

Joana Sofia Carvalho Casimiro de Andrade

SUPORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS – QUESTÕES ÉTICAS

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2017

Joana Sofia Carvalho Casimiro de Andrade

SUPORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS – QUESTÕES ÉTICAS

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2017

Joana Sofia Carvalho Casimiro de Andrade

Suporte Nutricional Artificial em Cuidados Paliativos – Questões Éticas

(Joana Sofia Carvalho Casimiro de Andrade)

Trabalho Complementar apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção
do grau de licenciado em Ciências da Nutrição

Orientadora:

Mestre Cíntia Vanessa Pinho Reis

Resumo

Os Cuidados Paliativos são o cuidado ativo dos Doentes cuja doença não responde ao tratamento curativo. São cuidados que englobam uma abordagem holística e interdisciplinar, onde se tem em vista não só o Doente, mas também a sua família e a comunidade envolvida. O objetivo principal é preservar a melhor qualidade de vida e conforto até à morte. O Suporte Nutricional Artificial é um dos assuntos mais controversos nesta área do cuidar.

O objetivo deste trabalho foi compreender e discutir as questões éticas relacionadas com o Suporte Nutricional Artificial em Cuidados Paliativos.

Realizou-se uma revisão de literatura, sendo que os artigos analisados referem que a alimentação não tem apenas um significado fisiológico, mas apresenta também um valor simbólico, dado que afeta o estado psicológico e emocional, tendo em consideração as diferenças culturais e crenças espirituais. Quando o Suporte Nutricional Artificial é estabelecido em Cuidados Paliativos, o melhor interesse do Doente deve ser salvaguardado. Para alguns autores, o Suporte Nutricional Artificial é uma necessidade básica, e desde que o Doente deseje, este deve ser alimentado. Em contrapartida, outros autores consideram que o Suporte Nutricional Artificial corresponde a um tratamento e há determinadas circunstâncias em que é legítimo não iniciar, não manter ou parar a terapêutica. Os artigos referem também, quanto aos princípios bioéticos, que (1) a autonomia reconhece a autodeterminação de cada Doente na decisão de iniciar ou parar o Suporte Nutricional Artificial; (2) o princípio da beneficência diz respeito a que as ações sejam realizados de acordo com os melhores interesses do Doente; (3) o princípio da não-maleficência diz respeito a não fazer dano ao Doente ao iniciar o Suporte Nutricional Artificial e (4) a justiça remete para a importância de dar a cada Doente o mesmo número de possibilidades com os recursos disponíveis. Torna-se também crucial entender a diversidade cultural e religiosa de forma a integrar a Bioética na Nutrição.

Palavras-chave: Ética; Cuidados Paliativos; Fim de Vida; Suporte Nutricional.

Abstract

Palliative Care is the active, total care of the patients whose disease is not responsive to curative treatment. PC is interdisciplinary in its approach and encompasses the patient, the family and the community in its scope. It sets out to preserve the best possible quality of life and comfort until death. Artificial Nutritional Support remains one of the most controversial issue in Palliative Care.

The main purpose of this work was to understand and discuss the ethical questions related to the Artificial Nutritional Support in Palliative Care.

This work was based on a literature review and the articles refer that food has not only a physiological meaning but also a symbolic value, affecting our psychological and emotional status, based on our cultural and spiritual believes. When Artificial Nutritional Support in Palliative Care is established, the best interest of the patient must be safeguarded. For some authors, Artificial Nutritional Support is a basic human care and, as long as the patient wants and can be fed, there is an obligation to provide such measure. To other authors it constitutes a medical treatment and there are circumstances in which it is legitimate for them not to start, maintain or stop. The articles also refer that: (1) the principle of autonomy recognizes patients self-determination to decide to start or stop Artificial Nutritional Support; (2) the principle of beneficence is related to the patients' best interests; (3) the principle of non-maleficence regards doing no harm to patient by beginning Artificial Nutritional Support; and (4) regarding justice, there is the need to give every patients the same number of possibilities with the resources available. Understanding the cultural and religious diversity is necessary to integrate bioethics into nutrition.

Keywords: Ethics; Palliative Care; End of Life; Nutritional Support.

À Mestre Cíntia Pinho Reis, um agradecimento especial por todo o acréscimo de conhecimento e pela simpatia e acessibilidade com que sempre me presenteou.

1. Introdução

Desde a descoberta do ADN por Watson e Crick (1952) tem havido uma revolução médica e tecnológica que trouxe a necessidade de explorar um novo mundo ético, de modo que a Bioética emergiu como um novo domínio de reflexão e prática na área da saúde (1-3), incluindo nutrição.

Os avanços médicos, o aumento da longevidade e a prevalência de doenças crônicas e progressivas contribuíram para um aumento significativo de Doentes fora das possibilidades terapêuticas de cura, o que levou à necessidade da existência de Cuidados Paliativos (CP) (1, 4).

O alimento e a nutrição desempenham um papel fundamental nos CP (2, 5, 6), dado que a alimentação não tem apenas um significado fisiológico, mas também um valor simbólico, afetando o estado psicológico, emocional e social com base em crenças culturais e espirituais de cada pessoa (6-12). Por evolução da patologia, a via oral de alimentação do Doente vê-se bastante alterada, o que poderá levar à necessidade de utilizar a via artificial de alimentação, que apesar das suas inerentes vantagens, também podem gerar algumas desvantagens (3, 5, 8, 12-17).

Devido a estes fatores, inúmeras questões éticas e legais foram levantadas acerca do Suporte Nutricional Artificial (SNA) sob a forma de Nutrição Entérica ou Parentérica, desde a Cessação Voluntária da Alimentação e Hidratação (CVAH), à distinção entre abstenção e suspensão da Nutrição e Hidratação Artificiais e aos conflitos entre os princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (2, 3, 6, 8, 14).

