

AS DIRECTIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: UMA REALIDADE PARA O FUTURO EM PORTUGAL

Daniela França

Mestrado em Bioética;
Onco-Hematologia, Instituto Português de Oncologia - Porto

Este documento reflecte a ligação da evolução da tecno-ciência e da obstinação terapêutica. Seguindo esta ideia, rapidamente se avança para a importância da auto-determinação do doente e da possível realidade das directivas antecipadas de vontade na forma do testamento vital e da nomeação de um representante legal em termos de cuidados de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Directivas Avançadas; Testamento Vital; Obstinação terapêutica.

This document reflects the connection of the evolution of techno-science and medical futility. Following this idea, we quickly move on to the importance of self-determination of the patient and the possible reality of advance directives will in the form of living will and appointing a legal representative in terms of health care.

KEYWORDS: Advance directives; Living Will; Medical futility.

Introdução

A evolução científica conduziu os profissionais de saúde a considerarem que não havia limites, tudo é possível para salvar uma vida. Mesmo quando o doente se encontra em fase terminal, e a evolução da doença conduz irreversivelmente para a morte, são cometidos exageros, sendo considerada esta actuação como obstinação terapêutica. Assim sendo, a obstinação terapêutica não é mais do que um acto ou actos que quando aplicados a determinado doente específico é(são) causador(es) de maior malefício em comparação com os pequenos benefícios que pode trazer. Ainda de acordo com o descrito, a morte actualmente é considerada por muitos profissionais de saúde como um erro médico e não como o decurso natural de uma doença.

Sabemos que a obstinação terapêutica é má prática médica por ir contra as *leges artis*. No entanto, é uma realidade que afecta os doentes terminais frequentemente, bem como alguns profissionais envolvidos nesta realidade. É certo que quando determinado acto for considerado pelo doente terminal como impróprio ou causador de imenso sofrimento, ao qual não se quer sujeitar, ele não dará o seu consentimento. Mas o que acontecerá no caso de um doente não ser capaz de dar o seu consentimento informado? Como supor a sua vontade, visto que todos somos diferentes e não existe um padrão a seguir... O medo, a dúvida e a angústia de muitos que pensam nesse futuro leva-nos a reflectir na solução possível.

As directivas antecipadas de vontade, já em vigor em alguns países, poderão ser uma solução para a questão anterior, sendo o “Testamento Vital”, ou “Living Will”, um bom exemplo desta prática. Este não é mais do que instruções dadas pelo doente dos tratamentos que deseja ou que recusa receber no fim

de vida, no caso de nessa altura se encontrar incapaz de tomar essa decisão. Existem duas formas de concretizar as directivas antecipadas de vontade: ou redigindo um documento com essa instrução ou através da nomeação de um procurador de cuidados de saúde.¹ Em Portugal, as directivas antecipadas de vontade ainda não se encontram em vigor, no entanto quem sabe poderão ser uma realidade num futuro próximo. A Associação Portuguesa de Bioética já redigiu um parecer referente a esta questão.

O Contexto

A sociedade actual tem evoluído de forma estrondosa, proporcionalmente com o aumento da tecnologia, e essa evolução também se faz sentir a nível dos cuidados de saúde. O que há alguns anos era impossível, actualmente é fácil, quer em termos de reanimação, como vários tipos de transplantes, entre outros sucessos inacreditáveis, que levam a que os profissionais de saúde se sintam capazes de tudo, não reconhecendo muitas vezes o limite.

Desta forma, a visão da morte e do processo de morrer também foi sujeito a alterações e “a morte, tão presente no passado, vai se apagar e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objecto de interdição. Há um esforço enorme em negá-la. A atitude cultural de nosso tempo tende a transformar a «morte-mistério» em «morte-problema».”² O próprio hospital da actualidade, quer em estrutura física quer em recursos humanos, vocacionou-se essencialmente para a cura. Apesar de actualmente o doente morrer fre-



quentemente no hospital, “o profissional de saúde é preparado para aliviar o sofrimento, evitar a morte, não para conviver com ela.”³ Neste contexto, a actuação dos enfermeiros, como profissionais que encaram frequentemente a morte, pode ser distinta, com tendência a tomar atitudes extremas: ou, por um lado, afastam-se do doente que está a

morrer, prestando cuidados de forma fria e rotineira; ou, por outro lado, envolvem-se emocionalmente de forma intensa. Estas atitudes podem até variar pela forma como o enfermeiro encara a morte, bem como pelo tipo de morte ou pela idade do doente.⁴

