EUTANÁSIA

QUESTÕES EM DEBATE

8 CONGRESSO NACIONAL DE BIOÉTICA

19-20 Outubro 2007

RESUMOS

Organização:
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA
E SERVIÇO DE BIOÉTICA E ÉTICA MÉDICA – FMUP

Presidente:
RUI NUNES

IVONE DUARTE (Secretária-geral)

Comissão Organizadora:
CRISTINA BRANDÃO
GUILHERMINA REGO
HELENA MELO
MIGUEL RICOU
CATARINA CANÁRIO

U. FMUP BIOÉTICA

bioética
associação portuguesa de bioética

Ficha Técnica

Título Original

Livro de Resumos do 8º Congresso Nacional de Bioética

Autores

Rui Nunes e Guilhermina Rego

Projeto Gráfico e Diagramação

Fortunato Cardoso Silva

1ª Edição

janeiro 2020

ISBN

978-989-54596-5-0

EUTANÁSIA
QUESTÕES EM DEBATE

Livro de Resumos

8º Congresso Nacional de Bioética

Rui Nunes

Guilhermina Rego

8.º CONGRESSO NACIONAL DE BIOÉTICA

PALAVRAS DE ABERTURA

RUI NUNES[1]

O problema da morte sempre suscita inúmeras dúvidas existenciais, sobretudo quando existe a possibilidade de intervir medicamente para aliviar a dor e o sofrimento abreviando assim a sua ocorrência. De facto, a evolução da medicina originou a possibilidade de prolongar a existência humana para além daquilo que é razoável, pelo que as sociedades democráticas e plurais têm questionado os limites da intervenção médica em doentes terminais. Simultaneamente assistiu-se recentemente à despenalização da eutanásia na Holanda tendo sido apresentados diversos argumentos a favor desta prática. Estes argumentos radicam essencialmente na qualidade de vida do moribundo e no dever de respeito da sua dignidade face à degradação evidente das suas condições de vida.

Também em Portugal cresce a noção de que, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, os doentes devem ser livres de recusar determinados tratamentos, à luz do princípio do respeito pela autonomia individual. Assim, é já hoje possível qualquer doente, capaz e competente, recusar um tratamento médico, mesmo que desta forma se abrevie o momento da morte. A discussão pública ao longo do último ano em tomo da legalização das Directivas Antecipadas de Vontade - em especial o Testamento Vital - é de isso um bom exemplo. Mais ainda, em doenças incuráveis e terminais tem-se questionado se este direito à autodeterminação é ilimitado, nomeadamente no atinente ao pedido para terminar a própria vida, ou se existem fronteiras que não devem ser ultrapassadas. A classe médica, em concreto, tem-se manifestado sistematicamente contra a legalização da eutanásia pelo carácter sagrado e inviolável da vida humana.

Por todos estes motivos o tema do 8º Congresso Nacional de Bioética é a eutanásia, limites e alternativas. Ao longo deste evento serão abordados temas de particular relevo, desde a realidade nacional sobre a morte assistida à problemática do testamento vital ou mesmo dos cuidados paliativos. Porém, e apesar do debate em tomo da eutanásia dever ser livre, aberto e tolerante, deve igualmente considerar-se que um pedido de eutanásia - por ter subjacente um apelo de alguém que se encontra isolado e em profundo sofrimento - deve ser abordado sem preconceitos ideológicos ou ortodoxias de pensamento.

[1] Presidente do 8.º Congresso Nacional de Bioética

Ou seja, para muitos doentes a solidão em que se encontram pode implicar que a morte assistida, quer na forma de eutanásia ou de assistência ao suicídio, seja a solução final, ainda que não desejada, para o seu problema existencial. Assim, a prevenção da dor e do sofrimento pode trazer um novo sentido à vida quando a morte é o desfecho mais previsível.

Este tema não se esgotará porventura no 8º Congresso Nacional de Bioética. Porém, ao abordar esta temática com clareza e transparência o Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina do Porto e a Associação Portuguesa de Bioética dão o seu contributo para a construção de uma sociedade verdadeiramente democrática e plural.

EUTHANASIA, ETHICS AND PUBLIC POLICY

JOHN KEOWN[1]

This paper will outline the main ethical arguments which have been advanced in recent years for the decrirninalisation of voluntary active euthanasia (VAE) and/or physician- assisted suicide (PAS), and the main counter-arguments.

lt will focus on recent debates in the Council of Europe, in England and in the United States. It notes that while philosophical arguments about autonomy and the value of life remain significant, no less significant are concerns about the feasibility of effective legal control and, in particular, the risk of a 'slippery slope' from euthanasia with consent to euthanasia without consent.

The paper will outline the experience of two jurisdictions which have relaxed their laws, the Netherlands and Oregon, to consider whether these concerns are well founded.

[1] Professor graduated in law from the University of Cambridge before taking a doctorate at the University of Oxford. After being called to the Bar he lectured in the law and ethics of medicine at the University of Leicester and then at the University of Cambridge, where he was a Fellow of Queens' College and of Churchill College. ln 2003 he was elected to the Rose F Kennedy Chair of Christian Ethics in the Kennedy lnstitute of Ethics at Georgetown University. His publications (which have been cited by bodies including the US Supreme Court and both Houses of Parliament) include Abortion, Doctors, and the Law (1988), Euthanasia Examined (1995), and Euthanasia, Ethics and Public Pol icy (2002), al published by Cambridge University Press, and Considering Physician-Assisted Suicide (2006).

A MORTE NAS SOCIEDADES CONTEMPORÂNEAS

JOÃO BA RRETO[1]

Na sociedade que conhecemos, no chamado mundo ocidental, a morte é um assunto a evitar. Ninguém gosta de reflectir sobre a morte, especialmente a sua própria morte; e, no entanto, todos estão de acordo em que nada é mais certo que morrer. Morte, doença, velhice: eis os temas em que não se deve tocar na conversação civilizada, e nos quais o melhor é mesmo nem pensar ...

Nem sempre foi assim. Historiadores como Philippe Aries mostram como a sociedade medieval era capaz de viver próxima da morte, que era encarada como algo de natural e fazia parte do quotidiano: era a morte "domesticada". As pessoas aceitavam que chegara o momento de morrer, preparavam-se para isso, faziam as suas despedidas e disposições, e finavam-se no seio da família e junto dos amigos mais chegados.

Com o alvor da época moderna e a ascensão do individualismo , a morte passou a ser encarada cada vez mais como um incidente privado, já não um acontecimento público. No século dezanove surge na arte a representação dramática do moribundo e do cadáver: morrer é visto como uma violência, uma interrupção da ordem, algo que pode ser umas vezes belo e exaltante, outras vezes trágico, mas sempre uma rotura. Esta concepção romântica, que transparecia sobretudo na música e na pintura, cedeu depois o lugar à noção mais realista de que a morte é coisa horrível e repelente, a combater a todo o custo, senão na sua inevitável realidade, pelo menos na sua representação mental e social.

Assim se veio progressivamente a proscrever a morte da comunicação entre pessoas, do ensino e mesmo, em certo sentido, da prática médica. Primeiro nos meios protestantes do Norte da Europa e nos Estados Unidos, depois pouco a pouco nos países católicos do Mediterrâneo e latino-americanos, a morte tornou-se um assunto de que se evita falar, e morrer passou a ser um acontecimento a esconder das vistas do público. Hoje a maioria dos óbitos ocorre em hospitais ou instituições de assistência e j á não no domicílio. As crianças já não presenciam a morte dos parentes, que lhes é muitas vezes ocultada com desculpas fantasiosas. O próprio luto foi sendo aliviado a ponto de desaparecer em muitos meios. Assim, a par com o esbatimento progressivo do pudor do sexo, instalaram-se para ficar os novos pudores da doença, da velhice, e, o maior deles todos, da morte. Elizabeth Kübler-Ross descreveu com agudeza este processo repressivo que conduz ao que se tem chamado a morte interdita.

Em grande parte, esta evolução foi favorecida pela medicalização da vida moderna. Acredita-se que a Medicina tem meios para combater toda a espécie de enfermidades, e a morte surge então como uma espécie de fracasso. O médico sente-se de certo modo responsável pela morte do enfermo. Muitas vezes os médicos lutam para manter o doente terminal em vida, por mais uns dias ou semanas, por não desejarem assumir a responsabilidade de deixar vir a morte. O prolongamento da vida tornou-se uma obsessão e um desafio técnico: o médico não quer ser derrotado pela doença, os parentes sentem-se obrigados a fazer tudo para assegurar a manutenção da vida, e consequentemente o doente é conduzido

[1] Professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

para um ambiente hospitalar onde, se é certo que pode achar alívio para alguns sintomas, também é verdade que se vai encontrar muito mais isolado do que na sua própria casa.

Sociólogos como Norbert Elias chamaram a atenção para a solidão dos que estão para morrer. Os doentes em estado terminal têm hoje certamente melhor assistência em termos estritamente clínicos do que em épocas passadas, mas a família está muito mais distante, não só física como psicologicamente. Por vezes os parentes não querem incomodar o paciente, ou incomodar-se a si próprios, e fingem que tudo vai menos mal. Então o doente finge também, e o resultado dessa espécie de comédia trágica é que ele acaba por sentir-se irremediavelmente só, definitivamente só, quando mais precisaria de uma presença amiga.

O pedido de ajuda para morrer tem então muitas vezes o significado de um apelo a um gesto de solidariedade. É em resposta a situações deste tipo que se desenvolve a Medicina dos Cuidados Paliativos, com o objectivo de suavizar os últimos dias, proporcionando ao moribundo o alívio físico possível junto com o conforto moral. Assim a morte, tornada mais humana, deixará de ser vista como um problema, no sentido em que falava Gabriel Marcel, para ser assumida como o momento final e misterioso da vida.

REFERÊNCIAS:

Aries, Philippe. O *homem perante a morte.* Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1982.

Aries, Philippe. *Sobre a história da morte no Ocidente desde a Idade Média.* 2ª ed. Teorema, Lisboa, 1989.

Dufresne, Jacques. *Le chant du cygne, mourir avec dignité.* Editions du Meridien, Montréal, 1992.

Elias, Norbert. *A solidão dos moribundos.* Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 2001.

Gorer, G. *Death, grief and mourning in contemporary Britain.* Doubleday, Nova Iorque, 1965.

Kübler-Ross, Elizabeth. *On death and dying.* Macmillan, Nova Iorque, 1969.

Marcel, Gabriel. *Tu ne mourras pas.* Textes choisis et présentés par Anne Marcel. Éditions Arfuyen, 2005.

Morin, Edgar. *L 'homme et la mort.* Seuil, Paris, 1970.

MORTE E DIGNIDADE NUMA PERSPECTIVA JURÍDICA

STELA BARBAS[1]

- Introdução.
- Delimitação conceituai dos termos empregues para efeitos da presente exposição.
- A morte: aspectos jurídicos.
- A dignidade da pessoa humana como fundamento da República Portuguesa (Artigo 1º da Constituição da República Portuguesa).
- O equacionar de alguns direitos: eventuais colisões e sua ponderação.
- Autonomia privada: noção, conteúdo e limites.
- Direito a viver (direito à vida) / dever de "(sobre)viver" ?

"The obligation to respect and to protect the dignity of a terminally ill or dying person derives from the inviolability of human dignity in all stages of life. This respect and protection find their expression in the provision of an appropriate environment, enabling a human being to die in dignity." in Recornmendation 1418 (1999) of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe on Protection of the Human Rights· and· Dignity- of. the Terminally III and the Dying (nº 5).

[1] Doutora em Direito pela Universidade Autónoma de Lisboa. Mestre em Direito pela Universidade de Coimbra. Professora universitária.

INQUÉRITO NACIONAL À PRÁTICA DA EUTANÁSIA

RUI NUNES[1]

O debate social e político a propósito da eutanásia origina uma acesa controvérsia num diálogo nem sempre construtivo em torno do conceito de morte com dignidade. Porém, apesar da importância deste debate apaixonado - e em crescente discussão na nossa sociedade - existe uma manifesta falta de informação objectiva sobre os motivos que podem originar um pedido desta natureza.

O objectivo deste estudo é, precisamente, contribuir para o conhecimento da realidade portuguesa no que respeita à prática da eutanásia. Importa conhecer qual a estrutura do processo de decisão do segmento populacional mais predisposto a efectuar um pedido com este objectivo. Isto é, pretendeu-se efectuar uma análise sociológica, e a consequente avaliação ética, sobre a plausibilidade da nossa população estar hoje mais predisposta à prática da eutanásia do que no passado, bem como à reflexão sobre as estratégias mais adequadas para prevenir a sua ocorrência.

Esta análise pretendeu avaliar se a temática da eutanásia é ou não frequentemente suscitada junto da população idosa. Para o efeito, seleccionou-se como população alvo deste estudo, idosos (com mais de 65 anos) que se encontram institucionalizados, e em todo o território nacional (incluindo as regiões autónomas da Madeira e dos Açores). Tendo-se constituído uma amostra de 81 inquiridos. Este estudo não pretendeu abarcar qualquer população doente, no sentido de ser portadora de uma enfermidade que necessitasse de cuidados médicos. A opção por pessoas de idade sem doença que motivasse internamento hospitalar - mas apenas em lares e residências de terceira idade - prende-se com o facto de que se pretendeu evitar a influência da doença, sobretudo se grave e terminal, na capacidade de decisão autónoma. Ou seja, o objectivo foi analisar a opinião de pessoas na fase final do percurso vital, mas com o mínimo de factores externos que pudessem condicionar uma escolha livre e reflectida a propósito da eutanásia.

Dadas as características da população alvo e, portanto, o seu estado de sensibilidade, elaborou- se um questionário em linguagem simples e acessível de modo a ser rapidamente executado, facilmente perceptível, e claramente interpretado por parte dos investigadores. A administração dos questionários foi efectuada no decurso de uma entrevista semi-estruturada por um profissional especializado com cada um dos idosos institucionalizados.

Para além de questões de natureza sócio-demográfica pretendeu- se avaliar essencialmente duas grandes dimensões. Por um lado, se face a um estado muito avançado de doença e com grande sofrimento, o idoso acharia aceitável pedir a um médico (ou outro profissional de saúde) que lhe pusesse fim à vida. Por outro, e ainda que o idoso não quisesse esta prática para si próprio, pretendeu-se saber se este considera importante que a legislação venha a contemplar essa hipótese para outras pessoas. Isto é, para além da licitude intrínseca da prática da eutanásia, de acordo com a escala individual de valores, um objectivo secundário foi perceber se esta prática deve ou não ser legalizada em Portugal.

