

Ética da Intenção: a Tomada de Decisões no Fim de Vida e a Teoria do Duplo Efeito

Raquel Filipa Martins Serrano

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Abel García Abejas

abril de 2021

Dedicatória

A ti meu querido Avô, por me teres sempre mostrado o significado de autonomia, de justiça, de bondade e da importância da intenção que move as nossas ações. Pela tua postura determinada e valente ao longo de mais de uma década como doente oncológico. Por teres conduzido com coragem e dignidade todo o processo de tomada de decisões no final da tua vida. Serás, hoje e sempre, a minha maior inspiração.

Agradecimentos

Termino estes seis anos de percurso académico agradecendo a todos aqueles que me acompanharam nesta jornada, contribuindo para o meu crescimento, tanto pessoal como profissional, para a minha capacitação enquanto estudante de medicina, e fundamentalmente, enquanto ser humano.

Começo por agradecer ao Dr. Abel García Abejas pela orientação neste projeto, pelo seu apoio constante e pela sua contribuição para o meu crescente interesse na área da Ética Médica e Bioética.

Agradeço profundamente à minha família, que me questionou diariamente sobre a elaboração desta dissertação e sobre a sua evolução, fazendo-se sempre acompanhar de uma mensagem encorajadora. É graças à sua inabalável confiança, ao seu apoio e carinho que termino mais uma etapa.

Obrigada às minhas colegas e amigas, Andreia Freitas e Ana Rute Gomes pelo permanente incentivo, pelos sábios conselhos e pelas suas opiniões construtivas ao longo de toda a conceção deste projeto.

Obrigada ao Martim por toda a valiosa ajuda, pela sua contínua confiança em mim, por me ensinar coisas novas todos os dias e pelo otimismo e serenidade com que vê a vida.

Obrigada à Covilhã, cidade que me acolheu e à qual chamo segunda casa. Obrigada à Faculdade de Ciências da Saúde, a minha *alma mater*, e local de múltiplas aprendizagens, sobre Medicina e sobre a vida.

Bem hajam.

Prefácio

“A humildade é o primeiro degrau para a sabedoria”

- São Tomás de Aquino, filósofo e teólogo italiano do séc. XIII

Resumo

Durante a nossa existência somos ensinados a perseguir o bem e evitar o mal. Mas por vezes o bem que fazemos resulta em consequências negativas, e o mal que evitamos previne-nos de realizarmos algo bom. Entre experiências quotidianas e reflexões, percebemos que o bem que procuramos e o mal que deveríamos evitar, por vezes se entrelaçam, errando ao pensar que a ética se preocupa primariamente e apenas com conflitos de vida ou de morte.

Numa ética consequencialista todas as escolhas (incluindo as mais difíceis), têm essencialmente a mesma solução: optar por cenários em que as consequências positivas sejam mais abrangentes, não reconhecendo importância na intenção aquando da avaliação dos atos.

Segundo o modelo teórico de Ética Médica do Princípioalismo (1979) existem quatro princípios fundamentais, *prima facie*: a autonomia, a não-maleficência, a beneficência e a justiça. É tendo em mente o princípio da beneficência e a intenção de potencialização dos efeitos positivos que a Teoria do Duplo Efeito ganha admissibilidade e justificação ética.

A Teoria do Duplo Efeito diz-nos que uma ação da qual advenham consequências positivas, mas também negativas, é justificável se a natureza do ato em si for moralmente boa ou neutra; se o agente da tomada de decisão tiver uma boa razão para atuar, apesar de não desejar esse efeito nocivo, e de o mesmo não ser um meio para alcançar o efeito positivo, nem como fim em si mesmo; ou ainda se o efeito positivo compensar o efeito negativo, em circunstâncias suficientemente graves para justificar as consequências negativas que daí advenham.

A intenção, embora não seja um conceito estanque e bem definido, é uma referência crucial através da qual a culpabilidade é medida e, em conjunto com a causalidade, são elementos-chave usados para atribuir responsabilidade. Este tipo de culpabilização pode ser refutado invocando a Teoria do Duplo Efeito e a distinção entre atos e omissões.

Objetiva-se então uma avaliação da literatura sobre a tomada de decisões e capacidade de gestão de situações de fim de vida (omissão ou remoção de tratamentos, eutanásia e suicídio assistido), bem como realização de uma asserção das normativas morais e éticas que devem guiar as ações de um profissional de saúde durante o processo de intervenção e acompanhamento de utentes em final de vida. Tentando ainda perceber como a Teoria do Duplo Efeito nos pode auxiliar na análise de dilemas éticos e na validação de tomada de decisões clínicas nestes contextos.

Palavras-chave

Fim de Vida; Doutrina do Duplo Efeito; Intenção; Tomada de Decisão; Ética no Fim de Vida

Abstract

Throughout our existence we are taught to pursue good and avoid evil. But sometimes the good we practice results in negative consequences, and the evil that we avoid prevents us from doing something good. Among everyday experiences and reflections, we realize that the good that we seek and the evil that we should avoid intertwine, being mistaken when thinking that ethics is concerned primarily and only with conflicts of life or death.

In a consequentialist ethic all choices (including the hard ones), have essentially the same solution: choosing scenarios in which the positive consequences are more comprehensive, not recognizing importance in the intention when evaluating the actions.

According to the theoretical model of Medical Ethics of Principlism (1979) there are four fundamental principles, *prima facie*: autonomy, non-maleficence, beneficence, and justice. It is with the principle of beneficence in mind and the intention to potentiate positive effects that the Double Effect Theory gains admissibility and ethical justification.

The Theory of Double Effect tells us that an action from which can result positive, but also negative consequences, is justified if the nature of the act itself is morally good or neutral; if the agent who is acting has a good enough reason to do so, despite the not wanting the harmful effect, and that it is not a means to achieve a positive effect, nor as an end in itself; or still if the positive effect compensates for the negative effect, in circumstances sufficiently serious to justify the negative consequences that results from it.

The intention, although not a tight and well-defined concept, it is a crucial reference through which culpability is measured, and together with causality, are key elements used to assign responsibility. This kind of culpability can be refuted by invoking the Double Effect Theory and the distinction between acts and omissions.

The objective of the present work is to evaluate the literature available on decision-making and the ability to manage end of life decisions (withholding and withdrawing life-sustaining treatment, euthanasia and assisted suicide), as well as making an assertion of the moral and ethical norms that should guide the actions of health care professionals during the process of intervention and monitoring of patients in end-of-life situations. Also, trying to understand how the Double Effect Theory can help us in the analysis of ethical dilemmas and in the validation of clinical decision-making in these contexts.

Keywords

End of Life; Doctrine of Double Effect; Intention; Decision Making; End of Life Ethics

Índice

Capítulo 1. Introdução e Contextualização	1
Capítulo 2. Metodologia	3
2.1 Objetivo da Revisão	3
2.2 Pesquisa Bibliográfica	3
2.3 Critérios de Inclusão	4
2.4 Critérios de Exclusão	4
Capítulo 3. Desenvolvimento	6
3.1 Filosofia Escolástica	6
3.2 Ética da Intenção	7
3.3 Teoria do Duplo Efeito	9
3.4 Cuidados em Fim de Vida/ <i>End of Life Care</i> (EOLC)	12
3.4.1 Tipos de Cuidados em Fim de Vida	14
3.4.2 Tipos de Sedação Paliativa	15
3.4.3 Omissão e Remoção de Cuidados em Fim de Vida	16
3.5 Análise sob o Método Dialético	18
3.5.1 Tese	18
3.5.2 Antítese	22
3.5.3 Síntese	24
3.6 Perspetivas Futuras e Aplicações Clínicas	26
Capítulo 4. Conclusões	27
Capítulo 5. Bibliografia	29
Glossário	33

Lista de Figuras

Figura 1 – Fluxograma para a seleção da literatura revista	5
Figura 2 - Imagem ilustrativa do Dilema do Comboio/The Trolley Problem	10

Lista de Acrónimos

APCP	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
BPS	<i>Behavioral Pain Score</i>
CPs	Cuidados Paliativos
DAV	Diretiva Antecipada de Vontade
EAPC	<i>European Association for Palliative Care</i>
ECSCP	Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos
EIHSC	Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos
EIHSCP	Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos
EOLC	<i>End of Life Care</i>
FAID	<i>Facilitated Aid in Dying</i>
HICs	<i>High-Income Countries</i>
INCB	<i>International Narcotics Control Board</i>
LMICs	<i>Low- and Middle-Income Countries</i>
ONGs	Organizações Não Governamentais
RASS	<i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i>
RNCP	Rede Nacional de Cuidados Paliativos
SP	Sedação Paliativa
TDE	Teoria do Duplo Efeito
TSV	Tratamentos de Suporte de Vida
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
WHO	<i>World Health Organization</i>

Capítulo 1. Introdução e Contextualização

A fundamentação da deliberação bioética baseia-se numa variedade de teorias filosóficas que tem a sua origem no hábito e nas diferentes morais. Sistemas de referência estes como consequencialismo, deontologia, principlismo, personalismo, utilitarismo, comunitarismo, ética da virtude entre outros, que se centram em três grandes grupos: Filosofias Deontológicas, Teleológicas e Filosofia das Virtudes. O Bem, o prazer ou a utilidade, a virtude e a felicidade. Estes sistemas de referencia filosóficos são ou deveriam ser utilizadas na tomada de decisão clínica, às vezes simplesmente por intuição ou reflexão informal, outras após deliberação formal.(1) A consciência da relevância de várias teorias e tradições pode enriquecer a nossa perspetiva sobre o julgamento bioético e aumentar a apreciação da variedade de estruturas éticas prevaletentes numa sociedade pluralista.(1)

As decisões em fim de vida tomam cada vez mais um lugar central no espaço de debate bioético mundial.(2-7) E a necessidade de resposta médica aos doentes em fim de vida levou à criação de uma área médica dedicada à prestação de serviços de saúde integrados e centrados na pessoa, aliviando o seu sofrimento, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual: os cuidados paliativos.(3) O surgimento dos CPs, na sua perspetiva mais moderna, combinando cuidados clínicos, formação e investigação, reporta-se ao final dos anos 50 e início dos anos 60 do século passado. Foi catalisador deste acontecimento, o encontro de Cicely Saunders (1918 – 2005) com um doente judeu polaco, num hospital universitário londrino em 1948, que com 40 anos estava a morrer de cancro e que lhe levantou o desafio de melhor compreender o adequado controlo da dor e outros sintomas. Tudo culminou com a abertura do 1º hospício da era moderna, o *St. Christopher's Hospice*, em 1967.(8)

Com o conceito de fim de vida, surge a noção de morte "justificada", encontrando-se esta no cerne de alguns debates sobre sedação paliativa (SP), suicídio medicamente assistido e eutanásia.(1) Sendo da máxima importância perceber quais as diferenças clínicas e éticas inerentes aos diferentes conceitos.(3,9)

O chamado princípio, regra ou doutrina do Duplo Efeito, derivado da tradição da teologia moral católica, oferece uma técnica bioética que pode ser usada para fazer uma distinção entre intervenções legais de CPs e eutanásia.(10) As definições de “matar” e “acelerar a morte”, classificam-se como controversas, sendo que segundo São Tomás de Aquino (1225

