

## Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais

Rui Nunes

**Resumo** O artigo apresenta proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais, de acordo com o consenso internacional sobre a ortotanásia. São sugeridas linhas de orientação no que respeita a doentes competentes e incompetentes, especificamente, no que se refere à suspensão ou abstenção de tratamentos fúteis ou desproporcionados. A problemática do testamento vital também é abordada como um direito básico e inalienável à autodeterminação pessoal; ou seja, como parte do exercício de autonomia prospectiva. Em conclusão, sugere que a aplicação concreta destas linhas de orientação carece, por um lado, de um grande consenso entre os profissionais de saúde sobre os grandes princípios éticos a adotar e, por outro, de uma discussão social ampla e participativa. Isto é, só o verdadeiro exercício de democracia deliberativa poderá legitimar a ortotanásia como prática médica adequada.

**Palavras chave:** Consenso. Doente terminal. Contenção do tratamento. Direito a morrer. Eutanásia.



**Rui Nunes**

Professor Catedrático de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, coordenador do Curso de Doutorado Luso-Brasileiro em Bioética FMUP/CFM, Porto, Portugal

A fase final da vida de uma pessoa suscita desde há largos anos inúmeras questões éticas e dúvidas de natureza existencial, sobretudo quando existe a possibilidade de intervir medicamente para aliviar a dor e o sofrimento. De fato, a evolução da medicina originou a possibilidade de prolongar a existência humana para além daquilo que é adequado, pelo que importa desde logo estabelecer critérios claros para a boa prática clínica nesta fase da vida humana, definindo normas de orientação ético/clínica que ajudem os médicos a lidar com este problema, cada vez mais recorrente na sua atividade profissional<sup>1,2</sup>.

O estabelecimento destes critérios deve ser o mais consensual possível para impedir disparidades eticamente inaceitáveis na suspensão ou abstenção de tratamento em doentes terminais. De fato, é com frequência que os clínicos deparam-se com situações de difícil interpretação no plano ético pelo que é fundamental proceder a uma distinção conceitual nomeadamente entre eutanásia, *stricto sensu*<sup>3,4,5</sup>, e suspensão de meios extraordinários, fúteis ou desproporcionados de tratamento. Ainda que nem sempre seja fácil traçar uma

linha divisória entre ambas as situações, a utilização desproporcionada de intervenções médicas suscita dilemas éticos de enorme impacto nas sociedades ocidentais, sendo hoje universalmente considerada como má prática médica, ou seja, *distanásia*.

A situação ideal seria, assim, uma prática profissional digna, adequada e diligente, que é aquilo que se designa por ortotanásia. Em síntese, a suspensão ou abstenção de meios desproporcionados de tratamento – incluindo a reanimação cardíaco-pulmonar e as *ordens de não-reanimar* – são hoje prática corrente em todo o mundo ocidental, cristalizando a noção de que vida humana merece ser sempre respeitada na sua dignidade, sobretudo no final da existência. Ainda que tradicionalmente não seja obtido o consentimento informado tem-se generalizado progressivamente a noção de que mesmo nestes casos se deve envolver o paciente no processo de decisão, de modo a esclarecê-lo devidamente sobre as circunstâncias envolvidas na terminalidade da sua vida.

Note-se que existem diferenças práticas importantes entre a suspensão (*withdraw*) e a abstenção (*withhold*) de tratamento, particularmente em doentes terminais, embora do ponto de vista ético estas diferenças tendam a esbater-se consideravelmente <sup>6</sup>. Em Espanha, a título de exemplo, para ultrapassar a questão da suspensão *versus* abstenção de tratamento recorre-se à expressão *limitación del esfuerzo terapéutico* <sup>7</sup>, que abarca simultaneamente ambos os conceitos. De fato, as correntes mais representativas do pensamento nesta matéria não traçam nenhuma distinção eticamente sustentável

entre suspender ou não iniciar um determinado tipo de tratamento ou de suporte avançado de vida. Pelo que pode estar em causa, verdadeiramente, uma adequação do esforço terapêutico às reais necessidades do doente.