2. Material e Métodos

Realizou-se uma revisão da literatura de artigos científicos existentes nas bases de dados Pubmed, Scielo, Medline, Science Direct e B-on, tendo como questão de investigação “Quais as questões éticas subjacentes ao SNA nos doentes paliativos?”. Foram utilizadas as palavras-chave “*Ethics*”; “*Bioethical Principles*”; “*Palliative Care*”; “*Artificial Nutritional Support*”; “*End of Life*”; “*Nutrition*”; “*Ordinary and Extraordinary Treatments*”; “*Withholding and Withdrawing Nutrition*”. Foram incluídos todos os artigos com resumo, referências e texto integral disponível nas línguas portuguesa, inglesa, espanhola e francesa e publicados entre 2012-2017.

Os artigos a utilizar foram selecionados por meio da leitura dos títulos e respetivos resumos, visando verificar o conteúdo do artigo com a questão orientadora.

Como complemento da pesquisa anterior, foram consultados livros e outros artigos considerados pertinentes para a pesquisa efetuada. Obtiveram-se 88 publicações que correspondiam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos.

3. Resultados e Discussão

Das publicações analisadas, resultaram os seguintes temas e subtemas que foram desenvolvidos ao longo deste trabalho (Tabela 1).

Tabela 1: Temas e subtemas resultantes da revisão da literatura.

Tema	Subtema
Cuidados Paliativos	Definição
Princípios Éticos	Beneficência Não-maleficência Autonomia Justiça
Questões Éticas do SNA	Tratamento Ordinário vs Tratamento Extraordinário Cuidado Humano Básico ou Tratamento Perspetiva Legal Abstenção e Suspensão do SNA Cessação Voluntária da Alimentação e Hidratação (CVAH) Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) Perspetiva Cultural e Perspetiva Religiosa na Tomada de Decisão

3.1. Cuidados Paliativos

Os CP são um direito humano e englobam uma abordagem holística, dado que muitas vertentes são tidas em conta, não sendo apenas cuidados físicos, mas também psicológicos e espirituais (para o Doente e os seus familiares). O objetivo principal dos CP é proporcionar conforto e qualidade de vida a Doentes que sofrem de doenças graves incuráveis em estágio avançado e progressivo, bem como às suas famílias, através da prevenção e alívio de sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, ajudando o Doente a viver a sua doença da melhor maneira possível (2, 3, 6, 8, 11, 17-26).

A OMS define os CP da seguinte forma (2, 3, 6, 18, 20-26):

1) Afirmam a vida e consideram a morte como um processo natural – o objetivo dos CP não é nem abreviar nem prolongar a vida;

- 2) Garantem que o Doente mantenha uma vida tão ativa quanto possível até a morte;
- 3) Não precipitam ou retardam a morte, mas procurar aliviar a dor e outros sintomas;
- 4) Integram os muitos aspetos da vida e cuidados do Doente, como aspetos psicológicos e espirituais;
- 5) Melhoram a qualidade de vida e influenciam positivamente o curso da doença;
- 6) Integram o trabalho em equipa, com uma abordagem holística e decisões e intervenções multidisciplinares;
- 7) Apoiam a família do Doente.

Assim, os CP não procuram provocar ou retardar a morte por meio da eutanásia ou da obstinação terapêutica (2, 18).

3.2.Princípios Bioéticos

No Relatório de Belmonte, pela *The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, foram estabelecidos três princípios bioéticos - autonomia, beneficência e justiça (27). Mais tarde, Beauchamp e Childress desenvolveram os conceitos de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Esses princípios, aliados ao conhecimento técnico e científico, devem ser aplicados na prática nutricional e estes devem ser os princípios orientadores nas ações de saúde, uma vez que contêm a maior parte das questões morais que surgem nos cuidados de saúde (6, 28).

Os Princípios Bioéticos não obedecem a nenhuma ordem hierárquica e são válidos *prima facie* (28, 29). Em caso de conflito entre eles, a situação em causa e as suas circunstâncias definirão aquele que dará precedência (28).

3.2.1. Beneficência

O termo beneficência vem do latim *bonum facere*, que significa "fazer o bem". O Código Hipocrático estabeleceu que os profissionais de saúde têm a obrigação de fazer o bem à pessoa doente de acordo com as suas habilidades, compreensão, conhecimento, razão e

capacidade de julgar e decidir (27, 30, 31). Beneficência implica que o tratamento será no melhor interesse dos Doentes e que irá beneficiá-los (3, 9, 15, 16, 29, 30, 32-34). Os Doentes não devem ser expostos a risco ou sofrimento extra, a menos que exista uma expectativa razoável de um benefício proporcional (16, 27, 34, 35).

Colocar em prática o princípio da beneficência é algo bastante desafiador, porque este princípio está em constante conflito com o princípio do respeito pela autonomia que orienta os profissionais de saúde a agir sempre com o consentimento informado de um agente moral livre (30, 31).

O profissional de saúde deve sempre monitorizar o risco/benefício de cada tratamento, de forma constante, e aquando de uma desproporcionalidade que pende para os riscos, este é obrigada a parar ou não iniciar o tratamento, exceto se houver uma diretiva antecipada do Doente que diga o contrário (9, 16, 31, 33).

3.2.2. Não-maleficência

O Código Hipocrático refere-se a este princípio como *primum non nocere*, "acima de tudo não prejudicar" (9, 15, 16, 27, 31, 32). Assim, a não-maleficência age para minimizar o dano potencial ou real (3, 9, 15, 27, 29, 36), significando que os profissionais de saúde não devem matar, incapacitar, causar dor, ofender ou privar os outros dos bens da vida (27).

No âmbito deste princípio, Beauchamp e Childress fazem a distinção entre tratamento ordinário e extraordinário. Relativamente ao tratamento ordinário é aquele que é comum, habitual, simples, contrapondo-se ao conceito de tratamento extraordinário, que é aquele que não é comum ou habitual, mas complexo. Tratamento ordinário também pode ser definido como natural, não dispendioso e rotineiro, ao passo que o tratamento extraordinário será artificial, caro, ocasional ou heroico. Recentemente, considera-se o tratamento ordinário proporcionado e o extraordinário desproporcionado, o que torna o primeiro obrigatório e o segundo opcional (37).

