

## > As Novas Responsabilidades dos Profissionais de Saúde Envelhecimento. Cuidados Paliativos Morte Assistida

Caros Colegas, Amigos, Senhoras e Senhores

> Foi com muito gosto que aceitei o convite para participar nesta reunião. Agradeço aos organizadores, nomeadamente ao Pedro Alves e ao António Oliveira, e também a quem sugeriu o meu nome, a oportunidade de estar hoje convosco e de conhecer os objectivos e realizações do Enjoy med uma iniciativa, de grande mérito dos estudantes de Medicina.

> Antes de iniciar o tratamento dos temas que propus, aproveito o ensejo para dirigir, aos que estão prestes a iniciar a actividade como médicos alguns conselhos e advertências. Vícios de pedagogo.

> A licenciatura em Medicina é plurivocacional e nas muitas especialidades em que <sup>porque</sup> se divide a actividade médica há lugar para os mais <sup>diversos</sup> talentos e motivações.

O leque de opções é extenso e variado e cabe a cada <sup>uma</sup> a escolha que considera mais conforme aos seus ~~talentos~~ objectivos de vida.

É óbvio que além das preferências pessoais, que devem <sup>por</sup> a prova, há <sup>porventura</sup> o caso de uma oferta alucinante a dificultar uma decisão. Ponderem, mas não esqueçam a sabedoria do que foi dito

② por David Sarnoff

'no body can be successful unless he loves his work'

e também por John Dewey

③ To find out what one is fitted to do, and to secure an opportunity to do it, is the key to happiness

④

⑤

⑥

> Ao escolher o tema da minha intervenção, balizada pelo subtítulo Envelhecimento. Cuidados paliativos e morte assistida tive em consideração o meu interesse antigo pela temática (querasavaboe) e alguma experiência <sup>personal</sup> que agora começo a ter, mas também, e principalmente o interesse dos participantes que vão iniciar uma carreira profissional semeada de dilemas éticos e em que terão que tomar decisões de vida ou de morte na solidão das suas consciências:

Tive ainda em conta a actualidade dos temas a abordar, cuja interesse se reflecte nos muitos noticiários e comentários que lhe são dedicados pela comunicação social em todo o mundo.

Oportuna ainda pelo facto de o Governo já ter anunciado ir dar andamento a uma iniciativa legislativa na Assembleia da República com o propósito de legalizar e regulamentar a prática da eutanásia em Portugal.

Ficam pois justificadas as escolhas que fiz embora reconheça o incómodo que a sua abordagem sempre suscita.

> A medicina é uma arte milenar e uma ciência centenária.

- ⑦ Floresceu na Grécia com Hipócrates ( ) a cuja escola é atribuída a autoria de muitos tratados médicos alguns dos fundadores de áreas como a Hidrologia, a Climatologia e a Deontologia. Celebrado como Pai da Medicina, é autor do Juramento ainda hoje utilizado <sup>apenas de desnaturalização no ensino médico</sup> nas sessões de final de curso.

Percursor do conceito de aforismo, matéria de um tratado <sup>de</sup> que ~~ele~~ ele é atribuído, é autor de aforismos médicos que ainda são utilizados com propriedade.

Negou que as doenças fossem de natureza <sup>sagrada</sup> e tentou explicar os seus mecanismos das ~~doenças~~ com a Teoria dos humores. Uma teoria que dominou o pensamento médico até ao séc. XVIII.

As malefícios foram muitos pois as terapêuticas que a teoria dos humores <sup>fundamentava</sup> inspirou limitavam-se a tentar libertar o corpo dos <sup>maus</sup> humores com sangrias, vomitórios e purgantes.

- ⑧ Deste longo período si se podem reconhecer alguns méritos terapêuticos às práticas cirúrgicas -

> A partir do séc. XVIII, com a emergência da ciência moderna e da Medicina Anatomoclínica estavam criadas as bases para a evolução e progresso da Medicina que se vai consolidando com novos e métodos cada vez mais eficazes no diagnóstico e na terapêutica.

