

Bioética e Fim de Vida: Princípios éticos

- A Intervenção do Enfermeiro no Fim de Vida

Bioethics and End of Life: Ethical Principles - The Intervention of the Nurse in the End of Life

Rúben Alexandre da Silva

Resumo

A morte é um acontecimento que perturba a vida das pessoas, representa o desconhecido. Lembramos a nossa finitude, sendo aquilo que, temos de mais certo na vida (Pacheco, 2006). Os avanços tecnológicos têm propiciado um poder de intervenção sobre a vida e a morte (Boemer et al, 1997). A Bioética, alicerçada no conhecimento biológico e ético, orienta a tomada de decisões na prática da assistência à saúde e nas situações decorrentes da evolução científica (Bouças, 2007). A Enfermagem, como cuidado ético, requer um agir que preserve a dignidade humana, que evite reduzir pessoas a um estatuto moral de objetos, sustentáculos de uma Bioética em Enfermagem (Bouças, 2007).

Objetivos: Contextualizar a morte na sociedade pós-moderna; o tipo de morte e seus critérios; Abordagem da Bioética e o Fim de Vida: Princípios Éticos e o Cuidar em Fim de Vida.

Conclusões: No cuidado ao doente em fim de vida, torna-se essencial que o Enfermeiro apoie-se em princípios éticos (Justiça, Beneficência-Maleficência, Autonomia) que orientam a sua tomada de decisão e simultaneamente, promova a qualidade de vida e a dignidade humana.

Palavras-chave: Morte; Bioética; Aspectos éticos; Cuidados de Enfermagem

Abstract

Death is an event that disrupts people's lives, to the extent that represents the unknown. We remind our finitude being what we have more certain in life (Pacheco, 2006). Technological advances have provided an power of intervention over life and death (Boemer et al, 1997). Bioethics, based on the biological and ethical knowledge, guides decision-making in the practice of health assistance and situations arising from scientific progress (Bouças, 2007). Nursing as ethical care requires an act to preserve human dignity, to avoid reducing people to a moral status of objects, supporters of a Bioethics in Nursing (Bouças, 2007).

Objectives: Contextualize death in postmodern society, the kind of death and criteria; Bioethics Approach and the End of Life: Ethical Principles and End of Life Care

Conclusions: In patient care in end of life, it is essential that the nurse support on ethical principles (Justice, Benefit-Maleficent, Autonomy) that guide their decision making and simultaneously promotes quality of life and human dignity.

Key-words: Death; Bioethics; Ethical Aspects; Nursing care

NOTA INTRODUTÓRIA

A morte é um fenómeno extremamente complexo: por um lado, parece estar sempre presente ao longo de toda a nossa vida; por outro, parece manter-se radicalmente ausente enquanto vivemos. A morte é-nos simultaneamente próxima e distante (Pacheco, 2002). Assim, a presença de morte nas nossas vidas é inegável: ela habita todos os nossos dias e frequenta todos os nossos espaços. Cerca-nos constantemente ao entrar nas nossas casas através do que vemos na televisão, ouvimos no rádio ou do lemos nas revistas e artigos (Pacheco, 2002). Consciencializamos-nos da sua realidade ao tomarmos conhecimento da morte de alguém notável, vemo-la próxima ao nos depararmos com acidentes e ambulâncias ou quando vamos a um funeral, sentimo-la entre nós ao sabermos que um amigo sofre de uma doença incurável ou ao ouvirmos falar da morte de uma pessoa conhecida (Pacheco, 2002). A Bioética refere-se ao comportamento ou conduta do Homem em relação à vida, designando-se por ética aplicada à vida, particularmente atenta e desperta para os princípios basilares que alicerçam o agir humano sem descurar uma função normativa que também lhe compete (Bouças, 2007).

A Bioética, no seu sentido mais genuíno, desprovido de adulterações, parece não ter surgido como uma ciência, mas como um

campo fecundo de diálogo entre as ciências da vida e as ciências humanas (Bouças, 2007). Nesta perspectiva, pode-se dizer que a Bioética possui um conhecimento complexo de natureza pragmática, orientado para a tomada de decisões na prática da assistência à saúde e em novas situações decorrentes da evolução do pensamento científico e da prática científica, nos diferentes contextos morais, que pode e deve ser aplicada a todas as facetas da vida humana (Bouças, 2007).

A morte é uma das facetas da vida e como tal, envolvida por um enorme progresso tecnológico e científico, tornou-se alvo de um conjunto de problemas éticos, sobre os quais, apenas a Bioética, alierçada de princípios éticos, poderá “tentar” dar resposta. A enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento relativa ao cuidado humano, materializa-se no exercício profissional, essencialmente na prestação de cuidados às pessoas, às famílias, aos grupos e à comunidade (Deodato, 2010). Na ocorrência de um problema ético, por exemplo, a morte, o Enfermeiro necessita resolvê-lo, assumindo o seu dever profissional de agir. Deste modo, o enfermeiro procura a ação adequada para resolver o problema identificado, construindo uma decisão que se revele eticamente boa para a pessoa em causa. Pela decisão e pela ação o enfermeiro responde, no âmbito da responsabilidade profissional em enfermagem (Deodato, 2010).

A Morte – A Sociedade Pós- Moderna

A Morte é sempre um acontecimento que perturba a vida das pessoas, na medida em que representa o desconhecido. Lembramos a nossa finitude e, além disso, é o que temos de mais certo na vida (Pacheco, 2006). De facto, a morte é a única certeza que temos na vida e, por mais que a tentemos afastar das mais variadas maneiras, ela estará sempre no final e, é a única meta do caminho que estamos a percorrer (Pacheco, 2006). O modo como a morte é encarada individual e socialmente difere entre diferentes culturas e tem variado ao longo do tempo. A morte, na baixa Idade Média, era um acontecimento com que se convivia naturalmente (Gonçalves, 2006, p.8). Numa época em que a esperança da vida era curta devido às duras condições de vida das populações, à insalubridade das habitações, à ausência de saneamento nas povoações e à ineficácia da medicina, a morte era uma ocorrência com que se convivia frequentemente (Gonçalves, 2006). Naquela altura considerava-se essencial que o moribundo conhecesse o seu destino para que se preparasse espiritualmente e tomasse as suas últimas disposições (Gonçalves, 2006). Esta advertência era descrita como o nuncius mortis, e era realizada por um médico, um familiar, um amigo ou até, e mais frequentemente, por um sacerdote (Gonçalves, 2006)

Esta entrada do sacerdote no quarto associou-se então a um fim próximo, que a morte estaria iminente, não sendo necessário dizer mais nada (Gonçalves, 2006). É verdade que esta advertência sempre foi considerada uma tarefa desagradável, não desejada, mas indispensável (Gonçalves, 2006)

A partir da segunda metade do séc XIX, a advertência começou a tornar-se mais difícil para as pessoas e começou a aparecer a noção de que havia de proteger o paciente do conhecimento de que o seu fim estava próximo (Gonçalves, 2006).

