

Mariana Leitão de Oliveira

Cessação Voluntária de Alimentação e de Hidratação no Fim de Vida

Ciências da Nutrição

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2020



Cessação Voluntária de Alimentação e de Hidratação no Fim de Vida

Mariana Leitão de Oliveira

Cessação Voluntária de Alimentação e de Hidratação no Fim de Vida

Ciências da Nutrição

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2020

Mariana Leitão de Oliveira

Cessação Voluntária de Alimentação e de Hidratação no Fim de Vida

Declaro para os devidos efeitos ter atuado com integridade na elaboração deste Trabalho de Projeto, atesto a originalidade do trabalho, confirmo que não incorri em plágio e que todas as frases que retirei de textos de outros autores foram devidamente citadas ou redigidas com outras palavras devidamente referenciadas na bibliografia.

---

(Mariana Leitão de Oliveira)

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

Orientadora:

Mestre Cíntia Vanessa Pinho Reis

## Índice

Resumo .....	IV
Abstract.....	V
1. Introdução.....	1
2. Material e Método .....	2
3. Cessação Voluntária de Alimentação e Hidratação no Fim de Vida.....	3
3.1. Definições e Terminologia .....	3
3.2. Motivações.....	4
3.3. Processo de Morte .....	5
3.4. Suicídio assistido, eutanásia e autonomia.....	6
3.5 O Papel dos Cuidados Paliativos .....	9
4. Conclusão .....	11
5. Agradecimentos .....	12
6. Bibliografia.....	13

**Lista de abreviaturas**

CVAH- Cessação Voluntária de Alimentação e de Hidratação

## **Cessação Voluntária de Alimentação e Hidratação no Fim de Vida**

Mariana Leitão de Oliveira<sup>1</sup>, Cíntia Pinho-Reis<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

<sup>2</sup>Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa; Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa

### **Autor para correspondência:**

Mariana Leitão de Oliveira

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Rua Carlos da Maia, 296 | 4200 – 150 Porto

Tel. +351 913237739; E-mail: [34078@ufp.edu.pt](mailto:34078@ufp.edu.pt)

Título Resumido: Cessação Voluntária de Alimentação e Hidratação no Fim de Vida

Conflito de interesses: Nada a declarar.

## **Resumo**

**Objetivo:** compreender o conhecimento atual e global relativamente à cessação voluntária de alimentação e nutrição no fim de vida.

**Metodologia:** Revisão da literatura.

**Resultados:** Da literatura consultada emergiram as seguintes temáticas: (1) Definições e terminologia; (2) Motivações; (3) Processo de morte; (4) Comparações entre o suicídio assistido, a eutanásia e a Cessação Voluntária de Alimentação e Hidratação; (5) O papel dos Cuidados Paliativos neste contexto.

**Conclusões:** A cessação voluntária de alimentação e hidratação consiste numa ação de um doente competente, que voluntariamente decide parar de comer e beber com intenção primária de antecipar a morte, devido a uma doença crónica sem possibilidade terapêutica de cura que lhe causa sofrimento intolerável. Contudo, emergem questões éticas relacionadas com esta temática. A literatura aponta que é uma temática ainda controversa dadas as questões éticas que poderão emergir nomeadamente em termos de comparação com o suicídio assistido e a eutanásia. Contudo, por ser uma forma de antecipar a morte considerada confortável e que mantém a autonomia da pessoa doente e não envolve a intervenção dos profissionais de saúde, tem sido a opção mais tomada por doentes em fim de vida mesmo com eutanásia e /ou suicídio assistido legalmente aceites nos seus países de origem.

**Palavras-chave:** “cessação voluntaria de alimentação e hidratação”; “questões éticas”; “fim de vida”; “suicídio assistido”; “eutanásia”; “cuidados paliativos”.

**Abstract**

**Aim:** to understand the state of the art regarding voluntary stopping of eating and drinking in the end of life.

**Metodologia:** Review of the literature.

**Resultados:** The following themes emerged from the literature: (1) definitions and terminology; (2) Motivations; (3) Process of death; (4) Comparisons between assisted suicide, euthanasia and voluntary stopping of eating and drinking; (5) The role of palliative care in this particular context.