– 1274), matar é frequentemente visto como permitido sob determinadas circunstâncias, como a legítima defesa, o resgate, uma guerra justa ou defesa civil.(1,11)

A aplicação da TDE em diversos contextos de fim de vida, nomeadamente como justificativa à administração de opiáceos no EOLC tem sido vastamente criticada, por uma variedade de razões, incluindo ser um conceito simplificado de intenção humana, o facto de que a depressão respiratória é (na pior das hipóteses) apenas um efeito colateral potencial dos opiáceos e a suposição de que a morte é sempre um efeito "negativo".(2,12,13) Segundo esta Doutrina, um dos fatores fundamentais para a validação de uma ação, mesmo que desta resultem consequências negativas, tal como positivas, é a intenção do agente.(5,14–16) No entanto, questões conceituais se levantam sobre a utilidade e viabilidade da distinção entre intenção e previsão, nomeadamente para o direito médico.(2,5,12,17–20)

Será por isso feita uma análise reflexiva sobre a utilidade da TDE para guiar a análise de dilemas éticos e a validação de tomada de decisões em contextos de EOLC(12,13), e a sua adequabilidade na sociedade civil atual.(1)

Capítulo 2. Metodologia

2.1 Objetivo da Revisão

Esta revisão clássica da literatura, tem como objetivo analisar a tomada de decisões e capacidade de gestão de situações de fim de vida em contexto de EOLC, através da apreciação da importância da intenção dos agentes nas suas intervenções clínicas. Pretende-se examinar como o contexto sociocultural e experiências de vida individuais podem influenciar as decisões dos doentes, perante patologias crónicas incapacitantes e incuráveis. Procura-se também aferir quais os dilemas éticos que mais dificultam o processo de tomada de decisão durante o acompanhamento de doentes em fim de vida, bem como a forma em que os mesmos impactam a autonomia do doente. Após análise da literatura, tentar-se-á perceber se e como a Teoria do Duplo Efeito nos pode auxiliar na análise de dilemas éticos e na validação de tomadas de decisões clínicas em contexto de fim de vida.

2.2 Pesquisa Bibliográfica

A pesquisa bibliográfica realizou-se no período de setembro de 2020 e janeiro de 2021, no contexto de uma revisão clássica de literatura com síntese narrativa. A revisão da literatura foi realizada utilizando as Guidelines PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*.

A pesquisa foi realizada recorrendo aos motores de busca *PubMed* e *Science Direct* através das seguintes sequências de descritivos booleanos: “Principle of Double Effect (MeSH)” AND “End of Life (MeSH)”, “Principle of Double Effect (MeSH)” AND “Ethics (MeSH)”, “Double Effect Principle (MeSH) AND “Intention” e “Doctrine of Double Effect” (MeSH)”.

Foram encontrados 17 artigos através de pesquisa manual usando o MeSH term “Principle of Double Effect (MeSH)” em fontes de literatura cinzenta como o SCOPUS.

Após remoção dos 542 artigos em duplicado obtiveram-se 1 459 resultados. A estes resultados foram aplicados os critérios de inclusão de publicação nos últimos 10 anos (de 2011 até à data atual), limitando o idioma ao português, inglês, língua espanhola ou castelhano.

Foram então selecionados 124 artigos com elegibilidade para integração desta revisão, sendo que deste total, 87 *full-text articles* foram excluídos por abordarem temáticas dentro da ética da intenção, que não as decisões em fim de vida. Serão então integrados nesta revisão um total de 37 artigos.

Foram também consultados manuais, websites e relatórios de organizações não governamentais. Foram consultados pareceres do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Consultaram-se também livros e publicações específicas na área das Ciências da Saúde, Bioética e Filosofia, nomeadamente da WHO - *World Health Organization*, EAPC - *European Association for Palliative Care* e APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

2.3 Critérios de Inclusão

- Estudos experimentais, observacionais, de revisão, estudo de caso e meta-análises.
- Literatura que fundamenta os dilemas éticos e morais da Teoria do Duplo Efeito.
- Artigos que descrevem as atitudes e conhecimentos de estudantes de medicina e/ou médicos relativamente às práticas de cuidados em fim de vida.
- Artigos focados na análise dos aspetos práticos da eutanásia à luz da Teoria do Duplo Efeito.
- Artigos que analisam a retenção ou retirada de tratamento médico em pacientes em fim de vida ao abrigo da TDE.
- Artigos que analisem a Ética da Intenção e a sua correlação com as decisões em fim de vida.
- Artigos que descrevem a opinião de doentes terminais e profissionais de saúde sobre as práticas de EOLC.
- Artigos que analisam os diferentes contextos de CPs a nível mundial.
- Artigos que abordem estratégias relativas à educação médica em ética da intenção.
- Literatura que aborda a remoção de medidas de suporte de vida.

2.4 Critérios de Exclusão

- Textos noutras línguas que não o português, inglês ou língua espanhola ou castelhano.

- Artigos que apesar de abordarem as temáticas escolhidas foram publicados anteriormente a 2011.
- Textos que abordam a TDE aplicada a dilemas éticos obstétricos (aborto, situações *life threatening*, etc...).
- Artigos que abordavam meramente a componente legal e executiva da TDE.

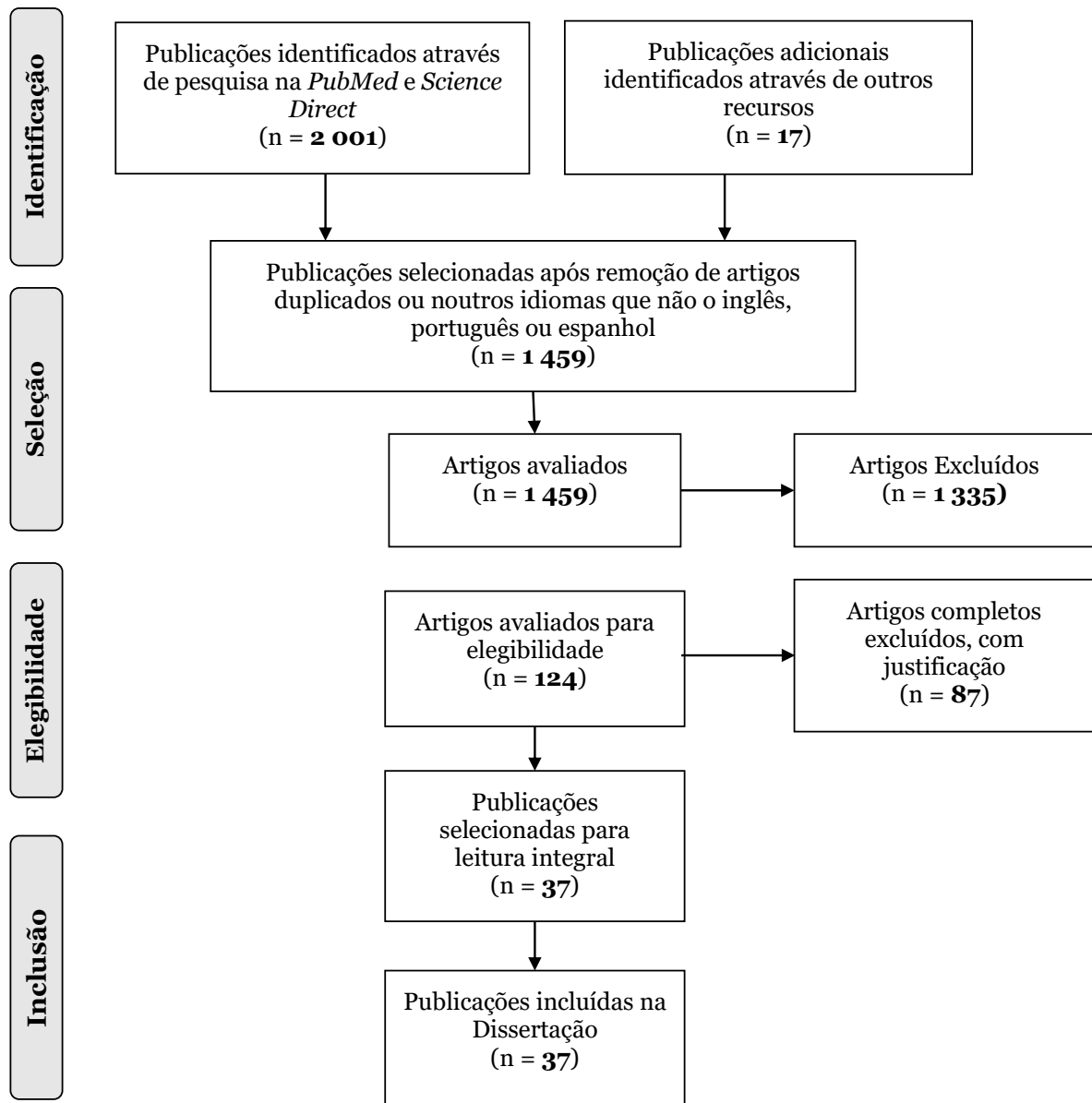


Figura 1. – Fluxograma para a seleção de literatura revista.

Capítulo 3. Desenvolvimento

3.1 Filosofia Escolástica

A escolástica, proveniente do latim, *scholasticus*, significa "pertencer à escola", é um tipo de filosofia originária das escolas medievais e dos seminários católicos.(21) É considerada um método ocidental de pensamento crítico e de aprendizagem, conciliando a fé cristã com um sistema de pensamento racional.

