da eutanásia. Mesmo assim, há circunstâncias em que a praticaria?

Sim ☐ Não ☐ Não tenho opinião formada ☐

2. Se a legislação permitisse a prática da eutanásia fá-lo-ia?

Sim ☐ Não ☐ Não tenho opinião formada ☐

3. Já alguma vez recebeu um pedido de eutanásia?

Sim ☐ Não ☐
Aproximadamente quantos?

4. Recebeu algum pedido de eutanásia no último ano?

Sim ☐ Não ☐
Quantos?

5. Já praticou eutanásia no sentido da definição acima expressa?

Sim ☐ Não ☐
Quantas vezes?

6. Pensa que a eutanásia devia ser permitida na ordem jurídica portuguesa?

Sim ☐ Não ☐ Não tenho opinião formada ☐

7. Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pela eutanásia?

Sim ☐ Não ☐ Não tenho opinião formada ☐

C. Suicídio assistido

Definição:

Ajuda ao suicídio de uma pessoa com uma doença incurável, avançada e progressiva que levará inexoravelmente à morte, a seu pedido explícito, repetido, informado e bem reflectido, prescrevendo os fármacos e dando-lhe as instruções necessárias para o seu uso.

Tendo em conta esta definição de suicídio assistido, responda às seguintes perguntas:

1. A legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria?
Sim ☐ Não ☐ Não tenho opinião formada ☐
2. Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia?
Sim ☐ Não ☐ Não tenho opinião formada ☐
3. Já alguma vez recebeu um pedido de suicídio assistido?
Sim ☐ Não ☐
Aproximadamente quantos?
4. Recebeu algum pedido de suicídio assistido no último ano?
Sim ☐ Não ☐
Quantos?
5. Já praticou suicídio assistido no sentido da definição acima expressa?
Sim ☐ Não ☐
Quantas vezes?
6. Pensa que o suicídio assistido devia ser permitido na ordem jurídica portuguesa?
Sim ☐ Não ☐ Não tenho opinião formada ☐
7. Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pelo suicídio assistido?
Sim ☐ Não ☐ Não tenho opinião formada ☐

D. Doentes cognitivamente incompetentes

1. Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, a pedido de um familiar ou de outra pessoa

- próxima? Sim ☐ Não ☐ Não tenho opinião formada ☐
2. Já alguma vez recebeu um pedido deste tipo?
 Sim ☐ Não ☐
 Aproximadamente quantos?
3. Recebeu algum pedido no último ano?
 Sim ☐ Não ☐
 Quantos?
4. Já praticou um acto deste tipo?
 Sim ☐ Não ☐
 Quantas vezes?
5. Pensa que este tipo de actos deviam ser permitidos pela legislação?
 Sim ☐ Não ☐ Não tenho opinião formada ☐
6. Se tivesse uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, gostaria que um médico lhe administrasse um ou mais fármacos em doses letais, se tal lhe fosse pedido por um seu familiar ou outra pessoa próxima?
 Sim ☐ Não ☐ Não tenho opinião formada ☐
7. Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, por sua própria iniciativa (sem que lhe tenha sido pedido)?
 Sim ☐ Não ☐ Não tenho opinião formada ☐
8. Já praticou um acto deste tipo?
 Sim ☐ Não ☐
 Quantas vezes?
9. Pensa que os actos deste tipo deviam ser permitidos pela legislação?
 Sim ☐ Não ☐ Não tenho opinião formada ☐
10. Se tivesse uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, gostaria que um médico lhe administrasse um ou mais fármacos em doses letais, baseado apenas no seu julgamento?
 Sim ☐ Não ☐
 Não tenho opinião formada ☐

E. Suspensão de tratamentos

1. Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, é legítimo suspender medidas de suporte da vida a seu pedido explícito, repetido, informado e bem reflectido?

Sim ☐ Não ☐
Em certas circunstâncias ☐ especifique

a. Suspenderia medidas como alimentação ou hidratação?

Sim ☐ Não ☐

2. Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, é legítimo suspender medidas de suporte da vida a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima? Sim ☐ Não ☐

Em certas circunstâncias ☐ especifique

a. Suspenderia medidas como alimentação ou hidratação?

Sim ☐ Não ☐

3. Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões, é legítimo suspender medidas de suporte da vida por decisão unilateral do médico ou da equipa de saúde?

Sim ☐ Não ☐

Em certas circunstâncias ☐ especifique

a. Suspenderia medidas como alimentação ou hidratação?

Sim ☐ Não ☐

F. Controlo de sintomas

1. Em pessoas em grande sofrimento com doenças incuráveis, avançadas e progressivas que levarão inexoravelmente à morte, administra os fármacos necessários (ex. morfina) para controlar esse sofrimento ainda que possa admitir que possa encurtar a sua vida (sem que seja essa a sua intenção)?