Este estudo confirma que a grande a maioria das pessoas idosas institucionalizadas - mesmo na ausência

[1] Professor Catedrático da Faculdade de Medicina do Porto, Presidente da Associação Portuguesa de Bioética.

de doença crónica ou terminal - pensa frequentemente sobre o tema da morte e que uma percentagem significativa estaria na disposição não apenas de abreviar o processo de morte, mas inclusivamente de permitir a sua legalização. Por seu turno, e tendo em atenção que a eutanásia nem sempre implica um desejo sério e consistente de terminar a própria vida, importa igualmente definir uma estratégia que permita perceber os reais motivos de um pedido de eutanásia e quais as soluções para minorar o seu impacto. A generalização dos cuidados paliativos - e o correspondente controlo da dor e sofrimento envolvidos em muitos processos de morte -, a promoção de um sentimento de auto-domínio sobre a própria vida - através da generalização das directivas antecipadas de vontade -, e a participação activa da família são alguns dos factores que podem contribuir decisivamente para este desiderato.

TESTAMENTO VITAL

HELENA MELO[1]

A Assembleia-Geral da Associação Portuguesa de Bioética aprovou, em 13 de Outubro de 2006, o Projecto de Diploma n.º P/06/APB/06 que Regula o Exercício do Direito a Formular Directivas Antecipadas de Vontade no Âmbito da Prestação de Cuidados de Saúde e Cria o Correspondente Registo Nacional. O projecto foi entregue pelo seu Presidente, Professor Doutor Rui Nunes, à Assembleia da República, em Novembro do mesmo ano.

Nesta comunicação pretendemos apresentar, nas suas linhas gerais, as principais soluções contidas no projecto de diploma, do qual somos autoras, conjuntamente com o Professor Doutor Rui Nunes, nomeadamente no que concerne ao âmbito pessoal e material de aplicação do diploma, aos requisitos de capacidade indispensáveis à redacção de um documento de directivas antecipadas de vontade e que disposições podem nele ser inseridas . De igual modo discutimos a questão do prazo de eficácia do documento, bem como das normas a que deve obedecer a sua modificação ou revogação.

Pretendemos contribuir para a discussão da eventual regulamentação desta matéria, para a qual não existe legislação específica na matéria, e convidamos todos os presentes a participar neste debate, que incide sobre um problema que em princípio se colocará a todos nós: o de definir que tratamentos queremos ou não receber no fim da nossa vida.

[1] Coordenadora da Unidade de Biodireito do Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina do Porto.

TRANSIÇÃO PARA CUIDADOS PALIATIVOS

MIGUEL RICOU[1], ANA CARDOSO[1], RUI NUNES[2]

Na transição dos cuidados curativos para cuidados paliativos a comunicação assume um papel fundamental. Todo o cuidado e empatia são necessários para anunciar este processo de transição e para assegurar à pessoa doente que não vai ser abandonada mas que vai passar a ser alvo de um cuidado que terá como objectivo o seu bem estar, o alívio das dores, o conforto e o apoio espiritual. A comunicação pode ajudar o paciente a conhecer e compreender a sua doença, ajudando-o a aceitar a incurabilidade e a transformar a esperança em aceitação. Por outro lado, uma má comunicação pode ser prejudicial e ter um impacto emocional extremamente negativo para o paciente.

A tradição na revelação de informação relativa ao diagnóstico e prognóstico de uma doença oncológica varia de país para país. Em Portugal percebe-se que as equipas terapêuticas tendem a proteger os doentes de possíveis danos psicológicos, bem como, têm dificuldades na comunicação de más notícias, em boa parte pela falta de formação na área. Deste modo, acaba por predominar uma atitude paternalista por parte dos profissionais que acaba por não ir de encontro às expectativas dos pacientes. Aliás, esta atitude por parte dos profissionais parece reflectir mais as suas próprias crenças e as suas dificuldades do que as reais preferências dos pacientes.

Deste modo é fundamental o aumento do conhecimento nesta área em Portugal bem como o estabelecimento de critérios que permitam uma melhor orientação dos técnicos na promoção do bem-estar dos pacientes.

[1] Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
[2] Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Presidente da Associação Portuguesa de Bioética.

O ACOMPANHAMENTO ESPIRITUAL

MONS. VÍTOR FEYTOR PINTO[1]

INTRODUÇÃO

O acompanhamento espiritual do doente terminal é uma maravilhosa alternativa à eutanásia.

A eutanásia precipita a morte, muitas vezes escondendo falsos motivos de "compaixão" .

O acompanhamento dá qualidade à fase terminal da vida, convertendo a morte em tempo de plenitude.

1. Este tema - acompanhamento espiritual; porque abrangente, **exige a revisão de conceitos:**

Quem é um doente: é uma pessoa humana, com direitos e deveres, com um caminho percorrido e a percorrer, pessoa em crise global, com sofrimento físico, psicológico, social, com dor, ansiedade e síndrome da solidão, mas também com esperança.

O que é a espiritualidade: é uma característica essencial do ser humano, é inteligência, é afectividade, é vontade, é sensibilidade para valores diferentes. A espiritualidade é muito mais do que religião. O acompanhamento deve ser integral e, por isso, também espiritual. Acompanhar é levar, com alegria, o "peso do outro", partilhar o sofrimento e a capacidade de o vencer.

Como se processa o acompanhamento: ele supõe sempre uma presença continuada. É a terapia de compaixão que supõe sofrer o problema do outro e encontra, na relação de ajuda, a forma terapêutica de que o doente necessita.

2. O ser humano é um ser social e, por isso, tem necessidade constante da relação e de uma relação integral, com a qualidade indispensável, "no encontro inter-pessoal, também espiritual e mesmo sobrenatural" (E.V. 23).

A relação consiste em estar próximo, em dar e receber, em comunicar, amar e ser amado. É esta a relação positiva.

A relação com o doente supõe o conhecimento suficiente da pessoa, do seu problema, das condições envolventes da família, do grupo profissional e de amigos.

A relação com o doente terminal exige a participação dos profissionais e dos familiares e amigos próximos, de todos os que têm responsabilidades pelo cuidar integral. Aqui se inserem também as várias características de uma espiritualidade assumida.

3. O acompanhamento espiritual desafia à cultura dos valores indispensáveis à felicidade da pessoa, no quadro de uma relação integral.

São exigências deste acompanhamento:

Os valores fundamentais: a verdade, a justiça., a liberdade e o amor, essenciais ao equilíbrio da relação.

[1] Coordenador Nacional da Pastoral da Saúde.

Sem eles, na relação, há apenas jogos de interesses (mesmo na aproximação ao momento da morte)

Os bens espirituais, como a cultura (a poesia, a música, o sorrido, a companhia, a ternura), como a qualidade, como a descoberta do sentido da vida (até o porquê do tempo de sofrimento), como a beleza a proporcionar a dimensão estética da vida, traduzida em inúmeros símbolos (um anel, uma fotografia, um beijo).

Também a religião, como forma de comunhão com o transcendente, independentemente da confissão religiosa de cada um. A oração, a contemplação, a intimidade, podem reclamar o rito (o sacramento) como elemento de uma presença e relação assumida (acompanhamento).

O envolvimento afectivo é essencial, na fase terminal da vida e a espiritualidade e a religião fazem parte deste jogo afectivo, indispensável para viver a proximidade do fim.

Tem-se a certeza de que há sempre um "para além" (Elisabeth Kübbler Ross fala de "uma boa recordação").

4. O acompanhamento espiritual é indispensável ao doente terminal, sobretudo tendo em conta que ele está a viver um tempo de síntese, a "síntese da vida". É uma forma de terapia eficaz. E porquê?

Porque o ser humano é espiritual, não tem apenas um corpo com "fracturas", tem também um espírito, onde estas fracturas se repercutem.

Porque o ser humano tem direitos, entre os quais há muitos de natureza espiritual, o direito à informação suficiente, à capacidade de opção, à liberdade de consciência, à expressão religiosa, direitos espirituais de inegável valor.

Porque o ser humano tem deveres, sobretudo para com todos aqueles que ficam e cujo futuro dele depende; mas também consigo mesmo, perante a necessidade de organizar responsavelmente a partida.

Porque o ser humano é sempre religioso, isto é, tem sempre direito a ultrapassar os seus limites, buscando no transcendente (qualquer que ele seja) o sentido para a própria vida. Assim sendo, não lhe pode ser recusada a assistência espiritual, na forma de acompanhamento inerente à sua condição de crente.

5. Impõe-se, então, o direito à assistência espiritual e religiosa, tema de extraordinária actualidade.

Porque a assistência não é um direito das igrejas, é um direito sagrado dos doentes, qualquer que seja o seu custo.

Porque a liberdade de consciência e de religião exige o maior respeito por parte de quantos intervêm no processo terapêutico, sobretudo em situações de maior vulnerabilidade, como é o caso dos doentes em fase terminal.

Porque é reconhecido hoje o valor terapêutico da espiritualidade e da religião e a assistência espiritual e religiosa é parte integrante dos cuidados de saúde. Porque, em Portugal, este direito está consagrado pela Constituição, pela Concordata e pelo Plano Nacional de Saúde, requerendo-se apenas a forma de o garantir e de o regular, través de um serviço organizado.

A CONCLUIR

O direito a morrer com dignidade, implica não a eutanásia, mas antes o acompanhamento integral de um doente em fase terminal, seja pelos cuidados continuados e os cuidados paliativos, mas também pelos cuidados de compaixão que respondem mais à dimensão afectiva e espiritual de todo o ser humano.

COMUNICAÇÕES LIVRES

EUTANÁSIA, "PRAXIS" E NOÇÃO DE SENTIDO

BEATRIZ ABREU[1]

A Eutanásia é conhecida e pratica/rejeitada desde sempre, v.g. Hipócrates ("Não darei veneno a ninguém, ainda que mo peçam, nem tomarei nunca a iniciativa de sugerir tal coisa" - *in* Juramento), versus Platão ("... deixar-se-á morrer os que não forem saudáveis - *in* "República" - III).

No nosso país, um partido político inclui u no seu programa o debate e legalização da Eutanásia. Debate que já está aberto.

Em 2007 publicou-se uma tese de mestrado sobre o tema, em que se referia a petição de eutanásia por alguns doentes oncológicos. Os números foram comentados na mesma semana em toda a comunicação social, com valores díspares.

Na Europa (e no mundo global), vive-se em conflito de culturas: debate-se o homem em si, como pessoa ou como "homem eficiente". A dor é vista como um contratempo insuportável.

Os Estados consideram a racionalização dos serviços de saúde, relação custos/beneficio. Assiste-se à defesa de que além dos 65 anos, idade "produtiva", o homem custa demasiado à sociedade. Filósofos há que se interrogam sobre a existência de seres humanos que não sejam pessoas (isso facilitaria teoricamente os procedimentos de eliminação) .

O dilema centra-se no sentido do sofrimento, no medo da dor, no "medo do medo". Na sociedade materialista e naturalista, de bem-estar a todo o custo, a doença incurável não faz sentido: *se o sofrimento não pode ser detido, acabe-se com a vida.*

Aponta-se a necessidade de responder aos nossos coetâneos por duas vias: (1) a implementação e financiamento, dos cuidados paliativos ("quando não é tempo de curar, é tempo de cuidar"); (2) estudos filosóficos que fundamentem, com uma argumentação inteligível , a realidade de senso comum de que a vida é o primeiro tesouro que qualquer pessoa possui .

[1] Médica. Associação Resgate (IPSS)

EUTANÁSIA, PSICOLOGIA E GERIATRIA

RICARDO SOARES[1]

O propósito da comunicação denominada "Eutanásia, Psicologia e Geriatria" tem como principal pilar a experiência dos autores na prossecução prática do trabalho "Inquérito Nacional à Prática da Eutanásia - Perspectivas da População Geriátrica". No decorrer da aplicação dos inquéritos foi possível constatar que a população idosa em Portugal possui características idiossincráticas no que concerne à sua opinião sobre a questão da morte assistida. Não falamos numa total concordância, mas de certos factores que influenciam a concepção que têm acerca da temática.

A questão da morte assistida é umas das questões éticas mais discutidas de todos os tempos, revelando-se, desta forma, da maior importância uma discussão com perspectiva psicológica. Dentro do objecto em estudo os factores psicológicos estão, necessariamente, envolvidos com a escolha do paciente, tanto numa situação afirmativa como negativa. A Psicologia tem, desta forma, uma posição privilegiada no que respeita a uma intervenção em situação em que a questão se coloque. Sendo que o psicólogo faz parte de uma equipa de saúde, que trabalha não só com o paciente, mas também com os seus familiares e aqueles que lhe são mais próximos.

Na presente comunicação iremos tentar demonstrar o papel da Psicologia dentro do espectro de contextos que o tema da eutanásia pode abranger. Sendo que dentro da população idosa existem ainda certos aspectos que ganham uma dimensão distinta. Um desses é a ligação que o idoso tem com a religião e como a força das suas crenças pode influenciar e direccionar a sua posição face à matéria abordada.

A experiência recolhida pelos vários investigadores em campo permite não só uma maior aproximação à amostra em questão, como também uma visão mais alargada sobre a posição da mesma perante a abordagem da questão. Em colaboração com várias instituições de todo o país, foi possível recolher opiniões e pontos de vista inseridos nos estatutos sócio-demográficos dos portugueses. Permitindo uma discussão dos resultados mais alargada e criando novas questões que poderão levar à prossecução de novos estudos em áreas relacionadas.

[1] Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

A ILUSÃO DA VONTADE : DA AMPUTAÇÃO VOLUNTÁRJA À EUTANÁSIA

JOÃO FONSECA

Procurarei mostrar que é uma ilusão justificar moralmente a eutanásia a partir da noção de *vontade e de antecipação de vontade.*

Em geral, tentarei apoiar a minha tese numa comparação entre o caso da eutanásia e o caso da amputação voluntária ou BIID *(Body lntegríty Identity Disorder).* Defenderei que no caso da amputação voluntária (BIID), a vontade de ser amputado não justifica a realização da amputação. Assim, o *acto de vontade* de um indivíduo não é uma condução suficiente (e pode nem ser necessária) para justificar a acção moral do médico. Argumentarei ainda que é possível distinguir actos de *vontade confirmados* (baseados em experiências vividas anteriormente testadas) e *actos de vontade idealizados* (baseados em experiências mentais, por vezes fantasiosas ou do domínio do desejo, que não podem ser experiencialmente testados e que são de natureza irreversível). Considerando que os actos *de vontade idealizados* (por vezes automáticos e inconscientes) estão na origem de uma série de patologias ilusórias e generalizadas que não reflectem a realidade e enviesam a prática médica (apresentarei alguns exemplos), é aceitável concluir que tais actos não podem fundamentar decisões morais razoáveis. Finalmente, e na sequência do que foi dito anteriormente, mostrarei que a amputação voluntária e a eutanásia tipificam casos baseados em actos *de vontade idealizada* que, devido à sua fragilidade cognitiva. são incapazes de alimentar uma decisão racional e autónoma.