Podem enumerar-se alguns temas centrais da reflexão filosófica escolástica como a subsistência do ser da razão, o modo de existir da natureza universal antes de qualquer operação do intelecto ou a produção do universal por conhecimento abstrato.(22) Podem ser identificadas várias correntes escolásticas, sendo as três escolas tradicionais: os Tomistas, os Escotistas e os Nominalistas.(22)

Ao empreender um desenvolvimento da Doutrina Tomista, fundada por São Tomás de Aquino (1225 – 1274) filósofo escolástico do séc. XIII, tentou-se uma harmonização desta com certas concepções de Duns Escoto (1266 - 1308), fundador da Doutrina Escotista, nomeadamente, no que diz respeito à distinção do “ser” abstrato e do “ser” concreto, assim como à correspondente divisão da metafísica em duas partes que se ocupem de cada um destes tipos de “ser”.(23) A procura da regulação das decisões de consciência, entre académicos escolásticos, assentava num quadro sistemático de raciocínio e decisão baseada na probabilidade, em condições de incerteza. Os usos normativos e regulamentares da probabilidade, contudo, foram ancorados na teologia e jurisprudência escolástica.(24)

Esta corrente filosófica recorria a padrões de argumentação lógica: os silogismos. Um silogismo com premissas meramente prováveis foi chamado de dialética, que tem como objetivo ampliar o conhecimento por inferência e resolução de contradições. Uma vez que a dialética era a "arte da disputa racional", a argumentação com prováveis proposições possuía um enorme significado para o pensamento medieval e renascentista, concebido principalmente através da dedução lógica de prováveis premissas.(24) Os desenvolvimentos mais interessantes durante a Renascença foram impulsionados pelo confronto entre o Aristotelismo e o Platonismo.(25)

3.2 Ética da Intenção

Segundo o modelo teórico de Ética Médica do Princípioalismo (1979) existem quatro princípios fundamentais - *prima facie* - que se relacionam e complementam.(11) Esses princípios destinam-se a enquadrar e guiar as discussões éticas e moral, mas não a determinar as ações dos profissionais de saúde, quer individual quer coletivamente. Nenhum princípio substitui o outro, e tais elementos visam auxiliar na gestão ou resolução de dilemas e conflitos.(26)

O respeito pela autonomia é o respeito pela capacidade da pessoa tomar decisões baseadas nos seus valores e crenças, pressupondo a regra da veracidade. A não-maleficência, princípio de "*primum non nocere*", antevê a não infligência de qualquer mal e cumprir essa promessa, pressupondo a regra da fidelidade. A beneficência, refere a maximização do bem, proporcionando o bem-estar ao paciente e/ou aliviando a sua dor, sofrimento e angústia, pressupondo a regra da confidencialidade. E a justiça, que conjectura que todas as pessoas devem ser tratadas de igual modo, pressupõe a regra da privacidade. É tendo em mente o princípio da beneficência e a intenção de potencialização dos efeitos positivos que a TDE ganha admissibilidade e justificação ética.(11) Em situações extraordinárias, como uma pandemia ou triagem de catástrofes, os recursos médicos (consistentes com os padrões da prática médica) devem ser alocados para maximizar a hipótese de sucesso.(26)

Outros conceitos a ter ainda em conta são a intenção e a previsão, sendo tais problemáticos para aqueles que têm uma visão estritamente deontológica da ética. Sem uma distinção clara entre intenção e previsão, a Doutrina do Duplo Efeito não pode ser invocada para separar as ações perfeitamente certas das erradas.(20) É questionada a validade da evidência empírica com base na hipótese de que a palavra "intenção" tem dois significados de senso comum distintos que provavelmente serão confundidos por qualquer pessoa questionada sobre suas intenções.(17)

Estudos empíricos sobre EOLC mostram, no entanto, que a distinção entre intenção e previsão às vezes é ambígua.(17,18) Será que a intenção do ato supera sempre a intenção posterior do agente? Mudando o foco da intenção de agir para a intenção posterior, teria como consequência permitir mais do que a maioria dos proponentes da TDE desejam, por exemplo, permitir a eutanásia. A intenção adicional, que é o "alívio do sofrimento", é idêntica nos casos de alívio da dor e de eutanásia.(2) Trabalhos empíricos recentes sobre o conceito de intencionalidade sugerem que as avaliações das pessoas sobre se uma ação é intencional estão sujeitas à incerteza. Essas possibilidades motivaram muitos trabalhos no campo relativamente novo da filosofia experimental.(27)

Donald Davidson (1917 – 2003) esboçou uma Teoria Geral da Intenção, que tenta explicar o que é fazer algo intencionalmente, o que é tencionar fazer algo posteriormente e como esses dois fenômenos estão relacionados.(28) As razões que explicam as ações intencionais são pares apropriados dos desejos do agente e das suas crenças. Quando alguém age por uma determinada razão, um par apropriado de desejos e crenças provoca a própria ação.(28)

Já Lynn Jansen afirma que existem dois sentidos na palavra “intenção”, e por isso define dois novos termos para substituir os termos "previsto" e "pretendido". De acordo com a sua perspectiva, as consequências previstas devem ser descritas como "intencionadas de maneira ampla" e as consequências que realmente são intencionadas devem ser rotuladas como "intencionadas de maneira restrita".(17) No entanto, a distinção previsão/intenção deve ser legítima para a lei usar, porque marca a distinção entre homicídio culposo e homicídio por negligência.(15) A tentativa de distinção da previsão/intenção implica também diferenças na voluntariedade, que é de onde a moralidade dos atos humanos flui, uma vez que os atos são considerados humanos ou morais na medida em que são voluntários.(29)

Um estudo realizado num hospital da grande área metropolitana de Nova York, que englobou 143 médicos em atividade teve como objetivo analisar os fatores que influenciam a atribuição de intenções, tanto a outros como a si mesmos. A hipótese é que os julgamentos morais condicionam as atribuições de intenção.(27) Com base em métodos empregados na filosofia experimental, o estudo forneceu evidências para a visão de que a atribuição de intenções dos médicos aos atores clínicos é influenciada pelo seu julgamento avaliativo anterior da conduta em questão.(27) Afinal, as intenções dos profissionais médicos são amplamente consideradas importantes na avaliação ética de suas ações.(27) E de acordo com a maioria das posições, o erro de matar é diferente e pior do que o erro de não salvar uma vida.(15)

A proposta inovadora de McGee (15), a partir de uma perspectiva filosófica, argumenta que é possível aferir se uma pessoa tem a intenção de fazer *X* (neste contexto, fazer *X* é geralmente causar a morte de alguém) se (i) o objetivo ou objetivo consciente da pessoa é produzir *X*; (ii) *X* é o meio através dos quais a pessoa atinge seu objetivo; ou (iii) a pessoa prevê que *X* será um resultado (muito provável) da sua ação e *X* tem por si só um resultado grave.(15)

Parece perfeitamente razoável argumentar que o primeiro e o terceiro tipos de situação são muito diferentes - que não devemos agir para causar a morte de uma pessoa (seja intencional ou prevista) com o objetivo de salvar a vida de outros, mas que é justificável de agir para causar a morte de uma pessoa para seu próprio bem (intencional ou previsto).(15)

A natureza problemática da intenção como critério baseia-se na sua inclusão como parte da ação de legitimação. Em primeiro lugar, a intenção é difícil de determinar exogenamente, de facto, as pessoas podem-se autoiludir e não saber verdadeiramente qual é a sua real intenção; em segundo lugar, há uma falta de clareza do que se entende por "não pretendido".(18,30)

Não podemos também distinguir quais das nossas intenções são confiáveis simplesmente refletindo sobre elas a partir de uma perspetiva pessoal. Em vez disso, precisamos adotar a perspetiva da terceira pessoa, examinando como as intenções foram geradas.(31) É sugerido que as visões morais dos agentes influenciam poderosamente as suas atribuições de intenção.(31)

3.3 Teoria do Duplo Efeito

A TDE é originada com o Teólogo e Filósofo São Tomás de Aquino (c.1225-74) na sua consideração da autodefesa homicida, servindo como *Locus Classicus* da Teoria do Duplo Efeito, na sua obra do Séc. XIII, *Summa Theologicae*. São Tomás argumenta: “Nada previne um ato de ter dois efeitos, dos quais apenas um é intencionado, sendo o outro *praeter intentionem*. Os atos morais são classificados pelo seu carácter, de acordo com a intenção com a qual foram realizados; não pelo *praeter intentionem*, dado que este é acidental.”(11)

Como tal, do ato da autodefesa podem surgir dois efeitos, sendo um a conservação da vida de um sujeito e o outro a morte do agressor. Dado que o pretendido é a conservação da vida do próprio sujeito, tal ato não é ilícito, é apenas natural que cada coisa se preserve a si própria na sua existência por quanto tempo lhe seja possível. Não é por isso lícito para um sujeito ter como intenção matar sem ser para se defender a si próprio, a não ser que pertença à autoridade pública, atuando em nome do bem comum.(11) Vale a pena notar, Aquino não se opôs a todas as formas de homicídio; ele permitiu também o uso de força letal pelo governo em tempos de guerra ou para administrar a justiça civil.(1)

Um dilema ético muitas vezes analisado à luz da TDE é o Dilema do Comboio (The Trolley Problem).(19) Nele o protagonista pode escolher não fazer nada e deixar um comboio vazio matar cinco pessoas inocentes presas na linha ou acionar uma alavanca que desviará esse mesmo comboio para na linha paralela com apenas uma pessoa inocente presa no caminho.(32) Aqui, sacrificar alguém pelo bem maior envolve apenas causar a morte como efeito colateral de um objetivo nobre. Os efeitos foram qualificados por um moderador importante: o contato pessoal. Para abordar os debates teóricos sobre a distinção entre

meio/subproduto, devemos determinar a importância da mesma ser moderada pelo contato/envolvimento pessoal.(32)

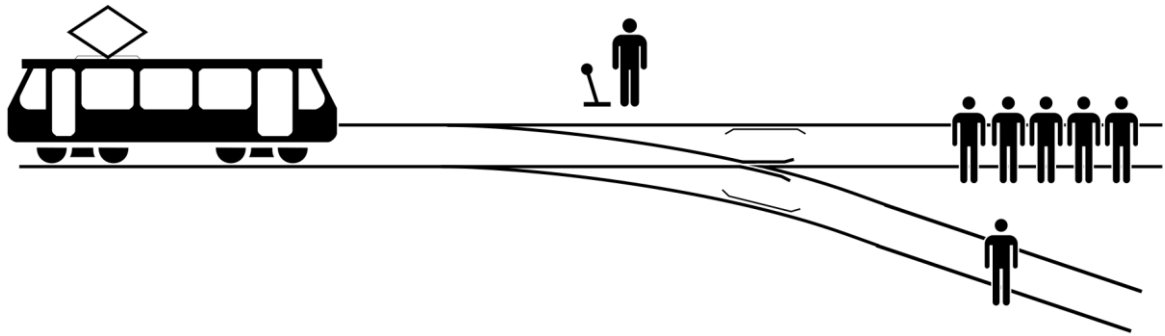


Figura 2 – Imagem ilustrativa do Dilema do Comboio/The Trolley Problem (33)

Por exemplo, as pessoas geralmente pensam que é moralmente inadmissível matar uma pessoa inocente como um meio de salvar cinco, quando o assassinato envolve empurrar alguém para a sua morte. Mas estariam menos inclinados a considerar isso como moralmente duvidoso se o Homem puder ser usado como um meio, simplesmente puxando uma alavanca, sem envolvimento físico direto. O que está claro é que a distinção entre meio/subproduto molda o pensamento moral comum, embora o seu papel preciso ainda tenha de ser totalmente descoberto.(32) No entanto, alguns atos provenientes de uma boa intenção podem ser considerados ilícitos se não forem proporcionados para o seu fim. Assim, não seria lícito se alguém defendesse a sua própria vida usando mais força que a necessária para se preservar.(11)

No uso do *praeter intentionem*, Aquino alega que “um escândalo ativo é acidental quando é *praeter intentionem* do agente; quando um sujeito, pela sua ação desordenada ou palavra não pretende causar ao outro ruína ou dano, mas apenas satisfazer a sua vontade.”, não se referindo à intenção.(11)

A TDE ganha uma importância nos dias de hoje devido à discussão regular, nos parlamentos, à cerca de temáticas como a eutanásia e a morte medicamente assistida. Numa fase de fim de vida existe um aumento das dosagens de medicação administradas, que têm como intenção a diminuição do sofrimento e um aumento da qualidade de vida providenciada nos momentos finais do doente, apesar de alguns autores considerarem que

como efeito colateral negativo pode resultar uma aceleração do processo de morte, sendo que nunca é essa a intenção da ação.(34)

