



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Magalhães, Miguel Ângelo Basto Clemente de Oliveira e; Silva, Maria
Paula Correia Ribeiro da Costa e; Duarte, Ivone Maria Resende Figueiredo
Dimensão ética da alimentação e hidratação artificiais no doente terminal
Revista Bioética, vol. 32, e3604PT, 2024
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-803420243604PT>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361577873012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Dimensão ética da alimentação e hidratação artificiais no doente terminal

Miguel Ângelo Basto Clemente de Oliveira e Magalhães¹, Maria Paula Correia Ribeiro da Costa e Silva², Ivone Maria Resende Figueiredo Duarte¹

1. Universidade do Porto, Porto, Portugal. 2. Instituto Português de Oncologia, Porto, Portugal.

Resumo

Dada a insuficiente evidência científica, decisões relativas à utilização de nutrição e hidratação artificiais em pacientes terminais configuram um importante dilema ético. Identifica-se um conflito entre as perspetivas de “tratar” e “cuidar”, com variação quanto a sua utilização conforme o contexto legal e cultural de diferentes países. O intuito deste estudo é esclarecer se essa prática constitui uma medida de cuidado básico ou um tratamento fútil e desproporcionado. Procede-se a uma revisão das diretrizes e dos códigos deontológicos de diferentes países europeus. Em Portugal, na Itália e na Polónia, tal prática é vista como uma medida de cuidado básico; já em países como França, Inglaterra, Noruega, Irlanda, Alemanha, Finlândia, Holanda, Bélgica e Suíça, é considerada um tratamento fútil. Na Romênia, na Croácia e na Hungria, verifica-se um enquadramento ético e legal insuficiente. As diferenças de abordagem a doentes terminais podem ser reflexo das diferentes perspetivas culturais.

Palavras-chave: Alimentação artificial. Hidratação. Fim de vida. Ética médica. Código de ética. Medicina. Deontologia.

Resumen

Dimensión ética de la nutrición e hidratación artificial en los pacientes terminales

Dada la insuficiente evidencia científica, las decisiones sobre el uso de la nutrición e hidratación artificiales en los pacientes terminales constituyen un importante dilema ético. Se identifica un conflicto entre las perspectivas de “tratar” y “cuidar”, con variaciones en su uso según el contexto legal y cultural de los diferentes países. El objetivo de este estudio es dilucidar si esta práctica constituye una medida de atención básica o un tratamiento fútil y desproporcionado. Se realiza una revisión de las directrices y códigos deontológicos de diferentes países europeos. En Portugal, Italia y Polonia, se considera esta práctica como una medida de atención básica; mientras que en países como Francia, Inglaterra, Noruega, Irlanda, Alemania, Finlandia, Holanda, Bélgica y Suiza, se considera un tratamiento fútil. En Rumanía, Croacia y Hungría, el marco ético y jurídico es insuficiente. Las diferencias en el tratamiento de los pacientes terminales pueden reflejar diferentes perspectivas culturales.

Palabras clave: Alimentación artificial. Fluidoterapia. Fin de la vida. Ética médica. Código de ética. Medicina. Deontología.

Abstract

Ethics, artificial nutrition, and hydration in terminal patients

Given the lack of scientific evidence, decisions regarding the administration of artificial nutrition and hydration in terminally ill patients constitute an important ethical dilemma due to the conflict between “treat” and “care” perspectives and the varying usage depending on the legal and cultural background across countries. This study aims to explain whether this practice configures a basic care intervention or a futile medical treatment. Therefore, we review the national guidelines and codes of ethics from several European countries. Countries such as Portugal, Italy, and Poland view it as a basic care intervention, whereas France, England, Norway, Ireland, Germany, Finland, Netherlands, Belgium, and Switzerland, as a medical treatment. Moreover, countries such as Romania, Croatia, and Hungary lack such legal framework. The different approaches regarding the care of terminally ill patients can reflect differences on cultural perspectives.

Keywords: Artificial feeding. Fluid therapy. End of life. Ethics, medical. Code of ethics. Medicine. Deontology.

Declararam não haver conflito de interesse.

O doente em fim de vida reúne uma série de características e necessidades particulares, e as decisões acerca do tratamento apropriado para ele podem ser bastante difíceis, já que envolvem dilemas éticos e opiniões distintas entre profissionais de saúde. Nesse contexto, um dos temas que têm sido particularmente controversos em cuidados paliativos é a questão da alimentação e hidratação artificiais (NHA) ¹.

A diminuição progressiva da ingestão oral de alimentos e líquidos evidenciada por doentes quando a morte se aproxima constitui um dos marcos da síndrome de anorexia-caquexia, uma condição muito comum em pacientes em fim de vida, acometidos por doenças crônicas em estado avançado, como doenças neoplásicas e demência terminal ². Essa redução pode, ainda, constituir uma importante causa de estresse para pacientes, familiares e profissionais de saúde que acompanham o doente ². De fato, quando os doentes terminais perdem a capacidade de manter uma ingestão oral adequada, a questão da fome e da eventual morte logo se torna presente ³.

Tanto a alimentação como a hidratação têm um importante significado na vida humana, englobando dimensões de caráter físico, mas também psicológico, social, cultural e, ainda, espiritual ⁴. Por exemplo, a alimentação de crianças e pessoas doentes é um instinto humano importante, que muitas vezes é difícil de suprimir. A frase “Se nós não nos alimentamos, morremos” é assumida como uma verdade elementar, transversalmente conhecida e sentida. Por sua vez, o contrário, ou seja, “as pessoas das quais a morte se aproxima muitas vezes não se alimentam”, embora também seja verdade, não é tão conhecido – e, sobretudo, é muito mais difícil de aceitar ⁴.

Ao depararem com a anorexia evidenciada pelos doentes em fim de vida, muitos profissionais sentem a necessidade de pressionar os pacientes a ingerir alimentos ou líquidos. Caso não seja possível alimentar e hidratar os doentes dessa forma, muitos cuidadores exigem que esses pacientes sejam alimentados a todo custo ⁴.

Surge, dessa forma, a questão da iniciação ou não da NHA em pacientes em fim de vida. O intuito deste estudo é esclarecer se essa prática constitui uma medida de cuidado básico ou um tratamento fútil e desproporcionado. Para alcançar esse objetivo, procede-se a uma revisão das

diretrizes e dos códigos deontológicos de diferentes países europeus.

Doentes em fim de vida

Diminuição da ingestão oral

Entre as diferentes causas da diminuição da ingestão oral nesses doentes estão a síndrome de anorexia-caquexia e a perda de interesse em alimentos e bebidas, por exemplo por alterações no paladar, problemas na deglutição ou digestão ou simplesmente pela ausência da sensação de fome. De fato, a perda do apetite e do interesse em alimentos faz parte do processo fisiológico da morte ^{4,5}.