Não ☐ Sempre que seja necessário ☐
Em certas circunstâncias ☐ Especifique

_____ Não tenho opinião formada ☐

2. Se tivesse uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse em sofrimento, gostaria que um médico lhe administrasse os fármacos necessários (ex. morfina) para controlar o seu sofrimento ainda que isso lhe pudesse encurtar a vida (sem que seja essa a intenção)?

tenho opinião formada Sim ☐ Não ☐ Não ☐

G. Cuidados paliativos

1. Considera que os cuidados paliativos podem evitar pedidos de eutanásia e de suicídio assistido? Todos ☐ Muitos ☐ Alguns ☐ Não ☐
 Não tenho opinião formada ☐

H. Outros casos

1. No seu entender, o conceito de eutanásia (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência?
 Sim ☐ Não ☐ Não ☐ tenho
 opinião formada ☐
2. No seu entender, o conceito de suicídio assistido (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência?
 Sim ☐ Não ☐ Não ☐
 tenho opinião formada ☐

H. Observações

Se quiser comentar qualquer aspecto deste questionário, use por favor o espaço abaixo.

Obrigado pela sua cooperação

Anexo 2 – Quadros

Quadro A.1. A legislação portuguesa não permite a prática da eutanásia. Mesmo assim, há circunstâncias em que a praticaria?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Não tenho opinião formada	p
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	142	38 (76,0) 53 (76,8) 20 (87,0)	5 (10,0) 12 (17,4) 2 (8,7)	7 (14,0) 4 (5,8) 1 (4,3)	0,393
Sexo Feminino Masculino	142	39 (76,5) 72 (79,1)	5 (9,8) 14 (15,4)	7 (13,7) 5 (5,5)	0,173
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	142	96 (77,4) 15 (83,3)	18 (14,5) 1 (5,6)	10 (8,1) 2 (11,1)	0,583
Religião católica Não praticante Praticante	121	46 (69,7) 51 (92,7)	13 (19,7) 2 (3,6)	7 (10,6) 2 (3,6)	0,005
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	143	44 (74,6) 44 (81,5) 15 (75,0) 9 (90,0)	11 (18,6) 7 (13,0) 0 (0,0) 1 (10,0)	4 (6,8) 3 (5,6) 5 (25,0) 0 (0,0)	0,084
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	142	65 (79,3) 29 (78,4) 17 (73,9)	9 (11,0) 7 (18,9) 3 (3,0)	8 (9,8) 1 (2,7) 3 (13,0)	0,450
Região onde pratica especialidade Cidade grande Outra	141	95 (77,2) 15 (83,3)	16 (13,0) 3 (16,7)	12 (9,8) 0 (0,0)	0,434
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	141	25 (78,1) 43 (79,6) 43 (78,2)	5 (15,6) 7 (13,0) 6 (10,9)	2 (6,3) 4 (7,4) 6 (10,9)	0,921

Quadro A.2. Se a legislação permitisse a prática de eutanásia fá-lo-ia?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Não tenho opinião formada	P
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	142	33 (66,0) 39 (56,5) 18 (78,3)	10 (20,0) 20 (29,0) 4 (17,4)	7 (14,0) 10 (14,5) 1 (4,3)	0,369
Sexo Feminino Masculino	142	30 (58,8) 60 (65,9)	10 (19,6) 24 (26,4)	11 (21,6) 7 (7,7)	0,059
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	142	79 (63,7) 11 (61,1)	32 (25,8) 2 (11,1)	13 (10,5) 5 (27,8)	0,151
Religião católica Não praticante Praticante	120	36 (55,4) 45 (81,8)	20 (30,8) 5 (9,1)	9 (13,8) 5 (9,1)	0,004
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	143	36 (61,0) 33 (61,1) 15 (75,0) 7 (70,0)	16 (27,1) 14 (25,9) 1 (5,0) 3 (30,0)	7 (11,9) 7 (13,0) 4 (20,0) 0 (0,0)	0,346
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	142	54 (65,9) 23 (62,2) 13 (56,5)	15 (18,3) 11 (29,7) 8 (34,8)	13 (15,9) 3 (8,1) 2 (8,7)	0,353
Região onde pratica especialidade Cidade grande Outra	141	77 (62,6) 12 (66,7)	29 (23,6) 5 (27,8)	17 (13,8) 1 (5,6)	0,758
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	141	23 (71,9) 32 (59,3) 35 (63,6)	8 (25,0) 17 (31,5) 8 (14,5)	1 (3,1) 5 (9,3) 12 (21,8)	0,035

Quadro A.3. Pensa que a eutanásia devia ser permitida na ordem jurídica portuguesa?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Não tenho opinião formada	p
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	141	18 (36,0) 25 (36,8) 16 (69,6)	21 (42,0) 28 (41,2) 6 (26,1)	11 (22,0) 15 (22,1) 1 (4,3)	0,051
Sexo Feminino Masculino	141	17 (33,3) 42 (46,7)	19 (37,3) 36 (40,0)	11 (21,6) 7 (7,7)	0,053
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	141	52 (42,3) 7 (38,9)	51 (41,5) 4 (22,2)	13 (10,5) 5 (27,8)	0,056
Religião católica Não praticante Praticante	120	21 (32,3) 35 (63,6)	31 (47,7) 9 (16,4)	13 (20,0) 11 (20,0)	<0,001
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	143	29 (49,2) 22 (41,5) 5 (25,0) 4 (40,0)	24 (40,7) 21 (39,6) 6 (30,0) 4 (40,0)	6 (10,2) 10 (18,9) 9 (45,0) 2 (20,0)	0,083
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	141	34 (41,5) 16 (44,4) 9 (39,1)	30 (36,6) 14 (38,9) 11 (47,8)	18 (22,0) 6 (16,7) 3 (13,0)	0,816
Região onde pratica especialidade Cidade grande Outra	140	51 (41,5) 7 (41,2)	47 (38,2) 8 (47,1)	25 (20,3) 2 (11,8)	0,668
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	140	14 (43,8) 21 (39,6) 25 (45,5)	11 (34,4) 22 (41,5) 20 (36,4)	7 (21,9) 10 (18,9) 10 (18,2)	0,957