EUTANÁSIA. BREVES REFLEXÕES ACERCA DO RESPEITO À DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA AO MORRER SOB UMA PERSPECTIVA BRASILEIRA

CR!ZIANY MACHADO FELIX[1]

O presente estudo tem por escopo discutir se o prolongamento artificial da vida humana deve se sobrepor à dignidade humana, mesmo quando envolve sofrimento para o doente. O trabalho apresenta os conceitos pertinentes às diversas acepções de eutanásia e a sua evolução histórica no Brasil; aborda os princípios de bioética que deverão ser analisados na relação médico-paciente, discutidos à luz da dignidade da pessoa humana, e posteriormente, analisa os efeitos jurídicos decorrentes da postura a ser adaptada em face da tensão existente entre o direito à vida e o respeito devido à dignidade da pessoa humana.

[1] Doutoranda em Direito. Universidade de Coimbra.

EM DEFESA DA REGULAMENTAÇÃO DOS TESTAMENTOS DO PACIENTE

ANDRÉ PEREIRA[1]

A maioria dos países europeus já dispõe de legislação que enquadra os chamados "testamentos vitais."

Portugal ratificou a Convenção de Oviedo, segundo a qual "a vontade anteriormente manifestada (...) será tomada em conta." Contudo, a doutrina nacional divide-se sobre o valor a atribuir a estes documentos. Para uns o valor será "meramente indiciário", para outros devem ser vinculativos, salvo prova de vontade posterior do paciente em contrário do que consta no documento.

O próprio Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida parece oscilar entre estas duas posições, adaptando a primeira no *Parecer 46/CNECV/05 sobre objecção ao uso de sangue e derivados para fins terapêuticos por motivos religiosos* e a segunda no *Parecer 45/CNE CV/ 05 sobre o estado vegetativo persistente.*

O consentimento ou a recusa antecipada colocam em cheque a teoria tradicional do consentimento informado, devendo os parâmetros de liberdade, esclarecimento e, sobretudo, o da *actualidade* ser repensados.

O *Projecto de Diploma n. º P/0 6/APB/ 06 que regula o exercício do Direito a formular Directivas Antecipadas de Vontade no âmbito da Prestação de Cuidados de Saúde e cria o correspondente Registo Nacional* constitui um importante contributo para este debate. Revela ainda o empenho da Associação Portuguesa de Bioética na vivência de uma democracia participativa e na construção da cidadania activa, o que constitui um exercício com alto significado bioético.

Na comunicação será apresentada uma leitura critica dos pareceres da CNECV e uma análise construtiva do Projecto de Diploma da APB, concluindo pelo apoio à aprovação urgente de legislação sobre esta matéria.

[1] Assistente da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Secretário científico do Centro de Direito Biomédico da Universidade de Coimbra. Mestre e Doutorando em Ciências Jurídico-civilísticas.

INTERESSE DOS MÉDICOS, ENFERMEIROS, DOENTES E FAMILIARES PORTUGUESES EM DIRECTIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: O ESTUDO ETHICATT

PA ULO MAIA[1]; JOSÉ A PINHO[1]; PAULO COSTA[2]; PEDRO COIMBRA[1];CHARLES L SPRUNG[3]; MÁRIO BARAS[4] ; SARA CARMEL[5]; JULIE BENBENISHTY[6]

INTRODUÇÃO

As Directivas Antecipadas de Vontade (DAV) são reguladas por leis específicas que variam de país para país e têm como principal objectivo honrar os desejos relativos aos cuidados de saúde expressos de forma autónoma pelo doente competente, reconhecendo as suas opções de tratamento quando estiver incompetente.

MÉTODOS

As respostas a um questionário por médicos e enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos (UCI), doentes que sobreviveram ao internamento na UCI e familiares de doentes internados em UCIs da República Checa, Holanda, Israel, Portugal, Reino Unido e Suécia 6, foram avaliadas para os que têm ou desejariam ter uma DAV e para o empenho dos profissionais em respeitá-las.

RESULTADOS

A taxa de resposta ao questionário foi 43% (1899/4389); 528 médicos (50 Portugueses), 629 enfermeiros (100 Portugueses), 412 familiares (102 Portugueses), 330 doentes (70 Portugueses). Verificámos que 5% do total dos respondedores têm DAV e que 34% querem ter essa possibilidade, $p<0,05$.

Tabela 1 . Resultados por grupos: médias para T (total dos participantes sem Portugal) e P (Portugal)

	Médicos	Enfermeiros	Familiares	Doentes	Total
T têm/querem ter/não tem certeza que querem ter DAV	4/32/26	5/44/33	5/31/33	7/29/31	*5/35/29*
P têm/querem ter/não tem certeza que querem ter DAV	0/35/28	0/26/42	0/28/20	0/25/34	0/28/31

Não temos dados para determinar se as DAV eram anteriores ou posteriores ao internamento na UCI. Apesar de não terem valor legal em Portugal, 14% dos doentes e 23% dos familiares referiram ter

[1] 1SCI 1-HGSA.
[2] UCIPU-HSJ, Porto.
[3] UCI.
[4] Soe Med, Hadassah Med Ctr, Jerusalem.
[5] Univ Ben-Gurion, Negev, Dep Sociol Saúde, Beer Sheva, Israel.
[6] Intensive Care Med 2007; 33: l 04-11 O.

exprimido verbalmente uma DAV. 94% dos médicos e 95% dos enfermeiros actuariam de acordo com a DAV do doente se esta existisse e tivesse valor legal.

CONCLUSÕES. As DAV não são comuns, mas são desejadas e seriam respeitadas; em Portugal os valores são inferiores à média dos restantes países participantes no estudo.

AGRADECIMENTOS:

- COMISSÃO EUROPEIA,
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ISRAEL,
- ESICM.

ENTRE A VIDA E A MORTE
-DIREITO À VIDA E À MORTE-

ANTÓNIO MIRANDA[1]

Quando nos debruçamos sobre aquilo que motiva a necessidade de alguém morrer verificamos o quão perene é a vida e lhe damos o devido valor. A vida terá surgido do acaso, da necessidade de colocar rima e melodia, de dar cor e estética a um ambiente inóspito (Sgreccia, 2002). O Homem nasceu desta necessidade, da diferenciação e da complexidade, resultado da supremacia do todo face à unidade (Archer, 2006).

Numa estratégia de sobrevivência, as entidades formaram estruturas sociais complexas de forma a rentabilizar as potencialidades da espécie, criando normas baseadas numa ética de convivência (Serrão, 2001). Actualmente, o processo de normalização social criou um ideal que exclui e sacrifica os indivíduos a esta estrutura, conferindo um valor cada vez mais reduzido à individualidade.

Mas, ser pessoa não será mais do que ser cidadão? Não entrará noutra dimensão que transcende a lógica utilitarista desta sociedade economicista? Se a vida tem dignidade, se o indivíduo é uma pessoa portadora de algo valioso, intrínseco e inabalável, até que ponto a sociedade deve respeitar esta identidade e recusar à mesma a autodeterminação sobre a sua vida? Esta vida, e este indivíduo, não serão importantes para essa sociedade?

Vários planos e dimensões se entrecruzam e complexificam o processo de decisão .em matéria de cuidados, em especial quando está em jogo a vida da pessoa. O papel do profissional de saúde acaba sendo o de mediador entre a pessoa e a sociedade, pesando a decisão da escolha à luz da legis ars (práticas baseadas na evidência científica, ao humanismo e à deontologia), da bioética e do biodireito (ética e direito) e do respeito pela autodeterminação responsável e informada da pessoa (família e comunidade) sobre os seus projectos de vida e saúde.

Etimologicamente conotada com a morte suave, a eutanásia traduz-se negativamente com a liquidação de pessoas inúteis socialmente, deve ser considerada eticamente inaceitável , na medida que ninguém tem direito a dispor da vida de outro homem, pelo facto de ser uma pessoa, uma realidade autónoma, um fim em si mesmo, logo não podendo ser encarado como meio, uma coisa ou instrumento (Pinto, 1996).

De um modo geral, as diversas religiões unânimes condenando a eutanásia, assumindo particular interesse o pensamento budista que defende que a decisão deve ser feita em função dos seguintes critérios:

Nunca intervir directamente para suprimir a vida; aliviar o sofrimento;

---

[1] Licenciatura em Enfermagem. Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária. Mestrando em Bioética (FMUP)

Evitar os cuidados extraordinários;

Se não houver mais nada a fazer, tendo em conta os pontos precedentes, ajudar a morrer.

(Rede Europeia Cooperação Científica, 2001)

Importa distinguir a eutanásia, como "acto intencional de matar", da ortotanásia, quando o profissional de saúde "decide interromper tratamentos extraordinários, que já não são úteis e que causam grande incómodo e sofrimento ao doente, impedindo-o de viver os seus últimos dias em paz e com a sua família" (Serrão, 1996: 383), pois, se o primeiro se configura como homicídio, o segundo é um acto aceitável, em acordo com a legis ars, a deontologia e a ética. Deste acto, que face a um doente terminal, o profissional de saúde deve promover a satisfação das necessidades básicas e aliviar o sofrimento, mesmo que decorrente disso a morte seja involuntariamente acelerada, à luz da doutrina do duplo efeito (aceitável pela Igreja Católica).

Cumpre ainda realçar que, a Constituição da República Portuguesa assenta na defesa da dignidade da pessoa humana (artº 1 e 13), em consonância com a Declaração Universal dos Direitos do Homem (artº 16), em especial nos artº 24°, 26º e 64º, que consagram o direito à vida, ao dever de a defender e promover, bem como o carácter inviolável da vida humana, interditando a pena de morte, reverberado por diversos diplomas, entre os quais a Declaração de Bioética da Unesco.

Os Códigos Deontológicos da Ordem dos Médicos e dos Enfermeiros defendem a necessidade de se respeitar a vida humana, desde o seu início.

O Código Penal Português, nos artº. 131 a 136 refere respectivamente a legislação sobre o homicídio (simples e qualificado, privilegiado, a pedido, incitamento ou ajuda ao suicídio, por negligencia, incluindo-se em todos eles a eutanásia).

Atendendo ao carácter inevitável da morte (veiga et al., 2000), a vida assume-se como um bem precioso a preservar, não devendo ser obliterada, violada ou abreviada. À pessoa, reserva-se o direito de morrer com dignidade, o que transcende a questão de ter ou não direito de pôr termos à vida. Ter uma morte digna implica que, quando inevitável se deva proporcionar a melhor qualidade de vida possível, aliviando o sofrimento, mesmo que isto implique que no decorrer do processo a pessoa morra (sabendo que o intuito é aliviar o sofrimento e não causar a morte da pessoa). Significa também que os cuidados não acabam com a morte, que a família necessita de cuidado e, em última análise, agregado à família, a pessoa-cadáver necessita de acompanhamento espiritual. Dignificar a vida passa também por dignificar a morte.

BIBLIOGRAFIA:

ARCHER, Luís -Da Genética à Bioética. Coimbra: Associação Bioética Portuguesa & Serviço de Bioética e Ética Médica (FMUP), 2006. (Colectânea Bioética Hoje, 11). ISBN: 972-603-373-X.

PINTO, José Rui da Costa - Questões actuais de Ética Médica. 4ª ed. Braga: Editorial A.O., 1996 (Temas de Hoje, 1). ISBN: 972-39-0100-5.

REDE EUROPEIA DE COOPERAÇÃO CIENTÍFICA «MEDICINA E DIREITOS DO

HOMEM» - A Saúde face aos Direitos do Homem, à Ética e às Morais. Lisboa: Instituto Piaget, 2001. (direito e Direitos do Homem, 15). ISBN: 972-771-404-8.

SERRÃO, Daniel - A morte da pessoa. *Cadernos de Bio-Ética.* Coimbra. Nº 12. (Outubro, 1996), p. 35-45.

SERRÃO, Daniel - Eutanásia e suicídio assistido - uma questão pós-moderna . In: SILVEIRA DE BRITO, José Henrique (Coord.) -Bioética: Questões em debate. Braga: Universidade Católica Portuguesa, 2001. (Pensamento Filosófico, 22). ISBN: 972-697-165.9.

SGRECCIA, Elio - Manual de Bioética: 1- Fundamentos e Ética Biomédica . 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002. ISBN: 85-15-01285-5 .

VEIGA, Francisco et al. - Eutanásia - pelo direito de morrer em paz. *Cadernos de Bio-Ética.* Coimbra. Ano XI, Nº 24 (2000), p. 85-113.

O PERCURSO DA MORTE . . . DO PASSADO AO PRESENTE

CRISTIANA SARMENTO[1], SÓNIA GARCIA[1], ELA SILVA[1], LUÍSA SILVA[1], CRISTINA NUNES[2]

Morte é o fim da vida e todas as pessoas, de um modo ou de outro, sentem algum temor perante esse desconhecido. Reflectir sobre o processo de morrer - quer seja na perspectiva da sua própria morte quer na de alguém próximo -, desperta inevitavelmente emoções de sentido contraditório. Assim como o nascer, o processo de morte faz parte da trajectória vital e, numa perspectiva biológica, deve ser encarada como um fenómeno natural.

De facto, a pessoa humana não é um ser puramente biológico, mas antes um conjunto de várias esferas: psicológica, social, cultural, e espiritual, caracterizando-se pelos aspectos simbólicos, ou seja, pelos valores e significados que imprime às coisas. Deste modo, a visão da morte foi, inevitavelmente, variando ao longo do tempo, profundamente influenciado por uma dimensão holística da pessoa humana.

Numa sociedade secular e plural, marcada por constantes avanços científicos, a morte é perspectivada como um fracasso, tentando ser a todo o custo vencida e, na iminência da sua presença, é muitas vezes negada e "escondida". Mas nem sempre foi assim. Durante séculos, por exemplo na idade média europeia, a morte era encarada com naturalidade, fazendo parte do percurso natural da história familiar.

A evolução histórica da visão da morte - com as influências sócio-culturais e religiosas presentes na génese da sua construção -, surge como um tema abrangente que suscita particular interesse. Neste contexto, o presente trabalho tem como desiderato a apresentação de alguns elementos que demonstram o carácter histórico da experiência da morte, de forma a oferecer campo de reflexão sobre os diversos sentidos que a expressão simbólica da morte assume em diferentes culturas. A metodologia utilizada baseou-se na pesquisa bibliográfica e na reflexão implícita a esta temática.