Essa anorexia muitas vezes se associa a um quadro de caquexia, com perda ponderal relacionada a redução da massa muscular e do tecido adiposo ⁶. Em doentes terminais, a caquexia é atualmente considerada refratária ao tratamento ⁷ e se associa a uma resposta inflamatória e a um estado catabólico geral, resultando em perda ponderal persistente, com declínio funcional, existindo mesmo que se proceda a uma abordagem dirigida à redução da ingestão oral dos doentes ⁷. Em uma fase avançada, não existe evidência de que o tratamento dessa síndrome, mesmo que realizado de forma eficaz, tenha impacto na sobrevivência dos pacientes ⁷. Posto isso, o objetivo do tratamento nesses casos deve ser sobretudo a melhoria sintomática, e não a reversão dos déficits nutricionais ⁶.

É importante que os médicos reconheçam quando um doente se aproxima do fim de vida e entendam que muitos sintomas ou complicações podem não ser reversíveis. Da mesma forma, é preciso que isso seja transmitido aos familiares e cuidadores, de modo a alinhar as expectativas deles quanto à realidade da condição do doente ⁷.

Métodos de administração de NHA

A nutrição artificial (HA) pode ser administrada por meio de sondas nasogástricas (SNG) ou nasoduodenais, gastrostomia endoscópica percutânea (PEG), colocação cirúrgica de uma sonda de alimentação a nível do duodeno ou jejuno e, por fim, nutrição parentérica (NP) ⁸. Os métodos de hidratação artificial (HA) incluem a utilização de hipodermóclise ou a hidratação endovenosa ⁸.

Em termos de benefício nutricional obtido, não existem diferenças entre a administração efetuada por via entérica ou por via parentérica⁹. No entanto, importa ter em consideração que existe uma distinção entre esses métodos quanto ao risco de complicações¹⁰. Uma das vantagens da utilização da via entérica é o custo mais baixo, para além do fato de acarretar menos riscos para o doente, já que a colocação de linhas centrais aumenta o risco de sépsis e embolia gasosa⁸.

Dessa forma, quando ainda existe intestino funcional, a opção pela via entérica deve ser a preferencial⁸. Caso não haja essa alternativa, é essencial a utilização da via endovenosa para a administração de nutrição artificial, enquanto a hidratação pode ser realizada pela via subcutânea, além da via endovenosa⁹.

Quanto à HA, a hipodermoclise tem sido um método amplamente utilizado em pacientes idosos ao longo das últimas duas décadas⁸. Consiste na administração de fluidos por via subcutânea e é o método preferencial em detrimento da administração de fluidos por via endovenosa, pois é considerado mais seguro, eficaz e com menos custos associados⁸. Normalmente, esses riscos se associam a reações locais, nomeadamente edema ou infecção⁸.

A cateterização central ou periférica apenas com o objetivo de fornecer hidratação endovenosa raramente é recomendada em doentes em fim de vida⁸. Contudo, caso já esteja disponível por outras causas, a via endovenosa para administração de fluidos é a preferencial⁸.

Princípios éticos

Aplicação ao tema da NHA

Em relação à utilização de NHA no doente terminal, surgem várias questões éticas pertinentes. É importante discutir e refletir sobre o assunto, fundamentando-se nos quatro princípios éticos: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça¹¹.

O respeito ao princípio da beneficência implica que a decisão seja tomada com base nos melhores interesses do paciente, tendo em vista seu contexto clínico¹¹. Como tal, o primeiro ponto a ser estabelecido deve ser se a atitude do profissional será ou não benéfica para o doente em questão.

Já o princípio da não maleficência diz respeito a evitar intervenções que possam provocar dano ao doente¹¹. Isto é, os danos causados pelas intervenções médicas apenas poderão ser aceitáveis caso os benefícios superem inequivocamente os riscos.

Começando por aplicar esses dois princípios ao tema da NHA, importa referir que, ao mesmo tempo que existem escassas evidências sobre os benefícios da NA em doentes terminais, é relevante considerar que tanto a nutrição entérica como a parentérica constituem procedimentos invasivos, podendo originar diversas complicações e, consequentemente, influenciar negativamente o conforto e a qualidade de vida do doente¹².

Não existe evidência que demonstre haver uma relação significativa entre administração de NHA nos últimos dias de vida e melhoria da qualidade de vida ou aumento da sobrevida nesse grupo de doentes⁷. Alguns estudos sugerem que a utilização de NHA não se associou a uma melhoria do status nutricional, a redução dos marcadores inflamatórios, prevenção de pneumonia de aspiração, diminuição do aparecimento de úlceras de pressão ou redução das hospitalizações¹³.

No caso da SNG, visto que é um método de alimentação desconfortável, pode agravar ou precipitar o surgimento de alguma agitação psicomotora, existindo por vezes a necessidade de proceder à aplicação de medidas de contenção física ou química, de modo a evitar a exteriorização da sonda pelo doente¹⁴. O fato de o paciente estar imóvel pode aumentar o risco de aparecimento de úlceras de pressão¹⁴. Existe, ainda, chance de complicações locais e de infecção do lugar de inserção da PEG¹³, bem como obstáculos associados à presença de um cateter central, tais como infecção, hemorragia ou trombose¹². Estas, juntamente com a alteração da imagem corporal, constituem um conjunto de fatores que contribuem para o desconforto associado aos métodos de NA⁷.

Ao contrário da NA, que geralmente não é recomendada nos últimos dias de vida, a decisão de hidratar doentes em fim de vida tem sido alvo de mais debates⁷.

No caso particular da HA, uma revisão Cochrane de 2014, realizada com o objetivo de determinar seus efeitos na melhoria da qualidade de vida e no aumento do tempo de sobrevida de pacientes em cuidados paliativos, concluiu não existirem

estudos de boa qualidade suficientes para que possam ser efetuadas recomendações definitivas a esse respeito¹⁵.

A associação entre a existência de sintomas e a presença de desidratação no fim de vida está envolta em alguma controvérsia. Enquanto alguns estudos associam a diminuição da ingestão de líquidos a um impacto sintomático importante¹⁶, outros consideram que a relação entre o estado de hidratação do doente e a observação de sintomas não é significativa¹⁷. A título de exemplo, o sintoma da sede é muitas vezes uma das principais preocupações da família quando diminui a ingestão de líquidos por via oral do doente.

No entanto, alguns estudos indicam que a relação entre a presença de sede e o estado de hidratação em pacientes terminais é pouco significativa¹⁷. De fato, há quem considere que não existe uma associação direta entre a sensação de sede e o estado de hidratação, sugerindo que tanto a sede como a síndrome de anorexia-caquexia não são reversíveis com a utilização de NHA⁶. Em adição, muitas vezes a sensação de sede pode ser aliviada com recurso a medidas tópicas, não invasivas, tais como hidratação fracionada, cubos de gelo e bons cuidados orais, como hidratação oral¹². Raramente recomenda-se a administração de hidratação parentérica apenas com o objetivo de aliviar a xerostomia^{18,19}.