Quadro A.4. Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pela eutanásia?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Não tenho opinião formada	P
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	142	19 (38,0) 24 (34,8) 15 (65,2)	20 (40,0) 27 (39,1) 4 (17,4)	11 (22,0) 18 (26,1) 4 (17,4)	0,122
Sexo Feminino Masculino	142	17 (33,3) 41 (45,1)	19 (37,3) 32 (35,2)	15 (29,4) 18 (19,8)	0,308
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	142	52 (41,9) 6 (33,3)	45 (36,3) 6 (33,3)	27 (21,8) 6 (33,3)	0,582
Religião católica Não praticante Praticante	121	19 (28,8) 35 (63,6)	30 (45,5) 7 (12,7)	17 (25,8) 13 (23,6)	<0,001
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	143	25 (42,4) 24 (44,4) 6 (30,0) 4 (40,0)	22 (37,2) 18 (33,3) 7 (35,0) 4 (40,0)	12 (20,3) 12 (22,2) 7 (35,0) 2 (20,0)	0,882
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	141	35 (42,7) 16 (43,2) 8 (34,8)	30 (36,6) 11 (29,7) 9 (39,1)	17 (20,7) 10 (27,0) 6 (26,1)	0,867
Região onde pratica especialidade Cidade grande Outra	141	49 (39,8) 8 (44,4)	45 (36,6) 6 (33,3)	29 (23,6) 4 (22,2)	0,949
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	141	14 (43,8) 21 (38,9) 24 (43,6)	10 (31,3) 21 (38,9) 18 (32,7)	8 (25,0) 12 (22,2) 13 (23,6)	0,956

Quadro A.5. A legislação portuguesa não permite a prática de suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Não tenho opinião formada	p
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	141	41 (28,0) 43 (63,2) 20 (87,0)	5 (10,0) 14 (20,6) 2 (8,7)	4 (8,0) 11 (16,2) 1 (4,3)	0,128
Sexo Feminino Masculino	141	36 (70,6) 68 (75,6)	7 (13,7) 14 (15,6)	8 (15,7) 8 (8,9)	0,484
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	141	90 (73,2) 14 (77,8)	45 (36,3) 6 (33,3)	27 (21,8) 6 (33,3)	0,443
Religião católica Não praticante Praticante	120	41 (63,1) 50 (90,9)	13 (20,0) 2 (3,6)	11 (16,9) 3 (5,5)	0,001
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	142	41 (69,5) 42 (79,2) 14 (70,0) 8 (80,0)	22 (37,2) 18 (33,3) 7 (35,0) 2 (20,0)	12 (20,3) 12 (22,2) 7 (35,0) 0 (0,0)	0,632
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	141	62 (75,6) 25 (69,4) 17 (73,9)	10 (12,2) 8 (22,2) 3 (13,0)	10 (12,2) 3 (8,3) 3 (13,0)	0,683
Região onde pratica especialidade Cidade grande Outra	141	91 (74,0) 12 (70,6)	18 (14,6) 3 (17,6)	14 (11,4) 2 (11,8)	0,913
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	140	23 (71,9) 41 (77,4) 40 (72,7)	4 (12,5) 8 (15,1) 8 (14,5)	5 (15,6) 4 (7,5) 7 (12,7)	0,823

Quadro A.6. Se a legislação permitisse a prática de suicídio assistido fá-lo-ia?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Não tenho opinião formada	p
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	141	34 (68,0) 35 (51,5) 19 (82,6)	12 (10,0) 21 (30,9) 3 (13,0)	4 (8,0) 12 (17,6) 1 (4,3)	0,064
Sexo Feminino Masculino	141	30 (58,8) 58 (54,4)	12 (23,5) 24 (26,7)	9 (17,6) 8 (8,9)	0,328
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	141	74 (60,2) 14 (77,8)	35 (28,5) 6 (33,3)	14 (11,4) 3 (16,7)	0,089
Religião católica Não praticante Praticante	120	36 (55,4) 45 (81,8)	20 (30,8) 5 (9,1)	9 (13,8) 5 (9,1)	0,005
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	142	36 (61,0) 33 (62,3) 14 (70,0) 6 (60,0)	14 (23,7) 16 (30,2) 2 (10,0) 4 (40,0)	12 (20,3) 12 (22,2) 7 (35,0) 0 (0,0)	0,312
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	141	53 (64,6) 19 (52,8) 16 (69,6)	19 (23,2) 12 (33,3) 5 (21,7)	10 (12,2) 5 (13,9) 2 (8,7)	0,707
Região onde pratica especialidade Cidade grande Outra	141	78 (63,4) 9 (52,9)	30 (24,4) 6 (35,3)	15 (12,2) 2 (11,8)	0,597
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	140	22 (68,8) 32 (60,4) 34 (61,8)	6 (18,8) 17 (32,1) 12 (21,8)	4 (12,5) 4 (7,5) 9 (16,4)	0,455