A TDE é um conceito filosófico frequentemente empregado ao avaliar a moralidade das ações. Baseia-se na convicção básica de que, na moralidade, as intenções são importantes e que estas determinam as ações de uma pessoa como morais ou imorais.(35) Existem várias formulações da doutrina, dependendo da tradição ética ou legal de onde está a ser abordada.(35)

As principais diferenças entre as práticas de morte assistida e de fim de vida são a intenção, o tipo de intervenção em si e os resultados da intervenção.(14) A distinção entre eles repousa na TDE.(14) De acordo com Beauchamp e Childress(14), os critérios para a doutrina são os seguintes:

- (I) A natureza do ato - O ato deve ser pelo menos moralmente neutro (independente das suas consequências);
- (II) A intenção do agente - O agente pretende apenas o bom efeito. O efeito negativo pode ser previsto, tolerado e permitido, mas não deve ser intencional;
- (III) A distinção entre meio e efeito - O efeito negativo não deve ser um meio para o efeito positivo. Se o efeito positivo fosse o resultado causal direto do efeito negativo, o agente tencionaria o efeito negativo em busca do efeito positivo;
- (IV) Proporcionalidade entre o efeito positivo e o efeito negativo - O bom efeito deve superar o mau efeito. Ou seja, o mau efeito é permitido se uma razão proporcional compensar a permissão do mau efeito previsto.(11,14,20)

Essa ideia, de que pode ser permissível provocar um efeito previsto, mas não intencional (a morte do paciente), embora não fosse permitido pretender provocar esse mesmo efeito, é central para a TDE, que encontrou expressão tanto na lei quanto nos códigos profissionais de organizações médicas.(27)

Com base em trabalhos recentes em filosofia experimental, investigou-se a possibilidade de que a atribuição de intenções em ambientes clínicos seja influenciada por julgamentos anteriores sobre a bondade ou maldade das consequências da ação em questão. O estudo foi moldado a partir de estudos experimentais noutros contextos que mostraram que as pessoas, quando apresentadas com uma variedade de cenários, são mais propensas a classificar um efeito colateral de uma ação como pretendido se o efeito colateral for negativo ou refletir negativamente no agente, do que se é positivo ou reflete positivamente no agente. A hipótese é que os julgamentos morais condicionam as atribuições de intenção.(27)

Uma recente decisão de lei administrativa em Vitória, Austrália, aplicou o raciocínio da TDE de uma nova maneira. O mesmo tem sido usado até agora para legitimar tratamentos que podem encurtar a vida, mas onde a intenção do tratamento é o alívio da dor. A situação analisada pelo tribunal vitoriano foi mais além, apoiando ações em que um médico concorda em fornecer Pentobarbital (ou Nembutal, um barbitúrico) a um paciente num momento no futuro, se o paciente sentir naquele momento que sua dor é insuportável e que ele deseja acabar com a sua vida.(30) O raciocínio de duplo efeito foi estendido neste caso para abranger a possibilidade de facilitar a morte de um paciente. Essa extensão, turva ainda mais as águas do raciocínio do duplo efeito e cria mais desafios ao conceito. Uma das questões críticas consideradas pelo Tribunal de Vitória, foi se o único ou principal objetivo em oferecer ou dar posse de Nembutal a um paciente é ajudar esse paciente a acabar com sua vida; sendo que a oferta do medicamento foi descrita pelo médico prescriptor como um tratamento paliativo, pois trazia tranquilidade e conforto ao paciente.(30)

Já os defensores da biogerontologia esperam convencer os seus oponentes deontológicos da permissibilidade de intervir no envelhecimento enquadrando este ato dentro da TDE. Os deontologistas afirmam que uma vida útil estendida ao seu máximo não é correto, sendo o ato de intervir no processo de envelhecimento não neutro ou bom em si mesmo.(36)

3.4 Cuidados em Fim de Vida/End of Life Care (EOLC)

A OMS define os cuidados paliativos (CPs) como uma parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas, aliviando o seu sofrimento, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual.(3,37) Assim, seja a causa do sofrimento cancro, falência de órgãos importantes, tuberculose resistente a medicamentos, queimaduras graves, doença crónica em estadios terminal, trauma agudo, prematuridade extrema no nascimento ou fragilidade extrema da velhice, os CPs podem ser necessários e integrados em todos níveis de cuidado.(37) Considera-se ainda necessária uma abordagem interdisciplinar, que reúna as contribuições da ciência, filosofia, estudos religiosos e ética.(38)

A desigualdade de acesso a CPs e alívio dos sintomas é uma das maiores disparidades na saúde global.(7,39) Todos os anos estimam-se que 40 milhões de pessoas (um total que inclui pelo menos 20 milhões de cuidadores) necessitem de apoio de CPs em todo o mundo. Atualmente, menos de 10% dos pacientes que precisam de CPs em países de baixo e médio rendimento (LMICs) os recebem.(37) Dados do INCB mostram que 91% da morfina consumida em todo o mundo em 2013 foi utilizada em países de alto rendimento (HICs),

que têm apenas 19% da população mundial. Pessoas em LMICs, que representam 81% da população mundial, consumiram apenas 9%. Dado que a morfina é essencial para aliviar a dor moderada e intensa e que o consumo de morfina é a forma mais comum (embora imperfeita) de acesso aos CPs, os dados revelam uma enorme disparidade entre ricos e pobres no acesso ao alívio, especialmente da dor e do sofrimento em geral.(39)

Foram identificadas algumas barreiras para o momento ideal de discussão sobre EOLC como a relutância em discutir a morte/tributo emocional da morte antecipada, o pensamento mágico/otimismo de posicional, a incerteza prognóstica, o equívoco terapêutico e as incertezas em relação ao momento adequado para iniciar as mesmas.(6)

Em Portugal, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, (34) de 2012 vem consagrar o direito e regular o acesso dos cidadãos aos CPs. É criada a RNCP uma rede funcional, integrada nos serviços do Ministério da Saúde, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de CPs, estabelecendo cooperação entre áreas hospitalares, comunitárias e domiciliárias.(40) Existem atualmente 27 Equipas Comunitárias (ECSCP), 45 Equipas Intra-hospitalares (EIHSCP) e 7 Equipas Intra-hospitalares Pediátricas (EIHSCP-Pediátricas).(41)

O termo “Cuidados em Fim de Vida” pode ser usado como sinónimo de CPs, sendo o fim de vida entendido como um período prolongado de um a dois anos, ou últimos dias a horas de vida, durante o qual o paciente, a família e os profissionais de saúde tomam consciência da natureza limitada da sua existência.(42) Em todos os países europeus, um conjunto de valores comuns é reconhecido entre os especialistas em CPs. Isso inclui o valor da autonomia e dignidade do paciente, manutenção de qualidade de vida, comunicação, necessidade de planeamento individual e a abordagem holística, através de uma abordagem multidisciplinar; bem como uma promoção da literacia em saúde sobre estes conceitos.(42)

Um médico legista de Ontário, Dr. James Young estabeleceu quatro condições que precisam de ser satisfeitas para que as intervenções de CPs sejam legais na sua jurisdição.(10) Essas condições descrevem bem a base clínica e ética da prática da medicina paliativa internacionalmente, e teriam amplo apoio na especialidade para diferenciá-la da eutanásia:

- O cuidado deve ser destinado exclusivamente a aliviar o sofrimento;
- Deve ser administrado em resposta ao sofrimento ou sinais de sofrimento;
- Deve ser compatível com sofrimento relatado;
- Não pode ser uma inflição deliberada de morte.(10)

Nos Estados Unidos, os pacientes relutam em articular os seus valores e preferências, e apenas 1/3 da população adulta tem algum tipo de diretiva antecipada. Na ausência de

diretrizes antecipadas claras para pacientes com cancro que não têm capacidade de decisão, o fardo das escolhas de EOLC recai sobre as famílias.(6)

3.4.1 Tipos de Cuidados em Fim de Vida

Os médicos, a fim de fornecer EOLC, têm em consideração o paciente, os seus entes queridos e a multidisciplinaridade colegial.(43) É exigida uma compreensão multidimensional de EOLC, onde influências em níveis macro (a política, a religião e os media), meso (prescrições médico-legais e ideologias específicas da profissão (por exemplo, conforto vs. cura)) e micro (as suas próprias crenças pessoais e posições morais/éticas), afetam como os médicos, conceptualizam, negociam e vivenciam os cuidados que prestam.(43) Os médicos lidam ainda com influências multiculturais, diversidade de crenças individuais e atitudes dos pacientes, seus entes queridos e colegas de profissão, para dar sentido às práticas clínicas.(43)

Podem agrupar-se as práticas médicas de fim de vida em seis categorias, conforme sistematizado por uma equipa de pesquisa holandesa: eutanásia, suicídio medicamente assistido, fim da vida sem solicitação explícita do paciente, alívio intensificado dos sintomas (por exemplo através da analgesia - levando em consideração a possível aceleração da morte), renúncia ao tratamento para prolongar a vida e Sedação profunda contínua/SP.(3,9) Contempla-se ainda a categoria de TSV, através de medicamentos ou dispositivos médicos. Compostos por meios mecânicos ou artificiais, de modo a apoiar ou substituir a função de órgãos vitais, de forma temporária ou permanente. (26) Os TSV meramente mantêm, em vez de restaurar, a função do órgão, podendo incluir ventilação mecânica, suporte farmacológico ou hemodinâmico mecânico e hemodiálise.(26)

Apesar de em Portugal ainda ser um ato ilegal, a eutanásia já é permitida em países com a Holanda e Bélgica (desde 2002), o Luxemburgo (desde 2008), enquanto a Suíça forneceu suicídio medicamente assistido de forma legal desde 1941 (que também se estende a cidadãos estrangeiros). Nos EUA, o suicídio medicamente assistido foi legalizado nos Estados de Oregon (1997), de Washington (2008) e Montana (2009).(43)

3.4.2 Tipos de Sedação Paliativa

A Sedação Paliativa (SP), por vezes referida na literatura como sedação contínua, ou terminal, é cada vez mais aceite na prática médica. O termo foi definido pela primeira vez na década de 1990.(4) Existem vários tipos de SP, sendo que uma das classificações reconhecida elabora uma esquematização em oito tipos de sedação distinta, consoante as suas características:

- Contínua – pressupõe manutenção da inconsciência até à morte (através de injeções repetidas ou intravenosas contínuas) (4,44,45);
- Intermitente – com períodos de consciências em determinados períodos de tempo (4,44,45);
- Ligeira – despertar o paciente é possível através da estimulação (4,45);
- Profunda – despertar o paciente é impossível devido à dosagem administrada (4,45);
- Urgente – Situações de angústia/aflição (4);
- “Retardada” – semelhante à sedação intermitente e ligeira (4);
- Primária – resultando diretamente da administração de uma medicação sedativa/anestésica (ex.: benzodiazepinas, propofol, barbitúricos...) (4);
- Secundária – resultando indiretamente da administração de uma dose elevada de analgésicos.(4)