**Conclusions:** The voluntary cessation of eating and drinking consists of an action by a competent patient, who voluntarily decides to stop eating and drinking with the primary intention of anticipating death, due to a chronic disease with no therapeutic possibility of cure that causes intolerable suffering. However, the literature points out that it is still a controversial topic given the ethical issues that may arise, particularly in terms of comparison to assisted suicide and euthanasia. However, as it is a way of hastening death that is considered comfortable, that maintains the autonomy of the patient and does not involve the intervention of healthcare professionals, it has been the option most taken by end-of-life patients even when euthanasia and/ or assisted suicide is legally accepted in their countries of origin.

**Keywords:** “voluntary cessation of eating and drinking”; “ethical issues”; “end of life”; “assisted suicide”; “euthanasia”; “palliative care”.

## 1. Introdução

Os avanços da medicina, sobretudo no século XX, foram inúmeros e continuam a sê-lo no tempo atual. O desenvolvimento científico, tecnológico, social e económico que tem vindo a ocorrer resolve muitos dos problemas de saúde; no entanto, no início do século XXI as populações são confrontadas com novos desafios que advêm da redução da mortalidade infantil, do aumento da esperança de vida, que impulsiona um número cada vez maior de pessoas a atingir idades mais avançadas, que colocam aos profissionais de saúde a necessidade de resolver cada vez mais problemas de doença avançada e progressiva, muitas vezes terminal (1,2).

As doenças não transmissíveis, como o cancro a demência e as doenças cardiovasculares, entre outras, podem originar que os doentes vivam o resto do tempo que lhes resta com dor e sofrimento. Em alguns destes doentes, a morte na maior parte das vezes já é calculável e esperada (2). No entanto, não é a morte que origina medo nos doentes, mas sim a duração do processo de morte e com isto a maior possibilidade de existir sofrimento intolerável. O processo de morte está frequentemente associado à dor, à institucionalização, ao aumento dos cuidados prestados e das responsabilidades dos familiares e/ou cuidadores, causando sobrecarga nos mesmos. Também aqui o papel das pessoas amigas torna-se primordial no processo de apoio durante toda a doença (3).

Atualmente o objetivo da medicina é preservação da vida, o que leva a que os doentes alcancem estadios finais de doenças incuráveis, graves ou mesmo terminais. Este alcançar a terminalidade levou a que as pessoas se comesçassem a envolver mais no processo de tomada de decisão, nomeadamente no que respeita aos seus desejos nos últimos dias da sua vida, bem como a maneira como desejam morrer (2). Atualmente, é possível referir que na atualidade perdura a questão sobre o que poderá ser uma boa morte ou uma morte bem-sucedida (4). Cada vez com mais frequência, as pessoas doentes deparam-se com dificuldades no que diz respeito às doenças irreversíveis e terminais, pois estas levam o ser humano às questões fundamentais sobre qual a forma de ter um fim de vida digno e aceitável (3,5).

Para alguns doentes competentes, a forma de alcançar um fim de vida com as características acima descritas faz com que optem pela Cessação Voluntária de Alimentação e Hidratação (CVAH) (3). A CVAH consiste na interrupção voluntária de

comida e bebida, na qual a pessoa doente está consciente e totalmente capaz de efetuar esta tomada de decisão, tendo como finalidade específica antecipar a morte devido ao sofrimento insuportável e persistente originada pela doença (2,3,6–11).

De facto, a CVAH é uma forma de acelerar a morte praticada desde os tempos antigos (9) existente há milhares de anos, conhecida como Jainismo, uma das mais antigas religiões da Índia (3). *Santhara*, é a prática religiosa de jejuar voluntariamente até à morte, no qual os jainistas interrompem a alimentação e hidratação, acreditando-se que a fome os conduz à libertação da alma (2,12). Também no Hinduísmo inclui uma prática semelhante conhecida como a prática do jejum que tem como consequência a morte (3).

Nas últimas décadas a CVAH têm vindo a ser mais discutida como uma possibilidade, entre outras, de preservar a autonomia, de manter o controlo sobre a morte e de antecipar a morte sem infringir os princípios éticos de beneficência, não-maleficência, justiça, vulnerabilidade e autonomia (6). Contudo, a CVAH tem sido frequentemente incompreendida por familiares e alguns profissionais de saúde, sendo que, os conflitos morais emergem na equipa multidisciplinar muito em parte pelo significado que a alimentação, a nutrição e a hidratação poderá ter na vida das pessoas (6).

Com esta revisão pretende-se compreender o estado da arte relativamente à CVAH em fim de vida.

