



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

MARIA INÊS AREDE CHAVES DE VASCONCELOS

ÉTICA EM GERIATRIA

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR MANUEL TEIXEIRA MARQUES VERÍSSIMO**

MARÇO/2014

Índice

✓ Resumo	3
✓ Abstract	5
✓ Introdução	7
✓ Materiais e métodos	8
✓ Desenvolvimento	9
1. <u>Consentimento Informado</u>	9
1.1. Capacidade de Decisão	12
1.2. Incapacidade de decisão e Directivas Antecipadas de Vontade	18
2. <u>O Fim de Vida</u>	21
2.1. Eutanásia	22
2.2. Suicídio Assistido	26
2.3. Abstenção Terapêutica	28
2.4. Tratamentos com risco - princípio do duplo efeito	32
✓ Discussão/Conclusão	34
✓ Agradecimentos	36
✓ Referências Bibliográficas	37

Resumo

Introdução: Devido às actuais tendências demográficas, os médicos lidam cada vez mais com o doente idoso, cujos problemas médicos e psicossociais complexos (e dos quais muitas vezes resulta perda de autonomia) podem levar ao desenvolvimento de dilemas éticos. Há, desta forma, uma necessidade crescente de os profissionais de saúde estarem familiarizados com estas questões, em que se verifica um confronto entre os diferentes princípios da ética médica.

Objectivos: Conhecer e expor alguns conflitos éticos observados no contacto médico com o doente geriátrico, bem como possíveis formas de os solucionar ou até evitar. Promover a reflexão para uma melhor prática clínica futura.

Métodos: Pesquisa online de artigos científicos através das bases de dados PubMed e UpToDate. Consulta de livros, revistas e legislação portuguesa, assim como de directrizes nacionais e internacionais, relacionados com o tema em questão.

Desenvolvimento: O conceito de consentimento informado permite ao doente, de forma autónoma, voluntária e informada, tomar decisões acerca de uma intervenção médica. Contudo, para tal, vários parâmetros devem ser considerados, entre os quais a necessidade de não existir comprometimento da capacidade de decisão do doente, problema que muito comumente se pode encontrar no idoso, sendo extremamente importante saber avaliá-la adequadamente (o que muitas vezes é dificultado por diversos factores). Existem instrumentos de que o doente pode antecipadamente dispor para maximizar a sua autonomia quando já não mantiver a capacidade de decisão. No que diz respeito ao contacto com um doente terminal, o

médico depara-se com diversas decisões e situações de grande dificuldade ética, relativamente às quais não há consenso, entre as quais eutanásia, suicídio assistido, abstenção terapêutica, tratamentos de risco. A lei portuguesa e alguns documentos como o Código Deontológico da Ordem dos Médicos e pareceres da Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida podem fornecer orientações para a resolução destas questões.

Conclusão: Variados dilemas éticos (nos quais se verifica uma dificuldade na hierarquização dos valores da autonomia, beneficência e não maleficência) surgem no contacto com o doente idoso, em grande parte devido à grande prevalência, nesta população, de doenças crónicas e degenerativas. Grande parte da sua prevenção e solução passa por uma eficaz comunicação médico-doente e médico-família, questionando o doente acerca dos seus objectivos de vida e valores pessoais, dando espaço para este colocar dúvidas e partilhar receios, evitando, assim, futuros conflitos.

Palavras-chave: *ethics; elderly; geriatrics; informed consent; end-of-life decisions*

Abstract

Introduction: Due to current demographic trends, doctors deal increasingly with elderly patients, whose complex medical and psychosocial problems (which often results in loss of autonomy), can lead to the development of ethical dilemmas. There is thus a growing need for health care professionals to be familiar with these issues, in which there is a clash between the different principles of medical ethics.

Objectives: To acknowledge and expose some ethical conflicts observed in the medical contact with the geriatric patient, as well as possible ways to solve or to avoid them. To promote careful thought, so as to lead to a better future clinical practice.

Methods: Online survey of scientific articles via PubMed and UpToDate databases. Consultation of books, journals and Portuguese legislation, as well as national and international guidelines, related to the issue at hand.

Development: The concept of informed consent allows the patient to make autonomous, voluntary and informed decisions about medical intervention. However, for this to be possible, several parameters must be considered, including the need to make sure there is no compromise to the decision-making competence of the elderly patient, a commonly found limitation. It is mandatory to adequately evaluate this ability (which is often hampered by various factors). There are instruments that the patient may use to maximize his autonomy in anticipation of when he, or she, no longer maintains the decision-making ability. In the case of the contact with the terminally ill, the doctor faces several decisions and very difficult

ethical situations, for which there is no consensus, including euthanasia, assisted suicide, withholding and withdrawal of treatment, and hazardous treatments. The Portuguese law and some documents such as the *Código Deontológico da Ordem dos Médicos* and judgments of the *Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida* can provide guidance for these issues.

Conclusion: Various ethical dilemmas (in which there is a difficulty in the hierarchy of the values of autonomy, beneficence and non-maleficence) arise in contact with the elderly patient, largely due to the high prevalence of degenerative and chronic diseases in this population. Most prevention and solutions depend on an effective doctor-patient and doctor-family communication, by questioning the patient about his, or her, life goals and personal values and giving him, or her, space to formulate questions and share fears, thus avoiding future conflicts.

Keywords: *ethics; elderly; geriatrics; informed consent; end-of-life decisions*

Introdução

A ética médica consiste na identificação, análise e resolução de problemas morais que surgem na prática clínica. [1] Existem quatro princípios universalmente aceites, caracterizadores das preocupações éticas decorrentes da prática clínica: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O princípio da autonomia centra-se no direito de autodeterminação de cada pessoa; beneficência consiste no dever de fazer o bem, prevenir o mal ou eliminá-lo, enquanto que a não maleficência diz respeito ao dever de não fazer o mal; por fim, justiça refere-se ao dever tratar os indivíduos de forma correcta, equitativa e adequada, de acordo com a necessidade médica e sem discriminação. [1, 2]

Portugal, segundo as previsões demográficas, será, no ano de 2050, um dos países da União Europeia com uma percentagem maior de idosos (32%), o que se traduz em cerca de 2,7 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Este aumento da esperança de vida tem vindo a conduzir a uma alteração no perfil de patologias existentes, verificando-se um número crescente das doenças crónicas e degenerativas. Estas têm como consequência situações de doença prolongada, tais como demências, doenças cérebro e cardiovasculares, doenças neurológicas e tumores malignos, das quais, muitas vezes, decorre a perda da autonomia. [3]

Desta forma, os complexos problemas médicos e psicossociais do crescente número da população idosa podem precipitar o aparecimento de dilemas éticos, ocorrendo situações em que se geram conflitos entre os diferentes princípios da ética médica. Tendo em conta a informação anteriormente exposta, percebe-se a relevância desta temática e a necessidade de os profissionais de saúde estarem familiarizados com estes dilemas, que surgem frequentemente no contacto médico com o idoso. [1]

A escolha entre a autonomia e o bem-estar, entre a liberdade e os melhores interesses do doente reveste-se de grande dificuldade, uma vez que não requer, simplesmente, a opção entre o «certo» e o «errado», mas entre o «certo» e o «certo». [4]

Com o trabalho apresentado, pretende-se conhecer e expor conflitos éticos com que os médicos se deparam no contacto com o doente geriátrico, bem como formas de os solucionar ou evitar, desta forma promovendo a reflexão para uma melhor prática clínica. Abordarei, assim, assuntos relacionados com o consentimento informado e decisões do fim de vida.