Por outro lado, tem sido estabelecida uma ligação entre a hidratação endovenosa e a sobrecarga hídrica, que, por sua vez, leva a um aumento das secreções pulmonares, a congestão, aumento do débito urinário, náuseas, vômitos, secreções gastrointestinais, ascite e edemas, sobretudo em doentes com função renal diminuída ou ausente^{12,13}.

Em contrapartida, a desidratação pode atuar como anestésico natural a nível do SNC, por meio da produção de cetonas e outros metabólitos⁸. A diminuição da diurese em consequência do menor estado de hidratação do paciente pode causar uma menor necessidade de esvaziamento vesical ou utilização de algalias¹.

O tratamento ou a prevenção do *delirium* hiper-cinético, um sintoma frequente e que é muitas vezes causa de sofrimento para doente e familiares e dificulta a gestão dos pacientes nas enfermarias pelos profissionais de saúde, é um importante benefício da administração de hidratação artificial⁶. Nesse contexto, a neurotoxicidade pela acumulação

de metabólitos de opioides pode se associar a diversos sintomas do foro neurológico, nomeadamente diminuição da capacidade cognitiva, alucinações, mioclonias ou hiperalgesia⁶.

A hidratação pode prevenir a acumulação de metabólitos de fármacos opioides, bem como metabólitos de outros fármacos, resultando em melhoria ou prevenção do *delirium*⁶. De fato, considera-se que a administração de hidratação artificial, com recurso à hipodermóclise, pode ter um papel no alívio de sintomas, quer sejam precipitados ou agravados pela desidratação^{1,12}.

Permitir que o processo de morte ocorra na ausência de administração de NHA em doentes terminais é justificável sob uma perspetiva ética¹. O argumento de que a sensação de dor e o sofrimento substancial resultariam da não iniciação ou interrupção da NHA não é confirmado por estudos realizados com doentes em fim de vida¹.

Deve ser incentivado o fornecimento de alimentos e fluidos por via oral, nos casos em que ainda seja possível, já que, além de proporcionar conforto e prazer aos doentes, promove ainda sensação de autonomia e dignidade^{14,19}.

O princípio da autonomia corresponde ao reconhecimento do direito dos doentes de tomar decisões em relação aos cuidados de saúde que lhes são prestados^{10,11}. Em muitos países, o respeito a esse princípio é assegurado pelo processo de consentimento informado, livre e esclarecido, no qual o paciente deve receber toda a informação, decidindo se aceita ou não se submeter ao tratamento em questão⁴. O respeito à autonomia do doente implica, portanto, que ele compreenda a natureza do seu problema de saúde, os objetivos, os benefícios e os riscos das intervenções, bem como as alternativas ao tratamento proposto, incluindo a opção de não realizar qualquer intervenção^{10,11}.

O estabelecimento de diretivas antecipadas de vontade é um meio de otimizar o respeito ao princípio da autonomia, destacando-se a importância do testamento vital ou da nomeação de procurador de cuidados de saúde, de modo que o princípio da autonomia possa continuar sendo respeitado caso o doente já não seja capaz de tomar essas decisões¹².

Importa, ainda, referir que o respeito à autonomia não implica que os pacientes terão acesso a qualquer intervenção médica que solicitem, independentemente se considerada apropriada ou não com base no contexto clínico¹⁰.

O princípio da justiça pressupõe que seja oferecido o mesmo tratamento a doentes com necessidades médicas iguais. A esse princípio, associa-se o conceito de proporcionalidade das atitudes tomadas perante cada situação clínica, existindo uma distribuição equitativa dos recursos de saúde^{10,11}.

Entendimentos deontológicos acerca da NHA

Tanto em termos de discussão ética como em termos de tomada de decisão, é essencial esclarecer se a NHA constitui uma medida básica de cuidado ou um tratamento médico.

Alguns autores defendem que a NHA é um tratamento médico, dado que, contrariamente à alimentação e à hidratação por via oral, nela existe a necessidade de realização de intervenções ou procedimentos por profissionais de saúde¹². Ao ser considerada como um tratamento, é legítima sua não iniciação ou interrupção, conforme a análise dos riscos e benefícios de sua utilização¹².

Já outros autores consideram que a nutrição e a hidratação, mesmo que administradas por via artificial, constituem uma medida de cuidado básico que deve ser fornecida a qualquer ser humano. Para eles, enquanto o indivíduo estiver vivo, ele deve, obrigatoriamente, receber os meios para que se mantenha adequadamente nutrido e hidratado²⁰. Existe, ainda, o argumento de que, além dos motivos fisiológicos, a nutrição e a hidratação podem aliviar as sensações de fome e sede, que constituem emoções primordiais da consciência humana²⁰.

Por exemplo, a Academy of Nutrition and Dietetics considera a NHA como qualquer outro tratamento médico²¹. Já no Código Deontológico da Ordem dos Médicos portugueses, é considerado que a nutrição e a hidratação, embora administradas por via artificial, configuram uma intervenção básica de suporte, e não um meio extraordinário de manutenção da vida²².

Nas *guidelines* de 2016 da European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), estão indicados os pré-requisitos que devem ser cumpridos antes da administração de NHA. São eles: a existência de uma indicação para a sua realização, a definição de um objetivo de tratamento e a vontade do doente, bem como a existência do seu consentimento informado²³.

Dessa forma, ao considerar a NHA um tratamento médico, sua realização requer a existência de uma indicação e de um objetivo de tratamento^{10,23}. A indicação é baseada na evidência científica, levando em consideração os benefícios esperados e os potenciais riscos. É ainda necessária a existência de um consentimento informado do doente ou de seu representante, caso o paciente não seja capaz de decidir^{10,23}.

Considerando a NHA como um tratamento, os médicos não são obrigados a providenciá-la ao paciente se, baseado em seu juízo clínico, não existir evidência suficiente que suporte sua implementação ou se os riscos ou efeitos adversos associados a ela superam os benefícios¹⁹.

Em países como Portugal, pacientes que sejam capazes de decidir podem expressar sua vontade quanto ao tipo de tratamento desejado, relacionado a nutrição e hidratação, para o fim da sua vida. Tal escolha pode ser feita por meio de diretivas antecipadas de vontade ou pela nomeação de um procurador de cuidados de saúde¹². Dessa forma, os pacientes asseguram que sua decisão seja cumprida, mesmo em uma fase mais avançada em que já não seja possível expressar sua vontade. Assim, a autonomia do doente deve ser priorizada em detrimento da escolha dos profissionais de saúde quanto à melhor opção¹². É, portanto, importante que os profissionais de saúde incentivem a realização de diretivas antecipadas de vontade antes que a capacidade de decisão seja perdida.

Em contrapartida, os familiares podem considerar que o indivíduo deve sempre receber alimentos e líquidos, mesmo que administrados de forma artificial, como uma medida básica de suporte^{10,24}. Essa visão está, em grande parte, associada ao significado que os alimentos e líquidos têm na vida humana, visto que eles, fornecidos por via oral ou artificial, representam uma forma de afeto e cuidado¹². O simbolismo do afeto associado ao ato de se alimentar e a ideia do sofrimento relacionada a fome e sede estão profundamente enraizados em várias sociedades^{12,24}.