## **2. Material e Método**

Realizou-se uma revisão da literatura de artigos científicos existentes nas bases de dados PubMed – NCBI, SciELO, Science Direct e B-on. Foram utilizadas as palavras-chave “voluntary cessation eating and drinking”; “ethical issues”; “end of life”; “physician assisted suicide”; “euthanasia”. Foram incluídos todos os artigos com resumo, referências e texto integral disponível na língua portuguesa, inglesa, espanhola, alemã e francesa e publicados entre 2000-2020.

Os artigos a utilizar foram selecionados por meio da leitura dos títulos e respetivos resumos, visando verificar o conteúdo do artigo com o objetivo orientador desta revisão. Como complemento da pesquisa anterior, foram consultados outros artigos considerados pertinentes para a pesquisa efetuada. Obtiveram-se 37 publicações que correspondiam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos.

### **3. Cessação Voluntária de Alimentação e Hidratação no Fim de Vida**

#### **3.1. Definições e Terminologia**

Na literatura a CVAH tem sido referida com outras denominações, incluindo: recusa voluntária de alimentos e líquidos, desidratação terminal voluntária, morte voluntária por desidratação, desidratação terminal, interrupção de comer e beber, recusa do paciente em hidratação e nutrição e comportamento autodestrutivo indireto (3,6,10,13).

A CVAH é descrita como uma ação de uma pessoa competente e capacitada, que voluntária e deliberadamente escolhe parar de comer e beber com a intenção primária de acelerar a morte, porque persiste um sofrimento inaceitável (5,6,14–16). Esta definição não inclui a interrupção da nutrição ou hidratação por outros motivos, como perda de apetite ou incapacidade de comer ou beber devido à progressão da doença, (6,8). Esta definição não inclui a cessação de alimentação e hidratação por outros motivos, tais como perda de apetite ou inabilidade de comer ou beber devido à progressão da doença (6,11,17–19). A literatura descreve que a CVAH é mais frequentemente associada a pessoas com doença terminal ou irreversível (6), destinando-se a indivíduos que escolhem deliberadamente interromper a alimentação e hidratação (3,5,7,8,18). Não se destina a pessoas dependentes de nutrição e hidratação artificiais (6,10).

A CVAH, pode ser incerta para alguns doentes, no entanto, os doentes cuja sua patologia é grave, olham para a CVAH como uma forma rápida e pacífica de acelerar a sua morte sem que seja obrigatório o envolvimento dos médicos (19). Na CVAH, os médicos não têm a obrigação de informar os doentes sobre este tema sendo, no entanto, recomendada esta prática (20).

É importante salientar que os doentes são fisicamente capazes da ingestão de alimentos e líquidos pela via oral, porém, conscientemente optam por não o fazer (3,5,18).

### 3.2. Motivações

Alguns doentes são motivados por fatores físicos como debilidade, fraqueza e dor. Entretanto, na maioria dos casos, as razões para o pedido de antecipação da morte são: cansaço do processo de morrer, desejo de manter a sua autonomia e controlar as circunstâncias da morte, sensação de que a qualidade de vida é baixa, desejo de morrer em casa e sensação de que a vida não tem significado (3,5,6,8–11,17–19,21). Outras razões apontadas por outros autores são: deterioração do estado de saúde, não ter perspectiva ou motivo para continuar a viver, pois os cuidados paliativos são insuficientes e não são capazes de aliviar o desconforto (5,6,14,18). Para além disso, a literatura descreve que também poderá ocorrer o sentimento de fardo para com os familiares, desespero, depressão, e o desejo de morrer no domicílio (3,5,6,8–11,18,19,21–24). As pessoas doentes geralmente experimentam uma combinação desses e de outros fatores (10). Nesse contexto, todos os pacientes têm o direito de recusar alimentos, líquidos ou nutrição e hidratação, porque é uma decisão legal e clinicamente aceitável no que diz respeito ao doente competente (18,25).

O desejo de antecipar a morte pode variar ao longo do tempo, (21) pois esta exprime uma resposta ao sofrimento e ao desespero duradouro dos doentes com doença sem perspectiva de cura (26). É, por isso, muito importante que as equipas interdisciplinares em saúde examinem continuamente estas questões e tentem compreender os motivos que levam uma pessoa doente a escolher antecipar a sua morte, tendo sempre em conta que viver uma vida mais longa nem sempre significa melhor qualidade de vida (3).