- ⑨  
↓  
17 O conjunto de teorias enunciadas (propostas) no séc. XIX abrem novas perspectivas ao pensamento médico que irá florescer completamente renovado no séc. XX. Depois da Medicina Anatomoclínica a Biomedicina

(Dig-se com alguma razão que o séc. XIX foi o século de ouro da ciência e o século XX o século de ouro da Medicina)

> a sabedoria do Juramento de Hipócrates sublinhada por L. Porter

- " não existe medicina sem confiança, tal confiança como não existe confiança sem confidências nem confidências sem segredo "

> Licenci-me em Medicina nos anos 50 na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, que ainda funcionava no edifício do Campo Santana. Servia de Hospital <sup>para o ensino clínico</sup> Escolar o Hospital de S.<sup>ta</sup> Marta um antigo convento adaptado a funções hospitalares.

Em 1952 quando conclui a licenciatura <sup>e ainda como estudante,</sup> já tinha feito uma breve iniciação na prática hospitalar e também no ~~ensino~~ no ensino na cadeira de Histologia e Embriologia, e fiz uma opção a de prosseguir uma carreira académica, uma opção que o acaso e as circunstâncias sempre favoreceram.

> Como 'médico não praticante' pude acompanhar por dever de ofício, isto é como Professor de ~~uma cadeira~~ de futuros médicos, a evolução e progresso não só da disciplina que ensinava, mas também das ciências médicas.

A convivência com colegas médicos que exerciam a profissão permitiu <sup>me</sup> observar de perto a evolução da prática médica e a forma como era exercida no seio de uma instituição hospitalar.

Anote a este propósito que foi no ano em que me licenci que se iniciou a mudança do ensino <sup>clínico</sup> ~~teórico~~ do antigo Hospital de S.<sup>ta</sup> Marta para o então moderníssimo Hospital de S.<sup>ta</sup> Maria. Também o ensino das cadeiras pré-clínicas transitou do edifício da Faculdade no Campo Santana para o novo hospital-faculdade. <sup>que</sup> A cadeira de Histologia foi a primeira a utilizar as novas instalações.

> Foi em 1952, de então para cá tudo, ou quase tudo, mudou tanto na Medicina como na Sociedade.

Destacarei nesta análise sumária <sup>algumas</sup> das maiores mudanças que o progresso tecnocientífico determinou na organização das instituições e no exercício da Medicina por médicos e outros profissionais de saúde.

: A dimensão do conhecimento acumulado e a complexidade dos meios de diagnóstico e terapêutica existentes tornaram impossível a prática da Medicina <sup>individual</sup> por profissionais isolados, que quando muito podiam prestar em locais isolados, ~~prestar~~ cuidados primários ou orientar os pacientes para instituições de referência.

A Medicina moderna e todo o arsenal de diagnóstico e terapêuticos de que dispõe é hoje exercida por equipes pluridisciplinares de profissionais de saúde em instituições, de organização e gestão complexa, onde o doente (paciente) transita de serviço para serviço de especialista. Para especialista, mudaram as relações médico-doente (já não se diz o meu doente ou o meu médico)

A medicina adquiriu novos poderes e tem novos desígnios <sup>alvo</sup> <sup>previdenciado</sup>  
O Centro da sua atividade que foi primeiro o doente e depois a doença é agora ~~da~~ a saúde das populações

Tem sido muitos os benefícios, mas há ~~nos~~ benefícios poucos curam-se doenças que até aqui ensombravam as estatísticas da morbilidade e mortalidade tornaram-se crónicas doenças que eram fatais mitigou-se o sofrimento de doenças incuráveis mas as terapêuticas a que são submetidos...

que tem efeito  
 > Há benefícios eventualmente preventivos, assim ao diminuir a taxa da mortalidade dos mais velhos e ao reduzir com as medidas de planeamento familiar o progresso científico e médico criou um problema demográfico.