A sociedade pós-moderna com as novas condições de vida e de habitação, com a família nuclear reduzida em número, com o afastamento geográfico dos membros de uma mesma família, o isolamento em que se vive, a sociedade técnica, mecanizada e impessoal, fazem com que sobretudo nos grandes centros, mas cada vez mais nos meios rurais, se morra longe do meio familiar e, em geral, nos hospitais (Sapeta, 2011).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2012, cerca de 64% das mortes ocorreram em Estabelecimento Hospitalar enquanto 28% ocorreram no Domicílio (INE, 2012) . No ocidente e nesta era da pós-modernidade, inaugurou-se um novo paradigma de morte (Ariés et al., 1988 cit por Sapeta, 2011). A morte é medicalizada, com a crescente intervenção técnica, procurando adiá-

la o mais possível, em oposição ao modo tradicional (Sapeta, 2011). Philippe Ariés refere-se como a mudança da morte domesticada para a morte interdita, escondida, tornando-se este tema um tabu (Ariés, 1988 citado por Sapeta, 2011). A morte ao ser transferida para os hospitais deixou de ser vivida como um acontecimento social (Ariés et al., 1988; cit. por Sapeta, 2011), dessocializou-se.

Note-se a importância da sociedade neste processo, pois esta induz a uma vida ocupada, dedicada à aquisição de bens materiais em que o tempo se esgota numa correria desenfreada “de um lado para o outro”, em que há uma tendência para libertar o Homem das obrigações e “embaraços”, nomeadamente em relação aos familiares mais próximos (Frias, 2003). Assim, quando a pessoa se torna mais dependente, ou quando a sua morte está iminente, é entregue a organizações de solidariedade social ou a hospitais. A morte surge como entrave ao desenvolvimento rotineiro da vida e é encarada como uma punição, uma inconveniência ou uma injustiça (Frias, 2003). Por outro lado, como nos refere Gómez Sancho (1999) cit. por Sapeta (2011), vivemos numa “sociedade olímpica”, onde os meios de comunicação nos bombardeiam paulatinamente com estereótipos, imagens ideais da juventude eterna, de beleza e num apelo constante à maior acumulação de bens materiais, de fama e de poder, com pouco

tempo e disponibilidade para se pensar num assunto tão escabroso, como é a finitude e a morte. Note-se que este pensamento atormenta e amedronta as pessoas. O medo da morte é universal e está intimamente interligado com o instinto de conservação da vida (Gonçalves, 2006). Assim podemos considerar que vivemos num mundo moderno civilizado que procura, com veemência, levar à perfeição institucional a tendência para a repressão da morte, deslocando-a por completo chegando ao ponto de marginalizá-la da vida pública (Gadamer, 1993 cit. por Sapeta, 2011)

Conceito e Tipos de Morte

O termo morte é utilizado com diferentes conotações e sentidos. Metaforicamente, morte pode significar o fim, o desaparecimento. No seu sentido real, o termo morte é empregue de forma ambígua significando umas vezes morrer, outras estar morto e a morte no seu sentido correto (Gonçalves, 2006). Morrer assume-se como o processo que conduz a estar morto e que ocorre em vida (Gonçalves, 2006).

Estar morto é um estado que ocorre após a morte e, claramente, não faz parte da vida. Assim, a morte está entre o morrer e o estar morto, está no fim do morrer e no princípio do estar morto (Deliens et al, 2000 cit. por Gonçalves, 2006).

Na definição do conceito de morte, o que interessa não é determinar se todas as células

estão mortas, mas o ponto de não retorno (Gonçalves, 2006). Isto é, o que importa é determinar o ponto a partir do qual o processo se tornou irreversível independentemente dos meios que se possam empregar para o reverter. Este ponto significa também a morte, o fim, do organismo biológico como um sistema integrado de tecidos e células (Gonçalves, 2006).

O momento em que foi determinado este ponto é o momento de morte (Gonçalves, 2006).

Até ao final do século XIX, a determinação da morte baseava-se na paragem respiratória e, a partir daí, com a descoberta da circulação sanguínea e da auscultação, passou a basear-se na paragem cardíaca (Gonçalves, 2006). Contudo, com o aparecimento da reanimação cárdio-respiratória e o desenvolvimento das técnicas e dispositivos de suporte de vida, substituindo as funções dos pulmões e do coração, formaram-se situações em que a determinação da morte se tornou mais complicada (Gonçalves, 2006).

Com o aparecimento dos ventiladores e das unidades de cuidados intensivos nos anos 50 do século XX foi possível manter artificialmente a função cárdio-respiratória. Assim, alguns doentes com a função respiratória artificialmente mantida tinham perdido totalmente a função cerebral (Gonçalves, 2006). Note-se que a manutenção dos indivíduos, cuja função cerebral total se tinha perdido

definitivamente, elevava/originava alguns problemas legais, éticos, psicológicos e económicos (Gonçalves, 2006). Este processo era visto negativamente pelos profissionais e era caracterizado pela família como um processo que se arrastaria por tempo indeterminado com custo direto para os familiares (Gonçalves, 2006).

Como se poderia resolver esta situação? A única solução incidia em não associar-se a função cárdio-respiratória à definição de morte. E foi isso que se sucedeu.

Em 1968, a Comissão Ad Hoc da Harvard Medical School, propôs que fosse declarada a morte de um indivíduo em coma irreversível, antes de se desligarem os meios de suporte (Gonçalves, 2006). Coma irreversível foi descrito como um estado de não reatividade, sem movimento, respiração ou reflexos e um eletroencefalograma plano (Gonçalves, 2006). Portugal seguiu este caminho e em 1993, a Assembleia da República decreta a Lei nº12/93 de 22 de Abril, onde esta enuncia que “cabe à Ordem dos Médicos ouvindo o Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida, enunciar e manter actualizado, de acordo com os progressos científicos que venham a registar-se, o conjunto de critérios e regras de semiologia médico-legal idóneos para a certificação da morte cerebral” (Artigo 12º - Lei nº12/93 de 22 de Abril). No dia 1 de Setembro de 1994, a Ordem dos Médicos definiu os

critérios de morte cerebral, dispondo estes em três tópicos: Condições Prévias, Regras de Semiologia e Metodologia.

As Condições Prévias definem o diagnóstico de morte, sendo elas: “1) - Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;. 2) Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos; 3) Ausência de respiração espontânea; 4) - Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas nos números anteriores.

Nas Regras de Semiologia, é referido o conjunto de reflexos que, na sua ausência são um sinónimo de morte cerebral bem como a indicação da “realização de prova de apneia confirmativa da ausência da respiração espontânea”.

Por último, a Metodologia, onde é referido que se deve realizar “dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade” e “exames complementares de diagnóstico”. Esta execução de provas deve ser realizado “por dois médicos especialistas sendo que nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à unidade ou serviço em que

o doente esteja internado”. Outro ponto de vista sobre os tipos de morte é nos apresentado por Ramon Bayés (2001); Couceiro (2004); Barbero (2004) e Gómez Sancho (2005) (Sapeta, 2011). Como já foi referido anteriormente, cada vez mais se morre nos hospitais, longe da família, longe dos amigos, longe de tudo. Dentro dos hospitais a morte do doente é dado o seu isolamento, antes da morte fisiológica propriamente dita, a sua primeira morte é social (Sapeta, 2011).