Uma assistência personalizada, direcionada ao conforto e bem-estar do doente, pode ajudar aliviar a dor e o sofrimento, promovendo a qualidade de vida perto do fim de vida (19).

### 3.3. Processo de Morte

Inicialmente, os doentes poderão continuar ativos, mas ao longo do tempo o cansaço a fraqueza e a sonolência acabam por tomar conta dos mesmos. Quando se inicia a CVAH é muito importante que os doentes sejam acompanhados, pois sintomas tais como tonturas e fraqueza podem ocorrer em qualquer momento. A sensação de sonolência faz com que os doentes deixem de estar num estado mental ativo, levando alguns doentes ao estado de inconsciência ou mesmo em estado de coma (3).

Após iniciar a CVAH o doente permanece vivo por um período até três semanas (6–8,10,18,27,28), sendo que, a literatura aponta os 15 dias como um tempo médio (8), o que lhe permite neste intervalo de tempo, refletir e reconsiderar a sua decisão ou lembrar aos familiares da sua decisão e prepararem-se para a despedida (6,27). A morte ocorre por desidratação devido a interrupção de alimentação e de hidratação e à perda de água através da transpiração e da micção (3).

Os sintomas nas primeiras 24 horas são boca e pele seca (3,18,27) advêm da desidratação (3). A sensação de fome e sede geralmente desaparecem após o primeiro ou segundo dia embora nem todos os doentes experienciem a sensação de fome (5,10). A sensação de sede tem início no lento processo de desidratação que ocorre ao nível renal e cerebral. Recetores no cérebro detetam alteração na concentração dos solutos existentes no corpo, levando conseqüentemente à secreção da vasopressina, hormona antidiurética que é secretada em caso de desidratação. Esta hormona faz com que os rins conservem a água no organismo até certo ponto, diminuindo o volume da urina. Assim, o cérebro informa o organismo da sensação de sede que, numa situação normal levaria a pessoa à sua reidratação.

Para que os doentes consigam aliviar a sensação de sede e de xerostomia devem ser dados pequenos goles de água bem como raspas de gelo ou saliva artificial. Assim, o volume de água no corpo não aumenta, pois, os recetores existentes na boca informam o cérebro de que a sede foi saciada.

Não havendo entrada de água no organismo, após 24 horas a concentração de urina diminui o que leva a que os rins absorvam água no sangue e reabsorvam hidrogénio através do organismo. Assim, o sangue torna-se ácido, informando o organismo que este

se encontra desidratado. Devido ao excesso de acidez no sangue (acidose metabólica) os doentes nesta fase poderão começar a hiperventilar.

Entre 24 a 48 horas após iniciar a CVAH é quando se esgotam as reservas de hidratos de carbono, o organismo começa a metabolizar o tecido muscular e, desta forma são libertadas cetonas. Estas consistem em compostos orgânicos produzidos pelo organismo quando o mesmo não é capaz de usar a glicose como fonte de energia utilizando a gordura. As cetonas são libertadas na corrente sanguínea e o organismo entra em cetonemia. Pelo efeito da libertação de endorfinas, os doentes poderão entrar num estado de euforia que pode durar vários dias. Nesta fase, os doentes são capazes de comunicar com a família e amigos. Com a desidratação, as células do cérebro perdem a função da troca de moléculas tornando-as menos ativas, o doente pode atingir um estado de coma permanente.

Devido à desidratação, o organismo perde a capacidade de originar impulsos elétricos, o coração deixa de bombear de forma normal, os batimentos cardíacos tornam-se irregulares levando a uma arritmia cardíaca. Esta ocorre quando o doente se encontra em coma, impedindo o mesmo de sentir qualquer tipo de dor (3).

A morte por CVAH é considerada suave, confortável, digna, pacífica sem sofrimento ou dor (3,6,7,18,29,30) tranquila, oferecendo as mesmas proteções para a autonomia e a integridade física da pessoa doente. A duração da CVAH varia de doente para doente, pois, esta depende de vários fatores e condições do mesmo (8) no entanto, a CVAH tem a duração de aproximadamente entre uma a três semanas A ingestão de pequenas quantidades de água ou de alimentos é um fator que pode prolongar a morte, sendo da responsabilidade do doente definir a sua ingestão (17).