Materiais e Métodos

Na elaboração do presente trabalho de revisão foram consultados artigos científicos obtidos através da pesquisa na base de dados *Pubmed* e *UpToDate*, utilizando as seguintes palavras-chave: *ethics; elderly; geriatrics; informed consent; end-of-life decisions*. Procedeu-se também à consulta de legislação portuguesa, livros, revistas e directrizes nacionais e internacionais de maior relevância, de acordo com os temas abordados. Foi incluída apenas bibliografia escrita em português ou inglês, com datas de publicação entre 1992 e 2013, inclusivé.

Desenvolvimento

1. Consentimento informado

No passado, a relação médico-doente baseava-se unicamente no princípio ético da beneficência. [5] Os médicos e os doentes acreditavam que as decisões médicas deviam ser tomadas apenas pelo médico, sem a participação do doente, poupando-o desta forma (bem como à sua família) do fardo que tais decisões complicadas constituem. [6] Revelar informação médica era considerado excessivo, desnecessário e potencialmente deletério pelos clínicos. Em 1961, apenas 12% dos médicos consideravam a possibilidade de informar os seus pacientes oncológicos sobre o seu diagnóstico. [7]

Durante os anos 80, esta atitude paternalista foi sendo substituída pela ênfase da autonomia do doente. [6] Hoje, numa sociedade ocidental em que os direitos humanos são a prioridade e os valores éticos evoluíram do paternalismo para o respeito pela autonomia do paciente, os doentes já não aceitam passivamente as decisões e sugestões dos médicos, optando por participar activamente nestas. [7]

O respeito pela autonomia do doente é o princípio ético de base da doutrina do consentimento informado. [1, 8] Este envolve um processo de decisão interactivo e partilhado, que tem como protagonistas o profissional de saúde e o doente. [8]

O conceito de consentimento informado aplica-se a intervenções diagnósticas e terapêuticas, bem como a actividades relacionadas com a investigação, que envolvem a participação do paciente. [8]

Para que a tomada de decisão relativa a uma intervenção médica, por parte do doente, seja considerada válida ética e legalmente, é necessária a presença de três elementos distintos,

mas correlacionáveis: **voluntariedade** («voluntarism») – a participação do doente no processo de decisão e a decisão final acerca da intervenção têm que ser voluntárias, sem coerção, nem influências ou pressões; **informação** («disclosure») – o consentimento do doente deve ser apropriadamente informado; o profissional de saúde é obrigado a revelar informação suficiente acerca da intervenção, de forma a permitir que o paciente consinta ou recuse com conhecimento; **competência ou capacidade de decisão** («competence») – o paciente, no momento da decisão, tem que estar cognitiva e emocionalmente capaz de perceber e manipular informação pertinente, de forma a tomar uma decisão efectiva. [7, 8]

Da informação a revelar ao doente – e que faz parte da obrigação do profissional de saúde – constam os seguintes elementos: diagnóstico ou natureza do problema; propósitos da intervenção (ou seja, os benefícios esperados); possíveis riscos associados à intervenção (a probabilidade da sua ocorrência e a sua potencial severidade, no caso de se virem a registar); alternativas a essa intervenção e respectivos riscos e benefícios e ainda os prováveis riscos e benefícios de não realizar a intervenção proposta. [8]

A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, aberta à assinatura dos membros do Conselho da Europa, em Oviedo, no dia 4 de Abril de 1997, afirma, no artigo 5º, capítulo II: «Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos.» [9]

Para além do fornecimento de informação pertinente ao doente ou seu representante legal na obtenção do consentimento informado, é também de extrema importância que o médico encoraje e ouça atentamente as suas questões e opiniões. Uma comunicação completa e aberta entre médico e paciente fomenta a confiança e cooperação.[6]

A discussão entre paciente e médico (não substituível pelo formulário do consentimento informado) é usualmente documentada no processo do doente, não constituindo o formulário do consentimento informado um requisito legal universal. Contrariamente, a conversa é mandatória. [7]

Quando o consentimento informado para uma particular intervenção médica é feito através de palavras escritas ou orais do paciente, o consentimento é considerado expresso. [8] No entanto, em situações de emergência, pode ser presumido, na impossibilidade de obter consentimento por parte do doente e não havendo indicação segura de que a intervenção seria recusada pelo paciente se este se pudesse manifestar. Esta forma de consentimento é designada consentimento implícito. Existem outras duas situações em que, segundo o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, se pode considerar esta forma de consentimento: quando a obtenção do consentimento só puder ser conseguida com atraso e este implicar perigo para a vida ou saúde do doente ou quando o doente tiver consentido a realização de uma certa intervenção ou tratamento, e, por se ter revelado imprescindível para evitar perigo para a vida ou para a saúde, se tiver realizado outro diferente, na impossibilidade de se obter outro conhecimento¹. [10]

É permitido, ética e legalmente, a pacientes competentes a recusa de intervenção médica indesejada por estes, tendo os médicos a obrigação de respeitar as suas decisões. Por vezes, a recusa de realizar uma intervenção médica por parte de um paciente pode entrar em conflito com a vontade do médico de fazer o bem. Apesar de uma recusa poder ser considerada errada ou prejudicial pelo médico, não é necessariamente irracional. Se este determina que o doente se encontra adequadamente informado acerca da intervenção proposta e dos riscos da sua não realização, a decisão do paciente deve ser respeitada. [1, 7]

¹ Art. 47, cap. I, título II do Código Deontológico da Ordem dos Médicos

Pesquisas revelaram que uma referenciação para avaliar a capacidade de decisão é feita com maior probabilidade quando um doente recusa realizar um tratamento do que propriamente na presença de sinais óbvios de incapacidade. Esta propensão por parte dos médicos encontra-se enraizada no seu propósito de salvar vidas e de respeitar o princípio da beneficência. [7]

1.1. Capacidade de decisão

Por vezes, o doente não consegue assimilar a informação que lhe é fornecida e tomar uma decisão racional e voluntária relativamente ao acto médico ao qual vai ser sujeito. [8] Vários factores podem contribuir para esta situação. A idade avançada é acompanhada de um aumento do risco de alterações ao nível cognitivo, não só resultantes de patologias neurológicas como doença de Alzheimer e doença de Parkinson, mas também de lesões cerebrais orgânicas causadas por alterações cardiovasculares. Doenças mentais que afectam a capacidade de decisão também podem constituir um entrave ao processo do consentimento informado. No entanto, a presença de doença mental e défices cognitivos não implica necessariamente a incapacidade de um indivíduo para tomar decisões relativas à sua saúde. De facto, muitos pacientes com algum grau de comprometimento mental mantêm ainda a capacidade de decisão intacta, não devendo ser tratados contra a sua vontade. [7] Moye, J., et al. concluem, num estudo realizado, que a maioria dos indivíduos com demência ligeira pode participar no processo de decisão, devendo ser encorajados a tal. [11] Muitas patologias psiquiátricas comuns na população geriátrica, tais como a depressão, podem afectar a

compreensão e capacidade de expressão; contudo, estudos realizados em idosos deprimidos revelaram que a sua capacidade de decisão se encontra frequentemente intacta. [7]

Num estudo realizado em Múrcia, Espanha, e publicado em 2007, que teve como objecto de estudo 200 doentes competentes com mais de 65 anos de idade e 200 familiares, procurou-se determinar a frequência com que idosos competentes recebem informação quando se encontram no meio hospitalar, a informação fornecida aos familiares dos respectivos pacientes, quem dá o consentimento quando está em causa uma intervenção médica e o grau de satisfação relativo à informação recebida. Concluiu-se que 72% dos pacientes tinham recebido informação respeitante à progressão da sua doença e apenas 53% a tinham recebido acerca do tratamento propriamente dito. Além disso, verificou-se que, em todas as etapas do processo que necessitavam do fornecimento de informação prévia ao doente, por parte dos médicos, ela foi dada, na maior parte dos casos, aos familiares e não aos próprios doentes. Isto sugere que a capacidade de decisão do doente idoso é muito frequentemente posta em causa unicamente devido à sua idade avançada, presumindo-se que os familiares devem actuar como seus representantes. Aliás, apenas 62,6% dos pacientes, neste estudo, tinham conhecimento do seu diagnóstico, comparativamente a 93% dos familiares e somente a 5% dos pacientes se questionou se desejavam que os familiares fossem informados. Relativamente à avaliação da informação recebida, esta revelou-se positiva, com compreensão do diagnóstico por praticamente 2/3 dos pacientes; no entanto, 32% apresentavam dúvidas que não tinham manifestado perante os médicos, o que revela a existência de uma lacuna na comunicação entre médico e paciente. [12]