Os autores procedem ainda a uma abordagem das diferentes concepções de morte na cultura ocidental, nomeadamente a mais difundida, ou seja, a "cessação irreversível das funções do tronco cerebral". Concluem afirmando que, independentemente das múltiplas visões culturais da morte, esta aparece como um factor marcante na vida de cada pessoa e que deve merecer mais atenção nas sociedades contemporâneas.

[1] Alunos do VII Mestrado em Bioética do Serviço de Bioética e Ética Medica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
[2] Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

A INFORMAÇÃO AO DOENTE ONCOLÓGICO: DO DIREITO AO CARÁCTER UTILITÁRIO

JOSÉ MARTINS[1]; RUI NUNES[2]

INTRODUÇÃO

O respeito dos profissionais pelo direito dos doentes à informação inscreve, na *praxis* diária dos cuidados de saúde, o conceito de autonomia (Martins, 2004). Mas nem sempre é uma constante, especialmente em contexto de doença grave, sendo apontado pelos profissionais de saúde o potencial maleficente, para o doente, de algumas informações sobre a sua saúde.

Mas será este julgamento, feito à luz dos princípios e valores dos profissionais, sempre correcto, ou existem motivos consistentes que comprovem o contrário?

É objectivo analisar em que medida a satisfação dos doentes com a informação que detêm sobre a doença está relacionada com alguns *outcomes* em saúde.

METODOLOGIA

Estudo descritivo-correlacional a partir da aplicação de questionário a 254 doentes oncológicos, internados em unidades de internamento de cirurgia e especialidades cirúrgicas.

RESULTADOS

Os indivíduos inquiridos apresentam valores relativamente baixos de satisfação com a informação que detêm sobre a doença, estando esta inversamente relacionada com os níveis de ansiedade *(p=0,000),* depressão (p=0,000) e satisfação com os cuidados recebidos (p=0,000) e directamente relacionada com a percepção do estado de saúde (p=0,000).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O presente estudo vem confirmar uma percepção já referida por autores como Sanchez *et. al* (2001) ou Morrison (2001), que têm vindo a referir-se aos efeitos benéficos da informação para o doente. Salienta-se aqui a focalização destes efeitos benéficos mais sobre aspectos psicológicos do doente.

[1] Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Bioética; Doutorando em Ciências de Enfermagem. Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
[2] Professor Catedrático de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
Presidente da Associação Portuguesa de Bioética.

Assim, este estudo vem contribuir para afirmar a importância da informação ao doente, não apenas pelo devido respeito pela sua autonomia, mas também pelo carácter beneficente da informação.

BIBLIOGRAFIA

MORRISON, Paul - *Para compreender os doentes.* Lisboa: Climepsi Editores, 2001 .

MARTINS, José - *Os enfermeiros e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento :* percepções, atitudes e opiniões. Revista Referência. Nº 12 (Novembro, 2004), p. 15-26

DOR, SOFRIMENTO E DIGNIDADE HUMANA

JOSÉ COELHO[1]

A constante evolução na área das Ciências Biomédicas tem tido tradução, entre outros progressos significativos, pelo aumento da esperança de vida. A qualidade da vida humana que se pode obter na sua fase final é, seguramente, tributária desses mesmos progressos. Contudo, não se afigura dispensável, neste contexto de rápida. evolução, a devida valorização do elemento fundamental na existência humana: a sua dimensão de inter-relação.

Do ponto de vista ético e no mesmo alinhamento conceptual, a responsabilidade primeira dos profissionais de saúde concretiza-se no respeito pela dignidade humana. Assumindo como factor crítico a enfrentar - no domínio do sofrimento extremo, em cujo terreno reside, com frequência, a problemática da eutanásia - a dor representa uma oportunidade para os profissionais de saúde demonstrarem esse mesmo respeito.

O desafio que, deste modo se coloca, é o de sermos capazes de accionar a melhor resposta ética, reconhecendo a realidade: o sofrimento oculto ou exposto, físico ou psicológico e que tem uma tradução que, frequentemente, nos é narrada - a dor.

O nexo de ligação, assim definido - o respeito pela dignidade humana na abordagem à dor como tradução de sofrimento - carece de explicitação do suporte ético subjacente à expressão da consciência que traduz e que, mantendo vigorosa actualidade, reside na visão aristotélica da Ética: a disponibilidade interior para agir bem junto do outro.

[1] Hospital de Faro.

ANGÚSTIA EXISTENCIAL NO MOMENTO DA MORTE

LAURA RIOS[1], MARIA PINTO[1], MÓNICA PINHO[1]

Atentas à evolução da técnica médica e à cada vez maior globalização do mundo contemporâneo, a morte muda de paradigma. O conceito de morte com dignidade ocorrido no seio familiar e com práticas religiosas é substituído por um conceito de processos hospitalares envolvidos em terapêuticas médicas, acompanhados de cuidados paliativos.

Neste contexto, aparentemente despido de humanidade, pretendemos abordar a polémica da eutanásia partindo da vivência interior individual do paciente em estado terminal e dos técnicos de saúde. A abordagem do tema, com base em casos reais, passa pelo levantamento de questões colocáveis para lá das plataformas meramente legalistas e pré-determinadas. Com a avaliação do caso pretendemos perceber a relatividade do desejo de morrer.

[1] Alunas de Mestrado em Bioética do Serviço de Bioética e Ética Medica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

A ESPIRITUALIDADE DA(S) MORTE(S)

JOÃO ROCHA[1]; SÉRGIO PIMENTA[1]; MARIA AZEVEDO[1]; CRISTINA NUNES[2]

A morte e o processo de morrer despertam ainda hoje sentimentos contraditórios na maioria das pessoas e a única certeza, inultrapassável, é que a morte constituiu uma inevitabilidade do ser humano, uma etapa extremamente pessoal e individual da vida de cada um de nós.

Nu ma sociedade plural, democrática e secular como a nossa, existe uma panóplia de mundividências, crenças, valores e até mesmo ritos que envolvem a morte e que auxiliam o indivíduo e a sua família a ultrapassar/enfrentar esse momento. Por outro lado, o espectacular avanço técnico-científico das últimas décadas, e o enorme desenvolvimento tecnológico na área da saúde, contribuem para relegar para segundo plano a dimensão espiritual dos doentes em fase final de vida.

Como refere Carl Jung: "A nossa noção de morte, decorre da existência de uma estrutura psíquica inata e colectiva denominada arquétipo". Este arquétipo de morte atinge a nossa consciência sob a forma de uma imagem arquetípica, que será influenciada pela cultura individual. Ora, é nesta cultura individual que se insere a espiritualidade. Espiritualidade como "experiência pessoal e íntima", relacionada com os valores que transcendem o indivíduo e que se pode expressar (ou não) dentro de uma religiosidade que irá procurar responder às questões colocadas pela espiritualidade individual.

Torna-se, pois, um imperativo ético - decorrente do princípio da beneficência -, para aqueles que estabelecem uma maior proximidade com o indivíduo que é confrontado com a morte, escutar activamente o indivíduo, ajudando-o a gerir os seus próprios sentimentos, promover o conforto e facilitar o encontro e a expressão da sua espiritualidade. O objectivo deste estudo é, precisamente, explorar uma verdadeira visão holística do ser humano no quadro da assistência espiritual às pessoas doentes.

E, esta a filosofia dos cuidados no plano espiritual - ainda que não procure a obtenção de respostas, mas sim a procura ansiosa de sintonia com o próximo -, tem sempre como horizonte o respeito pela dignidade inerente à pessoa humana e pelos direitos humanos fundamentais.

[1] Alunos do VI Mestrado em Bioética do Serviço de Bioética e Ética Medica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
[2] Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

LIDAR COM O SOFRIMENTO: A PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS EM PEDIATRIA

ELIZABETE BORGES[1]

Num serviço de Pediatria, os enfermeiros confrontam-se, com o sofrimento de crianças e pais. Para que possam dar resposta às necessidades decorrentes destas vivências, exigem-se, conhecimentos científicos , técnicos, relacionais e éticos.

Contudo, ainda que, possuindo treino e orientação para agir nestes momentos particularmente difíceis, a complexidade do acompanhamento de crianças com doença crónica ou em fase final de vida, pelo seu impacto, constitui verdadeiros desafios . Este profissional é ao mesmo tempo, alguém de quem se espera suporte e apoio, mas também alguém que pode ficar vulnerável.

Este estudo teve por finalidade conhecer a percepção do sofrimento dos enfermeiros quando prestam cuidados de enfermagem a crianças, com doença crónica ou em fase final de vida. O estudo situa-se no paradigma de investigação qualitativa. Seguimos, dentro do paradigma qualitativo , uma orientação fenomenológica. O contexto do estudo situa-se num Hospital Pediátrico. Realizámos 20 entrevistas semi-estruturadas.

A abordagem qualitativa permitiu -nos analisar as seguintes categorias: percepção do sofrimento dos enfermeiros decorrente da percepção do sofrimento de crianças e pais; situações que agravam o sofrimento dos enfermeiros; comportamentos adoptados pelos enfermeiros face ao sofrimento; estratégias adoptadas pelos enfermeiros no sentido de superarem os momentos de sofrimento e a gestão emocional dos enfermeiros.

Pelo estudo desenvolvido, fica evidente que o contacto com o sofrimento das crianças, pais e seus familiares constitui para os enfermeiros, num serviço de Pediatria, uma fonte de sofrimento. Para superar os momentos emocionalmente mais duros, os enfermeiros adoptam estratégias com predomínio nas emoções. A gestão das emoções dos enfermeiros pode ser desenvolvida numa perspectiva individual ou organizacional.

[1] Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Mestre em Filosofia - Bioética

MORTE E SOFRIMENTO: O BINÓMIO APELATIVO À ORTOTANÁSIA

SOFIA NUNES[1]

Actualmente a nível hospitalar são vários os profissionais que vêem e cuidam de doentes no término das suas vidas. Infelizmente todo o processo é acompanhado maioritariamente por dor e sofrimento.

A Constituição da República Portuguesa é soberana quando refere que é "baseada na dignidade da pessoa humana". A Declaração Universal dos Direitos do Homem concentra-se no respeito pela dignidade humana e pela proibição de tratamentos cruéis e desgastantes. Também o Parecer da Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1999) ressalta que a dignidade humana deve-se reger pelos princípios da não maleficência , da justiça e da autonomia, mas também pelo princípio da beneficência.

Existe uma banalidade por actos directivos aos doentes que se podem tornar em meios de tratamento fútil e agonizante. A sociedade não aceita a eutanásia e é então que surge cada vez mais a questão da ortotanásia. Desta forma, este conceito só vem demonstrar que este será o caminho indicado para uma morte digna, sem sofrimento, deixando para trás o percurso que levou aquele ser humano até ali, isto é, a um processo doloroso. Assim sendo, a ortotanásia elimina a ideia de distanásia, que surge quando existe recorrência a meios desproporcionados de tratamento e obstinação terapêutica.

Toma-se extremamente necessário humanizar o tipo de cuidados que todos os dias se oferecem aos seres humanos, pessoas, com quem se trabalha. Esta série de ideias em debate toma-se urgente para melhorar não só o último processo pelo que o doente passa, mas também a nossa consciência ética e profissional.

[1] Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia. Aluna do IV Mestrado de Bioética do Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

DE IVAN ILICH AOS NOSSOS DIAS: O QUE MUDOU QUANDO PENSAMOS NA MORTE?

SÓNIA NOVAIS[1], FÁTIMA SILVA[1], SÓNIA SOUSA[1]

A presente comunicação livre tem como principal objectivo realizar uma reflexão sobre a forma como se vive a morte nos nossos dias, tendo como pano de fundo a novela de Leão Tolstoi *"A morte de Ivan Jlich* ". A novela narra o percurso vital de uma pessoa, Ivan Ilich. Embora a história de vida da personagem seja banal, a sua morte espelha um fenómeno que se ampliou até aos nossos dias, a interdição da morte.

Utilizando referências actuais da antropologi a, da psiquiatria e da saúde, tais como, Philippe Aries, Kübler-Ross e Kay Toombs exploramos alguns pontos críticos levantados pela novela e que continuam a ser problemas actuais. A relação médico - doente, a conspiração do silêncio criada em tomo da morte, as alterações sociais sobre a visão da morte continuam a aparecer nos debates sobre esta temática.

A percepção da doença e da morte assim como a sua vivência e influência na esfera do quotidiano são temáticas abordadas por Tolstoi, que nos permitem reflectir acerca da dimensão da dor e do sofrimento dos doentes que contactamos diariamente. A novela de Tolstoi deixa muitas questões por responder, dando-nos a sensação que temos ainda um longo caminho a percorrer na aprendizagem sobre a morte, para assim pudermos morrer melhor.

[1] Enfermeira

EDUCAR PARA A MORTE: UM CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

JOÃO MACEDO; MARIA LOPES

A morte e o processo de morrer ainda constituem um assunto tabu na sociedade ocidental contemporânea. Ainda assistimos à negação da própria finitude que acaba por se repercutir na diminuição da atenção e dos cuidados aos que se encontram na fase final da vida.

A morte como acontecimento da vida passou do domínio familiar para o domínio dos técnicos de saúde. Gerações houve em que a pessoa morria em casa, despedia-se da família, resolvia os últimos compromissos e todos assistiam a este acontecimento num ambiente profundamente natural. Actualmente, e desde a década de 60 do século passado, os progressos na área da reanimação e do intensivismo médico conduziram à hospitalização da morte. Esta transformação social quanto ao local da morte conduziu a um progressivo esquecimento da mesma no contexto comunitário e, inclusive à sua negação.

Atravessando a obra de Elisabeth Kübler-Ross, nome incontornável no campo tanatológico, constatamos que a inclusão da morte no discurso comunitário deverá passar por uma educação para a morte ou educação tanatológica que inicie os seus passos logo nos primeiros anos de vida da pessoa. Esta medida contribuirá para uma visão mais humanizadora da pessoa em fase terminal e, também, para uma dinamização dos cuidados de saúde no fim de vida, nomeadamente das unidades de cuidados paliativos.

BIBLIOGRAFIA

ARIES, Philippe (1989). *Sobre a história da morte no ocidente desde a idade rnédia.2°* ed. Trad. de Pedro Jordão. Lisboa: Teorema, 137-190.