De acordo com o princípio da não-maleficência, não se devem iniciar ou manter medidas terapêuticas que possam provocar dano ao Doente (34). No entanto, por todos os valores culturais e espirituais e pelo seu valor como fonte de vida, o SNA, mesmo que se mostre desconfortável e dispensável para o Doente, pode continuar a ser aplicado

desnecessariamente (6, 38). Quando isto ocorre, e o SNA causa sofrimento, apresentando mais riscos que benefícios, deve questionar-se o seu valor. Os profissionais devem evitar o tratamento fútil, desproporcionado (9,38).

Considera-se fútil aquilo que tem pouco ou nenhum valor; insignificante; vão. (39) Neste contexto, um tratamento fútil é aquele que não atinge os objetivos definidos pelo Doente ou não serve os objetivos da prática associada. (35, 40, 41). No entanto, a avaliação da futilidade de um tratamento não depende apenas da avaliação quantitativa de atingir o objetivo, mas também da avaliação qualitativa e subjetiva que define se vale a pena atingir esse objetivo (42).

A prática de intervenções fúteis que não têm um objetivo clínico passível de ser cumprido e apenas trazem mais sofrimento aos Doentes é denominada de obstinação terapêutica (43) e atenta para o Artigo 1º da Constituição da República Portuguesa acerca da dignidade da pessoa humana. (44)

O resultado de um ato terapêutico fútil não é o prolongamento da vida, mas do processo de morrer.

3.2.3. Autonomia

Desde Hipócrates, séc. IV a.C., a decisão clínica dependia exclusivamente do médico, que assumia uma posição paternalista e se regia segundo o princípio da beneficência (45-47). Considerava-se que o Doente não teria as capacidades necessárias para as tomadas de decisão de foro clínico (48). A partir do século XX, a importância da autonomia tem sobreposto o primeiro princípio (45, 47, 49).

De acordo com a literatura, a autonomia significa autodeterminação para escolher ou recusar qualquer tratamento em qualquer estadió da doença, mesmo que esta decisão leve à sua morte (50). Assim, o princípio da autonomia reconhece o direito e a capacidade de um Doente para fazer uma escolha pessoal (3, 6, 9, 15, 16, 27, 29-33, 36, 51).

O termo “autonomia” significa, de um modo geral, “independência, ausência de imposições ou coações externas”, ou seja, está a ser autónomo aquele que toma decisões por si, baseadas no conhecimento e na compreensão da situação, sem a coerção de terceiros (45). A compreensão e a liberdade dependem da adequação da informação dada

aos Doentes, que deve englobar todas as etapas da doença, desde o prognóstico ao tratamento, sem a presença de medidas coercivas ou persuasivas (27, 52, 53).

O princípio da autonomia é altamente valorizado na cultura ocidental, e alguns autores consideram que a autonomia tem especial importância na hierarquia principialista e que esta tem algum tipo de precedência sobre os restantes princípios (28, 32), no entanto, este princípio deve ser equilibrado com os restantes: beneficência, não-maleficência e justiça (7).

A autonomia dos Doentes deve então ser respeitada, pelo que não é legítima qualquer intervenção numa pessoa sem o seu consentimento. O princípio da autonomia deve ser levado em consideração em todas as deliberações. Trata-se da garantia de que o Doente só é tratado se for essa a sua vontade (9).

Dessa forma, o Doente deve ser encorajado a elaborar Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) sob a forma de um Testamento Vital e/ou com recurso a um Procurador de Cuidados de Saúde. Assim, o Doente poderá expressar o seu desejo quanto aos tratamentos e cuidados nutricionais e de hidratação que deseja ou não receber caso não esteja competente de decidir numa fase mais avançada da doença (16, 54). Quando não há conhecimento da sua vontade ou quando o Doente não é considerado competente, poderá ser abordada a família no sentido de tentar compreender o que o Doente desejaria, sendo que deve prevalecer o melhor interesse para o mesmo, ou seja, o princípio da beneficência (54), mas não de forma paternalista e de acordo com a evidência clínica (7,16,30), tendo em conta a vulnerabilidade do Doente, e preservando a sua integridade e dignidade (55, 56).

A competência é a capacidade de realizar uma tarefa. Quando aplicado à tomada de decisões, o conceito de competência encontra-se ligado ao conceito de autonomia. Os indivíduos são competentes se têm a capacidade de compreender a informação que lhes é prestada, fazer um julgamento sobre ela e comunicar a sua decisão (53).

Um indivíduo é considerado incompetente quando é incapaz de compreender e reter a informação fornecida pelo profissional de saúde, avaliá-la, participar do processo da tomada de decisão e comunicá-la (24, 57). No caso se verificar a incapacidade, deve-se agir segundo o melhor interesse do Doente, avaliando os potenciais riscos e benefícios da terapêutica (37); averiguar qual teria sido a sua vontade com base nos seus valores; na

existência de DAV, respeitar os desejos previamente manifestados pelo Doente (58), tendo em conta que a decisão foi tomada numa altura em que o Doente se encontrava capaz (2, 24, 59).

Todas as informações devem ser esclarecidas pelo profissional de saúde em linguagem apropriada a cada indivíduo tendo em conta o seu nível cognitivo (24), de forma a que o Doente possa dar o seu consentimento informado. Neste âmbito, o consentimento informado é "a autorização autónoma (livre) dada para uma intervenção médica e/ou pesquisa e condições legais por ela implicadas", o que exige informar convenientemente o Doente, assegurando a correta compreensão dessa informação e a livre decisão (58, 60). A finalidade do consentimento informado é proteger a autonomia da pessoa humana. O Doente deve receber todas as informações – nomeadamente objetivos do tratamento, riscos, efeitos adversos e complicações – de forma a consciencializar a sua decisão (9, 34, 54, 58).

Podem considerar-se vários elementos no consentimento informado: revelação da informação, competência, compreensão, decisão e voluntariedade (53, 61). Segundo este modelo, a informação é revelada por um médico a um Doente competente que compreende a informação e voluntariamente decide aceitar ou recusar a proposta do médico (61).