maos velhos inactivos menos novos activos obrigam a rever o contrato social de solidariedade intergeracional que permitia manter o equilibrio receitas - despesas e os beneficios da sequencia social

Os meios cada vez mais sofisticados, e dispendiosos, de diagnóstico e terapêutica e o número crescente dos que a eles têm acesso põe em perigo quando não foram economicamente sustentáveis, o lema político: de mais e melhor saúde para todos

Há sinais preocupantes q. as restrições ~~irão~~ começar por atingir os mais desfavorecidos e os mais velhos. Um exemplo - a norma de reduzir o tempo nas consultas para aumentar a rentabilidade dos clinicos ~~que são~~ esses tempos que são

poderão ser suficiente para ~~atender~~ <sup>veramente</sup> e encaminhar um jovem adulto mas para atender um idoso cuja prioridade por vezes não é que o tratem mas que oçam e vejam.

É o problema do envelhecimento

> São centenas as teorias que pretendem (procuram) explicar as causas do envelhecimento e poucas as terapêuticas que inspiram.

11  
12  
13  
O envelhecimento (~~não é uma doença~~) é um processo natural e progressivo de base celular e tecidual que é acompanhado por patologias (doenças) também de natureza celular e tecidual. As células perdem a capacidade de se dividir os tecidos não são regenerados e os órgãos degradam-se estrutural e funcionalmente. É um processo q. se inicia <sup>e acelera</sup> normalmente a partir dos 60-65 anos.

Os primeiros <sup>alvos</sup> do processo do ~~envelhecimento~~ são os epitélios e os tecidos conjuntivos.

Com a ↓ desidratação e a perda de elasticidade da derme surgem (acentuam-se) as rugas. <sup>analisando simultaneamente</sup> Embranquecem-se e caem os cabelos e progride a calvície. <sup>também</sup> Caem os dentes. Diminui a aguidade visual e auditiva surge a surdez. Estalim-se os sinais de beleza,

As alterações do metabolismo ósseo modificam a arquitetura do esqueleto nomeadamente da coluna, em q. se acentuam curvaturas

A diminuição da massa muscular e a perda de flexibilidade das articulações, nomeadamente da articulação coxo femoral, limitam os movimentos o andar perde a firmeza antiga torna-se lento e vacilante e a insegurança e o medo de cair instala-se. São as alterações <sup>visíveis</sup> externas da ~~velhice~~ envelhecimento.

Não visíveis mas <sup>bastante graves</sup> ~~na velhice~~ são as alterações estruturais dos órgãos internos quadoras das patologias e polipatologias da velhice.

Diminui a elasticidade dos vasos diminui e a aterosclerose progride aumenta a tensão arterial, diminui o débito cardíaco e a capacidade respiratória. Involuem estruturalmente e funcionalmente os rins.

Atrofiam-se os órgãos do aparelho digestivo e do sistema endócrino. Atrofiam-se ovários e testículos hipertrofia-se a próstata surge a incontinência urinária e a impotência.

Aumenta a susceptibilidade às doenças infecciosas. É a catástrofe...

> Os velhos tornam-se e são vistos como um estorvo na sociedade contemporânea

Organismo q. governa o metabolismo

> Mas o processo normal de degenerescência e morte celular, a causa próxima do envelhecimento pode ser alterado por mutações ou disfunções nos genes q. comandam a divisão celular. As células atingidas comportam-se como células embrionárias e continuam a proliferar anárquicamente invadindo tecidos vizinhos e originando metástases q. <sup>se espalham</sup> através do sistema circulatório, pela corrente sanguínea e vão colonizar individualmente

É o cancro uma das doenças mais temidas pelos idosos, a quem a sua frequência tem aumentado significativamente ~~cum~~ em paralelo com a diminuição da taxa de mortalidade dos ~~idosos~~ idosos.

Envelhecimento e Cancro uma ligação perigosa.