Assim sendo, embora actualmente seja possível controlar algumas doenças terminais por um longo período de tempo, importa saber e reconhecer quando se ultrapassa as *leges artis*, ou seja quando a actuação profissional passa a obstinação terapêutica. Esta não é mais do que “... o emprego ou a manutenção de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos sem que exista eficácia comprovada para evolução positiva e melhoramento das condições dos pacientes, seja em termos de sobrevivência ou de qualidade de vida.”⁵ Esta surgiu como consequência da enorme evolução da medicina contemporânea, que, através dos sucessos frequentes, fez surgir a ideia que era sempre possível fazer mais alguma coisa pelo doente.⁶ Ela é-nos apresentada como recusa premente da morte próxima do doente em fase terminal, sendo também designada por encarniçamento terapêutico ou distanásia.⁷

As alterações ocorridas acerca do conceito da morte surgem de acordo também com o aumento do número de doentes em fase terminal, fase esta cada vez mais prolongada. Pois, com o extraordinário avançar da tecnologia cada vez mais se consegue adiar o momento da morte. Muitas doenças terminais conseguem ser controladas por um grande período de tempo, conduzindo à existência de um número cada vez maior de doentes em fase terminal prolongada. Assim sendo, e de

acordo com o princípio do respeito pela autonomia do doente, é necessário o seu consentimento informado para a realização de qualquer intervenção médica. No caso do doente se encontrar incompetente de consentir e não se conhecendo a sua vontade, o profissional de saúde actua de acordo com o princípio da beneficência e não-maleficência.

De forma a respeitar a autonomia do doente surgem as directivas antecipadas de vontade, sendo uma forma o “testamento vital”. Este é um documento que se encontra em vigor em alguns países, “já em 1976 o *California Natural Death Act* legalizou o testamento vital (*living will*) naquele Estado. (...) A Espanha, tomada novamente como exemplo, legislou nesta matéria há mais de cinco anos, com deliberações consideradas um importante marco civilizacional. Também em países com a mesma tradição cultural, a legalização das *Directivas Antecipadas de Vontade* seria um importante vector de afirmação dos direitos individuais, designadamente dos doentes terminais, reforçando o sentimento de autodeterminação e de independência face a intervenções médicas não desejadas.”⁸

A sua existência permite que o doente possa enumerar instruções sobre os procedimentos que aceita e recusa no final de vida. Em situações em que ele mesmo esteja incapaz de dar o seu consentimento, pode manifestar a sua vontade doutra forma, nomeadamente elegendo um representante legal, que defenda os seus interesses.

Qualquer pessoa capaz à data da sua assinatura, sem anomalia psíquica e que não seja menor poderá redigir o seu testamento vital com validade, especificando os cuidados de saúde que quer ou não receber.¹

No entanto, ainda existem algumas limitações na formulação deste documento que levantam preocupações aos profissionais de saúde. Estes questionam a consistência de algumas das decisões dos doentes e do seu conhecimento e preparação para as tomar.⁹ Outro caso importante de referenciar é a situação de um doente que pretende receber tratamento que na situação presente seja considerado pelos profissionais de saúde como futilidade terapêutica. Nesta situação estes devem actuar de igual forma como se o doente estivesse capaz, ou seja a autonomia do doente não se pode sobrepor à autonomia do profissional de saúde, que tem o dever de cumprir as *leges artis*.¹⁰

Uma outra questão que coloca o testamento vital é a sua actualidade. No momento da sua realização, o avanço da ciência poderia não dar respostas a situações que posteriormente passaram a ter uma resolução possível. Será que neste momento actual o doente tomaria aquela mesma decisão? Como afirma João Loureiro, “... se resultarem dúvidas deve decidir-se pela vida (*in dubio pró vita*)”¹¹

De forma a minimizar o problema da actualidade do testamento vital, Rui Nunes afirma que “... a criação on line de um Registo Nacional de Directivas Antecipadas de Vontade permitiria que só documentos recentes, com um período de validade predefinido, fossem considerados válidos. Mais ainda, a existência deste registo permite também que o consentimento seja livremente revogado até à prática do acto concreto, na medida em que, enquanto existir competência, o doente pode revogar a orientação expressa no testamento vital”⁸