3.2.4. Justiça

Este princípio sugere que cada Doente tem o mesmo direito de receber SNA e que as decisões sobre como os recursos são aplicados devem ser feitas da maneira mais justa possível – equidade, independentemente da etnia, *status* social ou económico (3, 16, 27, 29-33, 36, 51).

3.3.Suporte Nutricional Artificial: Cuidado Humano Básico ou Tratamento

Para alguns autores, o SNA é um cuidado humano básico e, enquanto tal, desde que o Doente deseje e possa recebê-lo, há a obrigação de lhe fornecer os meios necessários para fazê-lo (2, 16, 62). Esta perspetiva vê a alimentação e a hidratação como cuidados básicos de suporte de vida a que todos os Doentes têm direito (63). Outros autores argumentam que, a partir do momento em que a alimentação é administrada pela via artificial, ela deve ser considerada um tratamento como qualquer outro, e deve ser sujeita a ponderação

calculosa, estabelecendo a sua proporcionalidade (2, 62). Por outro lado, há também quem considere o SNA como medida terapêutica fútil, que só evita o desfecho final: a morte (63).

A Associação Médica Britânica considera o SNA como um tratamento (57), tal como o mesmo parecer se encontra presente no Relatório Sobre o Estado Vegetativo Persistente de fevereiro de 2005, produzido no âmbito do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, que afirma que “a AHA [Alimentação e Hidratação Artificiais] deveria ser considerada uma terapêutica como qualquer outra, entrando no grupo das medidas paliativas, passível portanto de recusa ou interrupção” (64). No entanto, o Parecer Sobre o Estado Vegetativo Persistente do mesmo Conselho não acompanha a opinião do relatório e refere que “a pessoa em Estado Vegetativo Persistente tem direito a cuidados básicos, que incluem a alimentação e hidratação artificiais” (65).

Esta é uma das maiores controvérsias no que diz respeito ao SNA, dado que uma medida que um indivíduo pode considerar como básica, a outro pode parecer-lhe extraordinária. De forma geral, a aceitação de uma medida como cuidado básico depende da carga de sofrimento associada à mesma, do prognóstico terapêutico e da probabilidade de melhorar. As preferências do Doente podem ser estabelecidas num documento com diretrizes antecipadas (25).

3.3.1. Perspetiva Legal

O SNA é entendido como terapêutica médica e, portanto, é sujeito aos mesmos princípios que outros tratamentos (66-68).

3.4. Abstenção e Suspensão do Suporte Nutricional Artificial

A questão da abstenção e suspensão do SNA no final da vida é uma questão particularmente controversa (3, 12, 36, 69).

Para alguns autores, o SNA representa um cuidado humano básico e, portanto, desde que o Doente queira e possa receber SNA, existe a obrigação de fornecer os meios necessários para tal. Para outros, é um tratamento e, por essa razão, há circunstâncias em que é legítimo não iniciar, manter ou suspender, porque é considerado desproporcional, uma

vez que prolongará apenas o sofrimento, sendo legítimo não iniciar ou retirar estas medidas (3, 33, 69, 70).

Em relação à comparação entre a abstenção e a suspensão de um tratamento, existem duas posições contrárias. A primeira defende que existe distinção moral entre elas, enquanto a segunda considera que não. No primeiro caso, acredita-se que ao omitir-se um determinado tratamento considerado desproporcional, apenas se deixa a natureza seguir o seu curso, ao passo que a suspensão envolve uma ação direta que pode levar à morte do Doente (64). A segunda posição defende que não há distinção moral entre as ações, pois aquilo que está em causa em ambas as situações é uma "adequação do esforço terapêutico às reais necessidades do doente" (71).

De facto, do ponto de vista ético, não existe diferença entre abstenção e suspensão (5, 69, 70), no entanto, muitos Doentes, famílias e mesmo profissionais de saúde consideram a remoção do SNA mais difícil (5); isto porque ambas as situações estão associadas a diferentes sentidos de responsabilidade: a suspensão faz com que o profissional de saúde se sinta responsável pelas consequências dessa ação, o que não acontece quando se fala da abstenção de SNA.

À medida que o Doente se aproxima do fim de vida, a administração de alimento torna-se insignificante no que diz respeito ao significado que nutrir uma pessoa Doente adquire em fase paliativa. Quando deixam de existir critérios para o SNA (em casos de ineficácia do tratamento, complicações ou morte iminente), o profissional de saúde deve descontinuar a terapia (3, 6, 16, 64). Nestas situações é comum a família achar que o Doente vai morrer à fome ou à sede e é importante esclarecer que o Doente não vai morrer por não comer ou não beber, mas sim que o Doente não bebe e não come porque está a morrer (3). A suspensão de SNA geralmente traz à família a sensação de que o profissional de saúde está a matar o seu ente querido, pelo que é importante explicar que a suspensão do SNA apenas está a permitir que o Doente tenha uma morte digna e não permaneça numa vida com sofrimento e sem conforto ou qualidade (72).

É importante também ressaltar que as medidas paliativas continuarão a ser aplicadas para o maior conforto do Doente (6-9, 11, 21). A obstinação terapêutica, que prolonga de forma inadequada a vida do Doente, não pode fazer parte dos cuidados paliativos cujo objetivo é permitir que a morte aconteça sem a antecipar ou adiar (73, 74).

Em suma, os fatores em avaliação no que diz respeito à suspensão do SNA são tratamento *vs* cuidado básico, prolongamento da vida sem qualidade *vs* complicações associadas à suspensão da alimentação e hidratação e desproporcionalidade terapêutica *vs* abandono terapêutico (62). Assim, para a tomada de decisão não devemos perguntar se a suspensão do SNA beneficia o Doente, mas sim se a opção em curso o beneficia (3, 75). Se não for benéfico para o Doente, o SNA deve ser suspenso.

Alguns autores apontam que suspender ou não iniciar SNA em cuidados paliativos é algo constantemente debatido no que diz respeito à comparação desta decisão a uma forma de negligência, eutanásia, suicídio assistido, tortura ou uma forma de matar ou deixar o Doente morrer lenta e dolorosamente através de fome e/ou sede (3,6).