Sapeta (2011) refere que existem 4 tipos de morte: social, psíquica, biológica e fisiológica. A morte social corresponde ao momento em que o doente é retirado do convívio dos outros, mesmo dos mais próximos, sendo encarado como se não existisse. O medo e a negação de morte, referidas anteriormente, levam a que todas as pessoas se afastem de quem está a morrer ou desconsiderem a pessoa na tomada de decisões (Sapeta, 2011). A segunda morte é a morte psíquica, em que a pessoa aceita a própria morte e se retira de si mesma (Sapeta, 2011). Esta é acompanhada de um inevitável enfraquecimento físico e a pessoa percebe que a morte está próxima (Sapeta, 2011). A terceira é a morte biológica em que o organismo como entidade humana não existe, o doente está em coma irreversível, o coração e os pulmões continuam em funções, mas o organismo entendido como corpo-mente está morto (Sapeta, 2011). A definição da morte biológica

vai de encontro aos critérios científicos estipulados para a certificação de uma morte cerebral. Por fim, a morte fisiológica, que corresponde à última e quarta fase em que se verifica a falência de todos os órgãos vitais (Sapeta, 2011).

Bioética e Fim de Vida: Princípios éticos

O Homem, a Ciência e a Bioética apresentam-se como três realidades completamente distintas e, concomitantemente, tão próximas (Nogueira, Loureiro, & Silva, 2004). Completam-se, numa arriscada dinâmica de interligações, interdependências e relações, por vezes, conflituosas e dúbias (Nogueira et al, 2004).

Note-se que, ao longo das décadas, temos assistido a uma explosão científica, especialmente tecnológica, que abalou e perturbou o ritmo da vida humana bem como a capacidade de adaptação a esta terceira revolução comandada pela informática, pela robótica, pela telepática e a biotecnologia (Nogueira et al, 2004). O progresso realizado nos domínios, sobretudo, da biologia humana, elevou questões e formulou problemas éticos relacionados com a vida humana e as ciências da vida (Nogueira et al, 2004). Perante esta situação, isto é, com esta nova forma de pensar não só a ciência mas também a espécie humana, o meio científico necessitou do contributo da Bioética (Nogueira et al, 2004).

A história da Bioética é extremamente recente, tendo tido o início formal e institucional em 1970, quando o oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter introduz o neologismo “bioética”, primeiramente no artigo «Bioethics, the Science of Survival», e posteriormente em 1971, com um livro intitulado *Bioethics, Bridge of the Future* (Santos, 1996). . Potter estava particularmente preocupado com a responsabilidade da genética em melhorar a qualidade da vida humana (Santos, 1996). Serrão (2001) cit. por Nogueira et al. (2004), refere que segundo a proposta inicial de Potter, a bioética seria uma nova disciplina do conhecimento humano, na qual se cruzassem os conhecimentos sobre a natureza da vida e sobre a essência de todas as manifestações da vida. O bios contribuía com dados da biologia científica, estrutural e molecular, da genética, enquanto genoma e fisioma, e outros dados científicos que definem a vida como natureza. O ethos contribuía com os saberes específicos sobre as peculiaridades das diferentes formas de vida construídas com e sobre a natureza – a vida vegetal, a vida animal e a vida humana (Nogueira et al, 2004).

Esclarecido o conceito da «Bioética» e a razão do seu aparecimento, importa agora enunciar a pertinência da Bioética para o tema deste artigo, o Fim de Vida.

Atente-se à existência do enorme desenvolvimento das ciências básicas na

primeira metade deste século tendo permitido um conhecimento aprofundado das funções dos órgãos e criando condições para a sua substituição (Santos, 1996). Tornou-se possível construir instrumentos que podem exercer no organismo total ou parcialmente algumas das funções fundamentais para a manutenção do equilíbrio interno (Santos, 1996). Tal foi o que se passou com o aparelho respiratório, o aparelho circulatório e o aparelho excretor, cujas funções puderam, total ou parcialmente, substituídas por próteses (Archer et al, 1996). Estavam, de modo, criadas as condições para o advento de um conjunto de disciplinas médicas que se designam por Reanimação (Bernard, 1991 cit. por Santos, 1996). Por outro lado, os métodos de diagnóstico proporcionaram o conhecimento da presença das doenças em fases incipientes da sua evolução natural e facultaram métodos de avaliação das funções orgânicas e medidas de intervenção que podem permitir a correção nos estádios iniciais das doenças (Santos, 1996). Este conjunto de meios permitiu, em alguns dos casos, a interrupção ou o atraso do seu natural curso para a morte (Santos, 1996).

Assim, importa referir, que o conjunto de inovações técnico-científicas, supracitados, contribuíram para o surgimento de reflexões éticas por parte dos profissionais no que diz respeito às condutas frente a situações-dilema (Boemer et al, 1997). Tais situações denotam o

quanto os avanços tecnológicos têm propiciado um poder de intervenção sobre a vida e a morte, colocando o Homem perante novas responsabilidades (Boemer et al, 1997). Face a tal realidade, a Bioética em complementaridade com outras áreas do saber, incluindo a Enfermagem, propicia a contemplação das situações numa visão prismática (Boemer et al, 1997). A Bioética, segundo Pessini e Barchifontaine (1994) cit. por Boemer et al (1997), engloba questões que se referem ao início e ao fim de vida humana e outras intermediárias, como a morte, o processo morrer e o doente terminal.

Os temas referentes têm possibilitado discussões bastante polémicas e contraditórias por envolverem um tema tabu na nossa sociedade contemporânea - a morte (Boemer et al, 1997). Note-se que a determinação do momento da morte tem sido a base para a controvérsia na tomada de decisão acerca de questões relacionadas com a eutanásia, transplantes e intervenções em relação a doentes em fase terminal (Boemer et al, 1997). Estes domínios, colocaram um grande número de questões éticas, para as quais não existem respostas definitivas ou universalmente aceites (Santos, 1996).

O que me proponho a seguir é apresentar alguns princípios éticos que estão intimamente interligados com o Fim de Vida.

Invocando-se razões de incomodidade ou de insegurança dos outros doentes, as pessoas em situação terminal são algumas vezes colocadas em salas isoladas, frequentemente com menos instrumentos de vigilância e de intervenção (Santos, 1996). As equipas terapêuticas fazem observações menos frequentes e quando as fazem estão menos tempo junto do doente, pensando alguns que melhor se serve o doente iludindo-o e iludindo-se sobre a proximidade da morte (Santos, 1996).

