

# A influência da religião nas decisões de fim-de-vida

## *Religion influence on end-of-life decisions*

Carolina Paulino

### Resumo

As decisões de fim de vida (DFV) englobam as decisões de não reanimação e as de suspensão ou abstenção de início de terapêuticas que suportam a vida. Estes conceitos emergiram nas últimas três décadas, numa tentativa de prevenir a instituição de terapêuticas que não beneficiam o doente, prolongando apenas a sua vida. Com a globalização, tem-se assistido a um aumento gradual da interacção entre diferentes religiões. Estas apresentam diferentes crenças e opiniões no que respeita à intervenção do doente, médico e família nas DFV e mesmo sobre o tipo de DFV e considerações éticas face à morte. A clarificação da religião do doente pode levar a uma melhor comunicação entre o médico, o doente e familiares permitindo uma tomada de decisões mais consistente relativamente aos cuidados de fim de vida.

Palavras chave: Decisões de fim-de-vida, religião, ética, cultura

### Abstract

*End-of-life decisions (ELD) includes medical options of whether or not to resuscitate, to withdrawing or withholding from life support treatment. These concepts have emerged over the past three decades in an attempt to prevent the institution of therapies that do not provide any additional improvement of patient's life except just prolonging it. Globalization has enabled an associated gradual increase with interactions amongst various religions. These religions share different beliefs and points of views regarding the involvement of doctors, patients and the family in ELD and the ethics involved when facing death. The clarification of patient's religious beliefs can lead to a better communication between the doctor, the patient and their families and enabling thus a more consistent decision making regarding end-of-life care.*

*Key words: End-of-life decisions, religion, ethics, culture*

### INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos e científicos na Medicina proporcionam ao médico a possibilidade de prolongar a vida contudo, nem sempre com a qualidade desejável. O médico, cuja formação e empenho é vocacionado para prevenir e curar as doenças, vê-se cada vez mais obrigado a reflectir sobre a sua conduta e os limites ao prolongamento artificial da vida.

Segundo parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, “é ética a interrupção de tratamentos desproporcionados e ineficazes, mais ainda quando causam incómodo e sofrimento ao doente, pelo que essa interrupção, ainda que vá encurtar o tempo de vida, não pode ser considerada eutanásia”.<sup>1</sup> Coloca-se então a questão sobre o benefício claro para o doente de determinadas terapêuticas, ou se corresponderão antes a distanásia. Tal facto, tem levado por todo o mundo a discussões no âmbito da bioética respeitantes ao estabelecimento de decisões de Fim-de-Vida (DFV).

As DFV englobam um leque de decisões, desde as de não reanimação, até às decisões de suspensão activa de uma terapêutica que suporta a vida (*withdrawing*) ou abstenção de início de terapêuticas para suporte da vida (*withholding*).<sup>2</sup> Estes conceitos emergiram nas últimas três décadas, numa tentativa de prevenir a instituição de várias medidas que não beneficiam o doente.

Do ponto de vista ético, não existe distinção moral entre suspender ou não iniciar tratamentos que apenas prolongam a vida contudo, esta perspectiva não é universalmente aceite e alguns Eticistas e Intensivistas defendem uma clara diferença entre as duas medidas.<sup>3</sup> É nesse sentido que algumas religiões fazem distinção entre estes dois conceitos e até, na prática clínica, se verifica uma relutância superior por parte dos clínicos quanto à suspensão de medidas comparativamente ao não início das mesmas.

Se no passado se considerava que era o médico o único responsável por todas as DFV pois era dotado dos conhecimentos científicos, experiência e princípios éticos que o capacitavam para tal decisão, actualmente defende-se que o doente deve participar de forma activa na tomada de decisões sobre a sua vida. Assim, fica assegurado o princípio de beneficência, sem nunca relevar o princípio da autonomia.

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental  
Recebido para publicação a 10.09.13  
Aceite para publicação a 24.10.13

Estima-se que entre 65% a 90% de todas as mortes em Unidades de Cuidados Intensivos (ICU) ocorram depois de uma decisão de abstenção de terapêuticas.<sup>4,5</sup>

Em Portugal, existem poucos dados respeitantes às condutas dos médicos face a DFV. Parece contudo, existir uma progressiva aceitação da necessidade de proceder a DFV. Em 1996, 24 médicos Intensivistas portugueses participaram num estudo Europeu<sup>6</sup> sobre DFV. Nesta altura, apenas 17% afirmaram aplicar decisões de não reanimação. Cinco anos mais tarde, um estudo de Teresa Cardoso,<sup>7</sup> efectuado a 266 médicos de várias Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) nacionais, verificou que mais de 95% dos médicos afirmavam tomar DFV. Estas decisões eram na sua maioria efectuados pela equipa médica, com pouca participação dos enfermeiros, doentes ou familiares.

