
Cessação voluntária da alimenta o e da hidrata o

A cessa o voluntária da alimenta o e da hidrata o (CVAH) pode definir-se como um esforço para acelerar a morte num contexto de sofrimento que não responde ao tratamento sintomático, percep o de um processo de morrer prolongado ou declínio funcional progressivo intolerável para um indivíduo que pode estar gravemente doente, mas não necessariamente em fase terminal [1].   uma atitude de doentes competentes com doenças cr nicas avançadas que, querendo morrer, decidem interromper a alimenta o e a hidrata o artificiais ou deixam de comer e de beber. Esta defini o não inclui a cessa o da alimenta o por outros motivos, como a perda do apetite ou a incapacidade de comer ou beber devido   doença. A discussão desta prática na literatura médica   relativamente recente, embora se saiba que foi descrita como uma via antiga, usada pelo menos desde a Grécia antiga, para a boa morte [2].

Difere de outras medidas como seda o ou morte assistida porque pode ser realizada sem contributo médico. Acresce que não há impedimento legal   sua realiza o como pode acontecer com a morte assistida e porque a seda o pode ser inapropriada por não haver sintomas intensos [1]. Pode haver vários graus de aceita o da CVAH em compara o com outras práticas de fim de vida. Enquanto uma pessoa pode achar o processo do CVAH mais penoso do que a morte assistida, outra pode achar que   moralmente menos problemática do que a morte assistida [1].

Autonomia

Os doentes competentes têm o direito de recusar tratamentos mesmo que isso possa pôr em risco a sua sobrevivência. A alimenta o e hidrata o artificiais (AHA), se forem consideradas formas de tratamento, como eu entendo que devem ser, podem legitimamente ser recusadas pelos doentes o que não  , em geral, um direito contestado. Comer e beber não são, obviamente, tratamentos, mas há quem considere que a recusa voluntária de comer e beber   uma extensão desse direito [3]. Pode também considerar-se um suicídio e, assim, ser considerado ilegítimo. No entanto, mesmo a considerar-se que   ilegítimo 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 AHA.

Como a CVAH não necessita da participa o de terceiros, nomeadamente de médicos, protege a privacidade e a independência do doente [3].

Os actos suicidas realizam-se na maioria dos casos num contexto psicopatológico em que predomina a depressão. Se o desejo de morrer que leve um doente   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 [4].

Acontece também que, quando os doentes estão perto da morte, desenvolvem frequentemente problemas cognitivos [5], o que pode levantar a questão de a acção continuar a ser voluntária [6]. 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. É, assim, de esperar que se instale delirium ligeiro a moderado e pode acontecer que um indivíduo nestas condições esqueça as suas intenções e peça comida e bebida. Esta possibilidade deve estar prevista e discutida previamente, porque lembrar ao indivíduo as suas intenções anteriores pode parecer coacção e, por outro lado, anuir ao pedido do doente prolongará o processo de morrer de alguém que demonstrou claramente o desejo de antecipar a morte. No entanto, um indivíduo que mantém as suas faculdades mentais pode retomar a comida e a bebida em qualquer altura [1].

Antes do início da CVAH é importante uma avaliação médica para excluir patologia psiquiátrica inadequadamente tratada, sintomas não controlados, sofrimento existencial e sinais de coacção [1]. Nestas situações a vontade do doente pode estar condicionada, mas se puderem ser controladas podem eventualmente fazer com que o indivíduo mude de ideias por uma decisão não condicionada. No entanto, os doentes podem optar por recusarem essa avaliação.

Nas pessoas que vivem em instituições esta solução pode ser mais difícil de aceitar e não suportarem a decisão do doente, sobretudo se tiverem uma afiliação religiosa, católica ou outra. A direcção dessas instituições e os clínicos podem ver a cooperação com esses pedidos como pondo-os em risco de serem acusados de abuso ou negligência ou sentirem-se obrigados a comunicar tentativa de suicídio [7]. Os registos que as instituições têm de cumprir e que sevem para avaliar a qualidade dos serviços, dependendo dos países ou estados, sujeitos a auditorias podem levantar dúvidas quanto à explicação do estado de nutrição e hidratação dos doentes e do declínio mental associado.

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. 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 [6]. 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. [8], 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 interpretado como, coacção subtil sobre o doente impelindo-o para morte [3].

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.

Dados empíricos

Há muito poucos estudos 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 [4] e noutro, realizado na Holanda, a mediana de tempo até à morte foi de 7 dias, mas em 8% dos doentes o processo durou mais de 14 dias [9]. A maioria das pessoas que opta pela CVAH tem mais de 80 anos, doença avançada, grau elevado de dependência e uma sobrevivência esperada curta [9]. 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, a dependência, quererem morrer em casa e desejarem controlar as circunstâncias da morte [8,9]. 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 [8].

Um dos estudos 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 [8]. 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.

Estes dados em conjunto com os do outro estudo realizado na Holanda onde a morte assistida também é legal [9], mostram que alguns doentes, apesar de poderem optar por uma forma de morte assistida, optam pela CVAH possivelmente pela oportunidade que este método proporciona de reconsiderar a decisão, reflectir e interagir com os familiares. Podem também não querer sobrecarregar os seus médicos ou preferirem não contar com os seus médicos para apressar a sua morte.

Dados clínicos

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 [6,8,10]. Mesmo que o doente tenha inicialmente fome a cetonemia provocada pelo jejum rapidamente a anula [1]. O jejum leva também 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.

Outros sintomas comuns na CVAH são a disúria, a incapacidade progressiva, o delirium e a sonolência [1,9]. Em geral o processo da CVAH é tranquilo e caracterizado por enfraquecimento progressivo e redução da consciência gradual para sonolência e coma dentro de alguns dias ou

poucas semanas, embora em alguns casos, se os sintomas forem intensos e refractários, seja necessário sedação proporcional e eventual internamento em cuidados paliativos [1].

Implicações éticas da CVAH

A CVAH tem sido considerada de vários modos diferentes. Para uns, tem uma base moral mais forte do que o suicídio assistido [6] 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 [4]. 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 intolerável.

Há ainda quem acredite que a CVAH constitui uma ponte entre 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 [2].

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 [11]. 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” [11]. 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 demovê-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.

Conclusão

A CVAH é uma prática que só há relativamente pouco tempo se debate com profundidade. 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. Wax JW, An AW, Kosier N, Quill TE: Voluntary stopping eating and drinking. *J Am Geriatr Soc* 2018;66:441–445.
2. 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.
3. 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.
4. Werth JL. The relationships among clinical depression, suicide, and other actions that may hasten death. *Behav Sci Law* 2004;22:627-649.
5. 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.
6. Miller FG, Meier DE. Voluntary death: a comparison of terminal dehydration and physician-assisted suicide. *Ann Intern Med* 1998;128:559-562.
7. Gruenewald DA. Voluntarily Stopping Eating and Drinking: A Practical Approach for Long-Term Care Facilities. *J Palliat Med*. 2018 Jun 5. doi: 10.1089/jpm.2018.0100. [Epub ahead of print].
8. 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.

9. Bolt EE, Hagens M, Willems D et al. Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking. *Ann Fam Med* 2015;13:421–428.
10. Eddy DM. A conversation with my mother. *JAMA* 1994;272:179-181.
11. 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.