Quadro A.7. Pensa que o suicídio assistido devia ser permitido na ordem jurídica portuguesa?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Não tenho opinião formada	p
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	140	24 (49,0) 30 (43,5) 18 (81,8)	16 (32,7) 25 (36,2) 4 (18,2)	9 (18,4) 14 (20,3) 0 (0,0)	0,027
Sexo Feminino Masculino	140	22 (44,9) 50 (54,9)	18 (36,7) 27 (29,7)	9 (18,4) 14 (15,4)	0,535
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	140	61 (50,0) 11 (61,1)	42 (34,4) 3 (16,7)	19 (15,6) 4 (22,2)	0,319
Religião católica Não praticante Praticante	119	29 (43,9) 38 (71,7)	26 (39,4) 5 (9,4)	11 (16,7) 10 (18,9)	0,001
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	141	31 (53,4) 29 (53,7) 7 (36,8) 6 (60,0)	19 (32,8) 17 (31,5) 6 (31,6) 3 (30,0)	8 (13,8) 8 (14,8) 6 (31,6) 1 (10,0)	0,695
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	141	39 (48,1) 18 (50,0) 15 (65,2)	28 (34,6) 11 (30,6) 6 (26,1)	14 (17,3) 7 (19,4) 2 (8,7)	0,642
Região onde pratica especialidade Cidade grande Outra	139	62 (51,2) 9 (50,0)	38 (31,4) 7 (38,9)	21 (17,4) 2 (11,1)	0,706
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	140	19 (59,4) 26 (49,1) 28 (51,9)	8 (25,0) 17 (32,1) 18 (33,3)	5 (15,6) 10 (18,9) 8 (14,8)	0,884

Quadro A.8. Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pelo suicídio assistido?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Não tenho Opinião formada	p
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	142	25 (50,0) 28 (40,6) 18 (78,3)	12 (24,0) 21 (30,4) 1 (4,3)	13 (26,0) 20 (29,0) 4 (17,4)	0,029
Sexo Feminino Masculino	142	24 (47,1) 47 (51,6)	11 (21,6) 23 (25,3)	16 (31,4) 21 (23,1)	0,564
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	142	63 (50,8) 8 (44,4)	30 (24,2) 4 (22,2)	31 (25,0) 6 (33,3)	0,757
Religião católica Não praticante Praticante	121	28 (42,4) 39 (70,9)	16 (24,2) 5 (9,1)	22 (33,3) 11 (20,0)	0,005
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	143	32 (54,2) 26 (48,1) 9 (45,0) 5 (50,0)	12 (20,3) 14 (25,9) 6 (30,0) 2 (20,0)	15 (25,4) 14 (25,9) 5 (25,0) 3 (30,0)	0,975
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	142	41 (50,0) 19 (51,4) 12 (52,2)	21 (25,6) 7 (18,9) 5 (21,7)	20 (24,4) 11 (29,7) 6 (26,1)	0,941
Região onde pratica especialidade Cidade grande Outra	141	60 (48,8) 10 (55,6)	29 (23,6) 5 (27,8)	34 (27,6) 3 (16,7)	0,679
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	141	17 (53,1) 27 (50,0) 27 (49,1)	5 (15,6) 14 (25,9) 14 (25,5)	10 (31,3) 13 (24,1) 14 (25,5)	0,825

Quadro A.9. Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Não tenho Opinião formada	p
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	141	46 (92,0) 54 (78,3) 20 (90,9)	1 (2,0) 9 (13,0) 1 (4,5)	3 (6,0) 6 (8,7) 1 (4,5)	0,199
Sexo Feminino Masculino	142	44 (86,3) 76 (84,4)	3 (5,9) 8 (8,9)	4 (7,8) 6 (6,7)	0,872
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	141	102 (82,9) 18 (100,0)	11 (8,9) 0 (0,0)	10 (8,1) 0 (0,0)	0,254
Religião católica Não praticante Praticante	121	53 (80,3) 51 (92,7)	7 (10,6) 1 (1,8)	6 (9,1) 3 (5,5)	0,112
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	142	47 (81,0) 49 (90,7) 17 (85,0) 8 (80,0)	8 (13,8) 3 (5,6) 0 (0,0) 0 (0,0)	3 (5,2) 2 (3,7) 3 (15,0) 2 (20,0)	0,096
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	141	72 (87,8) 32 (88,9) 16 (69,6)	4 (4,9) 4 (11,1) 3 (13,0)	6 (7,3) 0 (0,0) 4 (17,4)	0,035
Região onde pratica Cidade grande Outra	140	102 (83,6) 17 (94,4)	10 (8,2) 1 (5,6)	10 (8,2) 0 (0,0)	0,658
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	141	26 (83,9) 46 (85,2) 48 (87,3)	3 (9,7) 5 (9,3) 3 (5,5)	2 (6,5) 3 (5,6) 4 (7,3)	0,933