Por outro lado, tem-se progressivamente reafirmado a noção de que a vontade previamente manifestada do doente deve ser respeitada e, quando tal não for possível por falta de informação fidedigna, deve prevalecer o *standard* de “melhor interesse” do doente, de acordo com critérios universais de razoabilidade. A *Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano Face às Aplicações da Biologia e da Medicina* <sup>8</sup> e a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* <sup>9</sup>, proposta pela Unesco em 2005, reforçam largamente este ideal. Recorde-se que já em 1976 o *California Natural Death Act* legalizou o testamento vital (*living will*) naquele Estado, ao que se seguiu legislação nas demais unidades federadas estadunidenses e em muitos países europeus. 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 Diretivas Antecipadas de Vontade seria um importante vetor de afirmação dos direitos individuais, designadamente dos doentes terminais, reforçando o sentimento de autodeterminação e de independência face a intervenções médicas não desejadas. Em Portugal aguarda-se a discussão pela Assembleia da República das propostas de legalização do Testamento Vital emanadas da sociedade civil <sup>10,11</sup>.

O que está em causa é a legitimidade – nos planos ético e jurídico – das diretivas antecipadas de vontade, entendidas como instruções que uma pessoa dá antecipadamente, relativas aos tratamentos que deseja ou que recusa receber no fim da vida, para o caso de se tornar incapaz de exprimir a sua vontade ou de tomar decisões por e para si própria. O testamento vital (*living will*) é hoje prática corrente em muitos países ocidentais. A utilização do testamento vital como elemento estrutural da decisão médica – e não apenas com valor indicatório – implica que alguns requisitos básicos do consentimento sejam adequados a esta nova modalidade. De modo geral, sugere-se que para ser válido o consentimento deve ser atual. Ora a criação *on line* de um Registo Nacional de Diretivas 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 ato concreto, na medida em que, enquanto existir competência, o doente pode revogar a orientação expressa no testamento vital.

Também o debate em torno da assistência médica a doentes em *estado vegetativo persistente*<sup>12</sup> reforça o ideal de que numa sociedade livre, ainda que exista uma aparente impossibilidade de concretizar a vida de relação, a pessoa deve poder exercer algum controle sobre a fase final da sua vida. Ainda em matéria legislativa, importa definir rapidamente um quadro regulatório de práticas tal como a suspensão ou a abstenção de meios desproporcionados de tratamento, de modo a não serem administrados

tratamentos considerados “fúteis” ou “extraordinários”. Isto é intervenções claramente invasivas, tratamentos médicos ou cirúrgicos, que visem promover a vida sem qualidade, ou mesmo a reanimação cardíaco-pulmonar. Em particular, no quadro de uma doença irreversível e terminal, as *ordens de não-reanimar* são eticamente legítimas se as manobras de reanimação propostas forem interpretadas como uma intervenção desproporcionada.

Pelo exposto torna-se claro que é urgente definir normas de orientação (*guidelines*) que ajudem os profissionais a lidar com este problema, cada vez mais recorrente na sua atividade profissional. Para efeito desta proposta utiliza-se a expressão *guidelines* não apenas no sentido estrito – tal como é hoje utilizado no âmbito da Medicina Baseada em Evidência –, mas numa visão mais abrangente, usual aliás nas ciências sociais<sup>13,14</sup>. Note-se, também, que para efeito da elaboração destas *guidelines* não se procedeu a nenhuma distinção conceitual entre “tratamento”, “suporte de vida” ou “suporte avançado de vida”.

### Em busca de bases para o consenso

No Brasil o Conselho Federal de Medicina (CFM) determinou que *na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu represen-*

*tante legal* <sup>15</sup>. Porém, dada a controvérsia com a eutanásia, esta Resolução foi suspensa por decisão judicial liminar aguardando-se presentemente por decisão definitiva.