Outros autores, fazem ainda uma classificação da SP apenas em dois tipos: a SP "gradual" (ou SP como resultado da sedação paliativa proporcional), em que os médicos começam com baixas doses de sedativos e aumentam-nas apenas gradualmente; e a SP "rápida" (ou SP até a inconsciência), na qual os médicos administram rapidamente uma dose pesada que claramente induz à inconsciência desde o início.(46)

Deve-se destacar ainda que outro estudo faz a subdivisão dos tipos de SP em: proporcional, moderada, profunda, intermitente e contínua; algumas vezes aplicadas sucessivamente no mesmo paciente, o que torna a análise menos rigorosa do que parece.(4)

Um sintoma refratário é considerado por alguns autores como um critério decisivo para o início da SP, sendo os sintomas refratários mais frequentes: a dor, a dispneia, o delírio (transtorno mental orgânico) e os distúrbios gastrointestinais graves.(4,38)

Existem indicações clássicas para a administração de sedação contínua, como o número e a gravidade dos sintomas,(44) as repercussões físicas de certos sentimentos (como o medo da morte, a impotência, a incerteza, a ansiedade, a tristeza...) e o fardo assumido por familiares próximos.(4) Um dos pré-requisitos é também a morte expectável dentro de 1 a 2

semanas.(4,44) É relatado que quase metade dos pacientes aos quais a sedação contínua é administrada morre nas primeiras 24 horas.(4)

São considerados sintomas intoleráveis específicos: a dispneia, a dor, as convulsões e situações de emergência, tais como, hemorragia maciça, asfixia, dispneia terminal severa, síndrome da cava superior, ou compressão medular irreversível, sendo então critério válidos para a o início da SP continua.(38,44,47) A mesma tem sido usada para tratar também sofrimento psicológico (ansiedade, angústia, depressão, delírio, etc...).(38) O desconforto foi estimado à cabeceira dos doentes, através da monitorização de *gasping*, da obstrução da via aérea e do Behavioral Pain Score (BPS) - que é avaliado através das expressões faciais e movimentos dos membros superiores. Um score de 5 na RASS foi associado com ausência de desconforto.(13)

Tal prática é ética e legalmente aceite em Portugal, segundo a lei nº 31/2018 de 18 de julho, no que concerne os “Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e fim de vida”.(48) Segundo o Artigo 8.º - Prognóstico vital breve - as pessoas com prognóstico vital estimado em semanas ou dias, que apresentem sintomas de sofrimento não controlado, têm direito a receber SP com fármacos sedativos devidamente titulados e ajustados exclusivamente ao propósito de tratamento do sofrimento, de acordo com os princípios da boa prática clínica e da *leges artis*.(48)

3.4.3 Omissão e Remoção de Cuidados em Fim de Vida

As intervenções médicas são abandonadas ou interrompidas, geralmente com a compreensão de que o paciente em fim de vida provavelmente sofrerá morte natural devido à doença subjacente ou a complicações relacionadas.(26) Duas posições substantivas emergiram como as mais proeminentes: a dor e o sofrimento dos pacientes devem ser aliviados, mesmo que isso acelere a morte, e a recusa e a remoção do tratamento são moralmente semelhantes e permissíveis.(3,7)

Nos países ocidentais aproximadamente 1/5 das pessoas admitidas numa UCI com uma doença crítica, acabam por falecer, sendo por isso os CPs um elemento cada vez mais importante da medicina intensiva. Assim que a decisão de suspender as medidas de suporte de vida é tomada, a prioridade deve estar na prevenção do desconforto, assegurando a melhor qualidade de fim de vida possível, de acordo com as preferências do doente, os seus valores e a lei.(13)

Uma das questões mais difíceis, levantadas pela necessidade de fornecer CPs dentro do contexto de recursos limitados, é como decidir o que deve e não deve ser oferecido ao paciente.(49) Podem ser usados instrumentos como scores de morbidade que analisam, a presença de vários fatores clínicos conhecidos e a necessidade de intervenção, por predizerem bons ou maus resultados.(50) Os profissionais de saúde podem ainda procurar orientação e auxílio do serviço de consultoria de ética, serviço de saúde espiritual, serviço social e/ou outros recursos disponíveis.(26)

O objetivo declarado dos CPs é melhorar a qualidade de vida dos pacientes; uma das dificuldades inerentes à tentativa de melhorar as suas experiências subjetivas, de uma forma multidimensional, é que não há um limite claro entre o que o paciente precisa e o que ele pode querer.(26) Sabemos, no entanto, que ao atender às suas necessidades e desejos, tal irá melhorar a sua qualidade da vida. Outra dificuldade, à qual a pesquisa clínica pode responder com o tempo, é saber quais intervenções são realmente benéficas. Sem medidas de resultados, será difícil para aqueles que providenciam CPs justificarem o uso de recursos escassos para financiar intervenções que se acredita funcionarem, mas para as quais nenhum benefício foi demonstrado cientificamente.(49)

É igualmente lícito omitir ou interromper a aplicação de meios ou tratamentos não adequados, embora se preveja que tal suceda à morte do paciente, quando essa morte só é tolerada como efeito colateral, para evitar dor desnecessária, despesas excessivas ou supérfluas, o uso de recursos escassos ou instalações, que deixarão de relatar benefícios.(29) Um dos conceitos utilizados para fundamentar a omissão ou remoção de cuidados em fim de vida é o “sofrimento existencial”, sendo que o mesmo envolve todo o tipo de perdas relacionadas com a qualidade de vida (perda do sentido), a sensação de ser um fardo, perda de controlo, perda de dignidade, desesperança, falta de propósito, medo, pânico, a perda do contacto social e da intimidade.(30,38)

Todos esses fenómenos são perdas existenciais, relacionadas às circunstâncias de fim de vida em que os doentes terminais se encontram. Dar-lhes controlo altera totalmente o seu status psicológico e pode ter um efeito profundo nos sintomas físicos também.(30)

Pacientes competentes podem ainda preservar a sua autonomia em estados futuros de incapacidade declarando os seus objetivos, desejos e preferências de tratamento, através de uma DAV, um documento assinado por um indivíduo competente em relação às decisões de saúde a serem tomadas no caso de o mesmo se tornar incompetente para tomar tais decisões.(51) Essas diretivas devem orientar o cuidado prestado ou então designar um terceiro para representar esses valores.(26)

3.5 Análise Sob o Método Dialético

Fazendo uso da Dialética, pretende-se que através da contraposição e contradição de ideias, se conduza uma reflexão acerca da realidade atual das decisões em fim de vida e a sua relação ética com a Doutrina do Duplo Efeito.

3.5.1 Tese

Existe uma distinção ontológica entre aliviar e por termo ao sofrimento, e se tal se verificar, será eticamente relevante? Representará a diferença linguística uma distinção ontológica significativa? Deveria a TDE ser interpretada de uma perspectiva Tomística em vez de uma perspectiva Kantiana/Milliana? E poderá ser válida quando interpretada de um ponto de vista Tomístico?(47) Alguns autores consideram que mesmo perante uma interpretação Tomística a TDE é uma ferramenta ética útil e um bom exemplo de um sistema ético pluralizado, mas em última análise pouco sólido, em virtude da sua exigência, erroneamente julgando algumas ações éticas como não éticas.(47)

É discutível quanto às várias etapas de decisão se a administração de opiáceos titulados e a sedação paliativa vão de facto de encontro aos 4 critérios da TDE quando interpretada de uma perspectiva Tomística.(47)

Existem argumentos concorrentes quanto à base para o reconhecimento legal da TDE, mas a formulação mais amplamente aceite da doutrina é baseada na intenção de um médico.(10) Outros dados a ter em conta quando analisando a proteção legal são o padrão de cuidados médicos necessários, se o consentimento é necessário e a relevância da condição de um paciente.(10) A TDE afirma que é aceitável causar um efeito secundário (ex.: depressão respiratória) como consequência de tratamento focado nos sintomas.(9) O principal argumento assenta no facto da consciência ser considerado um objetivo humano, e por isso os médicos não deveriam intencionalmente (e permanentemente) suprimi-lo.(9) Quando administrada SP, reduzir intencionalmente o nível de consciência de um paciente é, portanto, um meio e não um fim. É o grau de controlo do sofrimento e não a intensidade da redução da consciência que determina as dosagens e a duração do uso dos sedativos.(4)

A questão é determinar se as consequências esperadas da sedação, nomeadamente a perda completa de autonomia e, por sua vez, de competência e inevitavelmente morte após um

período de inconsciência variável e deliberadamente induzida, são moralmente neutras ou, pelo menos, não intrinsecamente más.(4)

Também encontramos uma reflexão em Aristóteles (384 a.C. – 322 a.C.) quando evoca na *Ética a Nicômaco*, o fato de que há erros e infortúnios associados à ignorância. Ele afirma que se o dano surgir apesar de todas as previsões, é um infortúnio, mas se for razoavelmente previsível e a intenção não for maliciosa, é um erro.(4) Conceito difícil em medicina. Se a sedação contínua é proposta em resposta a um pedido de eutanásia, do ponto de vista intelectual, não há distinção entre a intenção e o resultado. No entanto, fazendo uso de sedação contínua, parece que o agente está isento de responsabilidade, considerando a possibilidade de evocar a TDE. Esta "pirueta" eufemística deselegante não teria menosprezado os Sofistas, mas é inaceitável para alguns autores em termos de ética médica,(4) ainda que a TDE em si seja ética e legalmente aceite.