Quadro A.10. Pensa que este tipo de actos deviam ser permitidos pela legislação?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Não tenho Opinião formada	p
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	138	34 (69,4) 40 (60,6) 17 (73,9)	6 (12,2) 16 (24,2) 2 (8,7)	9 (18,4) 10 (15,2) 4 (17,4)	0,406
Sexo Feminino Masculino	138	30 (60,0) 61 (69,3)	8 (16,0) 16 (18,2)	12 (24,0) 11 (12,5)	0,232
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	138	78 (65,0) 13 (72,2)	22 (18,3) 2 (11,10)	20 (16,7) 3 (16,7)	0,869
Religião católica Não praticante Praticante	119	38 (59,4) 41 (74,5)	13 (20,3) 5 (9,1)	13 (20,3) 9 (16,4)	0,160
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	139	34 (58,6) 40 (76,9) 10 (52,6) 8 (80,0)	16 (27,6) 6 (11,5) 2 (10,5) 0 (0,0)	8 (13,8) 6 (11,5) 7 (36,8) 2 (20,0)	0,030
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	138	51 (64,6) 27 (73,0) 13 (59,1)	13 (16,5) 8 (21,6) 3 (13,6)	15 (19,0) 2 (5,4) 6 (27,3)	0,195
Região onde pratica Cidade grande Outra	137	77 (64,7) 13 (72,2)	21 (17,6) 3 (16,7)	21 (17,6) 2 (11,1)	0,930
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	137	17 (56,7) 38 (71,7) 36 (66,7)	5 (16,7) 9 (17,0) 10 (18,5)	8 (26,7) 6 (11,3) 8 (14,8)	0,468

Quadro A.11. Se tivesse uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, gostaria que um médico lhe administrasse um ou mais fármacos em doses letais, se tal lhe fosse pedido por um seu familiar ou outra pessoa próxima?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Não tenho opinião formada	P
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	140	30 (61,2) 32 (47,1) 17 (73,9)	10 (20,4) 17 (25,0) 3 (13,0)	9 (18,4) 19 (27,9) 3 (13,0)	0,209
Sexo Feminino Masculino	138	25 (50,0) 54 (60,0)	11 (22,0) 19 (21,1)	14 (28,0) 17 (18,9)	0,409
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	140	69 (56,1) 10 (58,8)	27 (22,0) 3 (17,6)	27 (22,0) 4 (23,5)	1,000
Religião católica Não praticante Praticante	120	29 (44,6) 39 (70,9)	17 (26,2) 8 (14,5)	19 (29,2) 8 (14,5)	0,016
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	141	30 (51,7) 32 (60,4) 12 (60,0) 6 (60,0)	17 (29,3) 9 (17,0) 3 (15) 1 (10,0)	11 (19,0) 12 (22,6) 5 (25,0) 3 (30,0)	0,683
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	138	49 (60,5) 21 (58,3) 10 (43,5)	15 (18,5) 8 (22,2) 6 (26,1)	17 (21,0) 7 (19,4) 7 (30,4)	0,677
Região onde pratica Cidade grande Outra	139	67 (55,4) 11 (61,1)	27 (22,3) 3 (16,7)	27 (22,3) 4 (22,2)	0,942
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	137	19 (59,4) 31 (58,5) 30 (55,6)	4 (12,5) 13 (24,5) 12 (22,2)	9 (28,1) 9 (17,0) 12 (22,2)	0,617

Quadro A.12. Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, por sua própria iniciativa (sem que lhe tenha sido pedido)?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Não tenho opinião formada	P
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	138	45 (93,8) 56 (83,6) 22 (95,7)	1 (2,1) 5 (7,5) 0 (0,0)	2 (4,2) 6 (9,0) 1 (4,3)	0,453
Sexo Feminino Masculino	138	45 (91,8) 78 (87,6)	0 (0,0) 6 (6,7)	4 (8,2) 5 (5,6)	0,152
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	138	108 (89,3) 15 (88,2)	6 (5,0) 0 (0,0)	7 (5,8) 2 (11,8)	0,423
Religião católica Não praticante Praticante	118	56 (86,2) 51 (96,2)	4 (6,2) 0 (0,0)	5 (7,7) 2 (3,8)	0,116
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	139	47 (82,5) 49 (94,2) 19 (95,0) 9 (90,0)	5 (8,8) 1 (1,9) 0 (0,0) 0 (0,0)	5 (8,8) 2 (3,8) 1 (5,0) 1 (10,0)	0,442
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	138	71 (89,9) 33 (91,7) 19 (82,6)	4 (5,1) 1 (2,8) 1 (4,3)	4 (5,1) 2 (5,6) 3 (13,0)	0,689
Região onde pratica especialidade Cidade grande Outra	137	107 (89,2) 15 (88,2)	5 (4,2) 1 (5,9)	8 (6,7) 1 (5,9)	0,824
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	137	30 (93,8) 46 (88,5) 46 (86,8)	1 (3,1) 2 (3,8) 3 (5,7)	1 (3,1) 4 (7,7) 4 (7,5)	0,920