A discussão em torno das DFV centra-se também sobre quem deve ser envolvido no processo de decisão e quais os critérios para tomar estas decisões. Se o médico detinha todo o poder da decisão, com a crescente discussão bioética que motiva estas decisões e pelo princípio da autonomia, o doente é cada vez mais envolvido bem como os familiares ou alguém considerado responsável. Estima-se que em Portugal, tal como noutros países, o número de médicos que discute as DFV com os doentes/ familiares é cerca de três vezes inferior àqueles que consideram importante fazê-lo.<sup>6-7</sup>

### IMPORTÂNCIA DA RELIGIÃO NAS DECISÕES DE FIM-DE-VIDA

As práticas médicas relacionadas com cuidados de fim de vida variam bastante nos diferentes países e entre culturas e religiões.<sup>8-11</sup> Mesmo perante situações clínicas semelhantes, os médicos têm diferentes abordagens consoante a sua idade, experiência profissional, crenças éticas, sociais e morais.<sup>7,12-14</sup> Também as decisões do doente e familiares no fim-de-vida são influenciadas por factores culturais, religiosos, sociais, económicos e legais.<sup>15</sup> Todos estes factores determinam a maneira como os doentes interpretam a doença, o sofrimento e a morte.

Com o crescente movimento migracional e maior globalização, tem-se assistido a uma progressiva interacção entre religiões.<sup>16</sup> Surge assim a possibilidade de nos depararmos com doentes de religiões muito diferentes das que conhecemos e portanto com pontos de vista diferentes no que respeita a intervenção do doente, médico e família nas DFV e mesmo sobre o

### QUADRO I

Linhas de orientação das várias religiões relativamente às decisões de fim-de-vida.

Religião	Suspensão de tratamentos*	Não início de tratamentos*	Efeito Duplo**
Católicos	Sim	Sim	Sim
Protestantes	Sim	Sim	Sim
Ortodoxos Gregos	Não	Não	Não
Judeus	Sim ***	Não	Sim
Muçulmanos	Sim	Sim	Sim
Hindus	Sim	Sim	----
Budistas	Sim	Sim	Sim
Taoistas	----	----	----
Confucionistas	Não	Não	----

\* Relativo a conjunto de medidas e terapêuticas fundamentais para suporte da vida; \*\* Efeito duplo: alívio da dor é permitido, mesmo que precipite não intencionalmente a morte; \*\*\* Depende se as terapêuticas são utilizadas de modo contínuo ou intermitente.

tipo de DFV, o tempo para a limitação de terapêutica e considerações éticas face à morte.<sup>13,17</sup>

Segundo o estudo *Ethiccatt*,<sup>18</sup> a influência da religião nas DFV é complexa. Os autores constataram que, além da religião, é fundamental perceber o modo como cada indivíduo se considera a si próprio relativamente à religião a que pertence. Os indivíduos que se definiram como religiosos eram a favor de mais investimento em termos de tratamento, prolongamento da vida e menos apoiantes da eutanásia activa, comparativamente aos que se definiram apenas como filiados a uma religião. As diferenças verificadas foram transversais a profissionais de saúde, familiares e doentes.

### A POSIÇÃO DAS DIFERENTES RELIGIÕES

A posição de diferentes religiões face às decisões de fim de vida são conhecidas (*Quadro I*).

O Papa João Paulo II, expressou em 1995, através do *Evangelium vitae*<sup>19</sup> a posição oficial da Igreja Católica face a decisões de fim-de-vida. Segundo esta, é permitido retirar ou não iniciar terapêuticas fúteis, onerosas, perigosas, extraordinárias ou despropor-

cionadas face ao resultado. Permite também aliviar a dor e sofrimento durante o processo de morte, mesmo que isso signifique um encurtamento da vida como um efeito adverso não intencional, designado duplo efeito.