Muitas vezes, os familiares referem que é a falta de alimentos e líquidos que está a matar o doente, e não a progressão de sua doença de base¹². Essas crenças desajustadas à realidade podem estar na origem de conflitos entre a família e os profissionais de saúde^{12,24}. Nesse sentido,

deve ser esclarecido aos familiares que a utilização de NHA não é necessária para que os pacientes estejam confortáveis²⁴. Com efeito, quando se procede ao adequado fornecimento de cuidados paliativos, sintomas como fome e sede podem ser geridos eficazmente sem que seja necessária a administração de NHA²⁴.

Mas, de fato, em alguns países ou culturas, a NHA é considerada uma medida de cuidado básica, e não um tratamento¹⁹. Nessas circunstâncias, a NHA pode ser retirada apenas se o doente estiver em fase terminal e tenha expressado sua vontade de interromper a nutrição e hidratação¹⁹.

No ponto 5 do artigo 67º do Código Deontológico dos Médicos portugueses, é afirmado que *não se consideram meios extraordinários de manutenção da vida, mesmo que administrados por via artificial, a hidratação e a alimentação*²², reputando-se, portanto, que a NHA é uma necessidade básica do doente, e não um tratamento.

Ao contrário do que se verifica no Código Português, no Código Espanhol não é feita referência ao modo como intervenções como a NHA são entendidas do ponto de vista deontológico²⁵. No entanto, existe um consenso generalizado de que tanto a interrupção como a não iniciação de medidas de suporte de vida (respiratório, hemodinâmico, nutricional, entre outros), quando não há objetivo curativo, constituem boa prática médica²⁶. Da mesma forma, a utilização de fármacos para aliviar o sofrimento, mesmo que resulte em um encurtamento da sobrevida, é também considerada boa prática médica²⁶.

Na França, por exemplo, a suspensão de nutrição e hidratação artificiais não constitui uma violação da lei desde abril de 2005^{27,28}. De fato, na referida lei está especificado que qualquer tratamento pode ser limitado ou interrompido em doentes em fim de vida, sendo a nutrição e a hidratação artificiais consideradas um tratamento no entender dessa lei^{27,28}.

No Reino Unido, em 1992, foi estabelecida uma lei que define a NHA como forma de tratamento em vez de um meio de suporte básico. Nas *guidelines* de 2018 da British Medical Association (BMA), aplicáveis à Inglaterra e ao País de Gales, é utilizado o termo *clinically assisted nutrition and hydration* (CANH) em vez de nutrição e hidratação artificiais (NHA), enfatizando a ideia de que a nutrição e a hidratação fornecidas por essa via

constituem uma forma de tratamento médico²⁹. Ainda segundo essas *guidelines*, a utilização de NHA em doentes com demência avançada não é recomendada²⁹.

De igual forma, o General Medical Council, nas linhas de orientação relativas aos tratamentos e cuidados a doentes em fim de vida, considera a NHA uma intervenção médica, referindo ainda que deve ser encarada da mesma forma que outras intervenções médicas: *a nutrição e hidratação fornecidas por sonda são encaradas legalmente como um tratamento médico, devendo ser tratadas da mesma forma que outras intervenções médicas*³⁰.

Nas *guidelines* *Care of dying adults in the last days of life* do National Institute for Health and Care Excellence (NICE), é recomendada a realização de monitoramento contínuo de doentes sujeitos a hidratação artificial, bem como uma revisão dos riscos e benefícios associados ao procedimento. A decisão de continuar ou descontinuar a administração de hidratação artificial deve ser tomada considerando o balanço risco-benefício e a vontade do paciente³¹.

Até 2018, na Inglaterra, no País de Gales e na Irlanda do Norte, era necessária autorização judicial para que os médicos retirassem a nutrição e a hidratação artificiais em doentes em estado vegetativo permanente ou em estado de consciência mínima, mesmo em casos em que tanto a família como os profissionais de saúde concordavam que essa decisão serviria aos melhores interesses do paciente³². Contudo, desde julho de 2018, no seguimento de uma decisão do Tribunal Supremo, em casos em que exista consenso entre os médicos e a família relativamente à retirada de NHA, pode-se proceder à interrupção sem necessitar de aprovação judicial na Inglaterra e no País de Gales³⁰.

Na Noruega, a NHA é igualmente considerada como uma forma de tratamento: *se for decidido que tratamentos de manutenção de vida não correspondem aos melhores interesses do doente, a suspensão da nutrição e hidratação deve ser considerada*³³.

No Código Deontológico irlandês, *Guide to Professional Conduct and Ethics for Registered Medical Practitioners*, é também considerado que a NHA constitui uma forma de tratamento, não existindo a obrigação de proceder a sua administração se tal não acarretar benefício ao paciente:

não existe obrigação de iniciar ou continuar tratamentos, incluindo ressuscitação, ou fornecer nutrição e hidratação por meio de intervenções médicas, caso seja decidido que o tratamento: pouco provavelmente terá efeito; ou possa causar ao doente mais dano que benefício; ou irá, provavelmente, causar dor ao doente, desconforto ou estresse que supere os benefícios que o tratamento possa trazer³⁴.

Da mesma forma, nas *guidelines* irlandesas da Irish Hospice Foundation, relativas à gestão da nutrição e da hidratação em cuidados paliativos para pessoas com demência, é recomendada sua não utilização em pessoas com demência avançada³⁵.

Embora no Código Deontológico Médico alemão não seja feita referência concreta à NHA³⁶, a Associação Médica Alemã considera a HA como uma forma de tratamento, pelo que pode ser limitada, permanecendo a obrigação de abordar sintomas como a sede por meio de métodos de cuidados paliativos³⁷. No entanto, na prática, o que por vezes se verifica é que existe alguma reserva por parte dos médicos na Alemanha no que se refere à limitação, não só da NHA em particular, mas dos tratamentos de suporte de vida de uma forma geral – aspecto que, em parte, está relacionado à história particular do país, mais concretamente às atrocidades ocorridas no período nazista³⁷. Em adição, nas *guidelines* alemãs de oncologia, relativas a cuidados paliativos de doentes com neoplasias incuráveis, é desaconselhada a administração de NHA em pacientes terminais³⁸.

No Código Deontológico Médico romeno, não se encontram especificadas normas relativas ao tratamento de doentes em fim de vida³⁹. Na Áustria, do ponto de vista ético e legal, a NHA é considerada equivalente a outras medidas de suporte de vida. Nas recomendações relativas à limitação e à descontinuação terapêutica em unidades de cuidados intensivos (UCI), elaboradas por um consenso das Associações Austríacas de Medicina Intensiva, é considerado que a NHA constitui um tratamento médico, podendo ser retirada em casos em que o doente esteja em processo de morte irreversível⁴⁰.