Matar é considerado inaceitável, ao passo que deixar morrer é considerado aceitável, desde que a terapêutica utilizada seja considerada desproporcional e incapaz de cumprir o objetivo clínico ou exista uma recusa válida da intervenção (37).

3.5.CessaçãO Voluntária da AlimentaçãO e HidrataçãO

A cessaçãO voluntária da alimentaçãO e hidrataçãO (CVAH) é aceitável no contexto legal, dado que é um tratamento de caráter clínico como qualquer outro (3, 16). Em alguns casos, a pedido de um Doente competente pode ocorrer CVAH. Neste contexto, todos os Doentes têm o direito de recusar alimentos, mesmo que isso signifique antecipar a morte mais rapidamente do que a própria doença (2). A literatura aponta que os principais motivos para um Doente optar por CVAH são: sentir-se preparado para morrer, não encontrar mais nenhum motivo para viver e considerar que a sua qualidade vida é pobre (3,16).

A CVAH requer persistência na decisãO, não sendo, assim, um ato impulsivo, como acontece frequentemente nos suicidas. O tempo que é necessário para morrer dá oportunidade para que o Doente, eventualmente, mude de ideias e resolva voltar a comer e a beber. Como referido anteriormente, os atos suicidas realizam-se na maioria dos casos num contexto psicopatológico em que predomina a depressãO. Se o desejo de morrer que leva um Doente à CVAH tiver como base a depressãO, a decisãO dificilmente se poderá considerar autónoma (3). De forma a garantir que a decisãO da CVAH é autónoma, é necessário estabelecer se o Doente se encontra capaz para tal tomada de decisãO (16).

A CVAH gera sofrimento à família, pois entendem que o seu familiar irá morrer à fome e à sede (3, 15, 50). É necessário, então, que a equipa multidisciplinar informe que, apesar da cessação do SNA, as medidas paliativas continuarão a proporcionar conforto ao Doente (3, 50). É importante salientar que a CVAH não implica necessariamente sofrimento físico, pois é descrito na literatura que existe libertação de endorfinas que promovem uma sensação de conforto (3, 30, 71).

3.5.1. Diretivas Antecipadas de Vontade

Em Portugal, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) estão legisladas desde julho de 2012. Nos casos em que o Doente não se encontra capaz de decidir, a equipa deve ter em conta, sempre que existam, as DAV deixadas pelo Doente quando ainda era capaz de tomar decisões. A lei que regula estas diretivas prevê a possibilidade de rejeição das mesmas, quando seja manifestamente presumível que o Doente não as desejaria manter (34, 76-78). Então, as diretivas antecipadas de vontade não têm um valor absoluto, devendo ser sempre consideradas como mais um elemento para a tomada de decisão (76).

Situações de emergência são uma exceção ao consentimento informado e às DAV, porque as pessoas se encontram numa situação de particular vulnerabilidade (56), e não podem dar o seu consentimento de modo a legitimar as intervenções necessárias (79, 80).

O SNA é considerado um tratamento e, sendo assim, exige o consentimento do Doente ou do seu respetivo representante legal para a sua iniciação (2, 16).

3.6. Perspetiva Cultural e Perspetiva Religiosa na Tomada de Decisão

É necessário haver consciencialização para o profissional de saúde ter capacidade de tratar os Doentes de acordo com as suas necessidades culturais e espirituais ou religiosas (16, 66, 81).

Este facto está consagrado na alínea 2) da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes da Direção Geral da Saúde: “o doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas” (16, 66, 82).

Em situações onde os valores culturais ou crenças religiosas são a base para a objeção terapêutica, é importante o profissional de saúde entender as características particulares

de cada grupo, de forma a melhor entender os seus fundamentos e adaptar a informação comunicada da melhor forma possível (10).

A cultura ocidental e oriental são exemplo de como as diferenças culturais afetam as decisões clínicas. No Oriente, o objetivo é o prolongamento da vida a todo custo, mesmo recorrendo a terapêutica fútil (6); cada momento da vida, não importa quão doloroso, é de valor inestimável (7). Além disso, não é permitida autonomia ao Doente, na medida em que é ocultada a doença e o estadió da mesma. Já no ocidente, valoriza-se a autonomia do Doente na tomada de decisão, bem como a qualidade de vida (6).

No que diz respeito à religião, os Católicos consideram que a vida é sagrada, pois o Homem foi criado à imagem e semelhança de Deus. No entanto, a vida não é um bem absoluto que deva ser preservado a todo o custo (83).

Em relação ao SNA presume-se a favor da alimentação, porém não existe a obrigação de instituir esta medida se esta se considerar desproporcionada (32). Há, então, a distinção entre o tratamento ordinário, proporcionado e obrigatório, e o tratamento extraordinário, desproporcionado e opcional (16). Sendo assim, a Igreja Católica é a favor de promover o SNA a todo o Doente que o requeira, sempre que os benefícios sejam maiores que os riscos (5, 25).

Em contraposição, alguns Católicos pensam que a retenção do SNA nos CP é antiética, porque todo ser humano tem uma necessidade fundamental de comida. Eles sentem que o SNA não é um tratamento, mas um cuidado básico, tendo em conta a premissa anterior: a comida é uma necessidade básica. Então, retirar ou reter o SNA é o mesmo que matar o Doente. Esta visão era mantida pelo Papa João Paulo II (2004), que afirmou que fornecer alimentos e fluidos, independentemente de como eles são administrados, é uma forma natural de preservar a vida e, como tal, é uma obrigação moral, e que retirar tubos de alimentação é "eutanásia por omissão" (5, 16, 25, 62, 84).

A Igreja Protestante tem muitas doutrinas nos seus diferentes subgrupos: alguns são muito liberais e pensam que o sofrimento intolerável e a qualidade de vida pobre podem justificar medidas para acelerar a morte, reter ou retirar o SNA; outros acreditam que a nutrição é um cuidado básico e não deve ser interrompido (16). Desta forma, suspender ou não iniciar um tratamento é eticamente correto se este não se revelar eficaz em termos clínicos e causar dano. Não há necessidade de prolongar uma vida sem qualidade (32).