A maioria das **Igrejas Protestantes** aceita, embora com controvérsia, a suspensão ou o não início de terapêuticas inúteis, de acordo com a decisão do médico.<sup>20</sup>

A **Igreja Ortodoxa Grega** rejeita o antecipar da morte na sequência de suspensão de terapêuticas, condenando qualquer acto médico que não contribua para o prolongar da vida.<sup>17</sup> O Comité de Bioética da Igreja da Grécia declarou: “Existe sempre a possibilidade de uma avaliação médica errada ou um resultado imprevisível da doença ou até mesmo um milagre”.<sup>21</sup> Segundo os seus seguidores, a morte não é considerada um evento biológico mas antes um mistério, com um carácter sagrado, espiritual e como uma grande dádiva.<sup>22</sup> De realçar que embora 96% dos seus membros considere importante a comunicação do diagnóstico ao doente na fase terminal, apenas 23% concorda que o doente seja informado do prognóstico da doença.<sup>13</sup>

O **Judaísmo** não permite a suspensão de tratamentos que sustentem a vida, considerando a vida humana de valor infinito; contudo permite a suspensão de tratamentos que apenas a prolonguem. *Halachá*, o conjunto de leis da religião Judaica, não permite a antecipação da morte mesmo nos doentes terminais, embora considere não haver obrigação para prolongamento activo do sofrimento ou para o sofrimento de um doente que está a morrer.<sup>23</sup> Pertinente é a interpretação dos Judeus sobre o uso de terapêuticas de suporte intermitentes. Se uma terapêutica que é administrada intermitentemente for descontinuada, é interpretada como uma não administração de nova terapêutica e não como uma interrupção dessa terapêutica.<sup>23</sup> A Nova Lei Israelita vai de encontro à *Halachá*, proibindo a suspensão de terapêuticas de suporte de vida contínuas mas permitindo a suspensão de terapêuticas intermitentes que apenas prolonguem a vida.<sup>24</sup> Deste modo, a ventilação invasiva sendo uma forma de suporte vital contínuo, não pode ser suspensa. Contudo, podendo prolongar o sofrimento e no caso de não ser desejada pelo doente, quer a Nova Lei quer a *Halachá* permitem alterar o tipo de suporte ventilatório de contínuo para intermitente o que poderá conduzir

à morte. Assim, conceptualmente a morte ocorre de acordo com os desejos do doente e é moralmente aceite, pois ocorre por omissão e não por comissão.

Segundo a religião **Islâmica**, baseada no Alcorão e na Suna, é permitida a suspensão e o não início de terapêuticas que apenas prolonguem a vida, em estados terminais, sendo que a intenção nunca poderá ser a morte prematura.<sup>25-27</sup> Tem contudo que estar garantido que tais medidas visam apenas eliminar sofrimento, que de outra forma seria impossível atenuar e, todos os familiares envolvidos nesta decisão, devem estar de acordo. O médico pode administrar medicação para alívio sintomático embora possa causar morte precoce, mas sempre com o objectivo de alívio de dor física ou stress psicológico.<sup>27</sup> Os Muçulmanos são contra o esclarecimento do doente sobre uma doença terminal. Esta posição pode contrariar as leis de vários países que defendem a autonomia do doente e o seu consentimento informado. Porém, no contexto desta religião, a informação directa do doente sobre o seu estado terminal é considerado não ético.<sup>16</sup>

Na religião **Hindu** não existe uma autoridade central única pelo que existem diversas interpretações e opiniões sobre DFV. Os Hindus acreditam no *Karma*, uma lei causal em que todos os actos e pensamentos humanos tem consequências e a morte é uma passagem para outra vida. O modo como se morre é importante, uma “má morte” é uma morte violenta, prematura, no sítio errado e expressa por vômitos, fezes, urina ou uma expressão facial não agradável. As ordens de não reanimação são geralmente aceites, sendo desejável uma morte pacífica, “boa morte”.<sup>28</sup>

As religiões mais comuns na China são o **Budismo**, **Taoísmo** e **Confucionismo**. Uma mistura tão grande de religiões numa mesma população, leva a diferentes opiniões quanto às DFV. Contudo, o tema da morte não é discutido o quanto seria desejável, não havendo muita informação sobre esta temática. Segundo o Confucionismo, as medidas de DFV não devem ser praticadas e considera que toda a informação sobre a condição clínica do doente deve ser fornecida apenas aos familiares, protegendo o doente da responsabilidade do conhecimento da sua doença.<sup>17</sup> A religião Budista é mais flexível, adaptando-se com facilidade à cultura do país em que o doente está inserido e seguindo as suas tradições. A cultura local é o factor mais determinante no relacionamento entre médico e doente. Os Budistas não têm a obrigação ética de preservar a vida

a todo o custo, pelo que é comum a ocorrência de DFV e o alívio da dor mesmo que isso conduza à morte.<sup>29</sup>