Mais aterrador que o Cancro só a doença de Alzheimer ou a SRC. Em q. morre a pessoa e o corpo <sup>pode não</sup> manter-se vivo por muitos anos. É a tragédia para as famílias que assistem impotentes à degradação progressiva e inparável daqueles q. mais amam.

O arsenal terapêutico dos ~~geriatras~~ geriatras tem aumentado muito nos últimos décadas e hoje graças às

Não são raros os idosos q. permanecem saudáveis e activos para além dos 80-90 anos e excepcionalmente até aos 100 anos i.e. muito próximos dos 120-130 anos q. é o considerado limite biológico para duração da vida na espécie humana.

→ (caso de duração máxima registado)

- X  
a tua  
bondade  
não está  
em causa
- > O conceito de cuidados paliativos tem sido benéfico para resolver problemas de final de vida porque tem estimulado a criação de instituições prestadoras de serviços aos já não tem capacidade para cuidar da sua saúde nem das suas necessidades mínimas. X  
Mas há limites e não se podem confundir cuidados paliativos com sofrimento medicamente assistido.

- > É aqui que se localiza a fronteira de confronto entre os movimentos pró-vida e os movimentos pró-choice <sup>criar</sup> que defendem o direito de <sup>cada um poder</sup> escolher como e quando a sua morte. O direito a morrer com dignidade. ~~ver~~

[Dignidade uma palavra bonita mas um conceito indefinível e ambíguo  
Conceito antigo o de dignitas era privilégio de classe e de poder  
(<sup>dos romanos</sup>) não tinham <sup>dignitas</sup> os escravos nem as mulheres

A palavra ou o seu derivado permaneceu mas o conceito não é esse.

Hoje todos têm direito à dignidade

A palavra é utilizada com frequência nos mais solenes documentos e ocasiões até para conferir solenidade ao que se diz ou escreve.]

O que significa morrer com dignidade?

Começando pelo abstrato será digno morrer?

O conceito é ambíguo <sup>porque</sup> e não significa o mesmo para todos.

A dignidade na morte será aceitar a sua inevitabilidade com serenidade e sem medo?

Será o q. considerar indigno que ~~outros~~ perca a autonomia outros tenham que ocupar-se dos cuidados mais íntimos e das necessidades mais básicas com sacrifício da sua própria qualidade de vida? Há quem não suporte o <sup>sofrimento</sup> <sup>1º</sup> <sup>sofrimento</sup> de outros para benefício próprio

> Cuidados paliativos porque não?

morte assistida porque?

Para a dor há potentes analgésicos para o sofrimento (que é intemporal)  
só há placebos.

Consideremos a eutanásia.

(16) A eutanásia passiva isto é a suspensão de tratamentos inúteis para

(18) manter vivos durante períodos prolongados de forma artificial  
doentes em fase terminal - incapacitados de se alimentar e por  
isso alimentados artificialmente - ligados a máquinas de suporte  
das funções cardio vasculares

torrou-se de tal forma abusivo que a prática de desligar esses  
dispositivos é tolerada e mesmo permitido por entidades  
mais ortodoxas como a Igreja Católica

(mas q. têm q. <sup>decidem</sup> executar são os profissionais de saúde

> falar da solidariedade na aceção (uma responsabilidade)

Há eutanásia activa ou morte assistida (porque 2 designações)  
e também o suicídio assistido

é um tema fracturado e repetidamente condenado  
pelos movimentos provida de cariz religioso ou não

O único país que começou a encarar os problemas éticos e  
medico-jurídicos decorrentes da prática da eutanásia  
e adoptou soluções para o resolver.