O debate subsiste, porém, quando o tratamento que prolonga artificialmente a vida não é considerado desproporcionado, tal como a alimentação e a hidratação artificiais (ainda que esta posição não seja consensual). A reflexão ética incide então na distinção entre “tratar” e “cuidar”, sendo que, alegadamente, trata-se de uma exigência ética universal prover cuidados a quem deles necessite <sup>16,17</sup>. A existência de doentes em *estado vegetativo persistente* alimenta este debate e contamina outras discussões igualmente importantes, mas de cariz diferente, como a da eutanásia ativa voluntária.

No sentido de contribuir para o debate nesta matéria o Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) submeteu a escrutínio público na Conferência Nacional de Consenso sobre Suspensão e Abstenção de Tratamento em Doentes Terminais – em janeiro de 2008 – um conjunto de *guidelines* de orientação ética/clínica para que os profissionais de saúde disponham de mais um instrumento que os auxilie nas complexas decisões no final da vida humana. Deve salientar-se, contudo, que esta proposta assenta num largo consenso internacional na matéria <sup>18,19,20</sup>.

Nesta primeira reunião apenas se abordaram as decisões clínicas em doentes terminais, pelo que foram deliberadamente excluídos outros grupos de pacientes, tal como as doen-

ças neurológicas crônicas ou mesmo o estado vegetativo persistente (exceto em fase terminal). Também a prática da eutanásia foi excluída deste debate preliminar dada a falta de consenso social nesta matéria <sup>21,22</sup>, que se traduz a título de exemplo pela sua ilegalidade em países como Portugal e o Brasil.

Estas *guidelines* não propõem nenhuma definição específica de *doente terminal*. Trata-se de doentes em fim de vida, sendo que a determinação da fase final da vida de um doente é sempre casuística. Na aceção generalizada “doente terminal” refere-se a aquele paciente em que a doença não responde a nenhuma terapêutica conhecida e, conseqüentemente, entrou num processo que conduz irreversivelmente à morte. Doença terminal deve, contudo, ser distinguida de agonia terminal (doente moribundo). Porém, de acordo com a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, deve entender-se por *doente terminal* aquele que tem, em média, três a seis meses de vida, sendo que esta avaliação deve estar alicerçada em critérios de objetivação de prognóstico <sup>23</sup>.

Nestes doentes tem sido também considerada uma prática eticamente adequada a utilização de sedação, desde que sob supervisão médica. De acordo com Chiu e colaboradores <sup>24</sup>, por sedação deve entender-se o uso de fármacos para aliviar sintomas refratários causadores de sofrimento intolerável que não foram passíveis de alívio por outros meios num período de tempo aceitável. Contudo, a avaliação ética da sedação, nomeadamente da sedação terminal <sup>25</sup>, está também para além do âmbito da aplicação destas linhas de orientação.

Em seguida transcreve-se a *Proposta sobre Suspensão e Abstenção de Tratamento em Doentes Terminais* já na versão que contou com a participação de dezenas de entidades que contribuíram decisivamente para este projeto. Pretende-se que estas normas de orientação venham a ser incorporadas no sistema de saúde, seja pela via legislativa seja por intermédio da sua adoção pelas autoridades administrativas competentes.

### **Decisões a respeito de doentes competentes**

1. A decisão de suspensão ou de abstenção de tratamento num doente competente deve ser efetuada envolvendo ativamente o paciente no processo de decisão (se for a sua vontade), nomeadamente por meio da obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido. O conceito de *competência* refere-se à capacidade para decidir autonomamente. Isto é competência decisional. Pressupõe que o doente não apenas compreende a informação transmitida, mas é também capaz de efetuar um juízo independente de acordo com o seu sistema de valores.
2. Se um doente competente recusa um tratamento que, após ponderar os riscos e os benefícios, o profissional de saúde entende ser no seu melhor interesse deve informar o paciente das consequências dessa escolha, respeitando, entretanto, sua decisão informada. Nenhum tratamento deve ser imposto coercivamente. De fato, é hoje universalmente considerado que o direito à recusa de tratamento é expressão concre-

ta da inviolabilidade da integridade física pessoal.