### **3.4. Suicídio Assistido, Eutanásia e Autonomia**

O suicídio assistido é definido como um ato médico em que este fornece, a pedido do doente, uma prescrição de um medicamento letal em que o doente se autoadministra por ingestão com a intenção explícita e voluntária de terminar com a vida (13,14). Para uma grande parte dos doentes este método não se encontra disponível por ser considerado ilegal (3,19), sendo por esse motivo que muitos deles optam pela CVAH, já que esta é uma forma completamente voluntária de antecipar a morte evitando assim o sofrimento que o doente julga ser intolerável bem como a intervenção de terceiros (19). Apesar de

em alguns países o suicídio assistido ser legal, alguns autores referem que existem doentes que mesmo assim optam pela CVAH (3,8,19).

A literatura também descreve o suicídio assistido como “ativo” pois exige a ingestão de fármacos letais, enquanto a CVAH é descrita como “passiva”, pois cinge-se apenas à recusa de alimentos e hidratação (7,16). Alguns autores apontam que os médicos poderão considerar ilegítimo o auxílio ao suicídio ativo e legítimo o auxílio do suicídio passivo, no entanto de uma maneira ou de outra o médico contribui para antecipar a morte em ambos os casos (30).

Apesar do anteriormente explanado, alguns autores defendem que a CVAH é considerada uma forma de suicídio (6) porque acelerar a morte é algo feito com certeza e intencionalidade, assegurando que a morte se cumpre e que o suicídio é a sua causa primária. Consequentemente, tudo isto faz com que a CVAH seja moralmente errada (13).

As características da relação da CVAH com a morte - intenção, certeza, causa - podem considerá-la uma forma de suicídio (13), ou seja, sendo a CVAH descrita como a recusa voluntária de alimentação e hidratação com o objetivo de antecipar a morte, esta é distinta da perda de interesse em alimentar-se devido a uma doença terminal, assim a CVAH é uma forma de suicídio, uma vez que, a intenção de causar a própria morte existe (31). No entanto, na CVAH a decisão do doente é reversível durante os primeiros dias. Assim, podemos diferenciá-la de qualquer forma de suicídio visto que a CVAH é um processo de morte mais natural e menos definitiva distinguindo-a do conceito de suicídio (18).

Outros autores afirmam que a CVAH é um ato em que a pessoa se mata a si própria, embora não seja considerado uma ação mas sim uma omissão de comida e bebida (18). Contudo, quando uma omissão é intencional esta terá uma consequência. Neste sentido, a consequência é a morte e assim sendo alguns autores referem que a CVAH poderá ser considerada “suicídio por omissão” (29).

A CVAH é considerada uma alternativa ao suicídio assistido e à eutanásia pois não necessita de envolver terceiros (6,17), pelo que, é defendido do ponto de vista ético que a CVAH tem a vantagem de não ter uma orientação médica e de manter a privacidade e a autonomia da pessoa doente (6).

Os profissionais de saúde que prestam cuidados paliativos para doentes que optem por CVAH não podem ser considerados os agentes da morte desses doentes, a menos que façam algo para acelerar a morte dos mesmos. Nesta perspetiva, os profissionais de saúde não aceleram a morte em maior extensão do que já está a ser acelerada pelos próprios

doentes (31). Assim, a CVAH é diferente do suicídio assistido no qual o médico prescreve medicação letal e, portanto, onde o ato de causar a morte não é inteiramente da responsabilidade da pessoa doente (14,20).

Na CVAH, o médico simplesmente torna o doente o mais confortável possível ao respeitar a decisão autónoma do mesmo de renunciar a comida e bebida. Assim, a prestação de cuidados paliativos aos doentes que procuram morrer por CVAH e durante essa fase de recusa de comida e bebida não constitui suicídio assistido (31). Pode-se assim afirmar que o envolvimento dos profissionais de saúde ao prestarem cuidados paliativos aos doentes que optam por CVAH não estão a cometer suicídio assistido, mas sim auxiliar os mesmos para que a CVAH seja confortável (31). Os profissionais de saúde apenas respeitam a decisão autónoma do doente, para que este possa terminar a sua vida com o conceito de paz e conforto que cada pessoa doente tem para si. Esta decisão cabe apenas ao doente sendo o mesmo totalmente responsável pela sua escolha. Desta forma, a CVAH não constitui suicídio assistido para os profissionais de saúde (31).

No entanto, alguns autores afirmam que a permissibilidade ética do suicídio assistido pelo médico continua a ser uma questão de disputa ética contínua, reforçando a ideia de que a permissibilidade ética do suicídio e da CVAH estão vinculados, sendo que, permissibilidade ética do último depende, em parte, da permissibilidade ética do primeiro (32).