( Colóquio: Opinião pública e questões deontológicas  
organizada pela Embaixada Real dos Países Baixos  
em 23-24 Nov. de 2001 )

8

> O debate público sobre a Eutanásia iniciou-se na Holanda em 1973 a propósito do Leenward (do caso) em que dois médicos foram acusados de praticar ~~assassinato~~ Eutanásia na sua mãe em sofrimento intenso causado por uma doença cancerosa incurável e que pediu repetidamente aos filhos que a ajudassem a morrer. - O caso veio a público e as reacções de indignação em defesa dos médicos não se fez esperar  
em 1982 foi nomeada uma Comissão governamental para estudar o caso e propor soluções -  
em 1984 - foi publicado (veio a lume) os critérios q. a Associação em 1985 dos médicos holandeses considerava aceitáveis para ser autorizada a sua prática:

- 1 - pedido voluntário - devidamente justificado pelo doente ser aceitável
- 2 - sofrimento insuportável sem perspectiva de ser melhorado
- 3 - o doente estar bem informado sobre o prognóstico
- 4 - não existirem alternativas razoáveis
- 5 - ser consultado um colega independente (e a sua aprovação)
- 6 - serem respeitados no momento da execução os cuidados médicos adequados.

Entendo-se por eutanásia - a suspensão da vida de outra pessoa a p. seu pedido explícito e informado

O parar a vida de alguém um doente terminal em sofrimento e respeitados as condições estabelecidas pela Associação de Médicos Holandeses não era considerado eutanásia mas um acto médico normal a posteriori

O governo estabeleceu que o médico devia notificar os casos em que tinha exercido este acto médico - e respeitados as normas não seria acusado ou perseguido criminalmente.

~~Orçamento~~ Em 1985 foi aprovado pelo parlamento uma (Private member's bill) que permitia a prática da eutanásia mas só em 2002 foi aprovada uma lei depois de sucessivas avaliações  
solução original - um exemplo a seguir não direi em termos de tempo q. demorou o processo

↳ de 1973 a 2002

mas a experiência e outros países q. a seguiram de alguma coisa há de servir  
Preocupação Holandesa de explicar - (Colóquio)

Presented Brussels 5/7/07  
A Industria Farmaceutica in numbers  
The Dutch Model - Else Borst Else - former minister of health (1994/2002)

### > The Dutch Euthanasia Act - a long history

- 1973 - Leuwarden Case: start public debate
- 1982 - State commission installed
- 1984 - Supreme Court: 'conflict of duties'?
- 1984 - Criteria of due care published by Dutch Medical Ass.
- 1985 - State Commission: confirms criteria and advises legalisation
- 1985 - Private Member's Bill (Democrates 66)
- (1990) - 1st national study on incidence euthanasia
- 1991 - First regulation by government:
  - doctors must notify
  - no prosecution if due criteria met
- (1995) - 2nd national study
- 1998 - regional review committees installed
- 1998 - palliative care program installed
- 1999 - government presents Euthanasia Bill:  
doctors no longer persecuted
- 2001 - 3<sup>rd</sup> national study
- 2002 - Euthanasia Act effective
- (2005) - 4th national study

### > Definitions

- Euthanasia = actively terminating the life of another person, on the explicit request of that person
- stopping pointless medical interventions in a terminal patient is not euthanasia but normal medical practice
- The due care criteria
  - 1 - request voluntary and well considered
  - 2 - suffering unbearable without prospect of improvement
  - 3 - patient fully informed about prognosis
  - 4 - no reasonable alternative
  - 5 - independent colleague consulted
  - 6 - due medical care in performing euthanasia

## > The Dutch Euthanasia Act (DEA)

- Euthanasia remains a criminal offence (penal code)
- medical doctor exempt if:
  - (- notification
  - (- due criteria met
- assessment by review committee

## DEA - Procedure

1. doctor - completes standardized report
  - notifies municipal pathologist
2. pathologist: reports to review committee
3. review committee judges the case:
  - OK: end of procedure
  - not OK: case reported to health inspector and public prosecutor

## Review committee not competent in the following cases

- no recent explicit request
- patient younger than 12 years

## > outcome of national studies

### > active termination of life by doctors as percentage of all deaths

	1990	1995	2001	2005
euthanasia	1,7	2,4	2,6	1,6
assisted suicide	0,2	0,2	0,2	0,1
no recent request	0,8	0,7	0,6	0,4