A protecção desnecessária dos pacientes com capacidade de decisão intacta, ocultando certas informações e fornecendo-as aos familiares ou outros, não permitindo aos doentes idosos a realização de uma escolha livre, pode ser injusta, desrespeitando-se, neste caso, o princípio ético da autonomia. [12]

Qualquer doente adulto é legalmente considerado competente para tomar decisões médicas informadas, a não ser que exista evidência do contrário. É importante perceber que a capacidade para o consentimento médico não é uma qualidade global, mas específica, de acordo com o tipo de decisão. Uma pessoa pode ser competente para fazer certas escolhas racionalmente (como seguir ou não uma dieta pobre em sal), mas não para outras (como submeter-se ou não a uma cirurgia). [7, 8] É também possível a existência de uma capacidade parcial ou limitada. [8]

A determinação da capacidade de decisão dos pacientes é essencial para atingir um equilíbrio apropriado entre o respeito pela autonomia de doentes que são capazes de tomar decisões e a protecção dos que se encontram com compromisso cognitivo. [13]

Quando a determinação é feita tendo como base o diagnóstico clínico, ou o facto de a decisão tomada pelo paciente ser concordante com a opinião do médico, ou simplesmente tendo em conta a sua idade avançada, os princípios éticos da autonomia e beneficência não estão a ser respeitados. Pelo contrário, o foco deve incidir na capacidade funcional do paciente e não nos aspectos referidos anteriormente. [8]

Para se avaliar se um indivíduo é competente para tomar uma decisão, deverão ser testados quatro parâmetros centrais: 1) **expressão de uma escolha** («choice») – capacidade de comunicar uma decisão relativa à escolha do tratamento; 2) **compreensão** («understanding») – capacidade para perceber o significado da informação fornecida pelo médico; 3) **consciencialização** («appreciation») – aptidão para reconhecer de que forma a informação fornecida se aplica ao próprio indivíduo, em relação ao diagnóstico, tratamento e suas consequências; 4) **razão** («reasoning») – capacidade para avaliar e comparar, de forma racional, as hipóteses de tratamento e deduzir as consequências das escolhas possíveis, de uma forma lógica e consistente. [13, 14]

A seguinte tabela, adaptada de Appelbaum, Paul S., descreve estes quatro parâmetros e a forma como se procede à sua avaliação [13]:

Critério	Aptidão do Doente	Abordagem médica	Questões para avaliação clínica
Comunicação de uma escolha	Indica claramente a escolha relativa ao tratamento preferido	Pedir ao paciente que indique a escolha relativa ao tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Já decidiu se vai seguir a recomendação do médico relativamente ao tratamento? • Pode dizer-me qual é a sua decisão? • (Na ausência de decisão) O que está a dificultar a sua tomada de decisão?
Compreensão de informação relevante	Retém o significado fundamental da informação comunicada pelo médico.	Encorajar o doente a parafrasear a informação revelada relativa à sua condição médica e tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Diga-me, por favor, por palavras suas, o que é que o seu médico lhe disse acerca de: o seu problema actual de saúde; o tratamento recomendado; os possíveis benefícios e riscos do tratamento; tratamentos alternativos e seus riscos e benefícios; riscos e benefícios da não realização de tratamento.
Reconhecimento da situação e suas consequências	Reconhece a sua condição médica e prováveis consequências das opções de tratamento	Pedir ao paciente para descrever o seu ponto de vista relativamente à sua condição médica, tratamento proposto e possíveis consequências	<ul style="list-style-type: none"> • O que pensa estar mal com a sua saúde? • Acredita precisar de algum tipo de tratamento? • O que é que o tratamento poderia fazer por si? • O que o faz pensar que o tratamento terá esse efeito? • O que pensa que irá acontecer se não for tratado? • Porque é que acha que o seu médico lhe está a recomendar este tratamento?
Racionalização acerca das opções de tratamento	Envereda por um processo racional de manipulação da informação relevante.	Pedir ao paciente que compare as opções do tratamento e consequências e que dê razões para a escolha de uma determinada opção.	<ul style="list-style-type: none"> • Como decidiu aceitar/recusar o tratamento recomendado? • O que torna a opção escolhida melhor do que a alternativa?

A avaliação da capacidade nos doentes geriátricos pode ser complicada por diversos factores. Pacientes que apresentem dificuldades de comunicação resultantes do seu nível de educação, problemas auditivos ou visuais, receio relativamente às possíveis implicações financeiras do tratamento, ansiedade ou dor podem ter uma capacidade de decisão intacta, mas que se encontra «mascarada». O ambiente estranho do hospital, as alterações alimentares e dos hábitos de sono, o ruído e a iluminação artificial do edifício, bem como a própria doença subjacente podem contribuir para confusão e agitação significativas. Quando há impedimento à realização do consentimento informado, causado por problemas reversíveis, os médicos têm o dever ético de tentar reverter ou atenuar estes factores, de forma a maximizar a capacidade do doente para participar nas escolhas médicas. [7]

Para a revelação de informação complexa, é de extrema utilidade o recurso a linguagem clara e compreensível, frases curtas, com gramática simples e discurso lento, utilizando-se pausas entre frases-chave. Os tratamentos da dor e da ansiedade não devem ser interrompidos para a realização do consentimento informado, pois podem influenciar a decisão. [7]

Dada a possibilidade de flutuação do estado mental dos doentes idosos e tendo em conta a importância da preservação da autonomia de um doente, sempre que possível, a decisão relativa à incapacidade de um paciente para tomar decisões deve ser adiada até à realização de, pelo menos, duas avaliações em períodos diferentes. [13] Um doente sem capacidade de decisão num momento pode voltar a recuperá-la posteriormente, quando se verifica uma melhoria do seu estado de saúde ou quando o efeito da medicação a que está sujeito desaparece. Desta forma, um paciente a quem seja atribuída incapacidade de decisão deve ser reavaliado diariamente. Assim que há recuperação da capacidade, a sua vontade sobrepõe-se à de qualquer representante legal ou familiar. [6]

Se a capacidade de decisão de um doente é questionável e requer uma avaliação explícita, os médicos devem ter conhecimento dos critérios relevantes a ter em conta e proceder a uma abordagem estruturada. Num estudo realizado por Marson D.C. et al., foi solicitado a médicos e enfermeiros que utilizassem um conjunto específico de perguntas sistematizadas para a avaliação da capacidade de decisão. Consequentemente, foi atingida uma taxa elevada de concordância entre a avaliação destes e as opiniões de peritos. [13, 15] Em casos de particular complexidade ou quando está presente doença mental, pode ser útil recorrer à ajuda de um psiquiatra. [13]

Testes padronizados de avaliação cognitiva, de que é exemplo o Mini-Mental State Examination (MMSE), têm revelado alguma utilidade na avaliação da competência, tendo sido encontradas correlações positivas entre o score do MMSE e a competência do indivíduo: scores inferiores a 17 (ou 19, segundo outros autores [13]), estão associados, com grande probabilidade, a incapacidade de decisão. Contudo, scores mais elevados do MMSE, indicadores de menor comprometimento cognitivo, revelaram-se preditivos da competência em apenas cerca de 2/3 de um grupo de 70 indivíduos estudados com Doença de Alzheimer. [16]