No que diz respeito à questão da eutanásia, o profissional de saúde disponibiliza os meios para esse ato, mas é também o profissional que administra os fármacos letais a pedido da pessoa doente. Em comparação com a CVAH, a eutanásia tem a vantagem de ser um processo rápido e efetivo. Neste caso, o médico deverá assegurar que o doente se encontra competente e que o pedido é voluntário, livre e esclarecido de forma a que o ato não responsabilize o médico do ponto de vista moral. No entanto, a eutanásia entra em conflito com a proibição intencional (33).

A literatura aponta que os profissionais de saúde podem apresentar objeção de consciência no âmbito da CVAH, pois alguns profissionais podem considerar esta prática como moralmente censurável ou eticamente errada (8,31). No entanto, mesmo que o profissional de saúde considere que é um ato ilegítimo que o doente deixe voluntariamente de comer e beber, não há qualquer direito de coagir o doente a atuar de outro modo ou mesmo a impor-lhe alimentação e hidratação para além de que o doente nunca poderá ser abandonado (17).

A CVAH posiciona-se entre a liberdade pessoal de todo ser humano para decidir como e quando terminar a vida e o dever do estado e de cada profissional de saúde de proteger a vida de outro ser humano (18).

De acordo com a Sociedade Europeia de Nutrição Parentérica e Entérica, a renúncia a alimentos e líquidos pode ser considerada uma expressão de morte autodeterminada por meio de uma decisão autónoma em relação à própria vida. Porém, não deve ser confundida com depressão grave ou doença relacionada com falta de apetite, pois os atos suicidas realizam-se na maioria dos casos num contexto psicopatológico em que predomina a depressão. Neste âmbito, se o desejo de antecipar a morte por CVAH tiver como base a depressão, optar pela CVAH dificilmente se poderá considerar uma decisão autónoma (25).

É necessário ter em atenção que, diversos doentes quando estão perto da morte, desenvolvem frequentemente problemas do foro cognitivo, o que pode levar a questionar se a CVAH continua a ser voluntária (34). No caso de existirem sintomas refratários bem como a necessidade de sedar o doente com o seu consentimento, poderá haver um período a partir do qual a pessoa doente dificilmente poderá decidir mudar de ideias quanto a manter-se sem comer e beber (34–36). É, assim, de esperar que se instale *delirium* ligeiro a moderado. Neste caso, pode acontecer que um doente nestas condições se esqueça da sua decisão e solicite alimentação e hidratação. Esta possibilidade deve estar prevista e deve ser discutida previamente com o doente caso venha hipoteticamente a ocorrer e de forma a não parecer coação. Neste caso, se a opção for dar comida e bebida à pessoa doente o processo de morte será atrasado, sendo isto contraditório ao que o doente definiu previamente (16,34,36).

### **3.5 O Papel dos Cuidados Paliativos**

A Organização Mundial de Saúde, define Cuidados Paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave, e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais (37).

Para além disso, os Cuidados Paliativos afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural; não pretendem provocá-la ou adiá-la; pretendem aliviar a dor e

outros sintomas; integram os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados à pessoa doente; oferecem um sistema de suporte que ajude os doentes a viver tão ativamente quando possível até à morte; suportam a família até à fase de luto; utilizam uma abordagem em equipa inter e multidisciplinar de forma a satisfazer os desejos das pessoas doentes e suas famílias, incluindo a fase de luto (1).

No que diz respeito à CVAH muito se tem discutido sobre o papel dos cuidados paliativos nestes doentes. Tal como mencionado anteriormente, a CVAH é caracterizada por enfraquecimento progressivo e redução da consciência gradual para sonolência e coma dentro de alguns, embora em alguns casos, se os sintomas forem intensos e refratários, seja necessário sedação proporcional e eventual internamento em cuidados paliativos. Alguns autores apontam que os sintomas que emergem em resposta à CVAH podem levar a uma necessidade de cuidados paliativos. Nada impede que o doente que optou por CVAH receba cuidados paliativos embora a CVAH não se enquadre na filosofia e nos princípios dos cuidados paliativos (6,9,16).

Assim, os profissionais de saúde têm obrigação de prestar cuidados paliativos para todos os doentes que deles necessitem mesmo até no que diz respeito à gestão do luto dos familiares durante o processo de CVAH (2,35).