Os Judeus distinguem entre ações ativas e passivas e, portanto, fazem a distinção entre o ato de reter e o ato de retirar o SNA: permitem a não iniciação (se este é o desejo do Doente), mas proíbem a retirada do mesmo. Para os Judeus Conservadores e Ortodoxos, os tratamentos que foram iniciados não podem ser interrompidos e os alimentos são considerados necessidades básicas e não tratamentos. Os Judeus Ortodoxos acreditam que um Doente pode pedir SNA e este deve ser dado apenas se as vantagens superarem os danos (5, 16, 25), rejeitando tratamentos que prolongam o sofrimento (32). Não há, então, a obrigação de manter a vida a todo o custo (85).

Em relação ao SNA, na aproximação do final de vida, quando a alimentação e hidratação podem causar sofrimento ou complicações, é permissível suspender o tratamento, desde que exista a vontade e o consentimento do Doente (16).

Para os Muçulmanos, a vida é sagrada e deve ser prolongada (32). Ao profissional de saúde apenas compete aliviar o sofrimento do Doente, mesmo que o processo possa encurtar a vida (segundo o princípio do duplo efeito (6)), não lhes competindo as decisões relacionadas com o fim de vida. Porém, a vida não tem de ser mantida a todo o custo. Quando a terapêutica não é benéfica para o Doente, esta pode ser suspensa (86).

Os Islamitas contemplam a alimentação como um cuidado básico e não como tratamento. Se abster ou suspender SNA resultar em fome, isto é visto como maior prejuízo do que as possíveis complicações desse tratamento. No entanto, o princípio da maleficência é também aplicado, e se o SNA causar danos ao Doente, estes devem ser minimizados, podendo o tratamento ser suspenso ou retirado se houver consentimento informado (16).

Na religião Budista, qualquer ação destinada a destruir a vida humana é considerada imoral, independentemente da intenção. No entanto, a vida não deve ser preservada a todo o custo, pelo que a suspensão do SNA é aceitável, quando este se revela inútil ou desproporcionado. O controlo do sofrimento é o objetivo primordial, conforme os objetivos dos CP (87).

Por fim, na religião Hinduísta, o prolongamento da vida não é necessário (32). A morte deve ocorrer em idade avançada, de forma consciente e voluntária, e pode ser reconhecida por uma expressão serena. O sofrimento pode ser visto como purificador, mas também pode interferir com a tranquilidade desejada numa boa morte. Em relação à suspensão de

tratamentos, apesar de ser um tema pouco explorado, em geral, não é aceite, dado que só Deus pode tirar a vida (88).

4. Conclusão

Os CP estão inseridos numa abordagem holística e multidisciplinar e promovem a qualidade de vida dos Doentes com doença incurável ou com prognóstico limitado, e das suas famílias, através da minimização do sofrimento e do controlo da dor, mas também tendo em atenção os aspetos psicológicos e espirituais de cada indivíduo.

A terapêutica nutricional em CP consiste na promoção do conforto, ao invés da adequação das necessidades nutricionais e rege-se pelos princípios bioéticos.

No que diz respeito ao princípio da autonomia, este deve ser fortemente respeitado, uma vez que o Doente tem o direito de decidir que cuidados nutricionais deseja ou não receber. Em relação à beneficência e à não-maleficência, em que os profissionais de saúde devem agir de acordo com o benefício dos Doentes e minimizar os danos, se o SNA não provocar benefícios, este deve ser suspenso ou não iniciado, explicando ao Doente e à família que o prolongamento da vida em algumas situações pode aumentar o desconforto e é considerado futilidade terapêutica. Quanto ao princípio da justiça, cada Doente tem o direito de receber as mesmas oportunidades.

Devido ao valor dado à alimentação e hidratação, várias questões éticas são levantadas acerca do SNA. A tomada de decisões sobre o SNA em CP interfere com os sentimentos, emoções, atitudes e decisões dos profissionais de saúde que várias vezes enfrentam os seus próprios dilemas profissionais, com o medo de serem acusados de matar ou deixar morrer alguém.

Legalmente, retirar e reter o tratamento são indistinguíveis, mas muitos Doentes, famílias e profissionais de saúde consideram a remoção um ato mais emocional. É necessário que os profissionais de saúde aceitem e compreendam a filosofia e os princípios dos CP e que superem os seus medos em relação a essa área de entendimento. Deve notar-se que mesmo se o SNA for suspenso ou não iniciado, isso não significa negligenciar ou abandonar a pessoa doente, dado que medidas paliativas continuarão a ser prestadas, numa abordagem holística, promovendo conforto e qualidade de vida até à morte.

Quando o tratamento é considerado inútil ou desproporcionado, trata-se de boa prática clínica - e não de um ato de eutanásia - a suspensão ou abstenção do mesmo. O resultado de um ato fútil é, não o prolongamento da vida, mas do processo de morrer.

Não se deve ver a morte como um fracasso da medicina, a não ser que esta se produza rodeada de angústia e sofrimento. Nos momentos em que não se pode prolongar a vida e a morte é inevitável, o tratamento é focado em aliviar a dor e paliar o sofrimento.

É de salientar que, tal como a vida, que a morte digna também é um direito humano. E por morte digna se compreende a morte sem dor, sem angústia e de conformidade com a vontade do titular do direito de viver e de morrer.

Depois de concluir esta revisão, observa-se que os mesmos problemas éticos referidos décadas atrás são os mesmos de hoje em dia, não havendo qualquer desenvolvimento na área de nutrição no final da vida.

Há muito trabalho ainda a realizar e é imperativo para o Nutricionista ter um profundo conhecimento sobre nutrição clínica, medicina, valores culturais, espirituais e religiosos, lei de saúde, bem como ter também habilidades de comunicação e empatia com os Doentes e familiares. Acima de tudo isso, os Nutricionistas devem definir as suas competências clínicas e éticas no campo do SNA em CP e de fim de vida.