Numa pesquisa realizada na Holanda, parece que a sedação contínua se aplica mais a pacientes idosos que apresentam sintomas físicos (por exemplo: dor, vômitos não controlados...) e estão próximos da morte, enquanto os pacientes que recebem eutanásia são mais jovens e apresentam mais sofrimento psicológico associado ao desespero e a sensação de perda de independência e dignidade.(4) No entanto, é importante ressaltar que em nenhum caso a sedação contínua se aproxima de eutanásia, mesmo que possam tentar intitulada de eutanásia passiva. A percepção de que a sedação contínua é assimilada como "morte natural" é reconhecida por 60% dos médicos holandeses que a praticam, e assumindo-se que possa estar ligado às suas convicções religiosas. (4)

Segundo a TDE, a eutanásia e o suicídio medicamente assistido são sempre atos ilícitos, uma vez que em ambos se tenta a morte do paciente como forma de pôr fim ao seu sofrimento.(29) A prevalência da TDE no debate do EOLC assenta na suposição que os opiáceos e sedativos podem acelerar a morte, no entanto não há evidência na literatura médica que a sedação e a analgesia rotineiramente usados durante o EOLC possam de facto encurtar a vida do paciente.(4,7,10,12,13,18,45,52,53)

Num grande número de estudos com pacientes em CPs, o uso de sedativos ou morfina não foi associado com o tempo de sobrevida. Mas de facto, há evidências de que, paradoxalmente, doses maiores de opiáceos e sedativos estão associadas a maior sobrevida pós-extubação em UCI.(7) No entanto, ao analisar a prevalência de alterações da consciência em pacientes em EOLC, conclui-se que 23% dos que se encontravam a tomar opiáceos,(9) experienciam sonolência e tonturas.(45)

A TDE refere um antigo princípio de casuística ética, que afirma que um ato realizado com boas intenções pode ser eticamente justificável,(12,54) mesmo que preveja efeitos colaterais negativos (13):

(I) A ação, por exemplo, providenciar analgesia ou sedação, não é em si, inerentemente antiética;

(II) Os danos dos "efeitos colaterais", por exemplo, risco de acelerar a morte num paciente em fim de vida, são considerados proporcionais aos benefícios esperados da ação (avaliar significativamente o sofrimento);

(III) Os "efeitos colaterais" não são instrumentais para atingir o resultado pretendido, isto é, acelerar a morte não é o meio pretendido para alcançar o fim desejado, aliviar o sofrimento do paciente;

(IV) O efeito valorizado eticamente/positivo, por exemplo, aliviar o sofrimento, é o fim pretendido da ação, não o "efeito colateral" dúbio de acelerar a morte.(13)

Uma das suposições a ser feita é que uma única intenção "má" (por assim dizer) é suficiente para tornar um ato moralmente questionável, mesmo que a explicação do ato contenha várias intenções separáveis, nem todas elas más.(2)

Seria então possível que um médico que providenciasse ao seu paciente os meios para tirar a sua própria vida, se poderia valer da TDE como justificativa para a sua ação? E se sim, o que se seguiria a partir disto, tanto em termos de aceitabilidade ética, como em consequências legais?(16)

Um potencial problema estaria no facto de que a condição da "caracterização da natureza do ato" depende da forma como o mesmo é caracterizado. Se dissermos "o ato de aliviar a dor" é caracterizado como "claramente bom", embora o mesmo pudesse ser descrito de outras formas, nomeadamente "o ato de administrar analgesia", ou "administração de altas doses de opiáceos". Estas últimas descrições, e mais literais (e talvez até mais assertivas, uma vez que não será sempre possível garantir que a medicação administrada tem de facto o efeito analgésico pretendido), deixam em aberto a possibilidade de questionar o status da moralidade do ato em si.(16) No entanto, podemos não saber isso com certezas até progredirmos para a avaliação da ação sob os restantes 3 critérios da TDE. Embora existam atos que se enquadram sempre como imorais, em virtude da sua natureza geral, o caso da administração de medicação potencialmente letal não é um deles, porque não é o tipo de ação que é sempre errada independentemente da intenção do agente (2º critério da TDE) ou das suas consequências (4º critério da TDE). Quando temos em mente que o papel da TDE, o mesmo não é permitir um livre passe para aqueles que pretendem categorizar todas as suas ações como não intencionais, mas sim para providenciar motivos de permissibilidade que contornem certas proibições morais, noutras instâncias absolutas.(16)

Suzanne Uniacke (16) diz-nos que pode ser feito o chamado "Teste de Falha", no qual se apela intuitivamente ao julgamento de que se um particular efeito é previsível, então ele também é intencional. Ela afirma ainda que uma pessoa não intenciona um efeito negativo previsto da sua ação, se conseguir responder positivamente à seguinte questão "A minha intenção em agir tal como agi seria alcançada, contrariamente às expectativas, se este efeito negativo colateral não tivesse acontecido?"(16)

O Princípio da Proporcionalidade estabelece que deve haver uma proporção justificável entre o efeito positivo pretendido e o efeito negativo indesejado. Isso significa que a extensão do dano deve ser compensada proporcionalmente pelo benefício proposto e que a proporção atribuída a cada um pode ser justificada.(38)

Uma aplicação legítima da TDE em contexto médico seria a quimioterapia, pois nesse caso uma equipa de oncologia administra medicação tóxica ao paciente, que podem levar à sua morte por meio da supressão de seu sistema imunológico. O objetivo do tratamento, no entanto, é curar o cancro ou reduzir os sintomas, e os efeitos adversos para o paciente são previstos, mas não intencionais. Neste caso, é apropriado descrever a quimioterapia como um tratamento (algo que visa melhorar o prognóstico dos pacientes), em vez de uma intervenção deliberadamente prejudicial.(35)

Embora a TDE reconheça a proporcionalidade na comparação entre resultados positivos e negativos, esta não considera outras influências atenuantes nas motivações do médico, como fatores morais ou emocionais únicos que podem ser relevantes. A compaixão pode ser um motivador particularmente forte.(43) Além disso, se um médico pretende acabar com uma vida, as práticas podem facilmente ser reenquadradas como destinadas a adereçar o sofrimento intratável.(43)

Alguns especialistas em CPs relatam que se a autonomia do paciente fosse o princípio ético orientador do médico (1,55) e a sua motivação orientadora para o tratamento fosse a "compaixão" e a "misericórdia" então, estes seriam dois fatores éticos e motivadores que poderiam ser considerados positivos.(43) Todavia, o consentimento requer uma explicação razoável da natureza e implicações das intervenções propostas e fornece uma compreensão das consequências de quaisquer decisões de aceitar ou renunciar a essas mesmas intervenções.(26)

Do ponto de vista utilitário, fins humanos, tal como evitar o sofrimento ou alcançar um sentido de controlo pessoal, podem justificar a aceleração da morte, assim como o prolongamento indesejado da mesma pode não fazer sentido quando a qualidade de vida é má e a morte é iminente.(1)

É oportuno dizer que, segundo a TDE, as distinções entre ação/omissão e fazer/permitir são irrelevantes na determinação da classe de ações.(29) Assim, o médico que mata intencionalmente o paciente para pôr fim ao seu sofrimento comete eutanásia, quer o mate (i) por não lhe dar o medicamento, que pode e deve dar para o manter vivo ou (ii) ao dar-lhe uma overdose daquele fármaco.(29) A relevância moral entre intencional/colateral, compõe a TDE com uma face proibitiva e uma face permissiva. Com efeito, supõe-se duas teses morais: (i) que existem certos efeitos negativos que são sempre proibidos de tentar (ou seja, de procurar como um fim ou um meio) e (ii) que é permitido provocar esses mesmos efeitos negativos se eles se sucedem apenas como efeito colateral de uma ação em si lícita e necessária para alcançar um bem de importância proporcional.(29,56)

Existem sérias limitações para o uso de estudos clínicos nessa área, e a própria questão causal não pode ser feita diretamente em qualquer estudo de intervenção por razões óbvias. Não podemos saber quando um determinado paciente teria morrido na ausência de intervenções paliativas ou redução do tratamento, particularmente durante o processo final de morte, e seria antiético planejar ensaios clínicos randomizados para descobrir. No entanto, dois estudos clínicos observacionais não mostram evidências de redução da sobrevida resultante do uso de opiáceos ou sedativos nos últimos dias de vida.(10)

Fundamentalmente há uma perplexidade generalizada entre os médicos sobre o significado e a importância do conceito ético de intenção.(4)

3.5.2 Antítese

A limitação à autonomia do paciente e ao seu direito ao consentimento informado pode ser explicada porque a lei aparentemente pressupõe a distinção entre matar, deixar morrer e a TDE.(57) Por isso, se o paciente desejar, é permitido desconectá-lo de um ventilador mecânico, mas não injetar uma droga que o possa matar mesmo que ele peça (eutanásia). O primeiro caso é permitido porque consiste em "deixar morrer" a segunda é proibida porque consiste em "matar". Da mesma forma, é permitido fazer uma coisa que pode eventualmente acelerar a morte (injetar sedação), mas não outra que tenha o mesmo resultado (injeção de droga para matar: eutanásia), considerando que a intenção no primeiro caso foi aliviar o sofrimento, sob a TDE.(57)

Alguns autores questionam se a intenção de causar dano não é suficiente para a inadmissibilidade de uma ação, então pode significar que não é necessário estabelecer uma ausência de intenção de causar dano para estabelecer a permissibilidade.(56)

Pode também alegar-se que a TDE não seria útil para justificar a maioria dos casos de SP contínua, porque é plausível supor que estar permanentemente inconsciente é tão mau quanto estar morto, e porque a SP contínua induz inconsciência permanente com a mesma certeza de que a eutanásia causa morte. Seria difícil esperar que a TDE possa estabelecer uma diferença moral entre SP contínua e eutanásia.(46) Na tradição cristã, a TDE é constantemente invocada para defender abordagens "não causais" no cuidado e na tomada de decisões no final da vida, de forma a preservar a neutralidade causal: isto é, fornecer uma linha de raciocínio moral que remove a agência humana do curso de ação em questão.(58) Na verdade, muitos daqueles que estão comprometidos com a importância da intenção no cuidado ao final da vida rejeitam o Princípio do Duplo Efeito.(17)

A TDE e sua distinção associada de intenção/previsão contínua a ser objeto de vigoroso debate.(5,19) Os autores discutem longamente a jurisprudência e mostram, de forma convincente que há, de fato, pouco suporte judicial para a doutrina, pelo menos como a doutrina tem sido tradicionalmente entendida na sua versão católica.(5,58)

Muitos atacaram a TDE com base em que a distinção entre efeitos pretendidos e colaterais (meramente previstos, mas não intencionais) é tão vaga e arbitrária que virtualmente qualquer caso que intuitivamente possa parecer um dano intencional, pode ser reformulado como um caso de dano meramente previsto/não intencional, tornando a distinção moralmente inútil: se ela pode ser usada para justificar qualquer coisa, então pode ser extrapolada para justificar quase tudo.(19,56) Outros autores alegam que a TDE não é um princípio único e homogêneo, mas sim um híbrido de quatro princípios.(45)

Autores defendem que já não é necessário utilizar a TDE para justificar eticamente as boas práticas EOLC e a prestação de CPs compassivos e de excelência.(53) Sendo que alguns apontam para as origens judaico-cristãs da doutrina, na sua formulação original, questionando a sua aplicabilidade numa sociedade multicultural.(12)

Alguns eticistas afirmam que a chave é distinguir entre relações constitutivas e meramente causais: onde a relação é meramente causal, há espaço para falar de maneira inteligível em previsão mas não intencionalidade; onde a relação é constitutiva, não há essa possibilidade, ou seja, é "muito próxima" para permitir reivindicações de duplo efeito.(56)

Em primeiro lugar, argumenta-se que os critérios de intenção e meios são consistentes entre si, mas que os Critérios Intrínseco (1º Critério da Doutrina) e de Proporcionalidade (4º Critério da Doutrina) não o são.(45) Tal ocorre porque uma ação que produz diretamente um efeito negativo não pode razoavelmente alegar que meramente prevê aquele efeito; no entanto, uma ação que produz diretamente um efeito positivo, com um efeito negativo

coincidentalmente associado, pode razoavelmente alegar que meramente o prevê. O critério de Proporcionalidade é derivado do consequencialismo, a forma predominante do qual é o "Utilitarismo Clássico" defendido por Stuart Mill (1806 - 1873). No profundo entendimento Milliano do critério supramencionado, a TDE também é incoerente, pois o Critério da Proporcionalidade contradiz o Critério Intrínseco. Se todas as ações são boas ou más em virtude dos resultados produzidos, é incoerente falar de ações intrinsecamente más. O critério da proporcionalidade também torna a TDE circular e faz todo o trabalho explicativo, tornando os demais critérios supérfluos.(45) A TDE declara que, para uma ação ser permissível, o seu resultado positivo deve pesar mais do que o seu resultado negativo, mas, para Mill, uma ação só é permitida se o seu resultado positivo superar o seu resultado negativo; portanto, a TDE declara que para uma ação ser permissível, a mesma deve ser permitida. Se esse critério de proporcionalidade for atendido, a TDE torna-se circular, pois já determinou que essa ação é permitida, e os outros critérios cessam de desempenhar um papel ético.(45)