Um dos princípios inerentes a esta situação é o respeito pela Dignidade Humana. O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, em 1999, realizou uma exposição sobre o conceito de dignidade humana. A sua análise foi feita em três níveis: filosófico, biológico e psicológico (Serrão, 2010). A nível filosófico, a dignidade humana é designada como “um princípio moral baseado na finalidade do ser humano e não na sua utilização como um meio. Isso quer dizer que a dignidade humana estaria baseada na própria natureza da espécie humana, a qual inclui, normalmente, manifestações de racionalidade, de liberdade e de finalidade em si, que fazem do ser humano um ente em permanente desenvolvimento, na procura da realização de si própria” (Serrão, 2010). Na perspectiva psicológica, a dignidade humana é desenhada como uma descoberta que acontece na autoconsciência individual; é uma dignidade que se constrói, se ganha e perde, ao longo da

vida e de todas as experiências da vida. Vive-se com ela na família, na profissão e no relacionamento social (Serrão, 2010). Na perspectiva biológica, a dignidade humana, conceito abstrato, é expressa através do corpo humano como suporte de cada existência individual concreta. Mas a dignidade é-lhe anterior e não é o corpo biológico que constitui a sua justificação causal e determinante (Serrão, 2010). A pessoa não sente, mas irá sentir; não pensa mas irá pensar, não lê, nem escreve, mas irá ler e escrever, irá representar o mundo na sua cabeça, absorver toda a cultura exterior simbólica, viver nela e nela morrer (Serrão, 2010).

Definido o conceito de dignidade humana, uma questão que se coloca é se os doentes em fase terminal tem o direito a morrer com dignidade? Deodato (2006) refere que morrer com dignidade, considerando nomeadamente a componente do sofrimento, constitui desde logo, um direito individual legitimado pelo direito à vida. Considerando a morte como a última etapa da vida e só entendemos esta com a dignidade que lhe é inerente, então, até ao final, a vida humana realiza-se com dignidade (Deodato, 2006).

Segundo Serrão (2010), honrar a dignidade humana é fomentar uma cultura de respeito absoluto pela vida humana desde o seu início e até ao fim natural. Gostaria de finalizar esta abordagem referenciando Kant, cit por Serrão

(2010), com a sua célebre afirmação “O Homem, o ser humano, não tem preço, tem dignidade”.

Outro princípio ético que se encontra intrínseco a esta atitude, é a qualidade de vida. A qualidade de vida é muita das vezes confundida com uma vida sem problemas, sem obstáculos ou sem sofrimento. Na mesma sequência, surge a convicção que o sofrimento diminui a qualidade de vida, sendo incompatível com ela (Renaud, 2009). A dor física constitui um obstáculo à qualidade de vida no seu sentido mais imediato, mas numa situação de morte iminente ou previsível, muitas das vezes já não se pode eliminar o sofrimento (Renaud, 2009).

A questão que se coloca segundo Renaud (2009) é como se comporta a qualidade de vida diante da morte? A morte não abole a qualidade de vida, quando a vida se compreende na base do sentido global que só o fim de vida pode imprimir (Renaud, 2009). É assim que o fim de vida acarreta a possibilidade de uma reinterpretação global do sentido de existência, talvez já não feito pelo próprio ser humano, mas pelos familiares ou seus próximos (Renaud, 2009). A qualidade de vida é escolhida por cada um de nós, de acordo com os valores a que cada um de nós se consegue dedicar (Renaud, 2009). Esta dessemboca sempre na dimensão ética da existência (Renaud, 2009). O respeito pela Dignidade Humana encontra-se no

prolongamento do que foi descrito até aqui. Note-se que, o que não é digno, é uma vida que se cortou da possibilidade de viver de acordo com os valores que dão sentido à vida, isto é, é digno de ser vivido o sentido que dá valor à existência humana (Renaud, 2009). Pode-se assim afirmar que toda a vida merece ser vivida, porque a sua dignidade reside nos valores pessoais e intersubjetivos que a vida física permite (Renaud, 2009). Se não permitir? Segundo Renaud (2009), a resposta desenvolve-se em dois passos, por um lado, a vida física não se esgota no instante presente, ela abrange uma temporalidade, logo não se pode dizer que a partir de determinado momento, não vale a pena viver. Doutrarte, na medida, em que sou «as minhas relações», sou eu, não doente, que tenho a responsabilidade de não apagar uma vida que chega ao fim (Renaud, 2009). Nas situações de fim de vida, em que a morte se revela inevitável, a decisão de enfermagem não se funda cegamente no respeito pela vida. Respeitar a pessoa significa, sobretudo, respeitar a natural finitude da vida e passar ao cuidado paliativo, quando a morte se aproxima (Deodato, 2010). A intervenção escolhida não se isola para um campo terapêutico específico em que um objetivo particular poderia ser alcançado, mas procura um fundamento ético que tenha a pessoa como foco de proteção central. O respeito pela vida e qualidade de vida surge aqui no seu sentido metafísico levando a

que a decisão de enfermagem assegure que aquela pessoa em concreto termine serenamente a sua vida (Deodato, 2010).

Um dos princípios éticos relacionados ainda com esta atitude mas maioritariamente com o próprio doente terminal é a vulnerabilidade. A vulnerabilidade faz parte da nossa condição humana (Biscaia, 2006). Segundo Biscaia (2006) não se pode falar sobre Vulnerabilidade sem assumir plenamente essa característica natural da vida humana que nos faz enfrentar a nossa dependência dos outros, a nossa fragilidade, os nossos limites que estendem ao modo como somos capazes de aceitar a nossa própria morte (Biscaia, 2006). Segundo Michael Renaud cit. por Biscaia (2006), a “vulnerabilidade evoca o “vulnus” ferida; mas a ferida pelo menos de modo simbólico, evoca por sua vez a abertura sangrenta, dolorosa, sofrida. Ela faz parte do sofrer o qual aparece como a vertente ligada ao agir. Agir e sofrer, atividade e passividade, delineiam assim a estrutura de base da reflexão sobre a vulnerabilidade”. Note-se que cada acto implica sempre um condicionamento que o limita e lhe dá um carácter contingente, mostra a nossa fragilidade de que resulta um sofrer que participa de qualquer um dos nossos actos criados (Biscaia, 2006). Este sofrer vai ser capaz de nos tornar sensíveis à vulnerabilidade dos outros e concomitantemente, fazer parte dela, de modo a podermos compreendê-la e ajudá-la (Biscaia, 2006). Quanto ao doente em fim de

vida, torna-se importante perceber a importância da capacidade de abertura aos outros, que nos faz perceber aquele que é vulnerável e senti-lo como um outro eu possível (Biscaia, 2006). Deste modo, conseguiremos perceber os gestos e palavras do cuidar que lhe aliviam o sofrimento, mas simultaneamente, a nossa participação, pela sensibilidade do sofrer do outro, torna-nos mais vulneráveis a essa dor fazendo-nos penetrar como nos refere Michael Renaud «nessa terra desconhecida da vulnerabilidade» (Biscaia, 2006). A vulnerabilidade acaba por se refletir sobre todos os outros valores da Bioética, sendo um deles, a Autonomia, uma vez que esta é necessariamente limitada nos mais vulneráveis precisamente aqueles que mais necessitariam dela para se defenderem (Biscaia, 2006).