#### **4. Conclusão**

A CVAH é uma decisão intencional da recusa de alimentos e líquidos por via oral com o objetivo de apressar a morte, sendo esta uma ação que só há pouco tempo se discute. Difere de outras medidas tais como a morte assistida e a eutanásia porque pode ser realizada sem intervenção dos profissionais de saúde. Acresce a este facto, a noção de que não existe impedimento legal à sua realização como pode acontecer com a morte assistida e porque a sedação pode ser inapropriada por não haver sintomas intensos. Pode haver vários graus de aceitação da CVAH em comparação com outras práticas de fim de vida. Enquanto uma pessoa pode achar o processo do CVAH mais penoso do que a morte assistida, outra pode achar que é moralmente menos problemática do que a morte assistida.

As causas que levam os doentes em optarem pela CVAH advêm do facto de que os mesmos desejam manter a sua autonomia, bem como terminar com o sofrimento que os mesmos experienciam naquele momento. A CVAH fornece uma alternativa para que os doentes possam morrer quando quiserem em função dos seus próprios critérios, porém, ainda existem algumas questões éticas em relação a este tema. No entanto, a CVAH parece ser uma opção de antecipar a morte mais aceitável do que outras formas de terminar com a vida.

Parece existir algumas lacunas na literatura no que diz respeito a estudos de caso que melhor ajudem os profissionais de saúde que lidam com a alimentação e nutrição dos doentes, nomeadamente os Nutricionistas, a compreender este fenómeno e a orientar a sua intervenção e assistência para com esta população específica.

## **5. Agradecimentos**

O Desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso contou com a ajuda de diversas pessoas, às quais agradeço.

Agradeço à minha orientadora Mestre Cíntia Vanessa Pinho Reis por aceitar conduzir o meu trabalho de pesquisa, pela sua disponibilidade, atenção, apoio, dedicação e amizade ao longo deste período.

À Professora Doutora Cláudia Silva, por todo o seu empenho e acompanhamento ao longo do meu percurso académico.

Aos meus colegas da faculdade pelo conhecimento e companheirismo.  
Aos meus amigos, pela força que me deram e por acreditarem em mim.  
Aos meus pais, à minha irmã, à minha falecida tia, aos meus tios e aos meus padrinhos, por sempre me terem acompanhado durante este percurso, por serem o meu porto de abrigo.

## 6. Bibliografia

1. Pinho-Reis CV. Os Cuidados Paliativos Domiciliários, a Alimentação e os Familiares-Cuidadores. *Revista Kairós : Gerontologia*. 2018;21(5):09–30.
2. Gunning KF, Crowther CA. End of life decisions. *Bmj*. 1997;315(7116):1164.
3. Pope TM, Anderson LE. Voluntarily Stopping Eating and Drinking : A Legal Treatment Option at the End of Life. *Widener Law School Legal Studies Research*. 2011. 10–35 p.
4. Meier EA, Gallegos J V., Montross-Thomas LP, Depp CA, Irwin SA, Jeste D V. Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and Public Dialogue. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2016;24(4):261–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2016.01.135>
5. Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Balaguer A. Ethical challenges for an understanding of suffering: Voluntary stopping of eating and drinking and the wish to hasten death in advanced patients. *Front Pharmacol*. 2018;9(MAR):1–5.
6. Ivanović N, Büche D, Fringer A. Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life - A “systematic search and review” giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life. *BMC Palliat Care*. 2014;13(1):1–8.
7. Pope TM. Introduction: Voluntarily Stopping Eating and Drinking. *Narrat Inq Bioeth*. 2016;6(2):75–7.
8. Bolt EE, Hagens M, Willems D, Onwuteaka-Philipsen BD. Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking. *Ann Fam Med*. 2015;13(5):421–8.
9. Feichtner A, Weixler D, Birklbauer A. Voluntary stopping eating and drinking (VSED): A position paper of the Austrian Palliative Society. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 2018;168(7–8):168–76.
10. Pope TM, West A. Legal briefing: Voluntarily stopping eating and drinking. *J Clin Ethics*. 2014;25(1):68–80.
11. Stängle S, Schnepf W, Fringer A. The need to distinguish between different forms of oral nutrition refusal and different forms of voluntary stopping of eating and drinking. *Palliat Care Soc Pract*. 2019;13:117822421987573.
12. Somasundaram O, Tejus Murthy A, Raghavan D. Jainism - Its relevance to psychiatric practice; With special reference to the practice of Sallekhana. *Indian J*