Fundamentalmente a TDE é reconhecida como problemática e permanece controversa, apesar dos esforços para melhorar e reinventar a diretriz.(43) É argumentado que o principal problema da TDE não é sua obscuridade conceitual, mas a falta de justificativa moral.(2)

3.5.3 Síntese

A bioética é um campo relativamente novo nas ciências da saúde que analisa conceitos e práticas pelo prisma dos padrões médicos, profissionais, jurídicos e sociais.(6) A evolução da bioética está intimamente ligada aos avanços nas tecnologias médicas e nas terapias de suporte artificial de vida.(6) Na medicina, os dilemas éticos ocorrem quando os doentes e os médicos são confrontados com a necessidade de escolher entre duas ou mais opções moralmente aceitáveis ou entre dois ou mais cursos de ação igualmente inaceitáveis, quando uma escolha impede a seleção da outra.(6)

Em certas situações o providencialmente de FAID satisfaz as condições da TDE. A noção de intenção é apenas um dos aspetos a considerar quando se fala de TDE, pois ela tem um valor independente, considerando a legislação e a ética. Tal enquadramento pode providenciar uma resposta para algumas proibições deontológicas absolutistas que parecem estar subjacentes a preocupações sobre a legalização da morte assistida.(16) O propósito limitado da TDE serve como contorno a proibições legais e morais, outrora absolutas, podendo utilizar o "Teste de Falha" como forma que avaliar apenas a intenção do agente.(16)

A maioria considera a TDE inadequada e fundamentalmente defeituosa, mas às vezes é a única opção médica/legal de proteção. Os profissionais de saúde nem sempre podem praticar o que consideram mais apropriado. Nessas ocasiões, os mesmos podem experimentar a sua prestação de cuidados de forma aversiva.(43) Os médicos são obrigados a negociar opções de tratamento limitadas dentro de um sistema restritivo de atendimento e de estruturas institucionalizadas.(43)

Enquanto em termos legais, a intenção de assistência ao suicídio for considerada criminal,(48) independentemente das considerações consequencialistas, é muito importante para aqueles que praticam FAID terem a possibilidade de afirmar que não tinham tal intenção.(16)

A TDE como uma diretriz simplista e generalizada, foi identificada como um mecanismo conveniente para proteger médicos que inadvertidamente ou intencionalmente apressaram a morte. Mas o seu estreito foco na intenção do médico iluminou a facilidade com que pode ser manipulado, prejudicando a transparência e a capacidade de honestidade do agente. As motivações de um médico também podem ser entendidas em termos das pressões emocionais e psicológicas que enfrentam em situações que possam acelerar a morte.(43)

É necessário ainda olhar atentamente à base moral dos princípios da doutrina, pois esta deve levar-nos a considerar as tradições e ferramentas morais relevantes em relação à SP e práticas, como a sedação preventiva para extubação terminal. Quando a regra é aplicada sem atenção aos dogmas morais subjacentes ou princípios nos quais se deve basear, ela é usada indevidamente, sem a merecida deliberação ética que se deve à profissão médica, aos pacientes, seus familiares e à integridade pessoal.(1)

O pensamento ético consciente sobre a prática clínica exige que os médicos sejam capazes de classificar as consequências das suas intervenções clínicas, como intencionais ou não intencionais, de uma maneira consistente e baseada em princípios. Essa afirmação pode ser aceite tanto pelos proponentes quanto pelos críticos da TDE - porque, mesmo que se rejeite a TDE, pode reconhecer-se que as intenções são eticamente significativas para a prática clínica.(27) Apesar das suas limitações, a TDE pode ser usada como guia pela maneira como se encaixa na nossa abordagem intuitiva para lidar com várias situações.(1)

As intenções por trás das intervenções clínicas afetam o modo como os outros veem os médicos e, de modo mais geral, condicionam o significado dessas intervenções.(27) Os clínicos eticamente conscienciosos, portanto, devem estar cientes não apenas das suas próprias intenções ao agir, mas também de como os outros estão inclinados a atribuir-lhes intenções. Isso parece especialmente verdadeiro quando as questões em jogo são de grande

importância moral, como as questões de vida ou morte que surgem no contexto da Medicina Paliativa extraordinária.(27)

Em suma, mostra-se que a TDE constitui uma espécie de mediana de ouro - meio justo - entre um consequencialismo que acaba por negar a dignidade da pessoa e um causalismo que atribui uma relevância infundada para os vínculos causais de uma ordem física em detrimento das disposições volitivas.(29) Tudo isso nos permite concluir que vários autores consideram que a TDE pode ser usada como um critério válido para distinguir entre verdadeiras situações de eutanásia ou suicídio assistido (onde matar é feito como um meio para um outro fim) e outras ações que podem se assemelhar a eles na sua estrutura física, mas diferem deles do ponto de vista moral e legal.(1,3,4,27,29,47,52)

3.6 Perspetivas Futuras e Aplicações Clínicas

Seria muito conveniente a construção de instrumentos práticos que ajudem os médicos e outros profissionais de saúde no processo de tomada de decisões de fim de vida, perante doenças crónicas incapacitantes e incuráveis, tais como algoritmos de decisão terapêutica, escalas de avaliação de investimento terapêutico, conferências éticas de discussão de estudos de caso e a redação e emissão de *white papers* por parte do Governo português, bem como de outras ONGs versadas na temática. Objetivando uma normatização das posições a seguir perante tomadas de decisão em fim de vida, resguardando os profissionais de saúde de possíveis danos éticos, morais, legais, emocionais e/ou psicológicos que possam advir da sua prática clínica.

Equaciona-se ainda o potencial benéfico da criação de Comités multidisciplinares ou consultas de decisão terapêutica, dentro dos CPs, que providenciassem acompanhamento e aconselhamento contínuo sobre o processo de decisão de EOLC, dentro das normas legais e éticas praticadas atualmente, seguindo a legislação portuguesa e os códigos deontológicos profissionais.

Capítulo 4. Conclusões

1. A Intenção do Agente nas Intervenções Clínicas

O pensamento ético consciente sobre a prática clínica exige que os médicos sejam capazes de classificar as consequências das suas intervenções clínicas, como intencionais ou não intencionais, de uma maneira consistente e baseada em princípios. Exercer tal prática nem sempre é fácil e é sempre muito subjetiva. Essa afirmação pode ser aceite tanto pelos proponentes quanto pelos críticos da TDE, porque mesmo que se rejeite a TDE, pode reconhecer-se que as intenções são eticamente significativas para a prática clínica.

Definir ou classificar a "intenção" de um agente pode ser muito complexo e a distinção entre intenção e previsão pode ser muito difícil de traçar, especialmente quando se objetiva distinguir a eutanásia dos CPs para a satisfação de todos.

Ficou claro com esta revisão a necessidade que existe de uma maior investigação na área da ética da intenção e no seu impacto na tomada de decisões em fim de vida.

2. Dilemas Éticos Identificados

Foram identificados vários dilemas éticos que dificultam o processo de tomada de decisões em fim de vida, tais como o momento indicado para iniciar conversas sobre DAV, momento indicado para ponderação de omissão ou remoção de TSV, decisões sobre tratamentos a ser ou não oferecidos a doentes em fim de vida, tendo em conta não só a eficácia e benefício de tal intervenção terapêutica, mas também a gestão de recursos limitados.

3. Impacto de EOLC na Autonomia do Doente

O valor da autonomia e dignidade do doente podem ser profundamente afetados em contextos de CPs, incapacitando os mesmos de declarar os seus objetivos, desejos e preferências de tratamento. É por isso fundamental, enquanto profissionais de saúde, promover a literacia sobre DAV, bem como consciencializar e envolver os doentes em todo o processo de tomada de decisão. É necessária uma abordagem interdisciplinar, que reúna as contribuições da ciência, filosofia, ética e a perspetiva espiritual (caso o doente assim o deseje).

4. TDE na Validação de Tomada de Decisões Clínicas

Trabalhos futuros neste campo talvez deveriam passar da questão de se o Princípio do Duplo Efeito “é” ou “não é” um princípio moral válido (“absoluto”), para uma consideração mais aprofundada de “se” e “porque” é que ele pode ser importante ou apropriado para os médicos cultivarem certos padrões de comportamento. Por sua vez, existem sérias limitações para o uso de estudos clínicos nessa área, e a própria questão causal não pode ser feita diretamente em qualquer estudo de intervenção por razões óbvias, inerentes à complexidade do processo de fim de vida.

Hoje em dia a TDE é muitas vezes invocada para a administração de SP, tendo em mente que a mesma poderia eventualmente acelerar a morte de um doente. No entanto, sem evidência científica concreta que corrobore essa suspeita muitos autores questionam-se sobre a necessidade de continuar a invocar uma doutrina, que para muitos se encontra desatualizada para o contexto de pluralidade sociocultural atual, uma vez que das suas ações não está a resultar nenhum efeito colateral negativo comprovado. Muitos autores tentam também utilizar a TDE como justificativa moral para a prática da eutanásia, realizando a sua comparação à SP, tendo como argumento justificativo a intenção do ato – aliviar o sofrimento do doente.

Em suma, conclui-se que não há consenso dentro da comunidade científica sobre a validade ética, moral e deontologia para o uso da TDE em decisões de fim de vida, ou mesmo da sua necessidade para justificação de administração de EOLC segundo a *leges artis*.