A capacidade de fazer escolhas autónomas é um aspeto essencial da ética em geral, nomeadamente, no que respeita as decisões relacionadas com os problemas do fim de vida (Gonçalves, 2006). A autonomia da pessoa é hoje aceite como um princípio ético basilar (Deodato, 2006). Note-se que a autonomia individual de cada pessoa encontra-se no autogoverno sobre si próprio, traduzido na liberdade de tomar decisões sobre si e sobre a sua vida (Deodato, 2006). Podemos concluir que, quando exercemos a nossa autonomia, não o fazemos para um fim qualquer, escolhemos com vista a um fim humano. Na

abordagem ética do tema da morte, a autonomia individual deve ser discutida tendo como pano de fundo o sentido da vida (Deodato, 2006).

Segundo Vasco Magalhães cit. por Deodato (2006), o sentido da vida reside na própria pessoa. Por outro lado, importa referir que o agir livremente no âmbito da autonomia individual consubstancia-se numa liberdade responsável. Os atos decididos livremente na consciência de cada um originam consequências para o próprio e para os outros, na medida das relações estabelecidas. Desta forma, o exercício da liberdade não ocorre de forma ilimitada, mas sim tendo em conta os limites impostos pela desumanidade das consequências que estes podem originar (Deodato, 2006).

Contextualizando ao doente em final de vida, atente-se que o princípio da autonomia deve-se se entender mais como referido às decisões do que às pessoas, uma vez que uma pessoa normalmente considerada «não autónoma» (inclui-se aqui, por muitos, os doentes em fim de vida) pode ser capaz de algumas pontuações autónomas, que devem ser respeitadas (Cabral, 1996). Na prática, o princípio de autonomia implica promover quanto possível comportamentos autónomos por parte dos pacientes, informando-os convenientemente, assegurando a correta compreensão da informação ministrada e a livre decisão (Cabral, 1996). A autonomia não se pode considerar um

princípio absoluto, mas pode ser legitimado por outros princípios como a Justiça (Cabral, 1996).

A Justiça é definida, no plano ético, como a finalidade de “uma vida boa, com e para com os outros, em instituições justas” (Nunes, 2006). Sob a expressão do Princípio da Justiça, e relacionando com o Doente em Fim de Vida, alguns autores têm discutido as exigências da justiça distributiva, as quais, no campo da Bioética dão origem a complicados problemas (Cabral, 1996). As questões que se têm colocado são: Tendo em conta a limitação ou escassez dos recursos disponíveis, como distribuí-los justamente? Existem características intrínsecas à pessoa que podem ser utilizadas como argumento para a abstenção ou suspensão do tratamento? O princípio da Justiça assenta num dever de justiça universal, isto é, dar a cada um o que lhe é devido e num dever de equidade (igualdade de resultados de resultados para grupos) (Thompson, Melia and Boyd). Aristóteles, afirmava que o princípio de justiça revela-se segundo o conceito de equidade levando o Enfermeiro a agir no sentido das suas necessidades (Deodato, 2010). Um juízo de equidade leva assim a um agir que se afasta da regra, que responde ao cuidado a que aquela pessoa tem direito naquelas circunstâncias concretas (Deodato, 2010). Vieira (2007) cit. por Deodato (2010), assenta o cuidado justo, como um cuidado determinado e

prestado com compaixão e solicitude, a um Outro que sofre.

Sobretudo, perante um sofrimento presente (exemplifique-se com o doente em fim de vida), a justiça concretiza-se através do cuidado presente em que a essência da relação de cuidado reside na humanidade dessa relação (Deodato, 2010). Agir com justiça, é hoje, atender ao que a pessoa precisa, na medida em que ela precisa, no tempo que ela precisa (Deodato, 2010).

A Obstinação Terapêutica e Abstenção ou Suspensão do Tratamento são duas atitudes claramente inadequadas face à situação do utente, isto é, em fim de vida (Santos, 1996). A Obstinação Terapêutica envolve meios extraordinários e desproporcionados ao benefício esperado (Santos, 1996). Os termos tratamento ordinário e extraordinário têm sido interpretados de vários modos através do tempo. Uma das mais vulgares é a de considerar ordinário como significando habitual e extraordinário como significando não habitual (Gonçalves, 2006). Outros critérios para distinguir tratamentos ordinários de extraordinários são: simples ou complexo, natural ou artificial, não invasivo ou invasivo, barato ou caro, de rotina ou heróico (Gonçalves, 2006). As definições são vagas e não permitem tomar decisões nas situações concretas, no entanto, torna-se importante referir que em casos com benefícios esperados

equivalentes, devemos optar pelos tratamentos simples, não invasivos e baratos em detrimento dos complexos, invasivos e caros (Gonçalves, 2006). Todavia, os elementos essenciais para a decisão devem ser os benefícios e os inconvenientes para o doente, o balanço entre estes, o desejo do doente e os recursos disponíveis (Gonçalves, 2006). O princípio ético inerente à Obstinação Terapêutica é o princípio da Futilidade e da Beneficiência-Maleficiência, o qual abordarei mais à frente. A Futilidade dos tratamentos é desvelada etimologicamente pelo confronto entre *futilis* e *utilis*, sendo, portanto, contraposto a *útil* (Loureiro, 2008). Uma ação considera-se como *fútil* se tem baixa probabilidade de atingir um objetivo ou como afirmaram Schneiderman e col. “a futilidade refere-se a uma expectativa de sucesso tão improvável que a sua exata probabilidade é muitas vezes incalculável (Gonçalves, 2006). Atente-se ao fato que a avaliação da futilidade de uma ação poder ser quantitativa ou qualitativa (Gonçalves, 2006). Por um lado, a avaliação quantitativa define a probabilidade de atingir o objetivo enquanto que a qualitativa define se vale a pena atingir esse objetivo (Gonçalves, 2006). Por outras palavras, a futilidade pode definir-se por dois critérios: a ausência da eficácia médica, julgado por pelo médico e ausência de sobrevivência com significado, julgado pelos valores pessoais do doente (Gonçalves, 2006). Um tratamento que

tem probabilidade tão baixa de ser bem sucedido, que muitas pessoas, o considerarão como não valendo o custo (Gonçalves, 2006). Alguns autores, entendem que só se devem considerar intervenções como fúteis aquelas que não produzam resultados ao menos em 1 em cada 100, enquanto que para outros se exigem 5 % (Loureiro, 2008). Muitos autores acreditam que não há consenso na definição da futilidade (Gonçalves, 2006). Importa referir que a probabilidade de êxito de uma determinada ação médica é difícil de determinar, podendo haver discordância entre os médicos. Doutrarte, pode haver discordância quanto à probabilidade abaixo da qual o tratamento pode ser considerado fútil (Gonçalves, 2006). Alpers and Lo (1995) cit. por Gonçalves (2006) sugerem que o conceito de futilidade não é aceitável porque tendo a aparência de ser objetivo, na verdade não o é e envolve julgamento sobre os valores. A decisão da ação ser certa ou errada no interesse do doente se deve determinar por consenso entre o médico, doente e a família e não por cálculo de probabilidade (Gonçalves, 2006). Para além de que, quanto ao benefício, devemos nos remeter aos valores do paciente (Loureiro, 2008).