3. Quando um doente competente solicita expressamente um determinado tratamento e esta modalidade terapêutica presumivelmente não só salva a vida como mantém uma qualidade de vida aceitável, esse pedido deve ser respeitado (exceto se não existem condições objetivas que permitam a satisfação desse pedido).
4. A equipe de saúde deve abster-se de efetuar tratamentos desproporcionados (neste contexto utilizam-se como expressões sinônimas “tratamento desproporcionado”, “tratamento extraordinário” ou “tratamento fútil”).
5. À luz da mais recente evidência científica existente, os profissionais de saúde não são obrigados a providenciar tratamentos que contrariem as *leges artis*. Sobretudo se a intervenção, mesmo que por solicitação do doente, possa causar dor, sofrimento desproporcionado ou perda de função.
6. Os profissionais de saúde têm o direito a recusar a realização de tratamentos que contrariem a sua consciência moral ou profissional, designadamente no âmbito do legítimo direito à objeção de consciência (ainda que sobre eles impenda o dever de assegurar a continuidade de cuidados).
7. Qualquer decisão de suspensão ou de abstenção de tratamento em doentes terminais deve ser efetuada no respeito pelos valores básicos da justiça e da equidade. Não obstante, é igualmente exigida uma adequada ponderação no modo como se utilizam os recursos materiais neste grupo de doentes.

## Decisões a respeito de doentes incompetentes

8. Os profissionais de saúde devem assegurar, na medida do possível, os valores e as preferências dos doentes no que respeita a um determinado tratamento.
9. Quando o doente se encontra incompetente e, portanto, incapaz de decidir livremente, a informação clinicamente relevante deve ser partilhada com a família, entendendo-se por *família* aqueles que se encontram em maior proximidade com o paciente, independentemente da relação parental existente. Em todo o caso a intimidade da pessoa doente deve ser respeitada e protegida.
10. Existindo uma diretiva antecipada de vontade na forma de testamento vital (*living will*) a vontade expressa deste modo deve ser respeitada pelos médicos e equipe de saúde. Em muitos países ocidentais as diretivas antecipadas de vontade podem revestir a forma de *testamento vital* ou de *nomeação de um procurador de cuidados de saúde*. O testamento vital pode também ser designado por testamento de vida, testamento em vida, testamento biológico, testamento de paciente ou simplesmente cláusulas testamentárias sobre a vida, dado que os seus efeitos se produzem ainda em vida, imediatamente antes da ocorrência da morte.
11. Quando existe um representante legal este deve ser envolvido no processo de decisão devendo aplicar-se, sempre que possível, a doutrina do *juízo substitutivo*. Ou seja, as decisões terapêuticas devem enquadrar-se nos valores do paciente e naquela que seria provavelmente a sua decisão na situação clínica concreta. Se for legalizada a figura jurídica do *procurador de cuidados de saúde* aplica-se a este a doutrina do *juízo substitutivo*.
12. Se não for possível determinar, à luz da melhor evidência existente, qual seria a vontade do doente num determinado contexto clínico, o médico e equipe de saúde, em estreita colaboração com a família, devem determinar o curso de atuação mais adequado de acordo com o melhor interesse do paciente. Isto é, em consonância com princípio ético da beneficência.
13. Quando existe razoável probabilidade de que o doente incompetente possa recuperar a competência decisional devem envia-se todos os esforços para restituir a autonomia, dando a oportunidade ao paciente para consentir ou recusar uma determinada estratégia terapêutica.
14. Se persistir desacordo entre a equipe de saúde e os familiares do paciente e não existir uma diretiva antecipada de vontade, deve tentar-se, até ao limite, uma estratégia consensual. Após esgotados todos os esforços, se não for possível a obtenção do consenso, então deve-se recorrer a meios formais de resolução. Designadamente mecanismos intra-institucionais – tal como o Comité de Ética – ou extrainstitucionais como o poder judicial.
15. Tratando-se de doentes que nunca foram competentes – recém-nascidos, anencéfalos, crianças, deficientes mentais severos etc. – deve-se adotar a doutrina do melhor

interesse do paciente. Porém, existe um consenso generalizado de que a criança, e sobretudo o adolescente, devem ser envolvidos no processo de decisão de acordo com o seu grau de maturidade<sup>1</sup>. Podem surgir dilemas éticos complexos quando não é claro qual é esse melhor interesse, nomeadamente face a um juízo complexo da qualidade de vida previsível.