Quadro A.13. Pensa que os actos deste tipo deviam ser permitidos pela legislação?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Não tenho opinião formada	P
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	140	36 (72,0) 45 (65,2) 19 (90,5)	5 (10,0) 13 (18,8) 1 (4,8)	9 (18,0) 11 (15,9) 1 (4,8)	0,214
Sexo Feminino Masculino	140	30 (60,0) 70 (77,8)	9 (18,0) 10 (11,1)	11 (22,0) 10 (11,1)	0,080
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	140	87 (71,3) 13 (72,2)	17 (13,9) 2 (11,1)	18 (14,8) 3 (16,7)	1,000
Religião católica Não praticante Praticante	119	40 (61,5) 44 (81,5)	14 (21,5) 2 (3,7)	11 (16,9) 8 (14,8)	0,010
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	141	40 (69,0) 41 (75,9) 12 (60,0) 8 (88,9)	10 (17,2) 7 (13,0) 2 (10,0) 0 (0,0)	8 (13,8) 6 (11,1) 6 (30,0) 1 (11,1)	0,449
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	140	58 (71,6) 27 (73,0) 15 (68,2)	10 (12,3) 6 (16,2) 3 (13,6)	13 (16,0) 4 (10,8) 4 (18,2)	0,902
Região onde pratica Cidade grande Outra	140	86 (71,1) 13 (72,2)	17 (14,0) 2 (11,1)	18 (14,9) 3 (16,7)	1,000
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	140	23 (71,9) 40 (75,5) 37 (67,3)	5 (15,6) 6 (11,3) 8 (14,5)	4 (12,5) 7 (13,2) 10 (18,2)	0,878

Quadro A.14. Se tivesse uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, gostaria que um médico lhe administrasse um ou mais fármacos em doses letais, baseado apenas no seu julgamento?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Não tenho opinião formada	P
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	138	38 (76,0) 41 (62,1) 20 (90,9)	4 (8,0) 10 (15,2) 0 (0,0)	8 (16,0) 15 (22,7) 2 (9,1)	0,101
Sexo Feminino Masculino	138	32 (64,0) 70 (77,8)	7 (14,0) 7 (8,0)	11 (22,0) 14 (15,9)	0,300
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	138	87 (72,5) 12 (66,7)	12 (10,0) 2 (11,1)	21 (17,5) 4 (22,2)	0,776
Religião católica Não praticante Praticante	119	40 (62,5) 43 (83,6)	8 (12,5) 3 (5,5)	16 (25,0) 6 (10,9)	0,038
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	139	38 (66,70) 40 (76,9) 14 (70,0) 8 (80,9)	7 (12,3) 5 (9,6) 2 (10,0) 0 (0,0)	12 (21,1) 7 (13,5) 4 (20,0) 2 (20,0)	0,882
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	138	61 (74,4) 24 (72,7) 15 (65,2)	8 (9,8) 4 (12,1) 1 (4,3)	13 (15,9) 5 (15,2) 7 (30,4)	0,537
Região onde pratica Cidade grande Outra	137	85 (70,8) 13 (76,5)	12 (10,0) 2 (11,8)	23 (19,2) 2 (11,8)	0,837
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	137	25 (83,3) 36 (69,2) 37 (67,3)	1 (3,3) 6 (11,5) 7 (12,7)	4 (13,3) 10 (19,2) 11 (20,0)	0,549

Quadro A.15. Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, é legítimo suspender medidas de suporte da vida a seu pedido explícito, repetido informado e bem reflectido?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Em certas circunstâncias	P
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	141	12 (24,0) 9 (13,2) 6 (26,1)	32 (64,0) 50 (73,5) 12 (52,2)	6 (12,0) 9 (13,2) 5 (21,7)	0,276
Sexo Feminino Masculino	138	6 (12,0) 21 (23,1)	33 (66,0) 61 (67,0)	11 (22,0) 9 (9,9)	0,068
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	141	24 (19,5) 3 (16,7)	82 (66,7) 12 (66,7)	17 (13,8) 3 (16,7)	0,931
Religião católica Não praticante Praticante	120	12 (18,5) 15 (27,3)	47 (72,3) 28 (50,9)	6 (9,2) 12 (21,8)	0,039
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	142	11 (19,0) 7 (13,0) 6 (30,0) 3 (30,0)	42 (72,4) 38 (70,4) 9 (45,0) 6 (60,0)	5 (8,6) 9 (16,7) 5 (25,0) 1 (10,0)	0,179
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	141	12 (14,6) 7 (19,4) 8 (34,8)	59 (72,0) 22 (61,1) 13 (56,5)	11 (13,4) 7 (19,4) 2 (8,7)	0,231
Região onde pratica Cidade grande Outra	140	23 (18,9) 4 (22,2)	84 (68,9) 10 (55,6)	15 (12,3) 4 (22,2)	0,345
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	140	11 (34,4) 11 (20,8) 5 (9,1)	15 (46,9) 35 (66,0) 43 (78,2)	6 (18,8) 7 (13,2) 7 (12,7)	0,033

Quadro A.16. Suspenderia medidas como alimentação ou hidratação?