ASHBY, Michael (2004). "Cuidados paliativos". ln HOWARTH, Glennys; LEAMAN, Oliver. *Enciclopédia da morte e da arte de morrer.* Trad. Rio de Mouro: Círculo de Leitores, 153-155.

BARROS DE OLIVEIRA, José H. (1998). *Viver a morte - abordagem antropológica e psicológica.* Coimbra: Livraria Almedina.

CLARK, Yalerie (2004). "Educação". ln HOWARTH, Glennys; LEAMAN, Oliver (org.). *Enciclopédia da morte e da arte de morrer.* Rio de Mouro: Círculo de Leitores, 192-195.

CORR, Charles A.; NABE, Clyde M.; CORR, Dorma M. (1994). *Death and dying, life and living.* Califomia: Brooks / Cole Publishing Company.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos.* Lisboa: Direcção-Geral de Saúde/ Conselho Nacioanl de Oncologia.

ILLICH, Ivan (1977). "A morte escamoteada". ln Id. *Limites para a medicina.* Trad. Eduardo Moradas Ferreira. Lisboa: Livraria Sá da Costa editora, 163-195.

KLASS, Dennis (2004). "Kübler-Ross, Elisabeth". ln HOWARTH, Glennys; LEAMAN, Oliver (org.). *Enciclopédia da morte e da arte de morrer.* Trad. Rio de Mouro: Círculo de Leitores, 316-317.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1969). *On death and dying [*ed. *al.: On death and dying.* New York: Touchstone, 1997].

KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1974). *Questions and answers on death and dying* [ed.alt.: *Questions and answers on death and*

dying. New York: Touchstone, 1974].

KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1975). *Death: the final stage of growth.* [ed. ut: *Death: the final stage of growth.* New York: Touchstone, 1986].

KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1978). *To live until we say good-bye.* New Jersey: Prentice-Hall.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1981). *Living with death and dying.* [ed. ut. *Living with death and dying.* New York: Touchstone, 1997].

KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1982). *Working it through.* [ed.ut. *Working it through.* New York: Touchstone, 1997].

KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1982). *Remember the secret.* [ed. *ut.: Remember the secret.* Berkeley: Tricycle Press, 1998].

KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1983). *On children and death.* [ed. ut.: *On children and death.* New York: Touchstone, 1997].

KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1987). *AIDS: the ultimate challenge.* [ed. ut.: *AIDS: the ultimate challenge.* New York: Touchstone, 1997].

KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1991). *On life after death.* Berkeley: Celestial Arts. [KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1995). *Morir es de vital importancia.* Barcelona: Luciémaga Ediciones

KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1997). *The wheel of life: a memoir of living and dying.* New York: Touchstone.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1999). *The tunnel and the light: essential insights on living and dying with a letter lo a chi/d with cancer.* New York: Marlowe & Company.

NULAND, Sherwin B. (1998). *Cómo morimos.* Trad. de Camilo Tomé. Madrid: Alianza Editorial, 300-351.

PACHECO, Susana (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética.* Loures: Lusociência

RANDO, Therese A. (1984). *Grief dying and death.* Illinois: Research Press Company. SAPETA, Ana Paula Gonçalves Antunes (2003). "Formação em enfermagem sobre cuidados paliativos e dor crónica". *Revista de Investigação em Enfermagem,* nº 7, Fevereiro, 24-35.

SERRÃO, Daniel (1998). "Ética da atitudes médicas em relação com o processo de morrer". ln SERRÂO, Daniel; NUNES, Rui (coord.). *Ética em cuidados de saúde.* Porto: Porto Editora, 83-92.

TAYLOR, Shelley E. (1995). "Psychological issues in advancing and terminal illness". ln Id., *Health psychology.* 3ªed. New York: McGraw-Hill, 451-493

CUIDADOS INTENSIVOS E PRIORIDADES NA SAÚDE

AMÉLIA REGO

Os cuidados intensivos estão envolvidos nas questões transversais a todo o sector da saúde nas quais sobressaem as preocupações relacionadas com a qualidade, a gestão e a ética, no contexto da globalização da economia.

OBJECTIVOS

Definiu-se como objectivo central, identificar a relação entre os custos, a qualidade e as questões éticas, bem como os factores de interferência no acesso às UCI.

MATERIAL E MÉTODOS

Adaptamos uma metodologia de tipo exploratório-descritivo, onde é privilegiado o inquérito por questionário como técnica de recolha de informação, no qual se procurou conhecer a opinião dos médicos e dos enfermeiros dos contextos da prática clínica e da gestão de UCI com ventilação mecânica, da zona norte.

RESULTADOS

Os resultados obtidos revelam que os médicos e enfermeiros da área da gestão como os da prática clínica se preocupam, de uma forma geral, com todas as dimensões em apreciação (Custos e ética em UCI, Decisão ética, Respeito pela decisão do doente, Acesso aos Cuidados Intensivos, Formação como estratégia para despertar a consciência profissional, Ética e responsabilidade, Classificação da unidade e Formas de limitar os custos da unidade).

Com base no modelo de análise construído e nos resultados do estudo ·empírico; concluímos que a gestão das UCI, na vertente dos recursos humanos, dos materiais e equipamentos, dos cuidados de saúde e até do recurso informação, não pode ser exercida sem um claro referencial ético.

CONCLUSÃO

Atendendo ao carácter do estudo, a análise dos dados obtidos constitui motivo e/ou base para outras pesquisas através de uma reflexão mais aprofundada desta problemática, com posterior abordagem dos aspectos essenciais, quando as reformas em curso na Administração Pública em geral e na Saúde em particular estiverem mais consolidadas.

ÉTICA E VALORES NA SOCIEDADE GLOBAL

SÓNIA BRAGA

Os progressos biotecnológicos ocorridos nas últimas décadas vieram acelerar a globalização não só geográfica e económica, mas sobretudo sociocultural. Assistimos assim ao emergir de uma sociedade democrática, plural, secular onde coexistem diferentes mundividências, onde o homem vive e se realiza como ser moral e social. No seio desta sociedade há tendência a perder-se a unicidade e universalidade de valores imutáveis e inalienáveis até outrora vinculativos do agir humano, tais como o valor da vida e dignidade humana. Estes tendem a ser substituídos por "novos valores" emergentes, onde se exalta o valor da autonomia individual e da auto-determinação sob a égide do princípio da liberdade. Estas mutações requerem novas reflexões, impõe o resolver de dilemas éticos capazes de instituir normas morais e referenciais éticos universais que vinculem o homem nas suas decisões.

Um dos problemas, a que se assiste na sociedade contemporânea, depreende-se com o facto do homem poder vir a dispôr da própria vida; mais propriamente e no caso da eutanásia a poder requerê-la baseando o seu pedido no conceito de liberdade que lhe é devida como ser autónomo e auto-determinado que é. Assim sendo, urge a busca de um consenso normativo capaz de permitir a vida numa sociedade cada vez mais massificada, individualista, onde impera a subjectividade e o relativismo. Toma-se necessário redescobrir o verdadeiro valor e significado da vida, não vida material baseada em mensurações arbitrárias tais como conceitos de "qualidade de vida" e "normalidade", pois tais definições são ambíguas, mas acima de tudo alicerçada no valor da vida e dignidade humana como valores universais absolutos. De realçar também a importância de valores subsidiários, mas não menos importantes como a solidariedade, solicitude, humanização e educação para os afectos. Especial ênfase deve ser dada à autonomia responsável, racional e discernente em detrimento da autonomia como valor absoluto, capaz de se sobrepôr ao valor da própria vida.

Imbuído de responsabilidade e dotado de liberdade, tendo como base uma consciência moral e bioética, compete ao homem vigiar para que não venham a ser tomadas decisões ou realizados projectos que perturbem a natureza original e final da realidade humana. Estes são os únicos quesitos capazes de promover uma sábia autonomia responsabilizante da humanidade.

POSTERES

CUIDAR EM ENFERMAGEM - ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA DIGNIDADE: NOVO MODELO DE INTERVENÇÃO?

ALDA RAMOS[1]; PAULA CARNEIRO[1]

OBJECTIVOS

- Conhecer o princípio da dignidade humana e suas implicações bioéticas no cuidado- à pessoa ;
- Reflectir sobre o modelo de cuidar baseado em estratégias promotoras de dignidade em Cuidados Paliativos segundo Chochinov (2002).

INTRODUÇÃO

O modelo de intervenção baseado em estratégias promotoras de dignidade desenvolvido Chochinov (2002) surge como uma nova abordagem à pessoa na proximidade da sua morte baseada na conservação da dignidade. Na linha do autor, podemos considerá-lo um novo modelo de intervenção em cuidados paliativos, cujo objectivo é ajudar o doente a sentir-se valorizado até ao fim, podendo ser referência para qualquer profissional , especialmente para profissionais de enfermagem .

Salienta-se, por um lado a dignidade como uma dimensão da vida perspectivada desde a dimensão espiritual, ou seja, inerente à própria condição humana e, por outro lado, mais ligada aos cuidados prestados e à qualidade dessa prestação, ou seja, uma dignidade que passa pelo reconhecimento do outro... O autor sublinha a preservação de dignidade como um dos objectivo claros dos cuidados paliativos e a finalidade de qualquer intervenção que se estende para lá do paradigma do controlo dos sintomas e abarca os aspectos físicos, psicológicos, sociais da experiência do, doente em fim de vida. As perspectivas de conservação da dignidade incluem 8 sub-temas, cada um a descrever a sua influência no sentido de dignidade do próprio doente. Estas perspectivas não são hierárquicas. Integridade pessoal refere-se a que a essência da pessoa permanece intacta apesar do progresso da doença e que nos impele a olhá-la de forma holística. Preservação do papel social é a capacidade dos doentes para funcionarem ou continuarem investidos do seu papel habitual, como modo de manter congruência com uma visão anterior deles mesmos. Manutenção de auto-estima é a capacidade de manter um sentido positivo de auto-respeito. Esperança é ver a vida como contínua ou tendo constante significado ou propósito. Autonomia/controlo é a habilidade para manter um sentido de controlo sobre as circunstâncias da vida. Generosidade é o consolo ou conforto de que algo na vida da pessoa transcenderá a morte. Aceitação é a capacidade de se adaptar às mudanças das circunstâncias da vida de uma pessoa. Finalmente, resiliência/luta espiritual é a determinação mental exercitada numa tentativa para ultrapassar ou optimizar a qualidade de vida. As estratégias terapêuticas referidas neste modelo devem tentar apoiar o sentido de autonomia do doente e a sua capacidade para funcionar tão independente quanto possível, valorizando a sua história de vida, o que j á foi, o que é e o que poderá vir a ser.

[1] Enfermeira

CONCLUSÃO

Este modelo de cuidar a pessoa em fim de vida proporciona uma nova forma de conceptualizar os cuidados e suporta cientificamente o que dizemos inúmeras vezes que são cuidados activos, holísticos, dignificadores e tecnicamente executados. Ajudar a manter a dignidade vai mais além daquilo que se faz com ou ao doente, reside no valor dos pequenos actos silenciosos e dignificadores que tecem a vida de todos os que estão envolvidos no cuidado. Só assim, podemos fazer sentir a cada pessoa, esta singularidade existencial e o quão importante continua a ser para si, para a sua família e para cada profissional. A dignidade não é algo que se tem, mas é a excelência que se é!

BIBLIOGRAFIA

CONCELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA. Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana. (26/CNECV/99).

CHOCHINOV, Harvey - *Dignity - Conserving care - a new modelfor palliative care.* Jama I. 287: 17 (2002) 2253-2260.

KANT- Fundamentação da Metafisica dos Costumes. Coimbra: Biblioteca Filosófica-Atlântida, 1960.

LOBATO, Abelardo - Dignidad y aventura humana. Madrid: San Esteban- Edibesa, 1997.

RENAUD, Michel - A dignidade do ser humano como fundamentação ética dos Direitos do Homem. Brotéria: Lisboa. 148:2 (1999) 135-154.

EUTANÁSIA - CONFLITO DE VALORES -

ANA BARBOSA[1]

Em Bioética não é possível decidir tendo uma certeza, é necessário actuar com prudência, devendo ser tomadas decisões que, podendo ser incertas, são racionais. Assim, para a tomada de decisões em Bioética temos um conjunto de quatro princípios idealizados por Beauchamp e Childress (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) que, não sendo absolutos, são orientadores para a reflexão e tomada de decisão (Cabral 2003).

No que respeita à Eutanásia existe um conflito de valores quer para o doente, quer para o profissional de saúde.

Um dos valores em causa é a autonomia. Este princípio, que se opõe totalmente à prática paternalista (Figueiredo 2006), confere ao doente competente a capacidade para decidir se quer ou não ser submetido a uma determinada intervenção terapêutica. No que se refere à eutanásia, há autores que defendem que seria legítimo aceder ao pedido da pessoa para tal acto quando esta se encontra perante um quadro patológico incurável e progressivo, sendo o pedido realizado de forma consciente e livre.

Por outro lado, o valor da vida humana também deve ser fortemente ponderado. A este respeito Vieira e Rodrigues salientam (2007) que a vida humana deve ser sempre respeitada e qualquer atentado contra ela não deve ser aceite.

Para o profissional de saúde os princípios da beneficência e não maleficência que se integram no lema hipocrático *"bonum facere"* e *"primum non nocere* ", respectivamente, salientam o papel do profissional na protecção da vida do seu paciente. Contudo, para os defensores da Eutanásia os profissionais deveriam auxiliar o doente que deseja pôr fim à sua própria vida, a ter uma morte com dignidade.

A realização deste poster permite verificar que a ponderação dos valores aqui apresentados, não será tarefa fácil. Contudo, a análise desta temática poderá evidenciar alguns problemas das sociedades contemporâneas, tais como: desmembranização da família, hospitalização da morte, limites dos cuidados paliativos e os elevados custos dos mesmos.

BIBLIOGRAFIA

Cabral S. J. R: Temas de Ética. Faculdade de Filosofia de Braga da Universidade Católica Portuguesa, Braga, 2003.

Figueiredo A. R.: Consentimento para o Acto Médico. Associação Portuguesa de Bioética, Colectânea Bioética Hoje - XIII, Gráfica de Coimbra, 2007.

Vieira J. F., Rodrigues R. J.: Morrer neste mundo ... os princípios éticos e o processo de morte. *In* Nunes R., Brandão C.: Humanização da Saúde. Associação Portuguesa de Bioética, Colectânea Bioética Hoje - XIII, Gráfica de Coimbra, 2007.