Vários instrumentos formais para avaliação da competência têm vindo a ser desenvolvidos com o objectivo de estandardizar e, consequentemente, aumentar a credibilidade e validade dos métodos de avaliação da competência. O instrumento mais amplamente utilizado é o MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T), que se distingue dos demais por constituir uma entrevista estruturada que incorpora informação relativa à situação específica do paciente em questão, sendo atribuído a cada critério um score relacionado com a capacidade de decisão («choice», «understanding», «appreciation» e «reasoning»). O MacCAT-T, que tem uma duração de cerca de 15-20 minutos, não foi desenhado para avaliar a capacidade global, mas para identificar áreas de

relativa capacidade ou incapacidade e deve ser interpretado no contexto clínico apropriado. [13, 17]

1.2. Incapacidade de Decisão e Directivas Antecipadas de Vontade

Quando um paciente revela incapacidade de decisão, o médico tem o dever de o proteger de decisões inapropriadas relativas aos seus cuidados de saúde. Nestes casos, o profissional de saúde não está a ultrapassar a autonomia do doente, uma vez que as tomadas de decisão autónomas por parte deste não são possíveis no momento. [1] De acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, a actuação do médico deve ter sempre como finalidade a defesa dos melhores interesses do doente, entendendo-se como melhores interesses as decisões que este tomaria, esclarecida e livremente, se estivesse capaz de o fazer². [18]

Um paciente idoso ainda competente tem à sua disposição certos instrumentos que permitem maximizar a sua autonomia na tomada de decisões médicas, caso a perda da capacidade de decisão se venha a verificar no futuro. [8] Desta forma, surgem as Directivas Antecipadas de Vontade (DAV), que permitem ao doente, enquanto ainda capaz, deixar indicações relativas a decisões médicas futuras. [7] As DAV podem assumir duas modalidades que não se excluem mutuamente [19]: o testamento vital (que consiste num documento unilateral e livremente revogável, a qualquer momento, pelo próprio, em que o doente manifesta de antemão a sua vontade relativamente aos cuidados de saúde que desejará ou não receber no futuro) e a nomeação de um procurador de cuidados de saúde (ao qual é delegada a decisão acerca dos cuidados de saúde a receber ou não receber pelo doente,

² Art. 46, cap. I, título II do Código Deontológico da Ordem dos Médicos

quando este não se encontrar capaz de expressar a sua vontade, pessoal e autonomamente³. [10] O testamento vital permite aos prestadores de cuidados de saúde perceber quais os desejos e valores dos doentes e, desta forma, orientar a tomada de certas decisões. [7] No entanto, por vezes, estes documentos tanto podem ser extremamente detalhados como podem fornecer instruções vagas, que dificultam a sua interpretação, ou mesmo não mencionar situações que não foram previstas pelo doente [1, 19], daí a vantagem da existência de um procurador de cuidados de saúde, que, presumivelmente, tem conhecimento dos valores e objectivos do doente, sabe o que este desejaria para si, estando apto a tomar as decisões que o doente tomaria relativamente aos seus cuidados de saúde, se se encontrasse capaz. [7, 19] O testamento vital e/ou procuração de cuidados de saúde, caso existam, são anexados ao processo clínico do doente e o seu conteúdo deve ser respeitado pelos prestadores de cuidados de saúde.

Existem, porém, algumas situações em que as DAV, sob a forma de testamento vital, não devem ser respeitadas, segundo a lei portuguesa: quando for comprovado que o doente não desejaria mantê-las; quando se verifique desactualização evidente da sua vontade, face a um actual progresso dos meios terapêuticos; quando não correspondam às circunstâncias de facto que o doente previu no momento da sua assinatura⁴. [10]

Quando o doente se encontra incapaz de decidir, não tendo previamente providenciado DAV, sempre que haja possibilidade, as decisões devem ser tomadas tendo em conta as suas preferências (julgamento substitutivo) [5, 20], podendo os familiares ajudar a clarificar o que ele desejaria, caso o pudesse manifestar⁵. [18] Contudo, muitos familiares não discutem entre si questões relacionadas com a saúde, ou relativas ao fim de vida e os familiares biológicos não são necessariamente aqueles que melhor conhecem o doente, podendo desconhecer o que

³ Art. 2º e 11º da *Lei nº 25/2012 de 16 de Julho*. Diário da República nº 136/2012 - I Série.

⁴ Art. 6º e 17º da *Lei nº 25/2012 de 16 de Julho*. Diário da República nº 136/2012 - I Série.

⁵ Art. 46º, cap. I, título II do Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

este realmente deseja. [7, 12] De facto, alguns estudos vieram a demonstrar que, quando membros da família actuam como substitutos dos seus familiares idosos nas decisões médicas, as suas escolhas expressam normalmente o que eles decidiriam para eles mesmos e não o que o idoso escolheria, nem o que eles pensariam que o idoso escolheria. [4] Num estudo qualitativo relativo aos critérios que os representantes de doentes incompetentes têm em conta na tomada de decisão, Fritch et al. concluem que, para além dos desejos do paciente e seus melhores interesses, aqueles consideram ainda outros critérios, como os seus próprios desejos, interesses, necessidades emocionais (em particular, a necessidade de evitar sentimentos de culpa), crenças religiosas e experiências prévias relativas aos cuidados de saúde. [21]

Por vezes, pode haver decisões por parte dos representantes dos doentes incompetentes que pareçam ir contra os melhores interesses destes. Nestes casos, o médico deve certificar-se de que não existem influências externas a condicionar um desvio dos verdadeiros desejos do doente, o que pode ser difícil de avaliar, requerendo uma exploração da motivação que levou à decisão por parte do representante. Uma comunicação contínua com os familiares permite ao médico identificar situações em que o representante não tem como preocupação prioritária o bem-estar do doente. Nestes casos, há necessidade de envolvimento da comissão de ética do hospital e, em último caso, de recorrer a uma acção legal, de forma a garantir que os melhores interesses do doente constituam a base da tomada de decisão.[6]

A beneficência do médico tem que abranger a protecção da autonomia de um doente vulnerável e a tentativa de apurar o que o paciente realmente quer e não o que o médico ou a família do doente desejam para ele. [4]

2. O fim de vida

O crescente envelhecimento das populações, a transição epidemiológica de cuidados agudos para crónicos e os progressos tecnológicos têm vindo a provocar, nas últimas décadas, mudanças nos cuidados médicos e na tomada de decisões relacionados com o fim de vida. [22]

O doente terminal constitui um desafio ao exercício correcto da medicina e a sua abordagem exige, da parte dos profissionais de saúde, uma avaliação individualizada das circunstâncias, tendo em conta, para além da situação biológica do doente, os seus valores espirituais e culturais, bem como o ambiente social, familiar e afectivo que o envolve. [23]

Cuidar deste tipo de doentes é uma experiência descrita pelos médicos como enriquecedora e muito frequentemente recompensadora, contudo, muitas vezes também causadora de stress e frustração, bem como fonte de morbilidade psiquiátrica no pessoal médico. A relação de longa duração com os pacientes, a continuidade dos contactos, o controlo dos sintomas, a prestação de apoio psicossocial, a comunicação honesta com os pacientes e sua família e o apoio aos familiares do doente terminal são alguns dos aspectos mais valorizados pelos médicos no que diz respeito aos cuidados de fim de vida. Já nos aspectos mais frustrantes, incluem-se dificuldades no controlo sintomático, em lidar com o stress emocional dos familiares e em corresponder às necessidades psicossociais do doente. [24]

Hoje em dia, os avanços tecnológicos e o desenvolvimento de conhecimentos básicos na área da medicina permitiram que o processo do fim de vida se modificasse, tendo a natureza deixado de ser o único factor determinante da vida ou da morte. [23] Apesar de a

vida poder ser muitas vezes prolongada, tal não resulta sempre numa melhor qualidade de vida para o doente. Todas estas mudanças levaram ao aparecimento de um conjunto de problemas éticos, não existindo consenso relativamente a esta problemática. [23] No que diz respeito às decisões médicas relacionadas com o fim de vida, pode-se falar de eutanásia, suicídio assistido, abstenção terapêutica, alívio sintomático através de doses elevadas de opióides e sedativos (com o qual está relacionado o conceito denominado «princípio do duplo efeito» - «rule of double effect»).