16. Nestes casos, quando o doente dispõe de legítimos representantes (por exemplo, os pais no caso das crianças), seus interesses e expectativas devem ser igualmente considerados. Deve ser providenciada informação adequada à família para que esta possa participar no processo de decisão.
17. Nestas circunstâncias, os profissionais de saúde podem legitimamente proceder à suspensão ou abstenção de tratamento quando a razão entre os riscos e os benefícios parece impor riscos desproporcionados a pacientes que pela sua própria condição apresentam uma especial vulnerabilidade.

### **Decisões a respeito de doentes competentes e a doentes incompetentes**

18. Quando a reanimação cardíaco-pulmonar é considerada uma intervenção desproporcionada; por exemplo, porque é possível ou previsível que o doente entre em parada cardíorrespiratória, podendo-se enquadrar num grupo de risco bem definido; é eticamente adequada a emissão de uma *ordem de não reanimar* (*do not resuscitate order* – DNR<sup>26</sup>, em língua inglesa, ainda

que alguns autores, preferiram utilizar a expressão de “instrução de não-reanimar”, “decisão de não tentar reanimar” ou, mais recentemente, “permitir a morte natural – *allow natural death*”)<sup>27</sup>.

19. Pressupõe-se que, independentemente da doença de base, o doente se encontra irreversivelmente terminal e a morte está iminente<sup>28</sup>. A título exemplificativo, determinados casos de neoplasia metastática em fase terminal, de *sepsis* generalizada ou mesmo algumas pneumonias nas quais a reanimação cardíaco-pulmonar é considerada desproporcionada no sentido previamente exposto. Em todo o caso, existem outras situações clínicas onde é eticamente adequado ponderar a não reanimação cardíaco-pulmonar, desde que esta instrução seja emitida por mais de um médico, de preferência por consenso entre toda a equipe de saúde.
20. Deve existir em todos os hospitais um modelo estandardizado por meio do qual se possa redigir uma Ordem de Não-Reanimar. A existência deste modelo permite a melhor implementação da Ordem de Não-Reanimar e agiliza o processo que, por si só, já se reveste de elevada complexidade clínica.
21. Qualquer restrição econômica na provisão de cuidados assistenciais deve ser do conhecimento do doente e da família previamente à hospitalização. Os profissionais de saúde devem tomar as precauções necessárias para que nenhum doente seja injustamente prejudicado e práticas de seleção adversa bem como de discriminação infundada devem ser prevenidas<sup>29,30</sup>.

## Considerações finais

Em síntese, torna-se fundamental promover o consenso possível sobre esta temática <sup>31</sup> e, para tanto, a realização de uma Conferência Nacional de Consenso sobre a Suspensão ou Abstenção de Tratamento em Doentes Terminais, envolvendo tanto especialistas como a sociedade civil, parece ser um excelente instrumento para propiciar a generalização de *guidelines* sobre a temática da ortotanásia, tanto em Portugal quanto no Brasil.

Numa era altamente tecnológica a re-humanização da medicina, e das demais profissões da saúde, implica esforço contínuo em diversos níveis. Por um lado, no plano da formação é essencial que o ensino médico e da enfermagem focalizem intensamente a dimensão

humana e as relações interpessoais. Aprender a lidar com a vida e com a morte implica um novo parâmetro formativo, com ênfase especial no respeito profundo pela dignidade da pessoa humana <sup>32</sup>. Por outro, importa entender que a medicina e a enfermagem se desenrolam hoje em equipe multidisciplinar, respeitando as competências específicas de cada profissão, com o objetivo último de melhor servir os doentes e a sociedade.