[1] Fisioterapeuta. Aluna do VI Mestrado em Bioética do Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

A COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO PARA CUIDADOS PALIATIVOS: A PERSPECTIVA DO PACIENTE

ANA CARDOSO[1], MIGUEL RICOU[1], FERRAZ GONÇALVES[2], RUI NUNES[3]

A comunicação honesta do diagnóstico e prognóstico representa um imperativo ético. No entanto, na comunicação de más notícias, a informação dada ao paciente é m ui tas vezes "limitada", por se considerar que o paciente não deseja saber esta informação ou que esta lhe poderá ser prejudicial.

Este estudo teve como objectivos conhecer o nível de informação recebida por pacientes em cuidados paliativos e conhecer as suas preferências e necessidades de informação geral e específica relativamente ao diagnóstico, prognóstico e participação no processo de tomada de decisão clínica.

Dos 68 pacientes entrevistados, 58,8% possuía informação específica sobre o seu diagnóstico e 41,2% possuía conhecimento do seu prognóstico. 55,9% dos pacientes declararam sentir necessidade de mais informação do que aquela que possuíam. A larga maioria considerou os diferentes tipos de informação específica apresentados (e.g. "nome específico da doença", "se é ou não cancro") como informação essencial ou que gostariam de possui r. A maioria dos pacientes afirmou preferir ter toda a informação possível, fosse esta boa ou má. 58,3% afirmou preferir deixar as decisões relativamente aos tratamentos e cuidados médicos ao critério do seu médico e 41,7% revelou preferir participar activamente nas decisões médicas.

Encontrámos associações significativas no que diz respeito à idade e ao nível de informação que as pessoas possuem e as suas atitudes face à informação de uma forma geral e face à participação no processo de decisão médica. Contudo, a maioria dos pacientes dos diferentes grupos afirmou gostar de saber, ou considerar ser essencial saber, informações específicas sobre a sua doença e tratamento. Então, se para alguns pacientes o não conhecimento da sua condição clínica vai de encontro as suas preferências e necessidades, para a maioria dos que se encontram nesta situação parece existir um grande desfasamento entre as suas necessidades e preferências e a sua realidade.

[1] Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Projecto financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian
[2] Instituto Português de Oncologia do Porto.
[3] Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Presidente da Associação Portuguesa de Bioética.

A COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO PARA CUIDADOS PALIATIVOS: A PERSPECTIVA DO MÉDICO

ANA CARDOSO[1], MIGUEL RICOU[1], FERRAZ GONÇALVES[2], RUI NUNES[3]

Muitos pacientes que sofrem de uma doença oncológica em fase terminal morrem sem terem recebido qualquer explicação adequada sobre a sua doença, porque outras pessoas, sejam estas os médicos assistentes ou a família, os julgaram incapazes de lidar com essa informação. Na comunicação de más notícias são frequentes as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde. Algumas prendem -se com a falta de formação, outras com o conflito percepcionado entre o respeito pela autonomia do paciente e a sua não-maleficência.

Este estudo visou conhecer as atitudes de médicos oncologistas relativamente à comunicação de más notícias, quais as crenças que as suportam e quais as dificuldades sentidas nesta comunicação.

De um total de 190 questionários foram devolvidos 57. Todos os médicos concordaram que os pacientes devem ser informados do diagnóstico, e a larga maioria (82,4%) concordou

que devem conhecer o prognóstico. Apenas 46,4% afirmou que mais de 80% dos seus pacientes tinham conhecimento do seu diagnóstico, e 52,7% afirmou que menos de 40% dos seus pacientes conhecia o seu prognóstico. 41,5% dos profissionais acredita que a qualidade de vida de um paciente é melhor com estas informações e a maioria situa a percentagem de pacientes que não deseja conhecer o seu prognóstico abaixo de 40%. Os motivos mais indicados para a omissão de informação foram a possibilidade da revelação poder ser prejudicial, a dificuldade inerente à comunicação deste tipo de notícia e a falta de preparação. A maioria concorda que os doentes devem ter uma participação activa nas tomadas de decisão clínicas e que essa prática ainda não se encontra implementada nos seus serviços.

Parece existir, por parte dos médicos, uma percepção de necessidade de mudança ao nível das práticas com os doentes no que diz respeito à tomada de decisões. Esta percepção poderá também estar presente ao nível da revelação da informação aos pacientes, já patente nas atitudes, mas não nos comportamentos actuais.

[1] Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Projecto financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian
[2] Instituto Português de Oncologia do Porto.
[3] Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Presidente da Associação Portuguesa de Bioética.

DIRECTIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: A OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ANA CUNHA[1]

No trabalho diário com doentes crónicos, em fase aguda, que padecem de doenças muito incapacitantes e que tendem a progredir para situações de internamento prolongado, colocamos constantes questões sobre a informação e a autonomia que são dadas a esses doentes pelos profissionais de saúde e que poderiam conduzir à construção de vontades individuais a respeitar na fase final da doença crónica. É, aliás, essa oportunidade que é defendida no artigo 9° da Convenção do Direitos do Homem e da Biomedicina, onde se advoga que "os desejos previamente expressos, relativamente a uma intervenção médica, por um paciente que não esteja, no momento da intervenção, em condições de exprimir a sua vontade, deverão ser tidos em consideração".

Tendo em conta a emergência de legislação sobre o assunto em países europeus próximos do nosso, quisemos conhecer a opinião dos médicos e dos enfermeiros do Departamento de Pneumologia de um hospital de Lisboa. Foi com agrado que observámos grande desejo dos profissionais de saúde em falar sobre a questão das directivas antecipadas. Fizemos um estudo qualitativo, elaborado no âmbito do Mestrado de Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde da Universidade de Évora, onde recolhemos, através de entrevistas semi-estruturadas, dados que nos permitem dizer que os profissionais reconhecem a pertinência do direito preconizado na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina. Demonstram atitudes de preocupação e verbalizam vontade de ver o doente português mais participativo no processo de decisão terapêutica. Simultaneamente, reconhecem que há constrangimentos em abordar o tema não só pela delicadeza das deliberações que são pedidas ao doente, mas também pela falta de preparação dos doentes e dos profissionais.

[1] Enfermeira graduada, mestre em Intervenção Sócio-organizaconal em Saúde pela Universidade de Évora, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos Pneumológicos do Hospital de Pulido Valente, EPE.

A MORTE NUMA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM

BRUNO PINTO[1]; CECÍLIA RODRJG UES[1] ; ELSA OLIVEIRA[1] : MARIA ALVARINHA 0LIVEIRA[1]; MARINA DELGADO[1]; NUNO BABO[1]; VERA VIEIRA[1]

O exercício da actividade profissional de Enfermagem pauta-se pelo respeito à dignidade humana desde o nascimento até à morte. O enfermeiro deve ser um elemento interveniente e participativo em todos os actos que necessitem de urna componente humana efectiva de forma a atenuar o sofrimento, levando a um cuidar individualizado e holístico.

As necessidades de um doente em estado terminal, muitas vezes isolado pela sociedade, aumentam as exigências no que respeita a cuidados de conforto que promovam a qualidade de vida física, intelectual e emocional, sem negligenciar a vertente familiar e social.

Apesar desta consciência, lidar com situações limite potência um afastamento motivado por sentimentos de incapacidade perante a real idade. Este contexto agrava-se se o profissional de saúde for confrontado com uma vontade expressa pelo doente em querer interromper a sua vida. Perante este quadro, com o qual nos poderemos deparar, há que ter um profundo conhecimento das competências, obrigações e direitos profissionais, de forma a respeitar e proteger a vida como um direito fundamental das pessoas.

O Código Deontológico do Enfermeiro é um instrumento que permite orientar a análise e avaliação de opinião do enfermeiro aquando da tomada de decisão, de forma a garantir uma actuação segura e legal.

BIBLIOGRAFIA:

Ordem dos Enfermeiros . Código Deontológico dos Enfe1meiros. 1998.

SAPETA, P. O Doente Terminal e a Família : Realidades e Contextos. Nursing. Lisboa. (Dezembro de 1997): 28 - 31

SERRÃO, D.; NUNES, R - Ética em Cuidados de saúde. Porto Editora. Porto. 1998.

[1] Hospital Geral de Santo António. Medicina C.

A EUTANÁSIA À LUZ DOS CUIDADOS PALIATIVOS

CARLA SILVA[1]; GRAÇA LOPES[2]

Desde tempos antigos que a eutanásia é considerada corno urna "boa morte" ou morte sem sofrimento .

Com este poster pretende-se reflectir sobre o pedido de eutanásia no contexto dos cuidados paliativos .

Segundo Twicross (2003) eutanásia consiste em pôr fim de forma compassiva, deliberada, rápida e indolor à vida de alguém que sofre de uma doença progressiva e incurável. Se for realizada a pedido ou com o consentimento da pessoa, a eutanásia diz- se voluntária, caso contrário diz-se não voluntária.

Na circunstância de um doente terminal, o seu pouco tempo de vida, com sofrimento e dependência leva-o muitas vezes em situação de desespero a fazer esse pedido. Para Serrão (2000) existem três grandes motivações: a sensação interior de projecto individual de vida esgotado, a dor física insuportável e a "dor de alma", (em que se identifica com situações limite de sofrimento profundo, havendo um estreitamento do campo da consciência de tal forma, que para a pessoa só tem lugar morrer às mãos de outrem). O pedido é a expressão de uma tragédia pessoal, em que a vida deixa de ter sentido, se torna inútil, de vazio existencial.

Ortotanásia significa "a morte digna, a seu tempo", sem abreviar propositadamente nem prolongar desproporcionadamente o processo de morrer. É diferente da eutanásia no sentido em que não pretende pôr termo à vida do doente, vai de encontro à filosofia dos· cuidados paliativos, e em que há o verdadeiro interesse por humanizar o processo de morte, por aliviar as suas dores e não incorrer em abusivos prolongamentos da existência humana aplicando meios extraordinários e desproporcionados.

A eutanásia em cuidados paliativos nunca poderá ser considerada como um cuidado adequado ou finalidade para diminuição do sofrimento.

[1] Enfermeira. Exerce actualmente funções no Serviço de Cuidados Paliativos do IPO - Porto, E.P.E.
[2] Enfermeira. Exerce actualmente funções no Serviço de Cirurgia B do Hospital Pedro Hispano -E.P.E.

EUTANÁSIA *VERSUS* CUIDADOS PALIATIVOS

DORA SANTOS[1]; ELIZABETE ALVES[1] ; ELSA DIAS[1]; MANUELA MEIRELES[1]; NÁDIA[1]; RAQUEL[1]; MIGUEL RODRIGUES[1]

A eutanásia significa literalmente "boa morte". Tendo a eutanásia como morte provocada intencionalmente a uma pessoa com o objectivo de a poupar do sofrimento· ou aliviar da dor e, no contexto actual em que surgem cada vez mais doentes crónicos e terminais, esta representa actualmente uma complicada questão de bioética e biodireito pois, enquanto a medicina tem como princípio a protecção da vida dos seus pacientes, existem aqueles que, devido ao seu estado precário de saúde, desejam pôr um fim ao seu sofrimento antecipando a sua morte.

O cerne da justificação que os defensores da eutanásia apresentam, está constituído substancialmente por duas ideias fundamentais:

- o princípio da autonomia do sujeito, que teria o direito a dispôr, de maneira absoluta, da sua própria vida;

- a convicção mais ou menos explícita, da insuportabilidade e inutilidade da dor que por vezes acompanha a doença.

A situação limite experimentada na relação médico-doente surge com a impossibilidade de curar. Mas precisamente o que a situação traz de novo é a relativação da função de curar e a sua inserção numa visão mais global da interacção médico-paciente.

O doente precisa de se sentir seguro, precisa de confiar na equipa de profissionais que o trata, de ter a segurança de uma companhia que o apoie e não abandone. Ao sugerir a um doente a eutanásia, as consequências na relação e na confiança entre o doente e a equipa seriam devastadoras.

A medicina pode então recorrer a uma área ainda pouco desenvolvida, mas de grande importância: os Cuidados Paliativos.

A "medicina paliativa" ou "cuidados paliativos" são uma forma de atender aos doentes terminais oposta ,principalmente, aos dois conceitos extremos: obstinação terapêutica e eutanásia.

Esta é urna nova especialidade de cuidados de carácter multifacetado e pluridisciplinar ao doente terminal, que contempla o problema da morte do homem numa perspectiva profundamente humana, reconhecendo a dignidade da pessoa no âmbito do grave sofrimento físico e psíquico que o fim da

[1] Enfermeiro do Hospital de S. João.

existência humana muitas vezes comporta.

OMS (Organização Mundial de Saúde): Cuidados paliativos "é o cuidado total activo de pacientes cuja doença não tem benefício com tratamento curativo. O controlo da dor, dos outros sintomas e problemas psicológicos, sociais e espirituais é de extrema importância. O objectivo do cuidado paliativo é a obtenção da melhor qualidade de vida para o paciente e sua família."

Quando alguém sabe que a sua doença é incurável, sente medo da dor, podendo por

vezes surgir o pedido de eutanásia. Mas há uma alternativa para a dor e para o medo com todos os progressos obtidos na última década no campo da analgesia.

Estando ao serviço da ética, a medicina deve respeitar a pessoa que está perto da morte e oferecer-lhe as melhores condições para viver o tempo que lhe resta.

Na experiência das unidades que praticam medicina paliativa, os pedidos de eutanásia são inexistentes. Esta revaloriza o tempo de vida - até à morte.

A dignidade da pessoa, não morre com a morte, nem merece ter uma "morte digna", mas sim um "viver com dignidade, a morte".

DO OUTRO LADO DO PANO

FÁTIMA SILVA[1]; SÓNIA NOVAIS[1]; SÓNIA SOUSA[1]

INTRODUÇÃO

As unidades de cuidados intensivos não são por filosofia de base unidades de prestação de cuidados paliativos. O seu objectivo é prestar cuidados a doentes em fase aguda e crítica a quem se prespectiva, ainda que mais ou menos prolongada, uma melhoria do seu estado e autonomização das suas funções. No entanto, sabemos que nem sempre é assim. A incerteza nos diagnósticos, a tecnologia cada vez mais interventiva, a substituição da máquina pelo homem, conduzem inevitavelmente a internamentos prolongados, a escaladas nas intervenções e cujos resultados são duvidosos e muitas vezes não evitam o desfecho fatal. A prestação de cuidados de saúde consiste na assistência ao indivíduo saudável ou doente e tem por referência todos os acontecimentos que decorrem entre o nascimento e a morte. Mas como é que o profissional que lida diariamente com o limiar da fronteira entre a vida e a morte se adapta e se defende desta vivência? Como representa ele a morte e como vive com ela? Será que existe um conflito de valores entre o profissional enquanto prestador de cuidados e o profissional enquanto pessoa?