2.1. Eutanásia

O termo «eutanásia» deriva do grego, significando «morte fácil» / «boa morte» [19, 25] e corresponde ao acto de provocar a morte a um indivíduo, a seu pedido, de forma deliberada e intencional. [26] Referimo-nos a **eutanásia activa**, quando é efectuado um acto positivo de forma a induzir a morte de um paciente (por exemplo, através da administração de uma injeção letal). [25] Nos casos típicos, trata-se de uma morte desejada pelo próprio (**eutanásia voluntária**), em que o paciente sofre de uma doença limitante, progressiva e mortal, vivendo num sofrimento que se tornou intolerável. [23, 25] Há, ainda, quem distinga outros dois conceitos: **eutanásia não voluntária** e eutanásia involuntária. O primeiro consiste em terminar a vida de um doente sem o conhecimento dos desejos deste, dada a sua impossibilidade. O termo **eutanásia involuntária** refere-se à indução da morte de um doente contra a sua vontade. [25] Com o intuito de simplificação, sempre que for utilizada, neste trabalho, apenas a palavra «eutanásia», esta refere-se à eutanásia activa e voluntária.

A eutanásia, sob o ponto de vista ético, é uma situação típica de conflito de valores, em que são postos em causa o valor da vida humana, a autonomia da pessoa e os valores da beneficência e não maleficência, fundamentais na prática médica. [23, 26]

Assim sendo, o princípio ético da autonomia é uma das bases dos argumentos a favor da eutanásia. O respeito por este princípio implica não interferir com as escolhas autónomas de um doente com preservação da capacidade de decisão. Segundo os defensores, não se deve impedir um doente terminal de precipitar a sua morte, se o desejar [25], podendo argumentar-se que é tão repreensível forçar uma pessoa a viver, quando o não deseja, como a condenar à morte, quando esta pretende viver. [27] Considera-se, ainda, que se deve oferecer a indivíduos com capacidade de decisão mantida a assistência necessária para poderem levar a cabo as suas escolhas autónomas. Todavia, de acordo com os seus defensores, estes argumentos baseados no princípio ético da autonomia só podem ser aplicados aos doentes com preservação da capacidade de decisão no momento em que a assistência é requerida, não devendo esta ser dada a um doente que, previamente, enquanto ainda capaz, fez esse pedido (por exemplo, através de um testamento vital), mas que actualmente já não mantém intacta a capacidade de decisão. Isto é baseado na discussão existente de que, num caso de uma demência avançada, um doente previamente capaz não é o mesmo indivíduo que o posterior doente demenciado a quem a assistência seria concedida. [25]

O apelo à compaixão pelo sofrimento dos outros é também um argumento a favor da eutanásia, baseando-se no facto de, por vezes, alguns pacientes se encontrarem em grande sofrimento no final da vida, apesar de todos os esforços médicos efectuados para o seu alívio. Desta forma, este argumento não justifica o término da vida de pessoas que desejam morrer mas que se encontram saudáveis e sem dor ou sofrimento, nem de pessoas que estejam permanentemente inconscientes, uma vez que não sentirão dor nem se encontrarão a sofrer.

Por outro lado, os oponentes da eutanásia defendem que a atitude de permitir a uma pessoa pôr término à vida de outra pode levar à ocorrência de inúmeros abusos éticos. O facto de existir esta permissibilidade num determinado número de casos poderá induzir a diminuição da inibição psicológica, no que diz respeito a provocar a morte noutros casos (o

chamado «psychological slippery slope argument»). Por exemplo, se é permitido terminar a vida de um doente competente a seu pedido, no futuro, o médico poderá sentir-se menos inibido a provocar a morte de um doente incompetente, que seja considerado uma sobrecarga financeira ou emocional para outrem. Pode-se ainda argumentar que uma pessoa que considere a eutanásia permissível eticamente em determinados casos irá, de uma forma lógica, considerá-la permissível noutros mais problemáticos («logical slippery slope argument»). Os que defendem a eutanásia apelando, por exemplo, ao princípio da autonomia terão dificuldade em recusar o pedido de uma pessoa competente saudável, que esteja apenas «cansada» de viver, uma vez que tal representa uma decisão autónoma. Por fim, o valor da vida humana é outro argumento utilizado contra a eutanásia. Mesmo se uma pessoa se encontra em sofrimento ou deseja morrer, pôr término à sua vida, segundo este argumento, é um acto incorrecto, uma vez que resulta na destruição de algo de imenso valor. O valor da vida humana é considerado um valor intrínseco, não estando relacionado com a sua utilidade ou feitos alcançados. [25]

No caso da eutanásia, a hierarquização de valores é muito difícil de efectuar. Dada a grande importância de todos os valores acima referidos - vida, liberdade, autonomia e beneficência - para a garantia da dignidade da pessoa, é extremamente complicada a sua comparação e ordenação.

Serrão, D afirma que um médico, ao atender o pedido de um doente para provocar a sua morte, está a atribuir à autonomia deste um valor supremo, renunciando ao princípio da beneficência (fazer o bem), que está na base da natureza da sua profissão e subvalorizando a conservação da vida humana, suporte do princípio da não maleficência (não fazer o mal) e que sustenta a confiança do doente no médico. [26]

A eutanásia, em Portugal, é um acto punido por lei, tratando-se de homicídio a pedido da vítima, sujeito a pena até 3 anos de prisão⁶. [28]

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) emitiu, em 1995, um parecer relativo aos cuidados de saúde relacionados com o final da vida, em que aborda, de entre outras situações, a eutanásia. Numa parte inicial do parecer, procede à análise de casos tipo, entre os quais uma situação hipotética de eutanásia voluntária activa, considerando que o juízo ético relativo a esta decisão deve ser de reprovação, resultando esta atitude da manipulação da vontade do médico por parte do doente, que pede ao médico que provoque a sua morte através de uma acção positiva.

Outro caso exposto é o de um doente terminal, incapaz de manifestar a sua vontade, em que o médico, dominado psicologicamente pela situação do doente, que considera intolerável para este e para a qual não tem nenhum tratamento, decide matá-lo através de meios farmacológicos ou outros. O CNECV refere-se a esta atitude (eutanásia activa não voluntária) como uma decisão médica inaceitável, uma vez que o médico não tem o direito de dispor da vida de uma pessoa humana, mesmo que por compaixão, podendo este tipo de atitude levar à manipulação da vontade do médico por parte de terceiros que tenham interesse pessoal nessa decisão e também por parte do poder político. O mesmo juízo de reprovação deverá ser feito relativamente a um doente terminal consciente, a quem o médico decide pôr termo à vida, mesmo sem o doente ter manifestado essa vontade. [29] Tais atitudes são punidas no código penal português como homicídio privilegiado, com pena de prisão de 1 a 5 anos, sendo necessário o estabelecimento de uma relação de causalidade entre o crime e a emoção de quem o efectua⁷ [28] (de notar a dificuldade de perceber até que ponto a situação do doente dominou o médico, levando-o a cometer o homicídio). O CNECV termina o

⁶ Art. 134º, Livro II, Título I, Capítulo I do Código Penal Português.