A nomeação de um representante legal pode trazer benefícios, pois o doente decide quem é a pessoa ideal para defender os seus interesses em termos de saúde, visto que o profissional de saúde por vezes tem pouco contacto com a família aquando das tomadas de decisão. Ao eleger um representante legal o doente está a possibilitar a continuação do respeito pela sua auto-determinação, pelo que o representante deve decidir pelos desejos do doente e não pelos seus próprios. No entanto, também existem algumas dificuldades que é necessário realçar. Uma delas é o representante legal poder não conseguir o distanciamento necessário para tomar a decisão que vá de encontro aos desejos do doente e influenciar as suas decisões, pelo seu relacionamento com o mesmo. O outro é o desconhecimento da vontade do doente perante algumas situações, bem como a possibilidade de na altura o avanço da tecno-ciência possibilitar tratamento anteriormente não disponível. Como afirmam Helena Melo e Rui Nunes: “*Afigura-se-nos no entanto essencial que o conteúdo da procuração seja preciso, claro e inequívoco, delimitando com exactidão os poderes que competem ao procurador e a cujo exercício corresponderá a produção de efeitos jurídicos na esfera do paciente*”¹

Quanto à nomeação de um representante legal em termos de saúde existem correntes opostas, pois há quem defenda que a decisão quanto à própria vida e

ao seu corpo não pode ser colocada ao dispor de uma outra pessoa, mesmo que nomeada pelo doente.¹

Todas estas questões que se levantam em ambos os casos (testamento vital ou nomeação de um representante legal) devem ser ponderados caso a caso, com o interesse do doente como decisão final.

Conclusão

A extraordinária evolução da tecno-ciência conduziu à ideia que tudo era possível em termos de saúde e definir o limite entre cuidados adequados ao doente obstinação terapêutica nem sempre é fácil para o profissionais de saúde que encaram a morte como um erro da medicina e não como algo tão natural como nascer. No decorrer desta realidade e rumo à negação da obstinação terapêutica, o respeito pela auto-determinação do doente é cada vez mais valorizado.

Estas são questões que os profissionais de saúde do nosso país, ainda muito centrados no paternalismo, podem ter dificuldade em encara, bem como a população, que na sua maioria ainda tem pouca formação em termos de saúde. No entanto, com a evolução da nossa sociedade plural esta é uma realidade que ganha terreno.

Conclui-se que perante a crescente valorização do direito à autodeterminação de cada pessoa em termos de saúde, as directivas antecipadas de vontade, em ambas as formas (testamento vital ou nomeação de representante legal) serão uma realidade de um futuro próximo.

BIBLIOGRAFIA

- Melo H, Nunes R. Directivas Antecipadas de Vontade. (Parecer N.º P/05/APB/06). Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Associação Portuguesa de Bioética. Porto; 2006: 1-25.
- Pessini L, Barchifontaine C. Problemas Actuais de Bioética. 6ª ed. rev. e ampliada. Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola. Agosto; 2002: 246.
- Moreno A. Ética em Medicina. Lisboa: Medilivro; 2004: 253.
- Pacheco S. A Morte no Ciclo Vital: Perspectiva da Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Janeiro; 2006 - n.º 20: 32.
- Urban CA, Bardoe SAW, Silva IM. Ordens de Não-Reanimação. In: Bioética Clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003: 524.
- Pacheco S. Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética. 2.ª ed. Loures: Lusociência; 2004: 66.
- Abizanda C. Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET): No Instauración o Retirada de Medidas de Soporte. In: Decisiones Terapéuticas al Final de la Vida, Colección Medicina Crítica Práctica. Barcelona: (Editor: Cabré Pericas) EdikaMed, 2003.
- Nunes R. Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. Revista Bioética 2009; 17(1): 29-39.
- Masunda Y, Fetters M D, Hattori A, Mogi N, Naito M, Iguchi A, Uemura K. Physicians' reports on the impact of living wills at the end of life in Japan. Journal of Medical Ethics 2003; 29: 248-252.
- Gavicagoeasca M.I. Futilidade Terapêutica. In: Bioética Clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2003: 518.
- Loureiro J. Metáfora do Vegetal ou Metáfora do Povoal? – Considerações Jurídicas em torno do Estado Vegetativo Crónico. Cadernos de Bioética. Coimbra: Edição do Centro de Estudos de Bioética; Dezembro de 1994 - n.º 8: 42.

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

INDEXANTES:

latindex

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

EBSCO
PUBLISHING

EBSCOhost databases are the most-used, premium online information resources for tens of thousands of institutions worldwide, representing millions of end-users.

A SUA REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

ENVIE OS SEUS ARTIGOS PARA SECRETARIADO@AEOP.NET