Em parecer elaborado pelo National Advisory Board on Social Welfare and Health Care Ethics (Etene), publicado pelo Ministério da Saúde finlandês em 2012, é referido que fornecer NHA a paciente em estado de morte iminente não é

compatível com permitir que ele tenha uma morte natural: *permitir uma morte natural implica abdicar de medidas, em que a sua aplicação no momento de morte iminente do doente seria direcionada a alterações patológicas no organismo do doente e que na prática não teriam impacto. Nestas incluem-se o fornecimento de líquidos e nutrientes ou hemoderivados ao doente em fim de vida*⁴¹.

No Código Deontológico Médico esloveno também não existe uma referência concreta ao caso particular da NHA, sendo apenas referido que, *quando da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos em doentes terminais, o médico deve considerar a qualidade de vida do doente e a sua vontade. O médico não deve iniciar ou suspender medidas quando estas são consideradas fúteis ou quando os riscos do tratamento superam os benefícios. A não iniciação ou suspensão de cuidados paliativos são eticamente inaceitáveis*⁴².

Nas recomendações éticas eslovenas para decisão de tratamentos e cuidados paliativos em doentes terminais em unidades de cuidados intensivos (UCIs), entende-se que um tratamento, uma vez considerado fútil após ponderação dos riscos e benefícios, pode ser limitado ou interrompido, devendo ser mantidos os cuidados paliativos adequados⁴³.

Na Croácia, país com o qual a Eslovênia partilha um contexto sociocultural similar, a perceção dos médicos é de que o enquadramento legal do país é manifestamente vago e restritivo⁴⁴. Eles consideram que o enquadramento legal estabelece como objetivo final de cada intervenção médica a sobrevivência do doente, não existindo suporte legal para a retirada de tratamentos de doentes em fim de vida⁴⁴. Em adição, ainda não existem regulamentações claras em relação às diretivas antecipadas de vontade⁴⁴. De fato, na Croácia, nenhuma das formas de decisão antecipada é regulada pela lei, à exceção da transplantação de órgãos humanos para fins médicos – caso em que a diretiva antecipada de vontade é permitida⁴⁴.

No Código Deontológico Médico da Croácia, elaborado pela Câmara Médica da Croácia e pela Associação Médica Croata, existe uma referência breve ao caso de doentes em fim de vida: *a continuação de tratamento intensivo num doente em estado terminal irreversível não é clinicamente justificável, já que priva o doente moribundo do seu direito de ter uma morte digna*⁴⁵. No entanto, não são discriminados os tratamentos

que são considerados meios de cuidado básico e os que não são.

Na Hungria, à semelhança de outros países, o paciente pode escolher aceitar ou recusar o tratamento proposto, com exceção das intervenções de manutenção da vida, já que nesse caso o tratamento apenas pode ser recusado se o doente tiver uma doença incurável, com uma curta expectativa de vida apesar do tratamento médico adequado⁴⁶. Em adição, a expressão dessa vontade tem de ser realizada formalmente, por meio de um testamento vital⁴⁶.

À semelhança do que se verifica em outros países, na Hungria também existe um enquadramento ético e legal insuficiente no que toca a decisões de abordagem a pacientes em fim de vida. De fato, nesse país, o enquadramento legal limita a opção de suspensão de tratamento de manutenção de vida mesmo havendo um pedido explícito por parte do doente, ao mesmo tempo que temas como a futilidade de tratamentos médicos não são abordados por lei⁴⁶.

Desse modo, os médicos se veem obrigados a tomar essas decisões sem qualquer suporte ético ou legal, verificando-se, por essa mesma razão, uma grande variabilidade individual em termos de decisões a esse respeito⁴⁶. Outro fator que também parece influenciar significativamente esse processo de decisão é a disponibilidade ou a falta de meios⁴⁶.

Em um estudo no qual foram analisadas as diferenças em termos de prevalência de tratamentos potencialmente inapropriados na última semana de vida em seis países europeus (Inglaterra, Holanda, Finlândia, Bélgica, Itália e Polónia), foi concluído que, relativamente à utilização da NHA, o país em que se verificou a maior frequência de sua utilização foi a Polónia, enquanto a Holanda foi aquele em que sua frequência de utilização foi menor⁴⁷. Concluiu-se ainda que, nos casos de demência avançada, a frequência de utilização de NHA foi baixa na Inglaterra, na Finlândia, na Holanda e na Bélgica, mas foi consideravelmente superior na Itália e na Polónia, particularmente a administração de HA⁴⁷.

Em adição ao já referido acerca da política de utilização de NHA em doentes terminais na Inglaterra e na Finlândia, a semelhante baixa prevalência de utilização desses meios na Bélgica e na Holanda pode ser explicada pela cultura desses

países em termos de cuidados paliativos, nomeadamente pela existência de uma maior abertura em relação a diferentes opções e decisões no que tange a cuidados prestados a pacientes terminais⁴⁷.

De fato, na Holanda, a administração de NHA em doentes em fim de vida é muitas vezes encarada como uma medida desproporcionada, sendo evitados tratamentos considerados fúteis em doentes com demência avançada⁴⁸. Assim, a decisão de descontinuar a NHA nesses pacientes é relativamente frequente nesse país, sendo a NHA sobretudo administrada por um curto período⁸. Essa prática está em linha com a política defendida pela Associação Holandesa de Médicos Residenciais (NVVA), a qual recomenda alguma reserva na decisão de iniciar NHA em doentes com demência avançada⁴⁸.

Na Bélgica, o Conselho Nacional da Ordem dos Médicos, em 2003, emitiu parecer acerca de temas como eutanásia e cuidados paliativos, bem como outras decisões médicas sobre doentes em fim de vida, referindo que *interromper ou não fornecer tratamento é eticamente aceitável caso esteja cientificamente estabelecido que já não existe qualquer esperança de que o tratamento leve a uma melhoria significativa do estado do doente, e que tratamentos com o objetivo de prolongar a vida não aumentam o conforto do doente, causando apenas desconforto e sofrimento*⁴⁹, o que pode contribuir para a baixa prevalência de utilização de NHA nesse país.

Ainda, de acordo com a lei de 2002 da Bélgica, relativa aos direitos do doente (de 22 de agosto de 2002), é referido que, caso o representante do paciente não concorde com a decisão de que determinado tratamento deva ser interrompido ou não iniciado e solicite ao médico responsável o prolongamento da vida do paciente por meios artificiais, os melhores interesses do doente prevalecem sobre a opinião do representante. Esse princípio é aplicável não só para intervenções, mas também para suspensão ou não iniciação de um tratamento⁴⁹.

Em contrapartida, a elevada prevalência de utilização de NHA na Polónia e na Itália pode ser explicada, entre outros motivos, pelo contexto legal e, possivelmente, por uma menor política de planeamento antecipado de cuidados de saúde. Por isso, temas como decisões de tratamentos em doentes em fim de vida não são discutidos, o que

causa, por um lado, o surgimento de problemas éticos e jurídicos e, por outro, uma maior pressão por parte dos familiares para que tratamentos como a NHA sejam efetuados⁴⁷.