### > How many euthanasia cases are notified?

18%	41%	54%	80%
(1990)	(1995)	(2001)	(2005)

### > Euthanasia vs terminal sedation

2001 (3500) ↓	2001 (8500) ↑
2005 (2350) ↓	2005 (9700) ↑

> Notifying doctors (2006)

general practitioners 1692

Medical specialists 151

Nursing home physicians 80

> Disorders associated with euthanasia (2006)

Cancer ————— 1656

neurological ——— 106

lung (not cancer) — 64

cardiovascular ——— 55

other ————— 42

> Euthanasia Act evaluated (2007)

- well accepted by doctors and patients

- well observed

- transparency enhanced

- no slippery slope

- > O progresso da Medicina tornou possível ~~adesso~~ prolongar a esperança de vida ao nascer para os 80 anos <sup>um</sup> progresso notável sabendo nts que em França no sec. XVIII eram 25 anos e hoje sabemos também e os números falam por si, que a população de idosos ~~está is de indivíduos~~ um mais de 60 anos era em 2007 de 65 milhões e que as previsões para 2050 são 2 bilhões. É a faixa da população a crescer mais rapidamente (outros números também esclarecedores em França em 1800 havia 1 centurião e em 2006 15 mil!)

Tem sido e continuam ~~a aumentar~~ a aumentar o número de beneficiários dos programas de ~~restauração~~ Ciência da Técnica e da Medicina, mas há grandes desigualdades entre países do Norte e do Sul. As perspectivas das Nações Unidas para o período de 2005 a 2010 são de uma esperança de vida de 39 anos na Guiné-Bissau e de 78/80 para Portugal.



19

## > Fúnebre - os interditos e o futuro da M

os interditos -

- a doença tem causas naturais (não é dada pelos Deuses)
- a autópsia (o corpo do morto é sagrado)
- as vacinas - se deus criou as doenças por alguma razão o fez
- o mesmo com a dor no parto (anestesia) rainha Victoria (na área da reprodução - é mais recente)
- inseminação (com espermatozoides do dador ou do coitibe)
- fecundação in vitro (tb. com espermatozoides do dador ou coitibe)
- a interrupção voluntária da gravidez - aborto (menstruação...)
- interrupção da gravidez ectópica (recorrência...)
- diagnóstico pré-implantatório (prevenção...)
- fecundação in vitro
- congelamento de embriões
- doação de embriões
- eutanásia passiva e ativa

## > Uma recomendação final

São muitos os desafios bioéticos e inevitável a participação activa das profissionais de saúde na sua resolução as responsabilidades clássicas já eram muitas foram acrescidas com os avanços da Biomedicina

(Preach hope never despair!)

> Leituras Recomendadas (Envelhecimento, Cuidados  
Paliativos - Morte Assistida)

- Laura Ferreira dos Santos  
Ajudas-me a morrer - A morte assistida na cultura ocidental  
do século XXI  
Sextante Editora, Ltda, 1ª edição (Junho 2009)
- J. Hottois e M.-H. Parizeau  
Dicionário da Bioética  
Instituto Piaget
- M. Tubiana  
História da Medicina e do Pensamento Médico  
Ed. Teorema, Lda, 2000
- J. Hardwig  
Dying at the Right Time: Reflections on Assisted and Unassisted Suicide  
In: H. La Follette, ed. Ethics in Practice, Blackwell Sept. 1996
- Simone de Beauvoir  
La Vieillesse (Gallimard Editions), 1970
- N. Lobo Antunes  
Sinto Muito  
Verso da Kapa, Ed. Livros Lt., 2008
- J. Lobo Antunes  
Memória de Nova Iorque e Outros Ensaios  
Gradiva, 2003
- J. Lobo Antunes  
Sobre a Mão e Outros Ensaios  
Gradiva, 2005
- R. H. Williams (Ed.)  
To live and To Die: When, Why and How  
Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-N.York, 1973