Características n (%)	Total	Não	Sim	p
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	141	35 (64,0) 36 (52,9) 15 (65,2)	18 (36,0) 32 (47,1) 8 (34,8)	0,381
Sexo Feminino Masculino	141	30 (58,8) 53 (58,9)	21 (41,2) 37 (41,1)	1,000
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	141	72 (58,8) 11 (61,1)	51 (41,5) 7 (38,9)	1,000
Religião católica Não praticante Praticante	120	36 (54,5) 40 (72,7)	30 (45,5) 15 (27,3)	0,058
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	142	34 (57,6) 23 (43,4) 20 (100,0) 7 (70,0)	25 (42,4) 30 (56,6) 0 (0,0) 3 (30,0)	<0,001
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	141	52 (63,4) 15 (41,7) 17 (73,9)	30 (36,6) 21 (58,3) 6 (26,1)	0,027
Região onde pratica especialidade Cidade grande Outra	140	74 (60,7) 10 (55,6)	48 (39,3) 8 (44,4)	0,798
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	140	24 (75,0) 30 (56,6) 29 (52,7)	8 (25,0) 23 (43,4) 26 (47,3)	0,107

Quadro A.17. Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, é legítimo suspender medidas de suporte da vida a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Em certas circunstâncias	p
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	141	31 (62,0) 24 (34,8) 10 (45,5)	12 (24,0) 36 (52,2) 4 (18,2)	7 (14,0) 9 (13,0) 8 (36,4)	0,001
Sexo Feminino Masculino	138	27 (52,9) 38 (42,2)	15 (29,4) 37 (41,1)	11 (22,0) 9 (9,9)	0,068
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	141	55 (44,7) 10 (55,6)	46 (37,4) 6 (33,3)	22 (17,9) 2 (11,1)	0,595
Religião católica Não praticante Praticante	120	32 (48,5) 29 (53,7)	26 (39,4) 14 (25,9)	8 (12,1) 11 (20,4)	0,235
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	142	28 (48,3) 20 (37,0) 15 (75,0) 3 (30,0)	24 (41,4) 21 (38,9) 3 (15,0) 4 (40,0)	6 (10,3) 13 (24,1) 2 (10,0) 3 (30,0)	0,040
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	141	35 (42,7) 18 (48,6) 13 (59,1)	32 (39,0) 12 (32,4) 7 (31,8)	15 (18,3) 7 (18,9) 2 (9,1)	0,664
Região onde pratica especialidade Cidade grande Outra	140	54 (44,3) 11 (61,1)	47 (38,5) 4 (22,2)	21 (17,2) 3 (16,7)	0,331
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	140	20 (64,5) 22 (40,7) 23 (41,8)	6 (19,4) 21 (38,9) 25 (45,5)	5 (16,1) 11 (20,4) 7 (12,7)	0,113

Quadro A.18. Suspenderia medidas como alimentação ou hidratação?

Características n (%)	Total	Não	Sim	p
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	140	37 (75,5) 43 (62,3) 16 (72,7)	12 (24,5) 26 (37,7) 6 (27,3)	0,292
Sexo Feminino Masculino	140	39 (76,5) 57 (64,0)	12 (23,5) 32 (36,0)	0,136
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	140	82 (67,2) 14 (77,8)	40 (32,8) 4 (22,2)	0,428
Religião católica Não praticante Praticante	119	44 (67,7) 43 (79,6)	21 (32,3) 11 (20,4)	0,154
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	141	41 (69,5) 30 (55,6) 19 (100,0) 7 (77,8)	18 (30,5) 24 (44,4) 0 (0,0) 2 (22,2)	0,003
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	140	58 (71,6) 22 (59,5) 17 (77,3)	23 (28,4) 15 (40,5) 5 (22,7)	0,295
Região onde pratica especialidade Cidade grande Outra	139	83 (68,6) 13 (72,2)	38 (31,4) 5 (27,8)	0,795
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	140	26 (81,3) 37 (68,5) 33 (61,1)	6 (18,8) 17 (31,5) 21 (38,9)	0,142

Quadro A.19. Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, é legítimo suspender medidas de suporte da vida por decisão unilateral do médico ou da equipa de saúde?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Em certas circunstâncias	p
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	142	30 (60,0) 24 (34,8) 11 (47,8)	12 (24,0) 32 (46,4) 8 (34,8)	8 (16,0) 13 (18,8) 4 (17,4)	0,085
Sexo Feminino Masculino	138	25 (49,0) 40 (44,0)	17 (33,3) 35 (38,5)	9 (17,6) 16 (17,6)	0,800
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	142	57 (46,0) 8 (44,4)	46 (37,1) 6 (33,3)	21 (16,9) 4 (22,2)	0,891
Religião católica Não praticante Praticante	121	27 (40,9) 31 (56,4)	25 (37,9) 15 (27,3)	14 (21,2) 9 (16,4)	0,236
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	143	24 (40,7) 26 (40,1) 13 (65,0) 3 (30,0)	28 (47,5) 17 (31,5) 2 (10,0) 5 (50,0)	7 (11,9) 11 (20,4) 5 (25,0) 2 (20,0)	0,050
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	142	36 (43,9) 18 (48,6) 12 (52,2)	31 (37,8) 11 (29,7) 9 (39,1)	15 (18,3) 8 (21,6) 2 (8,7)	0,691
Região onde pratica especialidade Cidade grande Outra	141	56 (45,5) 9 (50,0)	46 (37,4) 5 (27,8)	21 (17,1) 4 (22,2)	0,715
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	141	16 (50,0) 23 (42,6) 26 (47,3)	9 (28,1) 23 (42,6) 20 (36,4)	7 (21,9) 8 (14,8) 9 (16,4)	0,738

Quadro A.20. Suspenderia medidas como alimentação ou hidratação?