No caso da Polônia, a elevada prevalência da utilização de NHA pode ser explicada pelo fato de que nesse país a NHA é considerada uma medida de cuidado básica, e não um tratamento médico, e por isso não pode ser descontinuada⁵⁰. De igual forma, a elevada prevalência do uso de NHA na Itália pode ser explicada pelo enquadramento legal do país: em 2009, o Conselho de Ministros italiano aprovou um projeto de lei que determinava que a nutrição e a hidratação artificiais deveriam ser sempre administradas, independentemente das circunstâncias, já que eram consideradas medidas básicas de suporte fundamentais para a vida humana⁴⁷.

Já em 2017, foi aprovada uma lei (conhecida como *Legge sul testamento biologico*) em que é estipulado o direito de recusar ou suspender tratamentos em curso, testes diagnósticos ou qualquer tipo de meio de manutenção da vida, incluindo a nutrição e a hidratação artificiais. Outro fator que também pode contribuir para a elevada prevalência de utilização de NHA, em particular na Itália, é a forte tradição religiosa católica desse país, a qual defende que a vida é sagrada e deve ser preservada a todo custo⁵¹.

Em estudo semelhante, no qual foram comparadas as práticas de suspensão de NHA em seis países europeus (Bélgica, Dinamarca, Itália, Holanda, Suécia e Suíça), obtiveram-se resultados semelhantes. A Itália foi o país em que essa prática foi menos frequente, e a Holanda apresentou maior frequência, seguida de Suíça, Bélgica e Suécia⁵². Em todos os países, a não iniciação foi mais recorrente do que a suspensão de NHA, o que pode ser em parte justificado pelo fato de a última poder ser percebida pelos familiares como causa da morte⁵².

Na Suíça, tem sido verificado aumento progressivo na porcentagem de doentes que morrem depois de os tratamentos realizados com o objetivo de prolongar a vida por meios artificiais serem suspensos⁵³. Essa prática está em linha com as *guidelines* nacionais da Academia Suíça de Ciências Médicas (SAMS) relativas a cuidados de pacientes em fim de vida. Nelas, encontra-se referido que a suspensão ou a não iniciação de

medidas de suporte de vida podem estar indicadas ou ser justificadas quando um doente está no processo de morte, incluindo-se nessa definição a NHA, bem como a respiração artificial e a ressuscitação cardiopulmonar⁵⁴.

Considerações finais

Os sucessivos progressos médicos e tecnológicos verificados ao longo dos anos têm levado a um aumento da esperança média de vida, com consequente envelhecimento da população.

Tanto os profissionais de saúde como as instituições deparam com doentes de cada vez mais idade, pois o número de pessoas com doenças em estado avançado ou terminal só cresce. Dessa forma, decisões relacionadas à NHA ficarão mais comuns. Por isso, é essencial que os profissionais de saúde e as instituições tenham conhecimento dos benefícios e riscos dessa prática e de como abordá-la.

Apesar da existência de alguma evidência no sentido de a desidratação e a não alimentação não contribuírem para o sofrimento de doentes em fim de vida, e poderem inclusive contribuir para maior conforto desses pacientes, a utilização de NHA nesse contexto continua a constituir um importante debate ético.

A variabilidade em termos de práticas de cuidados a pessoas em fim de vida, bem como as diferenças quanto a entendimentos deontológicos relativamente a essas ações entre os vários países, cria inúmeros desafios no que diz respeito a esse aspecto.

De fato, verifica-se que o tratamento desses doentes depende em grande medida dos sistemas de saúde e do contexto cultural do local em que vivem.

Tendo em conta os entendimentos deontológicos analisados, verifica-se que, no norte da Europa, a NHA é majoritariamente considerada como um tratamento fútil e desproporcionado, sendo, portanto, desaconselhada. Já no sul da Europa, a NHA é muitas vezes considerada como uma medida de cuidado básico, que deve ser mantida.

Ainda assim, a importância do respeito à autonomia do paciente constitui um ponto de consenso transversal a quase todos os países discutidos.

Por fim, importa salientar o fato de que, atualmente, em alguns países, cuidados de doentes em fim de vida, como a NHA, ainda não estão adequadamente legislados sob uma perspetiva política e legal. Nesse sentido, importa referir que um adequado planeamento nesse âmbito pode ser importante não só para a redução de custos associados ao tratamento de doentes, como também para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.

Para isso, o estabelecimento de normas e linhas de orientação, bem como uma clarificação do enquadramento legal, pode ser uma ferramenta importante. Essa falta de enquadramento legal e suporte da decisão médica, além de poder favorecer a criação de tensão na relação entre a família do paciente e os profissionais de saúde, propicia a adoção da prática de “medicina defensiva” na abordagem de doentes em fim de vida.

Referências

1. Geppert CMA, Andrews MR, Druyan ME. Ethical issues in artificial nutrition and hydration: a review. *J Parenter Enteral Nutr* [Internet]. 2010 [acesso 19 out 2023];34(1):79-88. DOI: 10.1177/0148607109347209
2. Del Río MI, Shand B, Bonati P, Palma A, Maldonado A, Tobada P *et al.* Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision-making among patients, family, and health care staff. *Psychooncology* [Internet]. 2012 [acesso 19 out 2023];21(9):913-21. DOI: 10.1002/pon.2099
3. Whitworth MK, Whitfield A, Holm S, Shaffer J, Makin W, Jayson GC. Doctor, does this mean I'm going to starve to death? *J Clin Oncol* [Internet]. 2004 [acesso 19 out 2023];22(1):199-201. DOI: 10.1200/JCO.2004.02.056
4. Van de Vathorst S. Artificial nutrition at the end of life: ethical issues. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* [Internet]. 2014 [acesso 19 out 2023];28(2):247-53. DOI: 10.1016/j.bpg.2014.02.005
5. Hallenbeck J. Tube feed or not tube feed? *J Palliat Med* [Internet]. 2002 [acesso 19 out 2023];5(6):909-10. DOI: 10.1089/10966210260499104
6. Dev R, Dalal S, Bruera E. Is there a role for parenteral nutrition or hydration at the end of life? *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2012 [acesso 19 out 2023];6(3):365-70. DOI: 10.1097/SPC.0b013e328356ab4a
7. Hui D, Dev R, Bruera E. The last days of life: symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2015 [acesso 19 out 2023];9(4):346-54. DOI: 10.1097/SPC.000000000000171
8. Heuberger RA. Artificial nutrition and hydration at the end of life. *J Nutr Elder* [Internet]. 2010 [acesso 19 out 2023];29(4):347-85. DOI: 10.1080/01639366.2010.521020
9. Bozzetti F, Amadori D, Bruera E, Cozzaglio L, Corli O, Filiberti A *et al.* Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. *European Association for Palliative Care. Nutrition* [Internet]. 1996 [acesso 19 out 2023];12(3):163-7. DOI: 10.1016/s0899-9007(96)91120-x
10. Schwartz DB, Barrocas A, Annetta MG, Stratton K, McGinnis C, Hardy G *et al.* Ethical aspects of artificially administered nutrition and hydration: an ASPEN position paper. *Nutr Clin Pract* [Internet]. 2021 [acesso 19 out 2023];36(2):254-67. DOI: 10.1002/ncp.10633
11. Varkey B. Principles of clinical ethics and their application to practice. *Med Princ Pract* [Internet]. 2021 [acesso 19 out 2023];30(1):17-28. DOI: 10.1159/000509119
12. Pinho-Reis C, Sarmento A, Capelas ML. Nutrition and hydration in the end-of-life care: ethical issues. *Acta Port Nutr* [Internet]. 2018 [acesso 19 out 2023];15:36-40. DOI: 10.21011/apn.2018.1507
13. De D, Thomas C. Enhancing the decision-making process when considering artificial nutrition in advanced dementia care. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2019 [acesso 19 out 2023];25(5):216-23. DOI: 10.12968/ijpn.2019.25.5.216
14. Pessoa A, Marinho R, Amaral TF, Santos M, Mendes L, Marinho A *et al.* Alimentação na demência avançada: documento de consenso da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e da Associação Portuguesa de