### A RELIGIÃO NA PRÁTICA CLÍNICA

Sprung e colaboradores,<sup>2,13</sup> a partir do estudo *Ethicus*, avaliaram a influência da religião e cultura nas DFV nas UCIs Europeias. Concluíram que o não iniciar de terapêuticas ocorre mais frequentemente nos médicos Judeus (81%), Ortodoxos Gregos (78%), ou Muçulmanos (63%) enquanto que a suspensão de terapêuticas ocorre mais frequentemente nos médicos Católicos (53%), Protestantes (49%) ou sem religião (47%). Ainda segundo o mesmo estudo, a vontade do doente sobre as DFV apenas era conhecida em 25% dos casos,<sup>13</sup> com maior preponderância quando o médico era Protestante. Pensa-se que esta diferença esteja relacionada com maior consideração pela autonomia do doente no Norte da Europa e atitudes mais “paternalistas” dos Católicos do Sul. Tal facto serve de explicação à diferença observada entre suspensão de terapêuticas que ocorre no Norte da Europa (47%) comparativamente com o Sul (18%).<sup>16</sup>

No caso de países com maior proximidade geográfica, semelhanças são verificadas na temática das DFV o que reflecte a proximidade das suas culturas. Comparando países como Portugal, Espanha e Itália verificou-se que existem em todos uma maior proporção de doentes que desejam morrer em casa do que o que na realidade ocorre e baixa incidência de DFV, comparativamente com os países nórdicos.<sup>30</sup> A explicação para estas semelhanças foi atribuída aos fortes laços familiares e à religião. O catolicismo foi considerado um factor chave na explicação de um perfil mais “pró-vida” das DFV dos médicos Portugueses, Espanhóis e Italianos que inclui: informação gradual sobre a situação clínica, maior “paternalismo” na prática clínica, preferência pela sedação no fim de vida relativamente a outras medidas e considerações pela abordagem da morte e dor.<sup>30</sup>

Em Portugal, segundo um estudo que englobou 450 médicos Oncologistas, o autor concluiu que a religião influenciava significativamente as atitudes dos médicos face às DFV.<sup>31</sup> Verificou que os médicos católicos praticantes suspendiam medidas de suporte de vida menos frequentemente comparativamente aos católicos não praticantes ( $p=0.039$ ). No mesmo estudo, verificou um grande respeito pela autonomia do doente, uma vez que a maioria dos médicos Oncologistas Portugueses era a favor da suspensão de medidas que suportam a vida contudo favore-

cendo a suspensão de medidas a pedido do doente e menos frequentemente a pedidos de terceiro ou por sua iniciativa. A maioria dos médicos não era a favor da suspensão da alimentação ou hidratação, provavelmente por considerarem tratar-se de medidas básicas essenciais.

### CONCLUSÃO

Os últimos 25 anos criaram novos desafios às instituições religiosas no que respeita as DFV. Tiveram que formular pareceres sobre novos temas, de grande impacto na população, para os quais não têm conhecimentos científicos nem bases religiosas actualizadas que os orientem. Esta ideia é bem expressa na Declaração do Comité de Bioética da Igreja Grega: “A tecnologia médica moderna contribuiu muito para a cura de várias doenças. Ao mesmo tempo, contudo, a integração da tecnologia na Medicina produziu formas não precedentes de morte ou condições de sobrevivência sem dor incompatíveis com a vida, conduzindo a novos dilemas e trazendo questões sem resposta”.<sup>21</sup>

Contudo, mesmo no seio da mesma comunidade religiosa podem ser observadas diferentes opiniões face a DFV. Isto reflecte as diferenças culturais e o impacto de processos de integração e aculturação na comunidade em que vivem. Geralmente, imigrantes recentes aderem mais às regras da religião e cultura do seu país de origem, enquanto que as 2ª ou 3ª gerações de imigrantes frequentemente estão aculturados à bioética dominante do novo país. Contudo, é preciso reconhecer que face a situações críticas, como a morte, muitos indivíduos tendem a guiar-se pelas suas origens culturais e religiosas sendo fundamental o conhecimento das perspectivas religiosas de cada doente.<sup>17</sup>

Perceber a influência que a religião pode ter nas DFV pode explicar conflitos e ajudar no desenvolvimento de consensos e normas orientadoras para situações complexas e com características individuais, onde regras e *guidelines* não podem ser impostas.