Características n (%)	Total	Não	Sim	p
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	135	39 (81,3) 41 (61,2) 16 (80,0)	9 (18,8) 26 (38,8) 4 (20,0)	0,043
Sexo Feminino Masculino	135	36 (73,5) 60 (69,8)	13 (26,5) 26 (30,2)	0,697
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	135	84 (70,6) 12 (75,0)	35 (29,4) 4 (25,0)	1,000
Religião católica Não praticante Praticante	116	40 (64,5) 47 (87,0)	22 (35,5) 7 (13,0)	0,009
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	136	41 (70,7) 31 (60,8) 19 (100,0) 6 (75,0)	17 (29,3) 20 (39,2) 0 (0,0) 2 (25,0)	0,013
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	135	57 (71,3) 25 (69,4) 15 (78,9)	23 (28,8) 11 (30,6) 4 (21,1)	0,795
Região onde pratica especialidade Cidade grande Outra	134	83 (70,9) 13 (76,5)	34 (29,1) 4 (23,5)	0,778
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	140	20 (76,9) 37 (68,5) 39 (70,9)	6 (23,1) 17 (31,5) 16 (29,1)	0,753

Quadro A.21. No seu entender, o conceito de eutanásia (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Não tenho opinião formada	p
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	142	39 (78,0) 57 (82,6) 20 (87,0)	7 (14,0) 9 (13,0) 1 (4,3)	4 (8,0) 3 (4,3) 2 (8,7)	0,645
Sexo Feminino Masculino	142	42 (82,4) 74 (81,3)	6 (11,8) 11 (12,1)	3 (5,9) 6 (6,6)	1,000
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	142	101 (81,5) 15 (83,3)	14 (11,3) 3 (16,7)	9 (7,3) 0 (0,0)	0,540
Religião católica Não praticante Praticante	121	56 (84,8) 44 (80,0)	6 (9,1) 6 (10,9)	4 (6,1) 5 (9,1)	0,824
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	143	50 (84,7) 44 (81,5) 14 (70,0) 9 (90,0)	6 (10,2) 8 (14,8) 3 (15,0) 0 (0,0)	3 (5,1) 2 (3,7) 3 (15,0) 1 (10,0)	0,416
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	142	61 (74,4) 34 (91,9) 21 (91,3)	14 (17,1) 2 (5,4) 1 (4,3)	7 (8,5) 1 (2,7) 1 (4,3)	0,169
Região onde pratica especialidade Cidade grande Outra	141	97 (78,9) 18 (100,0)	17 (13,8) 0 (0,0)	9 (7,3) 0 (0,0)	0,108
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	141	28 (87,5) 43 (79,6) 46 (83,6)	3 (9,4) 7 (13,0) 7 (12,7)	1 (3,1) 4 (7,4) 2 (3,6)	0,871

Quadro A.22. No seu entender, o conceito de suicídio assistido (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência?

Características n (%)	Total	Não	Sim	Não tenho opinião formada	p
Idade 31 – 45 46 – 65 > 65	142	39 (78,0) 54 (78,3) 20 (87,0)	6 (12,0) 11 (15,9) 1 (4,3)	5 (10,0) 4 (5,8) 2 (8,7)	0,620
Sexo Feminino Masculino	142	43 (84,3) 70 (76,9)	3 (5,9) 15 (16,5)	5 (9,8) 6 (6,6)	0,195
Estado civil Casado(a)/União de facto Vivendo só	142	97 (78,2) 16 (88,9)	17 (13,7) 1 (5,6)	10 (8,1) 1 (5,6)	0,720
Religião católica Não praticante Praticante	121	56 (84,8) 44 (80,0)	6 (9,1) 6 (10,9)	4 (6,1) 5 (9,1)	0,824
Especialidade principal Cirurgia Oncologia médica Radioterapia Outra	143	50 (84,7) 44 (81,5) 14 (70,0) 9 (90,0)	6 (10,2) 8 (14,8) 3 (15,0) 0 (0,0)	3 (5,1) 2 (3,7) 3 (15,0) 1 (10,0)	0,416
Local de trabalho Instituto de Oncologia Hospital Outros	142	61 (74,4) 34 (91,9) 21 (91,3)	14 (17,1) 2 (5,4) 1 (4,3)	7 (8,5) 1 (2,7) 1 (4,3)	0,169
Região onde pratica especialidade Cidade grande Outra	141	97 (78,9) 18 (100,0)	17 (13,8) 0 (0,0)	9 (7,3) 0 (0,0)	0,108
Quantas situações de pessoas com doença incurável 0 a 5 6 a 30 mais de 30	141	28 (87,5) 43 (79,6) 46 (83,6)	3 (9,4) 7 (13,0) 7 (12,7)	1 (3,1) 4 (7,4) 2 (3,6)	0,871