⁷ Art. 133º, Livro II, Título I, Capítulo I. do Código Penal Português.

parecer concluindo que, pelo respeito devido à pessoa humana e à vida, não existe nenhum argumento que justifique a morte intencional do doente por qualquer pessoa, mesmo que a título de pedido e/ou por compaixão. [29]

2.2. Suicídio assistido

O **suicídio assistido** corresponde à situação em que o profissional de saúde providencia ao doente os meios necessários para pôr término à sua própria vida. [25] Neste caso, observa-se o conflito entre o valor da vida e o da autodeterminação. Este pedido resulta de condições extremas da experiência humana e todos os meios devem ser mobilizados de forma a reduzir o sofrimento e dor da pessoa, seguindo a arte médica. [23] Segundo Serrão, D., a avaliação ética, no caso de suicídio assistido, baseia-se nos mesmos pressupostos considerados na eutanásia, com a única diferença de que, neste caso, não há uma acção positiva por parte do médico, mas este põe à disposição do doente os meios necessários para a realização deste acto positivo; a intenção é a mesma, apenas o tipo de participação é diferente. [26]

De acordo com o CNECV, esta decisão não tem fundamento ético, não devendo quem recebe o pedido aceitar que a pessoa se suicide e contribuir para isso, tendo como resultado a destruição de uma vida humana. [29]

O suicídio assistido é punido no código penal português como ajuda ao suicídio, com pena de prisão até 3 anos. Se a pessoa a quem for prestada ajuda for maior de 16 anos ou se encontrar com a capacidade de valoração ou determinação diminuída, a punição será de pena de prisão de 1 a 5 anos⁸. [28]

⁸ Art. 135º, Livro II, Título I, Capítulo I do Código Penal Português

Georges, J-J., et al., num estudo publicado em 2007 com o objectivo de investigar de que forma os médicos lidam com pedidos de eutanásia e suicídio assistido, procederam à entrevista de trinta médicos na Holanda [24], país em que tais práticas são permitidas legalmente. [30] Dos trinta entrevistados, seis mostraram preferência pela ponderação de outras formas de atenuar o sofrimento de um doente terminal, sem ser através da eutanásia ou do suicídio assistido, guiados pelos seus próprios princípios e pela exigência emocional que lidar com tal pedido e proceder a tal acto poderiam implicar. Outros oito médicos salientaram a importância de potenciar a qualidade de vida dos doentes e aliviar o seu sofrimento através dos cuidados médicos e suporte destes e dos seus familiares, valorizando os cuidados paliativos e evitando, desta forma, o surgimento de pedidos de eutanásia. Por último, os restantes médicos afirmaram considerar os pedidos de eutanásia, não parecendo tentar evitá-los activamente através dos seus cuidados médicos para com o paciente. Referiram ainda que, de forma a atenuar o sofrimento e respeitar os seus últimos desejos, poderia ser necessário recorrer à eutanásia ou suicídio assistido. Salientaram, porém, que, em primeiro lugar, era importante garantir a inexistência de outros meios disponíveis para o alívio do sofrimento do doente.

Conforme se pode constatar, o estudo revelou que as atitudes dos médicos relativamente a pedidos de eutanásia ou suicídio assistido são principalmente baseadas nas suas opiniões e emoções relativamente a tais actos, nas suas opiniões acerca da relação entre os cuidados paliativos e eutanásia e na sua atitude face às preferências dos pacientes, no que diz respeito às decisões de fim de vida. Georges, J-J., et al. alegam, ainda, que tais resultados reforçam a importância de não só tratar os sintomas, mas também de abordar os aspectos subjectivos relacionados com o fim de vida, como os receios dos doentes, e comunicar com sensibilidade. Uma das limitações deste estudo reside no facto de as descrições das atitudes dos médicos serem baseadas apenas em informação recolhida através de entrevista, sendo

provável que, se houvesse também colheita de dados por observação, uma maior variedade de aspectos pudesse ter sido descrita. [24]

2.3. Abstenção Terapêutica

Devido ao avanço da tecnologia, que se tem vindo a tornar bastante eficaz no prolongamento da vida, hoje em dia é difícil determinar a altura em que é apropriado aceitar que um paciente se encontra a morrer, ou quando se deve cessar tratamento agressivo e reforçar cuidados paliativos.[31]

Parece consensual a opinião de que não existe qualquer diferença ética entre não iniciar um tratamento e interrompê-lo [31, 32], contudo, na prática, os médicos fazem essa distinção, não se encontrando tão à vontade para interromper um tratamento. Tal deve-se ao facto de ser necessária a realização de um acto (como desligar um ventilador ou parar a administração de inotrópicos) que pode levar à morte imediata, o que não deixa de provocar no médico o sentimento de culpa e responsabilidade pela morte do doente, apesar de tal ser permitido. [31]

Um doente com preservação da capacidade de decisão tem o direito de recusar ou interromper um tratamento do qual resulta a morte, sustentado pelo princípio da autonomia [1], como referido anteriormente no tópico «consentimento informado». No entanto, o médico deve ter garantias de que o doente que faz esse pedido tem adequada capacidade de decisão e se encontra convenientemente informado relativamente às suas consequências. [1, 26] Obedecer a esta vontade não pode ser considerado o mesmo que suicídio assistido ou eutanásia, uma vez que nestas acções uma nova intervenção é introduzida (ou pelo próprio doente ou pelo médico) com a intenção única de provocar a morte do doente. Contrariamente, quando um doente morre depois de ter recusado ou pedido interrupção de um tratamento, a

causa da morte é a sua doença de base. [1] No entanto, alguns autores, quando se referem a este tipo de actuação, atribuem-lhe a designação de «eutanásia passiva». [25, 33]

O médico, tendo a certeza relativamente ao diagnóstico e prognóstico desfavorável a curto prazo, pode cumprir a vontade expressa pelo doente, renunciando a tratamentos agressivos, bem como a medidas de suporte vital artificial, mas nunca esquecendo a importante necessidade da prestação de cuidados médicos com o intuito de promover o conforto e bem-estar do doente. [26]

Por vezes, o médico pode não estar de acordo com o pedido do doente para não iniciar ou parar um tratamento de manutenção de vida. Não pode esquecer-se, porém, de que o doente tem autoridade sobre o seu corpo e o direito de recusar intervenções indesejadas. Se, mesmo depois de o paciente considerar cuidadosamente os seus objectivos e valores relacionados com os cuidados de saúde e após compreensão das consequências do seu pedido, a sua decisão se mantiver inalterada, continuando a violar a consciência do médico, este deve transferir os cuidados do doente para outro colega. [1]

O que acontece frequentemente é que, quando este tipo de decisões tem que ser tomado, o doente já não se mantém capaz de expressar uma vontade. [31] Neste caso, o médico deve iniciar o tratamento, interrompendo-o se ou quando este se revelar fútil. [26]

No caso da existência de uma directiva antecipada de vontade relativamente a esse aspecto, a análise ética torna-se complicada [29], na medida em que os valores pessoais que o documento reflete podem mudar quando as circunstâncias se alteram. As preferências referidas numa DAV não devem ser assumidas como idênticas às preferências do doente na nova situação em que se encontra, uma vez que as escolhas dos pacientes se vão modificando no decorrer da doença. [31]

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), no parecer que emitiu acerca dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida, formula as seguintes

questões: «pode ter-se a certeza de que a decisão tomada pela pessoa, quando estava de saúde, é a sua vontade genuína, agora que está gravemente doente? Se ela pudesse ser informada da situação real não daria o consentimento para um tratamento que, no passado e sem esta informação, recusou?». A opinião da maior parte dos eticistas é de que o médico, nestes casos, não se encontra eticamente obrigado a seguir as instruções prévias do doente quando permanece dúvida e se a terapêutica a instituir não for fútil, não apresentar pouca probabilidade de sucesso, ou não se mostrar causadora de grande sofrimento face aos benefícios esperados. [29]