Bibliografia

1. Lopes MR. PERSPECTIVAS DA ÉTICA MÉDICA NOS ANOS 90. Acta Médica Portuguesa. 1994;501–7.
2. Pinho-Reis C. Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos. Revista Nutricias. 2012;(6):24–7.
3. Pinho-Reis C, Coelho P. Alimentación al final de la vida: un dilema ético. Bioética & Débat 2014;20(72):17–20.
4. Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Organização de Serviços em Cuidados Paliativos – Recomendações da ANCP. 2006.
5. Gillick MR. The Ethics of Artificial Nutrition and Hydration – A Practical Guide. Bioethics. 2006;2.

6. Benarroz MDO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cad Saúde Pública*, Rio Janeiro. 2009;25(9):1875–82.
7. Academy of Nutrition and Dietetics. Position Paper from the Academy. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Ethical and Legal Issues in Feeding and Hydration. 2013.
8. Pinho-Reis C, Coelho P. Significado da Alimentação em Cuidados Paliativos. *Cuidados Paliativos*. 2014;1(2):14–22.
9. Van de Vathorst S. Artificial nutrition at the end of life: Ethical issues. *Best practice & research. Clinical gastroenterology* 2014;28(2):247–53.
10. Ying I. Palliative Care Files Artificial nutrition and hydration in advanced dementia. 2015;61:245–8.
11. Allende-Pérez SR, Verastegui E, Pérez-Camargo DA, *et al.* Alimentación e hidratación en Medicina Paliativa. 2016.
12. Tannier C, Crozier S, Zuber M, *et al.* Aspects médicaux, législatifs et éthiques de l’arrêt de la nutrition et de l’hydratation artificielles dans l’accident vasculaire cérébral grave. 2015; 171.
13. Kulick D, Deen D. *Specialized Nutrition Support*. 2011.
14. BMA. *Setting the scene for decision making. Withholding and withdrawing life prolonging treatment: guidance for decision making*. 2001.
15. Devalois B, Broucke M. Nutrition et hydratation en fin de vie : une mise en œuvre pas toujours bien traitante. *Elsevier Masson SAS*; 2015;44(4):428–34. Disponível em: <https://tinyurl.com/yogsjx7d>.
16. Druml C, Ballmer PE, Druml W, *et al.* ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. 2016;1–12.
17. Fleming M., *et al.* Nutritional intervention and quality of life in palliative care patients. 2011; Vol. 20, No 20.
18. Neto I. Princípio e filosofia dos Cuidados Paliativos. *Manual de cuidados paliativos*. 2010.
19. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. *Cuidados Paliativos*. 2014;1:1–150.
20. Rubiales ÁS, Luisa M, Valle DEL, *et al.* Cuestiones éticas en la revista medicina. 2014;183–98.

21. Morais SR, Bezerra AN, Carvalho NS, *et al.* Nutrition, quality of life and palliative care: integrative review. 2016;17(2):136–40.
22. Orrevall Y. Nutritional support at the end of life. 2015;31(4):615-6.
23. Manfredi PL, Morrison RS, Morris J, Goldhirsch SL, *et al.* Palliative Care Consultations: How Do They Impact the Care of Hospitalized Patients? 2000;20(3):166–73.
24. Hartigan I, Gallagher P, Timmons S, *et al.* Palliative Care for the Person with Dementia – Management of Hydration and Nutrition. 2016.
25. Zanuy MAV, Nido RÁ, Rodríguez PG, *et al.* ¿Se considera la hidratación y la nutrición artificial como un cuidado paliativo?. 2006;21(6):680–5.
26. Auma PO. Tratamento e Cuidado dos Pacientes em Estado Vegetativo Persistente: Um debate de Vida e de Morte. 2016;10:267–76.
27. Roosevelt T. Principles of Biomedical Ethics. :39–64.
28. Patrão C. A Fundamentação Antropológica da Bioética. 2009. Disponível em: <https://tinyurl.com/y8nurfss>.
29. Guillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. 1994.
30. Villalba EE, Quiroz Y, Domínguez LA, *et al.* Aplicación de los principios de la bioética en un caso medico. 2013.
31. Lawrence DJ. The Four Principles of Biomedical Ethics: A Foundation for Current Bioethical Debate. National University of Health Sciences; 2007;14:34–40. Disponível em: <https://tinyurl.com/yahpxyhp>.
32. Position of the American Dietetic Association: Ethical and Legal Issues in Nutrition, Hydration, and Feeding. 2008;873–82.
33. MacFie J, McNaught C. The ethics of artificial nutrition. *Medicine*. 2010; 39(1):56-57.
34. Holmes S. Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. *ART Science*. 2010;25(14):43–6.
35. Wainwright P, *et al.* Ethical aspects of withdrawing and withholding treatment. *Nursing Standard*, 2007;21,33,46-50.
36. Ribera M. Feeding and hydration in terminal stage patients. *European Geriatric Medicine*. 2015;6(1):87–90. Disponível em: <https://tinyurl.com/yboq6hhq>.
37. Beauchamp TL, Childress JF. Nonmaleficence. *Principles of biomedical ethics*. 2001:113-164.

38. Holmes S. Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease. *Nurs Stand.* 2011;25(1):48–56.
39. Infopédia, Dicionário da Língua Portuguesa, Porto Editora. Fútil / adjetivo uniforme / 1. que tem pouco ou nenhum valor; insignificante; vão / 2. que dá muita importância a coisa inúteis, superficiais ou sem valor; leviano; frívolo; pouco profundo. Disponível em: <https://tinyurl.com/ya7ukwk8>.
40. Waisel DB, Troug RD. The cardiopulmonary resuscitation-not-indicated order: futility revisited. *Ann Intern Med* 1995;122:304-308.
41. Emmanuel L, von Gunten CF, Ferris, FD. The education for physicians on end-of-life care (EPEC) curriculum. 1999.
42. American Thoracic Society. Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. 1991;115:478-485.
43. Código Deontológico, Ordem dos Médicos, Regulamento n.º 14/2009, Diário da República, 2.ª série - N.º 8 - 13 de janeiro de 2009, Artigo 58.º (Cuidados paliativos) «1 - Nas situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural, o médico deve dirigir a sua acção para o bem-estar dos doentes, evitando utilizar meios fúteis de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício. 2 - Os cuidados paliativos, com o objectivo de minimizar o sofrimento e melhorar, tanto quanto possível, a qualidade de vida dos doentes, constituem o padrão do tratamento nestas situações e a forma mais condizente com a dignidade do ser humano.».
44. Constituição da República Portuguesa. Artigo 1.º (República Portuguesa) «Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária.» e Artigo 25.º (Direito à integridade pessoal) «1. A integridade moral e física das pessoas é inviolável. 2. Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratamentos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos.».
45. Mitchell M. An analysis of common arguments against Advance Directives. *Nurse Ethics.* 2012;19(2):245–51. PubMed; PMID 22140183. Disponível em: <https://tinyurl.com/ydcf7djg>.
46. Pellegrino ED. Decision at the End of Life: The Use and Abuse of the Concept of Futility. The dignity of the dying person: proceedings of the Fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life. 1999.