Esta proposta de linhas de orientação trata, obviamente, do início de um percurso que não se esgota nessas recomendações e que para avançar precisa do envolvimento ativo da sociedade. Isto é, de um verdadeiro exercício de democracia deliberativa para legitimar a ortotanásia como uma prática médica adequada.

## Resumen

---

### **Propuesta sobre suspensión y abstención de tratamiento en pacientes terminales**

El artículo presenta propuesta sobre suspensión y abstención de tratamiento en pacientes terminales, de acuerdo con el consenso internacional sobre la ortotanasia. Se sugieren líneas de orientación al respecto de enfermos competentes e incompetentes, específicamente, en lo que se refiere a la suspensión de tratamientos inútiles o desproporcionados. El problema del testamento vital es también abordado como un derecho básico e inseparable de la autodeterminación personal; o sea, como parte del ejercicio de autonomía prospectiva. En conclusión, sugiere que a la aplicación concreta de estas líneas de orientación le falta, por un lado, un gran consenso entre los profesionales de salud sobre los grandes principios éticos a ser adoptados y, por otro, una discusión social amplia y participativa. Esto significa que solo el verdadero ejercicio de democracia liberadora podrá legitimar la ortotanasia como práctica médica adecuada.

**Palabras-clave:** Consenso. Enfermo Terminal. Privación de Tratamiento. Derecho a morir. Eutanásia.

## **Abstract**

---

### **Suggestion of guidelines for decisions to withhold or withdraw medical treatment in terminal patients**

This paper presents Proposes on Guidelines for decisions to withhold or withdraw medical treatment in terminal patients according to the international consensus about orthotanasia. The paper also suggests different types of guidelines for decisions involving competent or incompetent patients, specifically, that refers to withhold or withdraw futile or disproportional medical treatment. The problem about living will also is treated as an inalienable and basic right of self determination, that is, a part of exercising the prospective autonomy. In conclusion it suggests that the concrete application of this guidelines needs on the one hand a great consensus between health professionals about the ethical principles that would be adopted and, on the other hand, a wide and participative social discussion. That is, just the true exercise of deliberative democracy may legitimate the orthotanasia like a suitable medical practice.

**Key words:** Consensus. Terminally ill. Withholding treatment. Right to die. Euthanasia.

## **Referências**

---

1. Engelhardt T. The Foundations of bioethics. 2<sup>nd</sup>.ed. New York: Oxford University Press; 1996.
2. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 5<sup>th</sup>.ed. New York: Oxford University Press; 2001.
3. Battin M. Euthanasia and physician assisted suicide. In: LaFollette H, editors. The Oxford handbook of practical ethics. Oxford: Oxford University Press; 2003.
4. Keown J. Euthanasia, ethics and public policy: an argument against legalisation. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
5. Stoffell B. Voluntary euthanasia, suicide and physician-assisted suicide. In: Kuhse H, Singer P, editors. A companion to bioethics. Oxford: Blackwell; 1998.
6. Harris J. The value of life: an introduction to medical ethics. London: Routledge; 1991.
7. Abizanda Campos. Limitación del esfuerzo terapéutico (LET): no instauración o retirada de medidas de soporte. In: Cabré Pericas, editor. Decisiones terapêuticas al final de la vida. Barcelona: EdikaMed; 2003. (Colección Medicina Crítica Práctica).
8. Conselho da Europa. Convenção para a Protecção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano Face às Aplicações da Biologia e da Medicina. Estrasburgo; 1996.