Reveste-se, assim, de extrema importância a definição de «futilidade médica». Estamos perante um conceito que surgiu nos anos 80 como uma tentativa de definir, de forma objectiva, quais os tratamentos que os médicos não estão obrigados a providenciar. [34] Futilidade médica refere-se, de uma forma geral, a qualquer tratamento médico cujo objectivo desejado seja improvável de alcançar, justificando, desta forma, a decisão médica de não providenciar tratamentos de manutenção da vida. [35]

O termo «futilidade» pode dizer respeito a um tratamento que não irá ter, de todo, efeito algum (como, por exemplo, desfibrilhar um doente em assistolia); neste caso, referimo-nos a uma futilidade **fisiológica**. Por outro lado, também é utilizado quando existe um tratamento que seja considerado inapropriado pelo médico, por ter um ratio benefício-risco desfavorável: neste caso, falamos de futilidade **qualitativa**. [34]

Na opinião de vários autores, a futilidade não pode ser definida com precisão [1, 36], na medida em que a sua avaliação está dependente do contexto e da pessoa que a avalia.

O problema em relação à futilidade médica surge, essencialmente, quando há diferença de objectivos entre as duas partes intervenientes. Nestas circunstâncias, uma das partes (por exemplo, o doente ou o seu representante) pode ter como objectivo a preservação da vida, mesmo não havendo grande esperança de futura melhoria, enquanto que a outra parte

(por exemplo, o médico), perante a percepção da inevitabilidade da morte, tem como objectivo proporcionar cuidados de conforto.[36]

Por vezes, um médico pode pensar que, apelando à futilidade de um tratamento, a discussão com o doente sobre o seu abandono ou oferta é desnecessária. Quando uma intervenção é indubitavelmente inapropriada, o médico não tem, de facto, essa obrigação (como no caso de se verificar futilidade fisiológica). No entanto, noutros casos mais difíceis, ao declarar-se simplesmente que um tratamento é fútil, evitando conversas complicadas com o doente ou seus familiares, oculta-se o facto de que o doente e o médico podem fazer avaliações diferentes da razão benefício-risco de uma intervenção.[34, 36] Estas conversas não devem, assim, ser evitadas. [36]

De acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, «nas situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural, o médico deve dirigir a sua acção para o bem-estar dos doentes, evitando utilizar meios fúteis de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício⁹».[18]

A futilidade nunca deve ser invocada como um método de racionamento de custos. Uma intervenção verdadeiramente fútil não deve ser oferecida, independentemente de ter um custo baixo ou não. Uma intervenção fútil não deve ser providenciada, não porque a sua não realização irá poupar gastos, mas por não fazer sentido realizar algo que não irá funcionar.

As decisões relativas aos tratamentos de manutenção da vida requerem uma excelente capacidade de comunicação; no entanto, tem-se verificado que as capacidades de comunicação dos médicos, nesta área, apresentam algumas lacunas, desta forma aumentando a possibilidade de conflitos.[37]

⁹ Art.58, Cap. III, Título II do Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

Constitui boa prática clínica a tomada deste tipo de decisões em contexto multidisciplinar, (em vez de individualmente, por um médico), com envolvimento do paciente e sua família nestas decisões, sempre que pertinente.[35]

2.4. Tratamentos com risco – princípio do duplo efeito

Os opióides e sedativos podem aliviar sintomas como a dor, dispneia e agitação nos doentes terminais.[38] No entanto, estes tratamentos podem ter, como efeito secundário, uma redução do tempo de vida.[26] O princípio ou doutrina do duplo efeito defende que, desde que haja a intenção de beneficiar o paciente e não de encurtar o seu tempo de vida, é justificável a execução de uma acção que um médico presuma ser capaz de reduzir o tempo previsto de vida do doente (como um aumento da dose de opióides). A intenção do médico tem de ser a de atingir o efeito benéfico da acção executada e não o seu efeito colateral, neste caso o alívio sintomático e a morte, respectivamente.

Este princípio tem sido alvo de críticas, havendo o receio de que possa proteger a realização de práticas médicas perigosas.[38] Os críticos alegam que a distinção entre um efeito intencional e presumido ou previsto não pode ser efectuada de uma forma suficientemente clara.[39]

Serrão, D. afirma que a beneficência é o principal valor invocado nesta decisão, que tem por objectivo aliviar o sofrimento do doente e, portanto, fazer o bem. Este tipo de decisão não tem, segundo o autor, relação com a eutanásia, e não pode ser objecto de censura ética, desde que esta decorra do correcto acompanhamento do doente terminal e todas as terapêuticas adequadas tenham vindo a ser utilizadas progressivamente. Eticamente reprovável seria não actuar no sentido de aliviar, de forma correcta, os sintomas físicos

causadores de sofrimento nos doentes e que podem levá-los, num acto de desespero, a pedir eutanásia.[26]

Num estudo efectuado (SUPPORT Study), concluiu-se que a idade constitui um factor considerado nas decisões de fim de vida: à idade avançada estavam associadas taxas mais elevadas de decisões de não iniciar suporte ventilatório, não realizar cirurgia ou diálise, mesmo após ajustamento das diferenças nos prognósticos dos pacientes e suas preferências.[40]

Rietjens, J.A.C, et al. reforçam a ideia do estudo anteriormente referido, alegando que decisões de não tratar ou interromper o tratamento são mais frequentemente observadas em pacientes idosos acima dos 80 anos, enquanto que a eutanásia e o suicídio assistido são menos praticados neste grupo etário.[22]

Discussão/Conclusão

Com o envelhecimento da população, é esperado que os médicos sejam confrontados com um número cada vez maior de doentes idosos. A esta população vulnerável, associam-se complexos problemas médicos, que resultam no surgimento de variadas questões éticas, em que se pode observar uma sobreposição dos valores da ética médica (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) e, conseqüentemente um conflito entre estes valores.

O idoso, com frequência, é confrontado com decisões relativas ao consentimento ou recusa de intervenções médicas. O consentimento informado, como processo de decisão partilhada, contribui para a promoção da autonomia, protegendo o doente de intervenções indesejadas e permitindo que este tome decisões apropriadas, de acordo com os seus valores e objectivos de vida.

O médico deve, desta forma, tentar maximizar a autonomia do doente, promovendo o seu direito de tomar decisões informadas e livres; no entanto, deve manter-se atento a alterações na sua capacidade de decisão, componente essencial do processo de consentimento informado e que por vezes se encontra comprometida no doente idoso, podendo expô-lo a situações prejudiciais.

Muitas vezes verificam-se situações em que, só pela idade do doente ou pelo seu diagnóstico clínico, se assume que este não tem capacidade para tomar decisões relativas à sua saúde, optando-se por comunicar apenas com família, deixando de parte o doente, que muitas vezes tem capacidade de decisão mantida. Desta forma, o princípio da autonomia não é respeitado.

Quando um doente se apresenta com comprometimento da capacidade de decisão e existir uma Directiva Antecipada de Vontade, documento no qual o doente, enquanto ainda competente, expõe as suas vontades relativamente aos cuidados médicos que deseja no futuro,

caso se encontre incapaz de decidir, o médico deve tê-la em conta, quando aplicável à situação em questão. Na sua inexistência, o representante do doente deve decidir, recorrendo ao julgamento substitutivo, considerando o que o doente desejaria para si, caso pudesse manifestar-se.

Nas situações de fim de vida, o doente terminal e o médico a seu cargo deparam-se com decisões complexas (como a de não iniciar ou interromper um tratamento, ser confrontado com pedidos de eutanásia ou suicídio assistido, etc.), em que mais uma vez podem surgir dilemas éticos. O estado de sofrimento e desespero em que muitas vezes os doentes se encontram, colocam o médico numa situação de conflito entre os valores da autonomia, beneficência e não maleficência, não se verificando a existência de consenso no que diz respeito a esta problemática.

