

Alimentação e hidratação artificiais no fim da vida

A questão da alimentação e da hidratação artificiais (AHA) é particularmente controversa. Mesmo em situações em que se concorda que tratamentos, como a reanimação cárdio-pulmonar (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 centra-se frequentemente na distinção entre tratamentos ordinários e extraordinários, que tem algumas dificuldades. Seria mais útil discutir a questão da AHA 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 [1]. 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 gastrointestinais e conseqüentemente os vômitos; as secreções brônquicas e assim a dispneia e a respiração estertorosa [2]. 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 depois de se concluir que não se verificou o benefício esperado, não há o dever ético de iniciar ou continuar com a hidratação [1]. S. 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 [3].

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 cateteres 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 [1]. Provavelmente, num doente com uma sobrevivência previsível de dias a AHA não tem influência significativa na sobrevivência. Mesmo que tivesse, 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 vêem 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. 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 EV ou SC com um volume de não mais de um litro por dia para evitar sobrecarga [3], permitindo assim tranquilizá-los e, talvez dar-lhes tempo para se adaptarem à realidade do doente. Mesmo quando o doente tem competência para decidir, essas divergências podem ocorrer, mas nesta situação só a vontade do doente é relevante.

Alimentação e hidratação artificiais no estado vegetativo persistente

O termo estado vegetativo persistente (EVP) foi introduzido por Jennett e Plum em 1972 para descrever o estado de doentes com dano cerebral grave nos quais o coma progrediu para um estado de vigília sem conhecimento detectável [8]. 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 têm a possibilidade de se alimentarem pelos seus próprios meios, só sobreviverão com AHA.

Nesta situação a discussão situa-se 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 [4].

Considerar a AHA como um tratamento e, como tal, podendo interromper-se em certas circunstâncias é também o ponto de vista da Associação Médica Britânica [5]. 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” [6]. 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” [7].

Referências

1. Ashby M, Stoffel B. Artificial hydration and alimentation at the end of life: a reply to Craig. *J Med Ethics* 1995;21:135-140.
2. 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.
3. 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.
4. Meisel A. Palliative care review. Ethics and law: physician-assisted dying. *J Palliat Med* 2005;8:609-621.
5. 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.
6. 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>.

7. 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>.
8. The Multi-Society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state. N Engl J Med 1994;330:1499-1508.