- Nutrição Entérica e Parentérica. *Med Interna* [Internet]. 2020 [acesso 19 out 2023];27(1):80-8. DOI: 10.24950/Guidelines/Consensus/1/2020
15. Good P, Richard R, Syrmis W, Jenkins-Marsh S, Stephens J. Medically assisted hydration for adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 [acesso 19 out 2023];(4):CD006273. DOI: 10.1002/14651858.CD006273.pub3
 16. Bozzetti F, Amadori D, Bruera E, Cozzaglio L, Corli O, Filiberti A *et al.* Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. *Nutrition* [Internet]. 1996 [acesso 19 out 2023];12(3):163-7. DOI: 10.1016/s0899-9007(96)91120-x
 17. Fainsinger RL, MacEachern T, Miller MJ, Bruera E, Spachynski K, Kuehn N *et al.* The use of hypodermoclysis for rehydration in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 1994 [acesso 19 out 2023];9(5):298-302. DOI: 10.1016/0885-3924(94)90187-2
 18. Cerchietti L, Navigante A, Sauri A, Palazzo F. Hypodermoclysis for control of dehydration in terminal-stage cancer. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2000 [acesso 19 out 2023];6(8):370-4. DOI: 10.12968/ijpn.2000.6.8.9060
 19. Cardenas D. Ethical issues and dilemmas in artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr ESPEN* [Internet]. 2021 [acesso 19 out 2023];41:23-9. DOI: 10.1016/j.clnesp.2020.12.010
 20. Rady MY, Verheijde JL. Nonconsensual withdrawal of nutrition and hydration in prolonged disorders of consciousness: Authoritarianism and trustworthiness in medicine. *Philos Ethics Humanit Med* [Internet]. 2014 [acesso 19 out 2023];7:9-16. DOI: 10.1186/1747-5341-9-16
 21. Mailliet JO, Schwartz DB, Posthauer ME. Position of the academy of nutrition and dietetics: ethical and legal issues in feeding and hydration. *J Acad Nutr Diet* [Internet]. 2013 [acesso 19 out 2023];113(6):828-33. DOI: 10.1016/j.jand.2013.03.020
 22. Lisboa. Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. Regulamento n° 707/2016, de 21 de julho. Regulamento de Deontologia Médica [Internet]. Lisboa: Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa; 2016 [acesso 19 out 2023]. Disponível: <https://bitly.ws/3esoj>
 23. Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P *et al.* ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr* [Internet]. 2016 [acesso 19 out 2023];35(3):545-56. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.02.006
 24. Casarett D, Kapo J, Caplan A. Appropriate use of artificial nutrition and hydration-fundamental principles and recommendations. *N Engl J Med* [Internet]. 2005 [acesso 19 out 2023];353(24):2607-12. DOI: 10.1056/NEJMs052907
 25. España. Organización Médica Colegial de España, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de deontología médica: guía de ética médica [Internet]. Madrid: CGCOM; 2011 [acesso 19 out 2023]. Disponível: <https://bitly.ws/3espp>
 26. Cabré L, Casado M, Mancebo J. End-of-life care in Spain: legal framework. *Intensive Care Med* [Internet]. 2008 [acesso 19 out 2023];34(12):2300-3. DOI: 10.1007/s00134-008-1257-7
 27. Baumann A, Audibert G, Claudot F, Puybasset L. Ethics review: end of life legislation – the French model. *Crit Care* [Internet]. 2009 [acesso 19 out 2023];13(1):204. DOI: 10.1186/cc7148
 28. Lemaire F. The project of a law concerning patients' rights at the end of life. *Presse Med* [Internet]. 2005 [acesso 19 out 2023];34(7):525-8. DOI: 10.1016/s0755-4982(05)83965-x
 29. England. Royal College of Physicians. British Medical Association. Clinically-assisted nutrition and hydration (CANH) and adults who lack the capacity to consent: guidance for decision-making in England and Wales [Internet]. London: BMA; 2018 [acesso 19 out 2023]. Disponível: <https://bitly.ws/3esq4>
 30. England. General Medical Council. Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making [Internet]. Manchester: GMC; 2022 [acesso 19 out 2023]. p. 56. Disponível: <https://bitly.ws/3esqU>
 31. Hodgkinson S, Ruegger J, Field-Smith A, Latchem S, Ahmedzai SH. Care of dying adults in the last days of life. *Clin Med* [Internet]. 2016 [acesso 19 out 2023];16(3):254-8. DOI: 10.7861/clinmedicine.16-3-254.
 32. Kitzinger C, Kitzinger J. Court applications for withdrawal of artificial nutrition and hydration from patients in a permanent vegetative state: family experiences. *J Med Ethics* [Internet]. 2016 [acesso 19 out 2023];42(1):11-7. DOI: 10.1136/medethics-2015-102777