METODOLOGIA

Foi efectuado um inquérito, recorrendo a um questionário com perguntas fechadas. A amostra foi constituída por 30 profissionais de saúde com funções assistências em unidades de cuidados intensivos, com o objectivo de recolher opiniões aparentemente semelhantes, no entanto ao mesmo tempo diferentes, dado os intervenientes no nosso estudo desempenharem diferentes papéis no cuidado assistencial (médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica).

RESULTADOS

A apresentação de resultados será gráfica estabelecendo a comparação das variáveis em estudo na amostra a que nos propusemos efectuar.

COMENTÁRIOS

Serão baseados na análise quantitativa e interpretação dos resultados obtidos no total de inquéritos efectuados.

[1] Enfermeira

REFLEXÃO SOBRE A TOMADA DE DECISÕES NO FINAL DA VIDA EM CUIDADOS INTENSIVOS

FÁTIMA SILVA[1]; SÓNIA NOVAIS[1]; SÓNIA SOUSA[1]

Os avanços científicos e tecnológicos permitiram na área da saúde o prolongamento do tempo de vida, através do suporte de funções orgânicas . À medida que o tempo de vida média aumenta, que se tomou possível o suporte da vida através de meios artificiais, que cada vez mais é legitimo pensar reverter e tratar um grande número de doenças, levantam-se dúvidas legítimas quanto à legitimidade ética que suporta o encaminhamento terapêutico em muitas situações vividas em ambiente de Cuidados Intensivos.

Assim com a implementação de condutas mais sofisticadas de reanimação cárdio-respiratória e utilização de instrumentos mais avançados de suporte de vida, criam-se situações em que nem sempre prolongar a vida é uma boa decisão. Neste contexto os problemas Éticos relacionados com a tomada de decisões no final da vida, têm vindo a ser alvo de discussão, sendo geralmente a sua abordagem feita na perspectiva da cultura e da praxis, resultando em recomendações nem sempre ajustadas à realidade existente de cada País.

Os princípios Éticos que estão subjacentes às nossas atitudes devem ser comuns em todos os campos da vida humana, nomeadamente as difíceis decisões do final da vida, constituindo alicerces para concretizar procedimentos correctos, e como tal, só é possível falar de boa prática profissional quando ao melhor tratamento do doente integramos o processo de decisão baseado nos princípios de Ética imprescindíveis a qualquer tomada de decisão.

A análise de tais decisões deve ser feita à luz de princípios fundamentais da Ética moderna: Autonomia, Justiça/Equidade, Beneficência/Não maltratar, sendo fundamental este conhecimento por parte de quem está a ser cuidado e por parte do Cuidador. As decisões de fim de vida devem ser assumidas e partilhadas entre os membros da equipa de cuidados intensivos e desta com a família, dependendo o sucesso das boas práticas da capacidade de comunicação entre todos os intervenientes.

BIBLIOGRAFIA

ARMINGER, B -*Ethics of nursing research: profile, principles, perspective.* Nursing Research, p.330-336.

CARNEIRO, A - *Reanimação: Perspectiva em 2002.* Lisboa: Edição Permanyer, Portugal 2002, p.97.

KOVÁCS, M.J - *Autonomia e direito de morrer com dignidade.* Revista Bioética, 1998; p. 61-69.

VALE, M.C - As Difíceis Escolhas do Intensivista. Acta Pediatra. Porto, 2005; p. 77- 82.

[1] Enfermeira

SIGNIFICADO DE DOENÇA E DE MORTE PARA AS CRIANÇAS

FÁTIM A SILVA[1]; SÓNIA NOVAIS[1]; SÓNIA SOUSA[1]

A procura de um sentido para a doença grave e para a morte acontece em todos aqueles a quem é diagnosticado um cancro ou uma outra doença grave. A doença oncológica continua a significar para muitos, morte em curto prazo e tem implícitas outras fontes geradoras de stress, tais como, as hospitalizações repetidas, o desconforto físico resultante dos efeitos secundários dos tratamentos, a incerteza da cura e o medo contínuo das recaídas.[2]

O presente póster pretende ilustrar a evolução dos conceitos na criança tendo em consideração que estes dependem da idade, do sexo, das habilidades cognitivas, do autoconceito e dos sentimentos de ansiedade ou depressão[3]. Existem actualmente vários trabalhos realizados sobre o significado da doença e morte para a criança e que se baseiam na teoria de desenvolvimento cognitivo de Piaget ou nas teorias de desenvolvimento social de Erickson, sugerindo uma progressão sistemática do conceito de doença para a criança.

É importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento dos mecanismos de desenvolvimento destes conceitos de forma poderem ajudar os doentes e familiares a viverem melhor esse período das suas vidas, principalmente quando falamos em doentes com idade pediátrica.

---

[1] Enfermeira.

[2] Cf. MARQUES, A.; et al. -Reacções emocionais à doença grave: como lidar. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica, 1991, p. 59.

[3] Cf. HIMOYICH, Debra - «The meaning of cancer to children». In: Seminars in Oncology Nursing 11 (1995), p. 52.

PRINCÍPIOS BIOÉTICOS *VERSUS* CUIDADOS PALIATIVOS

JOÃO MACEDO; MARIA LOPES

Os cuidados paliativos constituem um elemento essencial nos cuidados de saúde. Considerando que a pessoa no fim da vida é merecedora de todo o cuidado, importará nesta linha desenvolver os cuidados paliativos, assumindo-os como um imperativo ético, corolário do respeito pela dignidade da pessoa humana. Julgamos que assumir os cuidados paliativos como um direito humano fundamental é o caminho para a assunção de políticas de expansão de recursos na prestação de cuidados à pessoa que se encontra no entardecer da vida.

Importará, também neste âmbito, desenvolver a investigação em cuidados paliativos. A melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa na fase final da vida dependerá, inevitavelmente, dos contributos do conhecimento científico. Certamente uma das áreas que é imprescindível continuar a desenvolver o conhecimento é a relação bioética e os cuidados paliativos. As problemáticas dos cuidados paliativos poderão beneficiar do pensamento e reflexão bioética e, simultaneamente, a bioética também enriquecerá o seu campo, através dos múltiplos desafios que são lançados pela prática dos cuidados. Foi nesta linha de pensamento, que julgamos ser pertinente efectuar uma reflexão acerca dos cuidados paliativos e os princípios bioéticos. Exporemos, esquematicamente os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (Beaumchamp e Childress, 1979) e, as respectivas problemáticas emergentes do contexto da prática dos cuidados paliativos. Trata-se de um pequeno contributo reflexivo que pretende sensibilizar para a componente bioética da prática dos cuidados à pessoa na fase final da vida e, também, estimular o espaço de discussão dos principais pontos da agenda bioética relativa aos cuidados paliativos.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. (2004). *Ética en Cuidados Paliativos.* Couceiro, Azucena (ed.). Madrid : Triacastela.

AA.VV. (2002). *Cuidados de! enfermo enfase terminal y atención a su família.* ASTUDILLO, Wilson; MENDINUETA, Cármen; ASTUDILLO, Edgar (org.). 4ª ed corrig. e aum. Pamplona: EUNSA.

BARBOSA, António (2006). "Bioética e Cuidados Paliativos". ln AA.VV. *Manual de Cuidados Paliativos.* Lisboa: CEB/FML, 439-452.

COZ, Pierre le (2006). *Le médecin et la mort.* Paris: Librairie Vuibert

HERMSEN, Maaike A.; HAVE, Henk A. M. J. Ten (2003). "Moral Problems in Palliative Care Practice: a qualitative study". *Medicine, Health Care and Philosophy, 6,263* -272.

JONSEN, Albert R.; SIEGLER, Mark; WINSLADE, William J. (1998). *Clinical Ethics.* 4ª ed. Nova Iorque: McGraw-Hil l.

KINLAN, Kathy (2005). "Ethical lssues in Palliative Care". *Seminars in Oncology Nursing,* 21 (1), Fev., 63- 68.

LEONE,Salvino (1997). "O doente terminal como problema bioético". In

AA.VV. *Ética da vida. Vitalidade da ética.* Porto: UCP/GIB, 57-68.

OSSWALD, Walter (1999). "O encontro com o outro no fim da vida". *Cadernos de Bioética, nº*21, Dezembro, 41-44.

PACHECO, Susana (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética.* Loures: Lusociência.

PIRES, Ana Maria Lanita (200 1). "Cuidar em fim de vida: aspectos éticos". *Cadernos de Bioética,* nº25 , Abril, 85-94.

QUILL, Timothy E.; BYOCK, Ira R. (2000). "Responding to Intractable Terminal Suffering: The Role of Terminal Sedation and Voluntary Refusal of Food and Fluids". *Annals of Internai Medicine.* 5 (13), 408-414.

SERRÃO, Daniel (1998). "Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer". ln SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui (coord.). *Ética em cuidados de saúde.* Porto: Porto Editora; 83-92.

IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DE VIDA E DO VALOR DA VIDA NAS DECISÕES DE LIMITAÇÃO TERAPÊUTICA: 0 ESTUDO ETHICATT EM PORTUGAL

JOSÉ PINHO[1]; PA ULO COSTA[2]; PEDRO COIMBRA[1]; PAULO MAIA[1]; CHARLES SPRUNG[3] ; MÁRIO BARAS[4]; SARA CARMEL[5]; JULIE BENBENISHTY[3]

INTRODUÇÃO

As decisões de limitação terapêutica no final de vida podem ser condicionadas pelos valores dos profissionais de saúde - médicos e enfermeiros - envolvidos na tomada de decisão do doente inconsciente internado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), que podem diferir dos do doente ou da família e assim alterar a decisão que estes prefeririam.

MATERIAL E MÉTODOS

Médicos e enfermeiros a trabalhar em UCI's, doentes que sobreviveram e familiares de doentes que sobreviveram ou faleceram na UCI de 6 países Europeus[6] responderam a um questionário sobre tratamento na UCI no caso de doença terminal; as respostas foram comparadas para as atitudes sobre qualidade de vida e valor da vida.

RESULTADOS

A taxa de resposta ao questionário foi 43% (1899/4389); 528 médicos (50 em Portugal), 629 enfermeiros (100 em Portugal), 412 familiares (102 em Portugal), 330 doentes (70 em Portugal). Em Portugal, o valor da vida é mais importante que a qualidade de vida nas decisões sobre si próprios para os doentes (59%) e os familiares (54%), que desejam tratamentos agressivos como admissão na UCI, reanimação cardiopulmonar e uso de ventilação mecânica em caso de doença terminal em 61% das situações para os familiares e 64% para os doentes.

Nos outros grupos estudados a qualidade de vida prevalece sobre o valor da vida: médicos (89% no total, 80% em Portugal), enfermeiros (86% no total, 81% em Portugal), familiares (68% no total) e doentes (53% no total), aceitando os médicos tratamentos agressivos em 10% das situações (9% em Portugal) e os enfermeiros em 15% (16% em Portugal) se doença terminal.

[1] SCI l-HGSA.
[2] UCIPU-HSJ, Porto.
[3] VCI.
[4] Soe Med, Hadassah Med Ctr, Jerusalem.
[5] Univ Ben-Gurion, Negev, Dep Social Saúde, Beer Sheva, Israel.
[6] Intensive Care Med (2007) 33: 104-110.

CONCLUSÕES.

O valor da vida é mais importante para os doentes e os familiares e a qualidade de vida para os médicos e os enfermeiros; estas tendências são mais marcadas em Portugal do que nos outros países participantes no estudo.

AGRADECIMENTOS:

- COMISSÃO EUROPEIA,
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ISRAEL,
- ESICM

CONFLITOS DO SABER: EXPLORANDO OS CONTEXTOS DA TROCA DE INFORMAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E DOENTE

JOSÉ MARTINS[1]

INTRODUÇÃO

Em contexto de saúde, o direito dos doentes à informação revela-se elementar, na medida em que tem como objectivo principal empossar o doente de um conjunto de condições que lhe permitam tomar as decisões que lhe dizem respeito . Mas quando em situação de doença grave, como se processa a troca de informação entre o enfermeiro e o doente quando este chega a uma enfermaria?

Pretende-se assim "analisar as práticas e os contextos da transmissão da informação ao doente com doença grave".

METODOLOGIA

Foram entrevistados onze enfermeiros e oito doentes. Amostragem teórica. Análise das entrevistas de acordo com a metodologia da Grounded Theory.

RESULTADOS

Da análise emergiram várias categorias, permitindo identificar o contexto, os factores intervenientes, os factores causais, uma categoria central e as várias consequências . No seu conjunto, formam o fenómeno que apelidámos de Conflitos do Saber, com dois ramos distintos: um relativo ao enfermeiro - que deseja o doente informado sem informar - e outro relativo ao doente -que deseja saber sem perguntar.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

As crenças, as percepções e as experiências da partilha de informação foram, pensamos, devidamente exploradas, tendo conseguido demonstrar a enorme complexidade de uma coisa que, à partida, parece tão simples.

Evidenciamos a necessidade de um esforço acrescido dos enfermeiros para informar o doente, dentro da sua esfera de competências (Artº 84º do Código Deontológico dos Enfermeiros), assim como a necessidade de um trabalho de equipa entre os profissionais de saúde, gerador de maiores níveis de satisfação para os doentes e os profissionais e de melhores resultados em saúde.

BIBLIOGRAFI A

MORRISON, Paul - Para compreender os doentes. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. MARTINS, José - Atitudes dos doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento. Investigação em Enfermagem. Nº 8 (Agosto, 2003), p. 49-62.

---

[1] Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Bioética; Doutorando em Ciências de Enfermagem. Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

SATISFAÇÃO DOS DOENTES ONCOLÓGICOS COM A INFORMAÇÃO: INFLUÊNCIA DE ALGUMAS VARIÁ VEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

JOSÉ MARTINS[1]

INTRODUÇÃO

É hoje uma assunção que os doentes têm direito a ser informados sobre o seu estado de saúde. Sabemos, no entanto, que não existe um padrão definido de informação aos doentes, assim como, esta ser por eles procurada e interiorizada de diversas formas, o que se traduz em diferentes níveis de informação, mas principalmente em diferentes níveis de satisfação com essa informação .

Parece, pois, importante analisar a satisfação dos doentes com a informação recebida assim como alguns factores com ela relacionados .

METODOLOGIA

Estudo descritivo-correlacional a partir da aplicação de questionário a 254 doentes oncológicos, internados em unidades de internamento de cirurgia e especialidades cirúrgicas.