A outra atitude fazia referência à Abstenção e Suspensão de Tratamentos. Muitos profissionais da saúde bem como familiares de doentes tendem a considerar que há uma diferença

importante entre não iniciar (abstenção) e interromper (suspensão) um tratamento (Gonçalves, 2006). Por parte destes, a suspensão do tratamento é associada a mais diretamente à morte do que a abstenção (que se associa frequentemente à evolução da doença) (Gonçalves, 2006). Avaliando esta distinção, podemos assumir que o mais importante não é não iniciar ou por sua vez, interromper um tratamento. O importante, mais uma vez, é saber se o tratamento é benéfico para o doente depois de avaliados os benefícios e os inconvenientes que esse tratamento pode acarretar (Gonçalves, 2006). O que acontece muitas vezes, é que a atitude correta, isto é, a que beneficia o doente, é interromper um tratamento que foi iniciado, mas que se revelou ineficaz ou deixou de fazer sentido por as condições se modificarem (Gonçalves, 2006).

Estamos perante o princípio da Beneficência e o da Não-Maleficiência.

Começemos por abordar o princípio da Não-Maleficiência. A exigência de não fazer mal a outrem não oferece especial dificuldade, também será claro que os males de que aqui se aborda são males não morais e, sobretudo, tratando-se de bioética, males corporais como a dor, doenças e até a morte (Cabral, 1996). Causar qualquer destes males ou danos a alguém, não é, em princípio, lícito, mas poderá sê-lo se houver razões justificativas (Cabral,

1996). Toda a problemática deste princípio reside na avaliação das razões justificativas dos males causados a terceiros (Cabral, 1996). É inegável que este princípio se encontra relacionado com o princípio da Beneficência, o qual abordarei mais a diante. Alguns autores referem que o Princípio da Não-Maleficiência parece mais vinculativo que o princípio da Beneficência (Cabral, 1996). Na verdade, a diferença não está na vinculação, mas sim na verificação das exigências concretas de cada um dos princípios: é mais fácil perceber que não há razões que o justifiquem, em determinadas circunstâncias, causar certo dano a alguém do que perceber que obrigação há-de fazer determinada pessoa em determinada situação (Cabral, 1996). O enfermeiro decide com base naquilo que não prejudica a pessoa ou que a posa afetar negativamente. A decisão procura que os efeitos da ação realizada não causem danos à pessoa, evitando assim o mal para ela (Deodato, 2010). Um efeito que prejudique a sua integridade física, que agrave o seu sofrimento que coloque em risco o seu bem-estar ou mesmo a sua vida. Consequências desta natureza não são boas para a pessoa em causa, como o não são para qualquer ser humano (Deodato, 2010)

Retomemos agora ao Princípio da Beneficência que assenta na obrigação de promover o bem, evitar e remover o mal (Cabral, 1996). Alguns autores referem-se a este, como pertencendo

essencialmente, à ponderação dos bens e males (benefícios e danos), o que alguns denominam o «princípio da utilidade» ou da «proporcionalidade» (Cabral, 1996). O bem traduz-se na garantia da vida, do bem-estar e alívio do sofrimento, dos seus direitos pessoais e no respeito pela dignidade da pessoa (Deodato, 2010). Procurar o bem para cada pessoa, significa agir no sentido da protecção de si, da sua vida e da sua humanidade através de cuidados que satisfazendo as necessidades específicas identificadas, tomam o todo holístico como foco da intervenção de enfermagem (Deodato, 2010).

Assim, o objetivo do cuidado decidido ultrapassa o curto domínio do imediato, para passar a uma finalidade mais ampla que contemple as diversas dimensões da pessoa, tendo em vista uma harmonia sistémica traduzida num bem-estar consigo e com os outros, o mais completa possível. Ou, este sentido de bem humano, significa a promoção de uma morte serena quando o fim da vida é inevitável (Deodato, 2010).

A Intervenção do Enfermeiro no Fim de Vida

Glaser and Strauss (1968) cit. por Sapeta (2011) destacam que as necessidades dos cuidados dos doentes terminais exigem um entendimento da pessoa como um todo, para além dos cuidados do corpo, é necessário cuidar a mente, o espírito, ajudá-lo a mobilizar os seus recursos

internos e cuidar a família, com igual importância. O doente em fim de vida vive uma situação particular da saúde, de grande instabilidade como outras fases de transição do ciclo de vida, mas com a singularidade de se reportar ao seu fim (Sapeta, 2011). Os resultados terapêuticos pretendidos nesta etapa são maioritariamente fixados na busca do conforto e de bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual, e em que toda a ação terapêutica deverá estar centrada nas necessidades individuais manifestadas pelo doente e pelos seus familiares (Sapeta, 2011). A intenção terapêutica não passa pela cura ou pela recuperação, mas antes por conferir dignidade, aceitar os limites e a morte com a maior tranquilidade e serenidade possíveis (Sapeta, 2011).

O Enfermeiro é o elemento da equipa de saúde que mantém uma relação mais “íntima” com o doente, não só por permanecer nos serviços de cuidados de saúde durante um período mais longo, mas também porque é ele, quem presta mais cuidados directos (Pacheco, 2002). Por conseguinte, o Enfermeiro é considerado como o “elo de ligação” entre o doente e a restante equipa de saúde (Pacheco, 2002). Uma das funções que tem sido atribuída ao Enfermeiro é a de “advogado do doente”, que aparece como tradução literal da expressão “patient’s advocate” (Pacheco, 2002).

De facto, o Enfermeiro, pelo tipo de relação que estabelece com o doente, é apontado por muitos como o elemento da equipa de saúde mais indicado para defender o doente, protegê-lo e ajudá-lo a manter a sua autonomia (Pacheco, 2002). Todavia, existem algumas pessoas que não concordam com esta “função”, umas porque declaram que o Enfermeiro não é a pessoa ideal para defender os interesses do doente, uma vez que, conhece geralmente o doente numa situação de dependência e de doença e portanto, pode dificultar a visão da pessoa como um todo (Pacheco, 2002). No entanto importa referir que o Enfermeiro pode ser “advogado” do doente e com isto, alivia ou reduz o medo, restabelece sentimentos de autonomia e de autocontrolo, acompanhamento e atenção, ajuda o doente a tomar decisões acerca da sua saúde e doença e ajuda ainda, na informação acerca dos seus direitos, assegurando que este compreendeu (Pacheco, 2002).

No acompanhamento do doente em fase de fim de vida, a atuação do Enfermeiro se deva, mais do que nunca, a cuidar do doente, baseando-se numa verdadeira relação de ajuda (Pacheco, 2002). Esta consiste em estabelecer uma comunicação terapêutica interpessoal, num clima de confiança que permita o apoio e ajuda a quem deles necessita (Pacheco, 2002). A relação de ajuda com doentes em fase terminal de vida toma outro sentido, uma vez que não

existindo esta relação, todos os cuidados prestados ao doente perderão a sua eficácia, sendo que este precisa de se sentir acompanhado, compreendido e apoiado (Pacheco, 2002).