33. Norway. Norwegian Directorate of Health. Decision-making processes in the limitation of life-prolonging treatment [Internet]. Oslo: Norwegian Directorate of Health; 2013 [acesso 1 mar 2023]. p. 28. Disponível: <https://bitly.ws/3esrZ>
34. Ireland. Medical Council. Guide to professional conduct and ethics for registered medical practitioners (Amended) [Internet]. Dublin: Medical Council; 2019 [acesso 19 out 2023]. p. 33-4. Disponível: <https://bitly.ws/3estg>
35. Hartigan I, Robinson S, O'Sullivan M, McLoughlin K, Gallagher P, Timmons S. Palliative Care for the Person with Dementia: Guidance Document 4: Management of Hydration and Nutrition [Internet]. Dublin: Irish Hospice Foundation; 2016 [acesso 19 out 2023]. Disponível: <https://bitly.ws/3estQ>
36. Germany. German Medical Association. Professional Code for Physicians in Germany [Internet]. Berlin: German Medical Association; 2021 [acesso 19 out 2023]. Disponível: <https://bitly.ws/3esuW>
37. Jox RJ, Krebs M, Fegg M, Reiter-Theil S, Frey L, Eisenmenger W *et al.* Limiting life-sustaining treatment in German intensive care units: a multiprofessional survey. *J Crit Care* [Internet]. 2010 [acesso 19 out 2023];25(3):413-9. DOI: 10.1016/j.jcrc.2009.06.012
38. Alemanha. German Cancer Society, German Cancer Aid, AWMF. German Guideline Programme in Oncology: Palliative care for patients with incurable cancer, Extended version- Consultation version 0.1 [Internet]. Berlin: German Cancer Society, German Cancer Aid, AWMF; 2014 [acesso 19 out 2023]. AWMF-registration number 128/001OL. Disponível: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>
39. Romania. Romanian College of Physicians. Code of Medical Ethics of the Romanian College of Physicians from November 4, 2016 [Internet]. Bucharest: Romanian College of Physicians; 2016 [acesso 19 out 2023]. Disponível: <https://bitly.ws/3esyH>
40. Valentin A, Druml W, Steltzer H, Wiedermann CJ. Recommendations on therapy limitation and therapy discontinuation in intensive care units: consensus paper of the Austrian Associations of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med* [Internet]. 2008. [acesso 19 out 2023];34:771-6. DOI: 10.1007/s00134-007-0975-6
41. Finland. National Advisory Board on Social Welfare and Health Care Ethics. Human dignity, hospice care and euthanasia [Internet]. Helsinki: ETENE; 2012 [acesso 19 out 2023]. p. 3. Disponível: <https://bitly.ws/3eszL>
42. Slovenia. Medical Association of Slovenia. Medical Chamber of Slovenia. Code of Medical Ethics [Internet]. Ljubljana: Medical Chamber of Slovenia; 2016 [acesso 19 out 2023]. p. 4. Disponível: <https://bitly.ws/3esAU>
43. Grosek S, Orazem M, Groselj U. Notes on the development of the Slovenian ethical recommendations for decision-making on treatment and palliative care of patients at the end of life in intensive care medicine. *Pediatr Crit Care Med* [Internet]. 2018 [acesso 19 out 2023];19(8S Suppl 2):48-52. DOI: 10.1097/PCC.0000000000001606
44. Ćurković M, Brajković L, Jozepović A, Tonković D, Župan Ž, Karanović N *et al.* End-of-Life decisions in intensive care units in Croatia-pre covid-19 – perspectives and experiences from nurses and physicians. *J Bioeth Inq* [Internet]. 2021 [acesso 19 out 2023];18(4):629-43. DOI: 10.1007/s11673-021-10128-w
45. Croatia. Croatian Medical Chamber Assembly. Code of medical ethics and deontology [Internet]. Zagreb: Croatian Medical Chamber Assembly; 2016 [acesso 19 out 2023]. p. 4. Disponível: <https://bitly.ws/3esF4>
46. Zubek L, Szabó L, Diószeghy C, Gál J, Élő G. End-of-life decisions in Hungarian intensive care units. *Anaesth Intensive Care* [Internet]. 2011 [acesso 19 out 2023];39(1):116-21. DOI: 10.1177/0310057X1103900119
47. Honinx E, Van den Block L, Piers R, Van Kuijk SMJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Payne SA *et al.* Potentially inappropriate treatments at the end of life in nursing home residents: findings from the PACE cross-sectional study in six European countries. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2021 [acesso 19 out 2023];61(4):732-42. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.09.001
48. Van Wigcheren PT, Onwuteaka-Philipsen BD, Roeline H, Pasma W, Ooms ME, Ribbe MW *et al.* Starting artificial nutrition and hydration in patients with dementia in the Netherlands: frequencies, patient characteristics and decision-making process. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2007 [acesso 19 out 2023];19(1):26-33. DOI: 10.1007/BF03325207
49. Belgium. Belgian Advisory Committee on Bioethics. Opinion n° 41 of 16 April 2007 on informed consent and "D.N.R." Codes [Internet]. Brussels: Belgian Advisory Committee on Bioethics; 2007 [acesso 19 out 2023]. p. 15. Disponível: <https://bitly.ws/3esFV>

50. Pawlikowski J, Muszala A, Gajewski P, Krajnik M. Discontinuation of hydration and nutrition in vegetative or minimally conscious state: position statement of the Polish Association for Spiritual Care in Medicine. *Pol Arch Intern Med* [Internet]. 2021 [acesso 19 out 2023];131(1):111-3. DOI: 10.20452/pamw.15746
51. Giammatteo J, Treglia M, Pallocci M, Petroni G, Cammarano A, Quintavalle G *et al.* LAW n° 219/17: reflecting on shared care plan. *Clin Ter* [Internet]. 2020 [acesso 19 out 2023];171(5):e401-6. DOI: 10.7417/CT.2020.2248
52. Buiting HM, Van Delden JJM, Rietjens JAC, Onwuteaka-Philipsen BD, Bilsen J, Fischer S *et al.* Forgoing artificial nutrition or hydration in patients nearing death in six European countries. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2007 [acesso 19 out 2023];34(3):305-14. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2006.12.006
53. Bosshard G, Zellweger U, Bopp M, Schmid M, Hurst SA, Puhon MA *et al.* Medical end-of-life practices in Switzerland: a comparison of 2001 and 2013. *JAMA Intern Med* [Internet] 2016 [acesso 19 out 2023];176(4):555-6. DOI: 10.1001/jamainternmed.2015.7676
54. Switzerland. Swiss Academy of Medical Sciences. End-of-life care [Internet]. Basel: SAMS; 2013 [acesso 19 out 2023]. Disponível: <https://bitly.ws/3esHh>

Miguel Ângelo Basto Clemente de Oliveira e Magalhães – Mestrando – miguel.a.oliveira00@gmail.com

 0009-0006-4440-6530

Maria Paula Correia Ribeiro da Costa e Silva – Mestre – mpaulasilvajc@gmail.com

 0009-0004-4364-5535

Ivone Maria Resende Figueiredo Duarte – Doutora – iduarte@med.up.pt

 0000-0002-5160-7043

Correspondência

Miguel Ângelo Basto Clemente de Oliveira e Magalhães – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Alameda Prof. Hernâni Monteiro CEP 4200-319. Porto, Portugal.

Participação dos autores

Miguel Magalhães participou da conceitualização, da metodologia, da redação e da preparação deste manuscrito, sob supervisão de Ivone Duarte, que também participou da conceitualização, da revisão e da edição do texto. Maria Paula Silva participou da revisão e da edição do texto.

Recebido: 24.5.2023

Revisado: 20.10.2023

Aprovado: 6.2.2024