Decisões que contrariem as crenças religiosas ou pessoais do doente, efectuadas sem o seu conhecimento ou discussão prévia, ou dos seus familiares, representam um sério problema ético devendo ser evitadas. ■

### Bibliografia

1. Concelho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Parecer sobre os

- Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o final da vida (11/ CNECV/95).
2. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA* 2003;290:790-797.
  3. Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. This Official Statement of the American Thoracic Society was adopted by the ATS Board of Directors, March 1991. *Am Rev Respir Dis* 1991;144:726-731.
  4. Smedira NG, Evans BH, Grais LS, Cohen N, Lo B, Cooke M et al. Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *N Engl J Med* 1990; 322:309-315.
  5. Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;155:15-20.
  6. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med* 1999;27:1626-1633.
  7. Cardoso T, Fonseca T, Pereira S, Lencastre L. Life-sustaining treatment decisions in Portuguese intensive care units: a national survey of intensive care physicians. *Crit Care* 2003;7:R167-175.
  8. Pochard F, Abroug F. End-of-life decisions in ICU and cultural specificities. *Intensive Care Med* 2005;31:506-507.
  9. Vincent JL. Cultural differences in end-of-life care. *Crit Care Med* 2001;29:N52-55.
  10. Blank RH. End-of-Life Decision Making across Cultures. *J Law Med Ethics* 2011; 39(2):201-214.
  11. Gysels M, Evans N, Meñaca A, Andrew E, Toscani F, Finetti S et al. Culture and End of Life Care: A Scoping Exercise in Seven European Countries. *PLoS One* 2012;7(4):e34188
  12. Athanazio RA, Barbetta MC, Bitencourt AG, Neves FS, Torreão LA, Agareno S et al. Decisions about withholding and withdrawing treatment on terminal patients in intensive care units. *Rev bras ter Intensiva* 2005;17:181-184.
  13. Sprung CL, Maia P, Bulow HH, Ricou B, Armaganidis A, Baras M et al. The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med* 2007;33:1732-1739.
  14. Wilkinson DJ, Truog RD. The luck of the draw: physician-related variability in end-of-life decision-making in intensive care. *Intensive Care Med* 2013; Feb 22.
  15. Bitencourt AG, Dantas MP, Neves FB, Almeida A, Melo R, Albuquerque L et al. Therapeutic Limitation Conducts in Intensive care Unit Patients. *Rev bras ter Intensiva* 2007;19:137-142.
  16. Carlet J, Thijs LG, Antonelli M et al. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med* 2004;30:770-784.
  17. Bulow HH, Sprung CL, Reinhart K et al. The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2008;34:423-430.
  18. Bulow HH, Sprung CL, Baras M, Carmel S, Svantesson M, Benbenishty J et al. Are religion and religiosity important to end-of-life decisions and patient autonomy in the ICU? The Ethicatt study. *Intensive Care Med* 2012; 38:1126-1133.
  19. Pope John P, II. *Evangelium Vitae*. *Origins* 1995;24:689, 91-730.
  20. Pauls M, Hutchinson RC. Bioethics for clinicians: 28. Protestant bioethics. *CMAJ* 2002;166:339-343.
  21. The Holy Synod of the Church of Greece, Bioethics Committee (2007): Basic positions on the ethics of euthanasia. [www.bioethics.org.gr](http://www.bioethics.org.gr)
  22. Hatzinikolaou N. Prolonging life or hindering death? An Orthodox perspective on death, dying and euthanasia. *Christ Bioeth* 2003;9:187-201.
  23. Ganz FD, Benbenishty J, Hersch M, Fischer A, Gurman G, Sprung CL. The impact of regional culture on intensive care end of life decision making: an Israeli perspective from the ETHICUS study. *J Med Ethics* 2006;32:196-199.
  24. Steinberg A, Sprung CL. The dying patient: new Israeli legislation. *Intensive Care Med* 2006;32:1234-1237.
  25. Daar AS, al Khitamy AB. Bioethics for clinicians: 21. Islamic bioethics. *CMAJ* 2001;164:60-63.
  26. Ebrahim AF. The living will (Wasiyat Al-Hayy): a study of its legality in the light of Islamic jurisprudence. *Med Law* 2000;19:147-160.
  27. Sachedina A. End-of-life: the Islamic view. *Lancet* 2005;366:774-779.
  28. Firth S. End-of-life: a Hindu view. *Lancet* 2005;366:682-686.
  29. Keown D. End of life: the Buddhist view. *Lancet* 2005;366:952-955.
  30. Meñaca A, Evans N, Andrew EV, Toscani F, Finetti S, Gómez-Batiste X et al. End-of-life care across Southern Europe: A critical review of cultural similarities and differences between Italy, Spain and Portugal. *Crit Rev Oncol Hematol* 2012;82(3):387-401.
  31. Gonçalves J. Attitudes toward end-of-life situations other than euthanasia and assisted suicide among Portuguese oncologists. *Support Care Cancer* 2010; 18:1271-1277.