Assim, para além do conjunto de técnicas, existe também um conjunto de habilidades humanas que devem ser desenvolvidas de modo a prestar mais atenção à pessoa (Pacheco, 2002).

Uma delas é a capacidade de “escuta”, que sendo primordial na relação de ajuda, permite ao Enfermeiro utilizar todos os seus sentidos de modo a captar a experiência da outra pessoa e ainda em superar a tendência de responder imediatamente e propôr soluções (Pacheco, 2002). Escutar não se refere apenas ao uso da audição, mas também se remete ao olhar, a atenção à linguagem não verbal do doente, à proximidade física adequada e com a leitura do silêncio e a interpretação correcta de uma linguagem simbólica (Pacheco, 2002). Uma verdadeira escuta deve sempre permitir à pessoa expressar os seus sentimentos (Pacheco, 2002). Contudo, é importante não forçar a situação no sentido de levar a pessoa a falar sobre a morte (Pacheco, 2002).

Outra característica inerente à relação de ajuda no cuidado ao doente em fim de vida é a congruência. O Enfermeiro deve ser autêntico e verdadeiramente ele próprio, o que corresponde a viver e exprimir os seus próprios

sentimentos sem que existam diferenças entre a comunicação verbal e a não verbal (Pacheco, 2002). Assim, o Enfermeiro será provavelmente o exemplo para que o doente seja verdadeiro consigo mesmo, com o Enfermeiro e com os outros (Pacheco, 2002).

Note-se agora, que a Enfermagem tem-se desenvolvido em certos níveis, com realce para a compreensão da responsabilidade ética e deontológica dos Enfermeiros. A deontologia trata de um conjunto de regras que indicam como deverá alguém comportar-se na qualidade de membro de um determinado corpo social (Nunes, Amaral and Gonçalves, 2005).

Começemos pelo artigo basilar e “ético” do Código Deontológico, o artigo 78º onde se inscreve os princípios gerais, à luz dos quais se identificam os valores (Nunes et al, 2005). No nº1 do presente artigo é enunciado que “As intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. A dignidade humana, como já foi referido anteriormente, é um valor autónoma, inerente aos seres humanos, em virtude da sua personalidade (Nunes et al, 2005). Na perspectiva ética, a relação de quem cuida e quem recebe cuidados pauta-se por princípios e valores – a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios, e tem de estar de forma inequívoca, em todas as

decisões e intervenções, tal como afirma o nº1 do Artigo 78º (Nunes et al, 2005).

Respeitar a pessoa corresponde a ter em conta a sua dignidade, promovendo-a e defendendo-a. Um respeito que se dirige à vida e à sua valoração inequívoca, à promoção de modos de vida que se realizam com os outros, que defende a autonomia e o poder individual para encaminhar a sua vontade (Deodato, 2010). No nº2 do artigo 78º são enumerados os valores universais a utilizar na relação profissional. Gostaria de enumerar todos, no entanto, parece-me que alguns destes se encontram mais interligados ao tema “Fim de Vida” que os outros. Primeiro, é importante perceber que todos os homens nascem iguais em direitos e dignidade (Nunes, et al, 2005). O princípio da Universalidade acompanha esta igualdade fundamental, que se pode encontrar, também, na operacionalização de outros deveres, como o de “Cuidar da pessoa sem distinção” (Artigo 81º, a). O segundo valor que gostaria de abordar é o valor da liberdade responsável. A liberdade responsável articula duas noções: responsabilidade é uma das noções éticas fundamentais e é correlativa da liberdade, uma vez que só se pode ser responsável pelas acções que escolheu, voluntariamente, realizar (Nunes et al, 2005). Aqui, entronca a ideia de autonomia da conduta, já que agir eticamente é agir autonomamente (Nunes et al, 2005). O Enfermeiro, torna-se responsável pelas decisões

(de agir ou não agir), pelos actos (no sentido da acção ou da omissão) e pelas consequências (e a responsabilidade enquanto princípio orientador) (Nunes et al, 2005). Outro artigo relevante, no meu entender, para o Fim de Vida, é o artigo 82º que se intitula “Dos direitos à vida e à qualidade de vida”. A Declaração Universal dos Direitos do Homem declara no Artigo III que “Todo o homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”. O enunciado do artigo afirma o direito da pessoa à vida, durante todo o ciclo vital, independentemente dos momentos ou dos estádios em que se encontre (Nunes et al, 2005), sendo um dos exemplos, o Doente em Fim de Vida. Assim, na alínea a), considera que o Enfermeiro atribui “à vida de qualquer pessoa igual valor”, ou seja, indistintamente das características exteriores à sua humanidade (Nunes et al, 2005). O Enfermeiro deve assim “proteger e defender a vida humana, em todas as circunstâncias” (Nunes et al, 2005). As diversas filosofias, teorias e modelos de enfermagem ao considerarem a vida como dimensão essencial do cuidado abordam em simultâneo a promoção da vida e a garantia de uma morte digna. A defesa da vida nasce associada à defesa da dignidade da pessoa que experimenta a morte como etapa final da vida (Deodato, 2010).

Promover a vida, como nos indica Collière, implica a prestação de cuidados que suportem o

funcionamento do corpo e mantenham a pessoa em relação, no respeito pelo natural ciclo vital e na aceitação da doença que pode provocar a morte. A promoção da vida, neste sentido com que a enfermagem o tem construído, faz-se no respeito pela vida vivida pela pessoa e pelo seu curso natural do começo ao fim (Deodato, 2010).

Na alínea b), reitera-se o respeito pela integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, compreendendo-se a pessoa como um ser num contínuo processo de auto-realização pessoal e social, cujo valor não é susceptível de ser objetivado, realidade em que consiste a sua dignidade, conforme Parecer 11/CNECV/95 (Nunes et al, 2005). O reconhecimento da dignidade da pessoa humana exige o respeito pelos seus direitos, perspectivados na sua indivisibilidade (Nunes et al, 2005).

Por último, torna-se essencial abordar o Artigo 87º - Do Respeito pelo Doente Terminal, prescrito no Código Deontológico do Enfermeiro. Este artigo refere-se aos deveres que o enfermeiro tem que ter com as pessoas em fase terminal.

Importa referir nesta etapa, o que é um doente em fase terminal. Considera-se como fase terminal a morte de uma pessoa que seja previsível, ou seja, que vá ocorrer num curto

espaço de tempo. Segundo Serrão um doente terminal é aquele para o qual não existe forma possível de adiar a morte através de meios quer científicos quer tecnológicos (Nunes et al, 2005). Uma pessoa em fase terminal apresenta um conjunto de reações emocionais perante a situação que está a enfrentar, sendo estas cinco, segundo Kubler-Ross, “a negação, a cólera, a negociação, a depressão e a aceitação” (Nunes et al, 2005).