Capítulo 5. Bibliografia

1. Billings JA. Double effect: A useful rule that alone cannot justify hastening death. *J Med Ethics*. 2011;37(7):437–40.
2. Lindblad A, Lynöe N, Juth N. End-of-life Decisions and The Reinvented Rule of Double Effect: A Critical Analysis. *Bioethics*. 2014;28(7):368–77.
3. Spoljar D, Curkovic M, Gastmans C, Gordijn B, Vrkcic D, Jozepovic A, et al. Ethical content of expert recommendations for end-of-life decision-making in intensive care units: A systematic review. *J Crit Care [Internet]*. 2020;58:10–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.03.010>
4. Lossignol D. End-of-life sedation: Is there an alternative? *Curr Opin Oncol*. 2015;27(4):358–64.
5. McGee A. Intention, Foresight, and Ending Life. *Cambridge Q Healthc Ethics*. 2013;22(1):77–85.
6. Riches JC, Voigt LP. Palliative, Ethics, and End-of-Life Care Issues in the Cancer Patient. *Crit Care Clin [Internet]*. 2021;37(1):105–15. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2020.08.005>
7. Wilkinson D. Three myths in end-of-life care. *J Med Ethics*. 2013;39(6):389–90.
8. APCP. APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [Internet]. [cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://www.apcp.com.pt/faq/onde-surgiram-os-cuidados-paliativos.html>
9. Takla A, Savulescu J, Wilkinson DJC. A conscious choice: Is it ethical to aim for unconsciousness at the end of life? *Bioethics*. 2020;(October):1–8.
10. White BP, Willmott L, Ashby M. Palliative care, double effect and the law in Australia. *Intern Med J*. 2011;41(6):485–92.
11. Cavanaugh T. Double-Effect Reasoning. *Doing Good and Avoiding Evil*. Vol. 53, *Journal of Chemical Information and Modeling*. 2006. 1–26, 73–75, 164–176 p.
12. Macauley R. The role of the principle of double effect in ethics education at US medical schools and its potential impact on pain management at the end of life. *J Med Ethics*. 2012;38(3):174–8.
13. van Haren FMP, Carter A, Cavazzoni E, Chapman M, D’Costa RL, Jones SL, et al. Conflicts of interest in the context of end of life care for potential organ donors in Australia. *J Crit Care [Internet]*. 2020;59:166–71. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.06.016>
14. Young JE, Winters J, Jaye C, Egan R. Patients’ views on end-of-life practices that hasten death: a qualitative study exploring ethical distinctions. *Ann Palliat Med*. 2020;9(4):7–7.

15. Foster C, Herring J, Melham K, Hope T. Intention and Foresight - From Ethics to Law and Back Again. *Cambridge Q Healthc Ethics*. 2013;22(1):86–91.
16. Gavaghan C, King M. Can facilitated aid in dying be permitted by “double effect”? Some reflections from a recent New Zealand case. *J Med Ethics*. 2016;42(6):361–6.
17. Douglas CD, Kerridge IH, Ankeny RA. Double meanings Will Not Save the Principle of Double Effect. *J Med Philos (United Kingdom)*. 2014;39(3):304–16.
18. Douglas CD, Kerridge IH, Ankeny RA. Narratives of “Terminal Sedation”, and the Importance of the Intention-foresight Distinction in Palliative Care Practice. *Bioethics*. 2013;27(1):1–11.
19. Nucci E di. *Ethics Without Intention*. 2014. 11–12, 19–22, 36–39 p.
20. Williams G. Intention and causation in medical non-killing: The impact of criminal law concepts on euthanasia and assisted suicide. *Intention and Causation in Medical Non-Killing: The Impact of Criminal Law Concepts on Euthanasia and Assisted Suicide*. 2006. 9–10, 41–46 p.
21. Dicionário P. escolástica - Dicionário Online Priberam de Português [Internet]. [cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://dicionario.priberam.org/escolástica>
22. WAKÚLENKO S. Projecção da Filosofia Escolástica Portuguesa Na Polónia Seiscentista. *Revista Filosófica de Coimbra – nº 30 (2006)*. 2006;30:343–81.
23. EAPC. Guidelines for authors of European Association for Palliative Care (EAPC) documents and papers. 2006;343–81.
24. Schuessler R. Probability in Medieval and Renaissance Philosophy [Internet]. *Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2019 Edition)*. 2019 [cited 2021 Mar 31]. Available from: <https://plato.stanford.edu/entries/probability-medieval-renaissance/>
25. Reiss J, Ankeny RA. Philosophy of Medicine [Internet]. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2016 Edition)*. 2016 [cited 2021 Mar 31]. Available from: <https://plato.stanford.edu/archives/sum2016/entries/medicine/>
26. Bandrauk N, Downar J, Paunovic B. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment: The Canadian Critical Care Society position paper. *Can J Anesth*. 2018;65(1):105–22.
27. Jansen LA, Fogel JS, Brubaker M. Experimental Philosophy, Clinical Intentions, and Evaluative Judgment. *Cambridge Q Healthc Ethics*. 2013;22(2):126–35.
28. Bratman ME. *Cambridge Studies in Philosophy - Faces of Intention. Selected Essays on Intention And Agency*. Cambridge University Press. 1999. 209–210 p.
29. Alejandro Miranda M. Euthanasia, Assisted Suicide, and the Principle of Double Effect. A Reply to Rodolfo Figueroa. *Rev Med Chil*. 2012;140(2):261–5.

30. Duckett S. Knowing, Anticipating, Even Facilitating but Still not Intending: Another Challenge to Double Effect Reasoning. *J Bioeth Inq.* 2018;15(1):33–7.
31. Levy N. Neuroethics: A New Way of Doing Ethics. *AJOB Neurosci.* 2011;2(2):3–9.
32. Feltz A, May J. The means/side-effect distinction in moral cognition: A meta-analysis. *Cognition.* 2017;166:314–27.
33. Martínez-Díaz M, Soriguera F, Pérez I. Technology: A necessary but not sufficient condition for future personal mobility. *Sustain.* 2018;10(11):10 p.
34. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos - Diário da República N.º 172 - I Série - 5 de setembro de 2012. 2012.
35. Symons X. Does the doctrine of double effect apply to the prescription of barbiturates? Syme vs the Medical Board of Australia. *J Med Ethics.* 2018;44(4):266–9.
36. Capitaine L, Devolder K, Pennings G. Lifespan Extension And The Doctrine of Double Effect. *Theor Med Bioeth.* 2013;34(3):207–26.
37. WHO. Palliative Care [Internet]. World Health Organization. 2021 [cited 2021 Mar 22]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
38. Rodrigues P, Crokaert J, Gastmans C. Palliative Sedation for Existential Suffering: A Systematic Review of Argument-Based Ethics Literature. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2018;55(6):1577–90. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.01.013>
39. Sataloff RT, Johns MM, Kost KM. Integrating Palliative Care and Symptom relief into primary health care. World Health Organization; 2018. p. 9–10.
40. Cuidados Paliativos - SNS [Internet]. Serviço Nacional de Saúde. 2021 [cited 2021 Apr 27]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/>
41. Equipas de Cuidados Paliativos - SNS [Internet]. Serviço Nacional de Saúde. 2021 [cited 2021 Mar 24]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/unidades-de-cuidados-paliativos/>
42. Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *Eur J Palliat Care.* 2009;16(6):278–89.
43. Trankle SA. Decisions that hasten death: Double effect and the Experiences of Physicians in Australia. *BMC Med Ethics.* 2014;15(1).
44. Janssens R, van Delden JJM, Widdershoven GAM. Palliative sedation: not just normal medical practice. Ethical reflections on the Royal Dutch Medical Association’s guideline on palliative sedation. *J Med Ethics.* 2012;38(11):664–8.
45. Riisfeldt TD. Weakening the ethical distinction between euthanasia, palliative opioid use and palliative sedation. *J Med Ethics.* 2019;45(2):125–30.

46. Arima H. Continuous deep sedation and the doctrine of double effect: Do physicians not intend to make the patient unconscious until death if they gradually increase the sedatives? *Bioethics*. 2020;34(9):977–83.
47. Riisfeldt TD. A response to critics: Weakening the ethical distinction between euthanasia, palliative opioid use and palliative sedation. *J Med Ethics*. 2020;46(1):59–62.
48. Assembleia da República. Lei n.º 31/2018 de 18 de julho - Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida [Internet]. Vol. 137, Diário da República, 1ª série. 2018. Available from: <http://visao.sapo.pt/actualidade/sociedade/2018-05-29-Eutanasia-Em-que-paises--e-em-que-condicoes--e-possivel-a-morte-assistida>
49. Baker JI. Ethics at the end of life. *Healthc ETHICS Commun - Med (United Kingdom)* [Internet]. 2020;48(10):647–50. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mpmmed.2020.07.015>
50. Mike B, Kevin S, Lesley B. CPR decision-making by elderly patients. *J Med Ethics*. 1998;24(2):134.
51. RENTEV - SPMS [Internet]. Serviço Nacional de Saúde. 2021 [cited 2021 Mar 29]. Available from: <https://www.spms.min-saude.pt/2015/06/rentev-2/>
52. Wheatley VJ, Finlay IG. Ethical issues in palliative care [Internet]. Vol. 39, SOCIAL AND ETHICAL ISSUES. Elsevier Ltd; 2011. p. 680–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmmed.2011.08.002>
53. Browne J, Dittborn M, Brierley J. The doctrine of double effect. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2021;1–2.
54. Frugé C. Possible intentions and the doctrine of double effect. *Ethics, Med Public Heal* [Internet]. 2019;8:11–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2018.12.001>
55. Davies J. Altruism Towards The End Of Life. *J Med Ethics*. 1993;111–3.
56. Fitz Patrick WJ. The Doctrine of Double Effect: Intention and permissibility. *Philos Compass*. 2012;7(3):183–96.
57. Rodolfo Figueroa G. Consentimiento informado en la nueva ley de derechos de los pacientes. *Rev Med Chil*. 2012;140(10):1347–51.
58. Ashby MA, Morrell B. The Power of Knowledge, Responses to Change, and the Gymnastics of Causation. *J Bioeth Inq*. 2018;15(1):1–4.

Glossário

Consequencialismo: um termo filosófico criado por Elizabeth Anscombe em “Modern Moral Philosophy”, 1958, para defender a tese de que um agente é responsável tanto pelas consequências intencionais de um ato, como pelas não intencionais quando previstas e não evitadas.

Leges artis: Denota que uma determinada intervenção é realizada de forma correta, em cumprimento da lei, com os modos de arte. Usada especialmente num contexto médico. A 'arte' referência a medicina.

Locus classicus: Uma passagem autorizada de uma obra padrão que é frequentemente citada como uma ilustração. Um caso clássico ou exemplo.

Praeter intentionem: Ocorre quando o resultado prejudicial é maior do que o pretendido e há falta de intenção de cometer um erro tão grave como o cometido. Acontece quando alguém planeava fazer algo negativo, mas as suas ações acabaram por produzir algo pior.

Prima facie: Expressão latina que significa: “no seu primeiro encontro” ou “à primeira vista”. A tradução literal seria “à primeira face” ou “à primeira aparência”, a partir das formas femininas de primus (“primeiro”) e fácies (“face”), ambas no caso ablativo. Expressão utilizada no direito civil, no direito penal e na filosofia académica.

Primum non nocere: Frase latina que significa “primeiro, não fazer mal”. A frase é por vezes registada como primum nil nocere. Uma falta ou ausência de maleficência. A não maleficência, que deriva da máxima, é um dos principais preceitos da bioética e é um princípio fundamental mundialmente.

Scholasticus: Emprestado do grego antigo σχολαστικός (skholastikós), relacionado especialmente com uma escola de retórica

Summa Theologicae: Título da obra básica de São Tomás de Aquino, frade, teólogo e santo da Igreja Católica, um corpo de doutrina que se constitui numa das bases da dogmática do catolicismo e considerada uma das principais obras filosóficas da escolástica. Foi escrita entre os anos de 1265 a 1273.