RESULTADOS

Os indivíduos entrevistados apresentam níveis significativos de insatisfação com a informação que detêm sobre a doença, estando esta insatisfação relacionada com o número de dias de internamento (p=0,000), com as habilitações literárias (p=0,000) e com a profissão/ocupação (p=0,000). A idade e a área de residência apenas apresentam relação estatisticamente significativa com uma das dimensões da informação (p=0,02) e (p=0,04), respectivamente .

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Este estudo vem demonstrar que existe insatisfação nos doentes oncológicos com a informação que detêm sobre a doença, apesar dos efeitos benéficos dessa informação (Morrison, 2001) (Martins, 2003). Os doentes mais insatisfeitos com a informação que detêm sobre a doença são os que se encontram em estado de maior vulnerabilidade. Percebe-se assim a necessidade de os profissionais de saúde dedicarem especial atenção aos doentes mais vulneráveis no que se refere ao processo de informação, assumindo uma postura de maior iniciativa neste processo .

BIBLIOGRAFIA

MORRISON, Paul - *Para compreender os doentes.* Lisboa: Climepsi Editores, 2001. MARTINS, José - Atitudes dos doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento. *Investigação em Enfermagem.* Nº 8 (Agosto, 2003), p. 49-62

[1] Enfermeiro Especialista em Enfermagem Méd ico-Cirúrgica; Mestre em Bicética; Doutorando em Ciências de Enfermagem. Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

TESTAMENTO VITAL

MA RI A AZEVEDO[1]; SÓNIA GARCIA[1]; SÉRGIO PIMENTA[1]; JOÃO ROCHA[1]; CRISTIANA SARMENTO[1]; ELSA SILVA[1]; LUÍSA SILVA[1]; CRISTINA NUNES[2]

O objectivo deste estudo é abordar as forças e fraquezas do testamento vital (também designado por testamento de vida ou testamento biológico), conceito que se insere no âmbito das directivas antecipadas de vontade. O testamento vital é apresentado como um documento formal em que são dispostas as indicações sobre decisões clínicas a tomar no caso de a pessoa se encontrar incapacitada e incompetente para tomar decisões voluntárias.

Tratando-se de um documento escrito pode suscitar dilemas éticos, colocando por vezes em conflito a autonomia do indivíduo expressa por este instrumento - autonomia prospectiva - e o princípio ético da beneficência imposto pelas *leges artis.* Atendendo ao carácter da não actualidade do consentimento/dissentimento expresso por este meio, surge a dúvida se este instrumento permite uma maior expressão da autonomia do indivíduo ou se, pelo contrário, o torna refém de uma decisão tomada anteriormente.

No nosso país não se dispõe ainda de legislação específica sobre o testamento vital. Porém, e ainda que seja de legalidade discutível, é perfeitamente plausível que uma pessoa (sadia ou doente) elabore um documento desta natureza, declarando, por exemplo, a oposição a um determinado tratamento. O aumento crescente de pacientes em estado vegetativo persistente veio alimentar ainda mais este debate na nossa sociedade.

Este estudo aborda, assim, a problemática do testamento vital, fazendo uma análise · comparada com a realidade existente noutros países europeus, nomeadamente à luz dos grandes instrumentos jurídicos internacionais, tal como a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina.

[1] Alunos do VII Mestrado em Bioética do Serviço de Bioética e Ética Medica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
[2] Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

MORRO, LOGO EXISTO: O PROCESSO DE MORRER E A ATENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À PESSOA EM SITUAÇÃO TERMINAL

NUNO PINTO; SÍLVIA PINTO

O enquadramento conceptual do processo de morrer tem vindo a sofrer metamorfoses ao longo dos tempos. De uma realidade externa ao Homem, considerado muitas vezes como um tabu, o morrer passou a ser encarado como um processo integrado na Vida da Pessoa, complexo e congregador das várias vertentes da composição da mesma, definidor da sua natureza irrepetível e testemunha da sua individualidade e integralidade. O morrer, situação outrora considerada abjecta tornou-se prova da existência real do indivíduo que encontra a derradeira consumação e confirmação da sua existência no seu próprio final.

Para os profissionais de saúde, a compreensão deste processo é vital para a prossecução do projecto assistencial à Pessoa em estado terminal. Promover mecanismos de adaptação e convivência do indivíduo a esta sua realidade ao invés de a escamotear é a pedra de toque para que se atinja a excelência dos cuidados de saúde prestados a estas Pessoas com necessidades particulares.

O poster tem como objectivo apontar alguns traços definidores do processo de morrer, resultantes da pesquisa bibliográfica e também da reflexão pessoal dos autores e apontar algumas direcções que a filosofia dos cuidados de saúde na fase terminal da vida deverá tomar, sendo estas indicadas pela análise do processo de morrer nas suas diversas derivações. Demasiadamente radicadas nos processos de cura, as profissões de saúde enfrentam ainda alguma dificuldade na gestão dos cuidados a Pessoas perante as quais uma solução curativa ou regeneradora não é exequível. O cuidar da Pessoa e a assistência no seu processo de morrer enquanto fase natural do ciclo vital é neste cenário o objectivo capital que congrega esforços de vários profissionais e disciplinas, que devem partilhar de conceitos e filosofias comuns no sentido de proporcionar cuidados de saúde de qualidade. Estas temáticas serão afloradas no poster.

PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROTECÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA DOENTE NO FIM DE VIDA

SARA SEABRA[1];TÂN IA MORGADO[2]

INTRODUÇÃO

Como Enfermeiras, conscientes que a Dignidade Humana é uma pedra basilar no Cuidar e que a protecção dos Direitos da Pessoa Humana é uma imposição ética e deontológica, pretendemos realizar um Poster, que espelhe questões relacionadas com os Direitos da Pessoa Doente no Fim de Vida.

DESENVOLVIMENTO

Breve Fundamentação Teórica: A vida humana desenvolve-se ao longo de um ciclo, que se inicia com o nascimento e termina com a morte e, neste contexto, "a morte é uma etapa do processo de crescimento pessoal , da mesma maneira que o nascimento, a infância, a adolescência, a idade adulta ou a velhice" (Pinto V, 1999, p. 235).

O tempo terminal da Vida Humana pode ser extremamente curto ou prolongar- se por muito tempo. Actualmente, os cuidados de saúde tendem a prolongar o período das doenças terminais, nem sempre de forma humanizada.

A Pessoa em fase terminal, apesar de se apresentar extremamente vulnerável, não deixa de ser titular de Direitos e Deveres, desde logo, os que são decorrentes do respeito pela sua Dignidade de Pessoa Humana (Melo H, 2006).

Salientamos que o último Direito da Pessoa Doente é o de Morrer com Dignidade, devendo os profissionais de saúde "procurar uma abordagem global dos doentes, para os ajudar a viver o melhor possível, até que a morte efectivamente ocorra" (Ferraz Gonçalves J, l 998).

Melo citando Hennezel (2006. p. 19), enfatiza que "a Medicina, neste último tempo de vida do doente, deverá deixar de ter uma índole fundamentalmente curativa, para se tornar numa Medicina de Acompanhamento". Do mesmo modo, Ferraz Gonçalves (1997, p. 232) refere que se pretende, sobretudo, "o controlo dos sintomas e o conforto da Pessoa Doente, evitando tudo o que é supérfluo ou que possa prolongar o processo de Morte", que vai de encontro à filosofia dos Cuidados Paliativos.

[1] Enfermeira Serviço de Medicina do Hospital Pediátrico de Coimbra. Al una do VI Mestrado de Bioética do Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
[2] Enfermeira, Serviço de Neurocirurgia 1, dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Aluna do VI Mestrado de Bioética do Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Os Cuidados Paliativos são definidos como "cuidados activos e completos, aplicados a doentes cuja doença deixou de responder a tratamentos com intenção curativa", sendo "o objectivo dos Cuidados Paliativos, conseguir dar aos doentes e às suas famílias, a melhor qualidade de Vida" (Organização Mundial de Saúde citada por Serrão D, 2004 a, p. 346).

O mesmo autor acrescenta que "de toda a equipa dos Cuidados Paliativos, o Enfermeiro é quem mais assiste o doente e a sua família" (Serrão D, 2004 b, p. 347).

Neste contexto, os Enfermeiros são detentores de um papel privilegiado, uma vez que baseados na essência do Cuidar, tem uma oportunidade única de "reconhecer o doente como pessoa e de perceber o que lhe causa desconforto e sofrimento e o que efectivamente o alivia" (Serrão D, 2004, p. 347). Este conhecimento pode permitir ao enfermeiro uma intervenção decisiva no processo de morte.

Salientamos que, ao abrigo do Artigo 87º do Código Deontológico do Enfermeiro, devemos:

"a) Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida;

b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda, expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;

e) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte".

Os Deveres do Enfermeiro consagrados no seu Código Deontológico salvaguardam a protecção dos Direitos da Pessoa Doente no Fim de Vida, com vista à excelência dos Cuidados de Enfermagem e, consequentemente, à Humanização do processo de morte.

CONCLUSÃO

A elaboração deste Poster, pretende promover a reflexão pessoal e profissional sobre o papel do Enfermeiro, na protecção dos Direitos da Pessoa Doente em Fim de Vida, com vista a consciencialização de um Cuidar humanizante promotor do Respeito pela Dignidade Humana.

BIBLIOGRAFIA:

Decreto-Lei nº. 104/98, 21 de Abril - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Ferraz Gonçalves, José António Saraiva: Cuidados Paliativos em Oncologia, Arquivos de Medicina Vol. 12, nº 3; 1998: 170- 173.

Ferraz Gonçalves, José António Saraiva: Os últimos dias de Vida, Arquivos de Medicina Vol. 11, nº 4; 1997: 229-233.

Melo, Helena Pereira: Os Direitos da Pessoa Doente, Tex10 Complementar das Aulas do VI Mestrado em Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2006.

Pinto, Victor Feytor: Saúde para todos, Portugal Paulus, 1999.

Serrão, Daniel: Saúde e Doença in Para uma Ética da Enfermagem: Desafios, Gráfica de Coimbra, Coimbra, 2004

COMO ENVOLVER A FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO TERMINAL

ANA RIBEIRO[1]; VANDA VEIGA[1]; FÁTIMA CONTREIRAS[1]; ANA MARÇAL[1] ; ANABELA CAPELO[1]; ANA PAULA CANDEIAS[1]; NÁDIA OLIVEIRA[1] ; LINA BORGES[1] ; CARMO CARNOT[1]; VERA MARÇALO[1]

Surgiu do conhecimento que já tínhamos, enquanto pessoas e profissionais , da importância da família para o equilíbrio emocional e espiritual de cada pessoa.

Em situação de crise, as necessidades de ordem emocional engrandecem e toma-se fundamental o apoio daqueles que melhor conhecem e sabem satisfazer, acarinhar e tomar feliz a pessoa que vive os últimos momentos da sua vida.

Porque a pessoa que vive uma morte anunciada e que toma consciência da sua finitude, sofre, fica triste, revoltada, angustiada .... E não sofre sozinha, a família sempre que existe, atravessa também, uma situação de crise.

Para este Poster, estabelecemos os seguintes objectivos:

- Partilhar conteúdos sobre o envolvimento dos familiares nos cuidados à pessoa em situação terminal
- Sensibilizar os profissionais da pertinência desta temática, para uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa em situação terminal.

A equipe de cuidados paliativos que, numa filosofia de cuidados à pessoa/família, procura a qualidade possível, o bem-estar, conforto e tantos outros valores quanto a unicidade de cada pessoa, deve estabelecer uma parceria com a família.

Para isso é essencial uma dinâmica multiprofissional, enquadrando as 4 áreas fundamentais dos cuidados paliativos que são: o controlo dos sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa multidisciplinar.

Do ponto de vista ético e legal, a pessoa deve ser atendida por profissionais competentes, usufruindo de meios, técnicas e intervenções adequadas e em locais com os recursos ajustados à resolução atempada dos seus problemas.

[1] Enfermeira

Constata-se que cuidar da pessoa em fase terminal constitui o derradeiro desafio para o enfermeiro, na medida em que é o elemento da equipa multidisciplinar que tem o privilégio de manter uma relação mais presente, com a pessoa e família.

Logo é ele que se encontra numa posição privilegiada para ajudar a pessoa /família nesta etapa única e tão difícil, como é o final de uma vida.

CUIDAR VERSUS PALIAR NUMA UNIDADE DE HEMODIÁLISE

CARMO CARNOT[1]; LINA ARAÚJO[1]

Cada vez mais se preconiza integrar a participação dos familiares na prestação de cuidados, especialmente em circunstâncias de final de vida. Tomar isto realidade numa unidade de tratamento dialítico, implica ultrapassar algumas dificuldades de ordem organizacional, de gestão de cuidados e de competências profissionais:

O Prestar cuidados individualizados.

O Prevenir a dor ou tomá-la suportável.

O Aliviar sintomas.

O Apoiar a família durante a sessão de diálise.

O Oferecer apoio relacional, moral, espiritual e religioso.

PROMOV ER A QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA ATÉ AO MOMENTO DA MORTE, PRESERVANDO A DIGNIDADE DA PESSOA/FAMÍLIA

A doença renal terminal e as técnicas de substituição renal representam , por si só, uma situação geradora de crise. Associadas à situação terminal potenciam as necessidades da pessoa e sua família. Para responder a estas necessidades o enfermeiro deve, em primeiro lugar, ser capaz de reconhecê-las e, em segundo lugar, ter as competências indispensáveis à proficiência.

Assim temos como objectivo para este Poster, sensibilizar os nossos pares da pertinência desta temática, para uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa em situação terminal, quando sujeito a tratamento intradialitico.

É essencial uma dinâmica multiprofissional, enquadrando as 4 áreas fundamentais classicamente conhecidas dos cuidados paliativos que são: o controlo dos sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa multidisciplinar.

Facilitar a informação sobre a doença e os tratamentos, de acordo com o solicitado pela pessoa,

[1] Enfermeiro

promover o diálogo franco e honesto sobre as opções terapêuticas disponíveis e partilhar as decisões terapêuticas com a pessoa e a família.

Entram aqui os aspectos éticos relacionados com os tratamentos dialiticos : aspectos éticos, morais e deontológicos. Diálise, controlo de sintomas ou prolongar a vida através do encarniçamento? Crenças religiosas, valores morais, regras de direito e princípios éticos estão presentes na tomada de decisão. A ponderação de valores e bens e grande humildade é necessária.

Eis o que pretendemos, inquietar os profissionais, para esta realidade.

8º Congresso Nacional de Bioética

19-20 Outubro 2007

U. FMUP BIOÉTICA

bioética