Muitos destes dilemas podem resultar de uma inadequada comunicação entre médico e paciente.[1] Desta forma, uma boa comunicação com o paciente e sua família, dando espaço ao doente para colocar as suas dúvidas e expor os seus receios, valores e objectivos em relação aos cuidados de saúde, pode fomentar a confiança e cooperação e ajudar à resolução e evicção de muitos conflitos que podem surgir quando se lida com o doente idoso.

Agradecimentos

Não poderia deixar de concluir o presente trabalho sem agradecer ao Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo pela orientação e disponibilidade apresentadas. Agradeço ainda, à minha família e amigos pelo apoio e carinho transmitidos ao longo deste percurso.

Referências Bibliográficas

1. Mueller, P.S., Hook, C.C., and Fleming, K.C., *Ethical issues in geriatrics: a guide for clinicians*. Mayo Clin Proc, 2004. 79(4): p. 554-62.
2. Beauchamp, T.L., Childress, JF, *Principles of Biomedical Ethics*. 4th ed., New York: NY: Oxford University Press, 1994.
3. Figueirinha, D., Marques, I, Simões, JA, *Ética na relação do Profissional de Saúde e Idoso nos Cuidados Continuados*. Revista Portuguesa de Bioética, 2012(16): p. 31-46.
4. Fontanella, D., et al., *Ethical issues in geriatric dermatology*. Clin Dermatol, 2012. 30(5): p. 511-5.
5. Antunes, A., *Consentimento Informado*, in *Ética em Cuidados de Saúde*, D. Serrão, R. Nunes, Editor. 1998, Porto Editora: Porto. p. 13-28.
6. Hellum, J.A., Davey, M.J., *Ethics in the intensive care unit: informed consent*. UpToDate, 2009.
7. Ivashkov, Y. and Van Norman, G.A., *Informed consent and the ethical management of the older patient*. Anesthesiol Clin, 2009. 27(3): p. 569-80, table of contents.
8. Kapp, M.B., *Ethics and Medical Decision-Making*, in *Encyclopedia of Gerontology*, J.E. Birren, Editor. 2007, Elsevier Inc.: Oxford. p. 526-532.
9. *Convenção para a protecção dos direitos do Homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os direitos do Homem e a Biomedicina*. Diário da República nº2/2001 - I Série-A.
10. *Lei nº 25/2012 de 16 de Julho*. Diário da República nº 136/2012 - I Série.
11. Moye, J., et al., *Capacity to consent to treatment: empirical comparison of three instruments in older adults with and without dementia*. Gerontologist, 2004. 44(2): p. 166-75.

12. Perez-Carceles, M.D., et al., *Elderly patients also have rights*. J Med Ethics, 2007. 33(12): p. 712-6.
13. Appelbaum, P.S., *Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment*. N Engl J Med, 2007. 357(18): p. 1834-40.
14. Seppet, E., et al., *Ethical aspects of aging research*. Biogerontology, 2011. 12(6): p. 491-502.
15. Marson, D.C., et al., *Consistency of physicians' legal standard and personal judgments of competency in patients with Alzheimer's disease*. J Am Geriatr Soc, 2000. 48(8): p. 911-8.
16. Rosin, A.J. and van Dijk, Y., *Subtle ethical dilemmas in geriatric management and clinical research*. J Med Ethics, 2005. 31(6): p. 355-9.
17. Sturman, E.D., *The capacity to consent to treatment and research: a review of standardized assessment tools*. Clin Psychol Rev, 2005. 25(7): p. 954-74.
18. *Regulamento n.º 14/2009 da Ordem dos Médicos*. Diário da República n.º 8/2009 – II Série.
19. Raposo, V.L., *Directivas Antecipadas de Vontade: em busca da lei perdida*. Revista do Ministério Público, 2011(125): p. 171-219.
20. Billings, J.A. and Krakauer, E.L., *On patient autonomy and physician responsibility in end-of-life care*. Arch Intern Med, 2011. 171(9): p. 849-53.
21. Fritsch, J., et al., *Making decisions for hospitalized older adults: ethical factors considered by family surrogates*. J Clin Ethics, 2013. 24(2): p. 125-34.
22. Rietjens, J.A., et al., *Medical end-of-life decisions: does its use differ in vulnerable patient groups? A systematic review and meta-analysis*. Soc Sci Med, 2012. 74(8): p. 1282-7.

23. Santos, A.L., *Questões éticas no fim da vida humana*, in *Comissões de Ética: das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana*, M.C.P. Neves, Editor. 2007, Gráfica de Coimbra: Coimbra. p. 373 - 393.
24. Georges, J.J., et al., *Dealing with requests for euthanasia: a qualitative study investigating the experience of general practitioners*. J Med Ethics, 2008. 34(3): p. 150-5.
25. Jecker, N.S., *Ethics and Euthanasia*, in *Encyclopedia of Gerontology*, J.E. Birren, Editor. 2007, Elsevier Inc.: Oxford. p. 522-525.
26. Serrão, D., *Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer*, in *Ética em Cuidados de Saúde*, D. Serrão, R. Nunes, Editor. 1998, Porto Editora: Porto. p. 83-92.
27. Junker-Kenny, M., Coakley D., *Ethical Issues*, in *Principles and Practice of Geriatric Medicine*, M.S.J. Pathy, A.J Sinclair, J.E Morley, Editor. 2006, John Wiley & Sons, Ltd.: Chichester. p. 1681-1688.
28. *Código Penal, Livro II, Título I, Capítulo I*.
29. CNECV. *Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida*. 1995; at:
http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273059417_P011_FinalDaVida.pdf.
(23/1/2014)
30. Buiting, H.M., et al., *Older peoples' attitudes towards euthanasia and an end-of-life pill in The Netherlands: 2001-2009*. J Med Ethics, 2012. 38(5): p. 267-73.
31. Reynolds, S., Cooper, A.B. and McKneally, M., *Withdrawing life-sustaining treatment: ethical considerations*. Surg Clin North Am, 2007. 87(4): p. 919-36, viii.

32. Gedge, E., Giacomini, M., and Cook, D., *Withholding and withdrawing life support in critical care settings: ethical issues concerning consent*. J Med Ethics, 2007. 33(4): p. 215-8.
33. Reiter-Theil, S., *The ethics of end-of-life decisions in the elderly: deliberations from the ECOPE study*. Best Pract Res Clin Anaesthesiol, 2003. 17(2): p. 273-87.
34. Winkler, E.C., W. Hiddemann, and G. Marckmann, *Evaluating a patient's request for life-prolonging treatment: an ethical framework*. J Med Ethics, 2012. 38(11): p. 647-51.
35. Thompson, R.J., *Medical futility: a commonly used and potentially abused idea in medical ethics*. Br J Hosp Med (Lond), 2011. 72(2): p. 96-9.
36. *Medical futility in end-of-life care: report of the Council on Ethical and Judicial Affairs*. JAMA, 1999. 281(10): p. 937-41.
37. Burns, J.P. and Truog, R.D., *Futility: a concept in evolution*. Chest, 2007. 132(6): p. 1987-93.
38. Thorns, A., *Ethical and legal issues in end-of-life care*. Clin Med, 2010. 10(3): p. 282-5.
39. Lindblad, A., Lynoe, N. and Juth, N., *End-of-Life Decisions and the Reinvented Rule of Double Effect: A Critical Analysis*. Bioethics, 2012.
40. Hamel, M.B., et al., *Patient age and decisions to withhold life-sustaining treatments from seriously ill, hospitalized adults. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment*. Ann Intern Med, 1999. 130(2): p. 116-25.