- Psychiatry. 2016;58(4):471–4.
13. Gerson SM, Bingley A, Preston N, Grinyer A. When is hastened death considered suicide? A systematically conducted literature review about palliative care professionals' experiences where assisted dying is legal. *BMC Palliat Care*. 2019;18(1).
  14. Schwarz J. Exploring the option of voluntarily stopping eating and drinking within the context of a suffering patient's request for a hastened death. *J Palliat Med*. 2007;10(6):1288–97.
  15. Jox RJ, Black I, Borasio GD, Anneser J. Voluntary stopping of eating and drinking: Is medical support ethically justified? *BMC Med*. 2017;15(1):1–5.
  16. Lowers J, Hughes S, Preston NJ. Overview of voluntarily stopping eating and drinking to hasten death. *Ann Palliat Med*. 2020;1–6.
  17. Pinho-Reis C, Sarmiento A, Capelas ML. Nutrition and Hydration in the End-of-Life Care: Ethical Issues. *Acta Port Nutr*. 2018;15:36–40.
  18. Saladin N, Schnepf W, Fringer A. Voluntary stopping of eating and drinking (VSED) as an unknown challenge in a long-term care institution: An embedded single case study. *BMC Nurs*. 2018;17(1).
  19. Gruenewald DA. Voluntarily Stopping Eating and Drinking: A Practical Approach for Long-Term Care Facilities. *J Palliat Med*. 2018;21(9):1214–20.
  20. Jansen LA. Voluntary stopping of eating and drinking (VSED), physician-assisted suicide (PAS), or neither in the last stage of life? PAS: No; VSED: It depends. *Ann Fam Med*. 2015;13(5):410–1.
  21. Hudson PL, Kristjanson LJ, Ashby M, Kelly B, Schofield P, Hudson R, et al. Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: A systematic review. *Palliat Med*. 2006;20(7):693–701.
  22. Mystakidou K, Rosenfeld B, Parpa E, Katsouda E, Tsilika E, Galanos A, et al. Desire for death near the end of life: The role of depression, anxiety and pain. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27(4):258–62.
  23. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-esch J, Galietta M, et al. Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer. *Jama*. 2000;284(22):2907–11.
  24. Balaguer A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Alonso-Babarro A, Altisent R, Aradilla-Herrero A, et al. An international consensus definition of the wish to hasten death and its related factors. *PLoS One*. 2016;11(1):1–14.

25. 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;35(3):545–56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.02.006>
26. Rosenfeld B, Pessin H, Marziliano A, Jacobson C, Sorger B, Abbey J, et al. Does desire for hastened death change in terminally ill cancer patients? *Soc Sci Med* [Internet]. 2014;111:35–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.027>
27. Schwarz JK. Stopping eating and drinking. *Am J Nurs*. 2009;109(9):53–61.
28. Thaddeus B, Pope M, Mason T. Voluntarily Stopping Eating and Drinking Is Legal — and Ethical — for Terminally Ill Patients Looking to Hasten Death. 2018;(April).
29. Paul T. Menzel. Voluntarily Stopping Eating and Drinking: A Normative Comparison with Refusing Lifesaving Treatment and Advance Directives.
30. Birnbacher D. Doing and Allowing in the Context of Physician-Assisted Suicide. *Erkenntnis*. 2020;(0123456789).
31. McGee A, Miller FG. Advice and care for patients who die by voluntarily stopping eating and drinking is not assisted suicide. *BMC Med*. 2017;15(1):1–5.
32. Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Gwen CP, De Jong-Krul JF, Van Delden JJM, Van Der Heide A. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: A repeated cross-sectional survey. *Lancet*. 2012;380(9845):908–15.
33. Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative Options of Last Resort: A Comparison of Voluntarily Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia. *JAMA* 1997; 278(23):2099-2104)
34. Fewing R, Kirk TW, Meisel A. A fading decision. *Hastings Cent Rep*. 2014;44(3):14–6.
35. Werth JL. The relationships among clinical depression, suicide, and other actions that may hasten death. *Behav Sci Law*. 2004;22(5):627–49.
36. Wax JW, An AW, Kosier N, Quill TE. Voluntary Stopping Eating and Drinking. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(3):441–5.
37. Marques AL. História dos Cuidados Paliativos em Portugal: Raízes. *Revista Cuidados Paliativos*. 2014;1(1):7–12.