9. Unesco. Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos. Paris; 2005.
10. Portugal. Parecer n.º P/05/APB/06 sobre Diretivas Antecipadas de Vontade [Online]. Porto: Associação Portuguesa de Bioética; 2006. [citado em 2008 Jun]. Disponível em: URL: [www.apbioetica.org](http://www.apbioetica.org).
11. Portugal. Projeto de Diploma n.º P/06/APB/06 que Regula o Exercício do Direito a Formular Diretivas Antecipadas de Vontade no Âmbito da Prestação de Cuidados de Saúde e Cria o Correspondente Registo Nacional [Online]. Porto: Associação Portuguesa de Bioética; 2006. [citado em 2008 Jun]. Disponível em: URL: [www.apbioetica.org](http://www.apbioetica.org).
12. Fox E, Daskal F, Stocking C. Ethics Consultant's Recommendations for Life-Prolonging Treatment of Patients in Persistent Vegetative State: a follow-up study. *J Clin Ethics* 2007;18(1):64-71.
13. Nunes R. Evidence-based medicine: a new tool for resource allocation? *Med Health Care Philos* 2003;6:297-301.
14. Roque A, Bugalho A, Carneiro AV. Manual de elaboração, disseminação, implementação de normas de orientação clínica. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, FMUL; 2007.
15. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.805, de 28 de janeiro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. *Diário Oficial da União, Brasília, 2006 nov 28, seção I, p. 169.*
16. Pellegrino E. Doctors must not kill. *J Clin Ethics* 1992;3(2):95-102.
17. Loewy H. Healing and killing, harming and not harming: physician participation in euthanasia and capital punishment. *J Clin Ethics* 1992;3(1):29-34.
18. Stanley J. The Appleton consensus: suggested international guidelines for decisions to forego medical treatment. *J Med Ethics* 1989;1589:129-36.
19. British Medical Association. Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment. 3<sup>rd</sup>.ed. London: British Medical Association; 2007.
20. Dubler N. Conflict and consensus at the end life. *Hastings Cent Rep* 2005;35(special report):19-25.
21. van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, van Delden JJ, Hanssen-de Wolf JE, et al. End-of-life practices in The Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med* 2007;356(19):1957-65.
22. Battin M, van der Heide A, Ganzini L, van der Hal G, Onwuteaka-Philipsen B. Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in "vulnerable" groups. *J Med Ethics* 2007;33:591-7.
23. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Comentários referentes à Proposta de

*Guidelines* sobre Suspensão e Abstenção de Tratamento em Doentes Terminais [Online]. Lisboa: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos; 2008. [citado em 2008 Jun]. Disponível em:URL: [www.apcp.com.pt](http://www.apcp.com.pt).

24. Chiu T, Hu W, Lue B, Cheng S, Chen C. Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2001;21:467-72.
25. Cellarius V. Terminal sedation and the "Imminence Condition". *J Med Ethics* 2008;34(2):69-72.
26. Ordem dos Enfermeiros de Portugal. Comentários referentes à Proposta de *Guidelines* sobre Suspensão e Abstenção de Tratamento em Doentes Terminais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros de Portugal; 2008.
27. Venneman SS, Narnor-Harris P, Perish M, Hamilton M. "Allow Natural Death" versus "Do Not Resuscitate": three words that can change a life. *J Med Ethics* 2008;34(1):2-6.
28. Comissão de Ética do Hospital de Santa Cruz. Parecer do Grupo de Trabalho sobre a Ordem de Não-Ressuscitar. Lisboa: Comissão de Ética do Hospital de Santa Cruz; 1999.
29. Nunes R. Regulação da saúde. Porto: Vida Económica; 2005.
30. Rego G. Gestão empresarial dos serviços públicos: uma aplicação ao sector da saúde. Porto: Vida Económica; 2008.
31. Johnson S. Making room for dying: end of life care in nursing homes. *Hastings Cent Report* 2005;35(special report):37-41.
32. Callahan D. Death: "The Distinguished Thing". *Hastings Cent Report* 2005;35(special report):5-8.

Recebido: 5.6.2008      Aprovado: 3.12.2008      Aprovação final: 8.12.2008

## **Contato**

---

Rui Nunes – [ruinunes@med.up.pt](mailto:ruinunes@med.up.pt)

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319. Porto, Portugal.