47. Serrão D. Relações entre os profissionais de saúde e o paciente. 1996.
48. Barbosa, A. Bioética e Cuidados Paliativos. 2010.
49. Viola F. Doutrinas políticas. In S. Leone, S. Privitera, J. Cunha, Dicionário da Bioética. 2001;:340-349.
50. AMA. Medical futility in end-of-life care. The Journal of American Medical Association. 1999;281: 937-941.
51. Varelius J. The value of autonomy in medical ethics. 2006;377–88.
52. Gonçalves, JA. A Boa Morte. Ética no fim de vida. 2009.
53. Beauchamp TL, Childress JF. Respect for autonomy. Principles of biomedical ethics. 2001:57-112.
54. Geppert CMA, Andrews MR, Druyan ME. Ethical Issues in Artificial Nutrition and Hydration: A Review. J Parenter Enter Nutr. 2010;34(1):79–88.
55. Serrão D. A Convenção Europeia de Bioética e a Prática Médica em Portugal. 2014;3–5.
56. Neves MP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. Revista Brasileira de Bioética. 2006.
57. British Medical Association. Decisions involving adults who have the capacity to make and communicate decisions or those who have a valid advanced directive. Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatments. BMJ Books 1999;13-20.
58. Conselho da Europa. Convenção para a protecção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina. 1997.
59. Academy of Nutrition and Dietetics. Practice Paper of the Academy of Nutrition and Dietetics: Ethical and Legal Issues in Feeding and Hydration. 1991.
60. Antunes A. Consentimento informado. Ética em cuidados de saúde. Porto: Porto Editora; 1998;:13–6.
61. Meisel A, Roth LH. What we do and do not know about informed consent. 1981;246:2473-2477.
62. Stiles E. Providing artificial nutrition and hydration in palliative care. 2013; 35-41.
63. Osswald W. Cuidados paliativos, um imperativo da política de saúde. :1–7.

64. Carneiro AV, Antunes JL, Freitas AF. Relatório sobre o estado vegetativo persistente. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. 2005. Disponível em: <https://tinyurl.com/ya7ejes3>.
65. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Parecer n.º 45/CNECV/2005. Parecer sobre o estado vegetativo persistente. 2005.
66. Moynihan T, Kelly DG, Fisch MJ. To feed or not to feed: Is that the right question? *J Clin Oncol*. 2005;23(25):6256–9.
67. Meisel A, Snyder L, Quill T. Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities, and grains of truth. 2000;284(19):2495–501.
68. Ribeiro DC. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria. 2006;22(8):1749–54.
69. Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. Princípios de ética biomédica. 1999.
70. BMA. Main points arising from this guidance. Withholding and withdrawing life prolonging treatment: guidance for decision making. 2001.
71. Nunes R. Guidelines sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2008. Disponível em: <https://tinyurl.com/y8d22eea>.
72. Hsieh H, Shannon SE, Curtis JR. Contradictions and communication strategies during end-of-life decision making in the intensive care unit. 2006;294–304.
73. Twycross R. Cuidados paliativos. 2001.
74. Block, L, Deschepper, R, Bilsen, J, *et al*. Euthanasia and other end of life decisions and care provided in final three months of life: nationwide retrospective study in Belgium. *British Medical Journal*. 2009;:1-8
75. British Medical Association. Setting the scene for decision making. Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatments. Londres: BMJ Books 1999;1-12.
76. Conferência Episcopal Portuguesa. Cuidar da vida até à morte: Contributo para a reflexão ética sobre o morrer. 2009;:64-69.
77. Lei no25/2012, de 16 de julho - Regime das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). No 136, Série I. Diário da República. 2012.
78. General Medical Council. Treatment and care towards the end of life: The duties of a doctor registered with the General Medical Council. 2010. Disponível em: <http://tinyurl.com/62g73cj>.

79. Associação Portuguesa de Bioética: Parecer N.º P/05/APB/06 Sobre Directivas Antecipadas de Vontade (Relatores: Helena Melo, Rui Nunes) Aprovado pela Assembleia-Geral em 5 de maio de 2006.
80. Associação Portuguesa de Bioética: Projecto de Diploma N.º P/06/APB/06 que regula o exercício do direito de formular directivas antecipadas de vontade no âmbito da prestação de cuidados de saúde e cria o correspondente registo nacional (Relatores: Helena Melo, Rui Nunes) Aprovado pela Assembleia-Geral em 13 de outubro de 2006.
81. Manalo MFC. End-of-life decisions about withholding or withdrawing therapy: Medical, ethical, and religio-cultural considerations. 2013;7(1):1–5.
82. Direção Geral da Saúde. Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. 2008;3–5
83. Markwell H. End-of-life: a Catholic view. *Lancet* 2005;366:1132-1135.
84. Drane JF. Stopping Nutrition and Hydration Technologies: A Conflict Between Traditional Catholic Ethics and Church Authority. 2006.
85. Guigui A. Judaism. Euthanasia. Volume I – ethical and human aspects. Council of Europe Publishing.
86. Sachedina A. End-of-life: the Islamic view. *Lancet* 2006;366:774-779.
87. Keown D. End of life: the Buddhist view. *Lancet* 2005;366:962-955.
88. Firth S. End-of-life: a Hindu view. *Lancet* 2005;366:682-686.