O Enfermeiro tem assim como dever principal promover, no tempo que resta aos seus clientes, uma boa qualidade de vida, permitindo um acompanhamento especializado e um suporte eficaz quer a estes quer às suas famílias. Deve ainda preservar a dignidade dos clientes respeitando todas as regras impostas pela ética e pela deontologia como nos indica a alínea a)(Nunes et al, 2005) A alínea b) alerta para as diferentes formas de luto e de perda- a perda de quem se sente ser o sujeito no processo de conclusão do curso de vida e das múltiplas ligações criadas ao longo da sua história pessoal (Nunes et al, 2005). A alínea c) define como dever do Enfermeiro “respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”, o que se relaciona com a qualidade humana dos procedimentos post-mortem, tanto imediatos (ao corpo) como posteriores (por exemplo, transporte para a casa mortuária) (Nunes et al, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte é um facto a viver e como tal faz parte da vida. A vida e morte não se confundem, tornando-se evidente que nenhum de nós duvida que está vivo e que todos nós reconhecemos alguns sinais de morte, sinais de presença da morte num corpo então feito cadáver (Neves, 1968 cit.por Frias, 2003). Por natureza, o Homem é um ser vivo e é por a morte existir que ele é capaz de criar, de pensar e procurar um sentido para a vida (Frias, 2003). Não se pretende ir aprendendo a morrer mas antes de a ir interiorizando como uma realidade na vida a que cada Homem atribui um sentido em função da sua existência “determinando o que é a morte para a sua vida (...)”. A morte é assim interiorizada pelo Homem, torna-se imanente e assim, também humana” (Neves, 1968 cit por Frias, 2003).

A Bioética é uma nova abordagem de carácter pluridisciplinar que procura tomar decisões à luz dos valores éticos para uma gestão responsável da pessoa Humana, da sua vida e da sua morte no mundo em que os progressos técnicos permitem uma intervenção cada vez maior no biológico (Nogueira et al, 2004).

Assim, a Bioética surge como uma nova expressão do Humanismo, isto é, como uma nova modalidade de valorização e protecção do Humano (Nogueira et al, 2004).

Refletindo agora sobre os princípios que estão relacionados com o Fim de Vida importa concluir dois aspetos fundamentais:

- Fundamentar a decisão no princípio da justiça obriga a um juízo de ponderação entre a igualdade do padrão considerado adequado e a especificidade das necessidades da pessoa ao nosso cuidado. Um juízo ético na medida em que visa a proteção da pessoa e da sua dignidade, mais do que o cumprimento ou adaptação da regra (Deodato, 2010).

- Quanto ao princípio da Beneficência/Não Maleficência, importa referir que o Enfermeiro e o seu sentido ético sobre a vida e a dignidade humana, permitem-lhe avaliar a situação real em que a pessoa se encontra e escolher as intervenções que lhe promovam o melhor conforto possível (Deodato, 2010). Relembremos a teoria do Conforto de Kolcaba, que constitui a principal finalidade de Enfermagem, podendo configurar um fim pretendido, que se sobrepõe a outros cuidados mais terapêuticos, como o que acontece no fim de vida (Deodato, 2010).

Termino, citando uma frase, que na minha opinião, deveria se encontrar inscrita na mente de cada um dos Enfermeiros que cuida um doente em fim de vida:

“Cuidar de significa também apreciar e amar, ocupar-se dos outros, seguir de perto, alimentar. Cuidar de implica um compromisso que transcende a emoção e se traduz numa

ação que ultrapassa o domínio médico ou humanitário (lugares onde o termo cuidado é usado há muito). O cuidado pelos outros acrescenta-se à racionalidade para definir os comportamentos. Cuidar é o oposto da indiferença: implica comunicação e uma situação de parceria em que há dar e receber” (CIPQV, 1998 cit por Frias, 2003).

REFERÊNCIAS

- Biscaia, J. (2006). Princípio – vulnerabilidade. *Revista Portuguesa da Bioética: Cadernos de Bioética*, nº42, 295-302
- Boemer, M., Sampaio, M. (1997). O Exercício da Enfermagem em sua dimensão bioética. *Rev.latino-am.enfermagem*, v.5, nº2, 33-38 Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n2/v5n2a05.pdf>
- Bouças, I. (2007). Ensino e Aprendizagem da Bioética em Enfermagem: Perspectivas dos Estudantes (Dissertação para obtenção de grau de Mestre). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.
- Cabral, R. (1996). Os Princípios de Autonomia, Beneficência, Não maleficência e Justiça. In L. Archer, J. Biscaia & W. Osswald (Coordenação), *Bioética* (pp. 53-58). Lisboa- São Paulo: Editorial Verbo
- Decreto-Lei nº12, de 22 de Abril de 1993 Diário da República nº 94/93, I Série. Lisboa, Portugal
- Deodato, S. (2006) – Autonomia e Morte *Revista Ordem dos Enfermeiros: VI Seminário do Conselho Juridicional*. Nº48, p. 6-13. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_20_Janeiro_2006.pdf
- Deodato, S. (2010). Decisão Ética em Enfermagem: Do problema aos fundamentos para o Agir (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Portugal
- Frias, C. F. (2003) – A Aprendizagem do Cuidar e a Morte: Um desígnio do Enfermeiro em Formação. Loures, Portugal: Lusociência
- Gonçalves, J. A. (2006) – A Boa Morte: Ética no fim da vida (Dissertação para Obtenção de Grau de Mestre em Bioética). Recuperado de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22105/3/A%20Boa%20Morte%20%20tica%20no%20fim%20da%20Vida.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. - Portugal, (Óbitos por local do falecimento (residência do falecido), 2012)
- Loureiro, J. (2008). Saúde no fim da vida: entre o amor, o saber e o direito II – Cuidados (s). *Revista Portuguesa da Bioética: Cadernos de Bioética*, nº4, 37-83
- Nogueira, J., Loureiro, R., Silva, E. (2004) – Homem, A Ciência e a Bioética. *Millenium – Revista do ISPV*. Nº30, 19-26 Recuperado de <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/2.pdf>
- Nunes, L.; Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Portugal. Ordem dos Enfermeiros
- Nunes, L. (2006). Justiça, Poder e Responsabilidade – Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem. Loures, Portugal: Lusociência
- Pacheco, S. (2006) – A morte no ciclo vital: perspectiva da Enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros: VI Seminário do Conselho Juridicional*. Nº48, p31-34. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_20_Janeiro_2006.pdf
- Renaud, I. (2009). A qualidade de vida – merece toda a vida ser vivida?. *Revista Portuguesa da Bioética: Cadernos de Bioética*, nº7, 81-94
- Santos, A. (1996). A pessoa no estado terminal. In L. Archer, J. Biscaia & W. Osswald (Coordenação), *Bioética* (pp. 355-362). Lisboa- São Paulo: Editorial Verbo
- Sapeta, P. (2011) – Cuidar em Fim de Vida: O processo de interação enfermeiro-doente. Loures, Portugal: Lusociência
- Serrão, D. (2010). A dignidade humana no mundo pós-moderno. *Revista Portuguesa da Bioética: Cadernos de Bioética*, nº11, 191-199
- Thompson, I; Melia, K. & Boyd, K. (2004). Ética em Enfermagem. Loures, Portugal: Lusodidacta