

EUTANÁSIA

Helena Pereira *

A Unidade Curricular Ética II visa “contribuir para uma visão básica e integradora da Bioética, em ligação às questões éticas da prática profissional, promovendo a sua identificação, discussão e resolução”. Neste âmbito foi proposta a elaboração de um trabalho individual, sob a forma de ensaio temático ou recensão crítica, aprofundado em torno de uma temática relacionada com a Bioética, no sentido da aquisição de conhecimentos e desenvolvimento do pensamento crítico. Para a realização do presente trabalho, a equipa pedagógica propôs algumas temáticas, sendo que, optei por “Bioética e Final de Vida”. Após a realização de pesquisa, direccionei o tema para um âmbito que suscita interesse pessoal, mais precisamente, a Eutanásia. Este tema foi escolhido por o ter considerado como um tema que gera polémica junto dos profissionais de saúde, revelando-se um tema interessante e complexo que têm vindo a ser abordado/discutido de forma controversa na actualidade, sendo, por isso, um tema desafiante. Acredito ser de grande utilidade o seu aprofundamento, contribuindo para o enriquecimento do meu percurso académico e também, para o melhor desempenho numa futura prestação de cuidados de enfermagem.

O problema inicial que suscita a temática da eutanásia, concerne à dignidade e qualidade de vida da pessoa em estado terminal. Desta forma, levanto algumas questões, nomeadamente: como preservar a qualidade de vida e a dignidade humana numa situação de doença terminal? Quais os princípios que orientam os enfermeiros nas situações de doença terminal e como devem encarar e actuar perante este processo? Pode a eutanásia ser considerada como uma acção eticamente correcta? O poder de decidir sobre a própria morte e os últimos tempos de vida consiste num direito da pessoa em estado terminal?

Para a elaboração do presente trabalho, tracei os seguintes objectivos: adquirir conhecimen-

tos sobre a eutanásia; reflectir acerca dos aspectos que envolvem a eutanásia; desenvolver as competências inerentes à realização de um trabalho académico, ao nível da organização, rigor e conteúdo e por fim, elaborar um ensaio bem estruturado e objectivo.

Relativamente à estrutura, o trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: a primeira parte consiste na presente introdução, na qual faço referência aos objectivos académicos e pessoais do trabalho; na segunda parte é realizado um enquadramento teórico relativamente à eutanásia; seguidamente no segundo capítulo elaborei uma reflexão sobre os aspectos éticos da eutanásia sendo que posteriormente elaborei um capítulo que faz referência à perspectiva da enfermagem face ao final de vida e à eutanásia.

1. A EUTANÁSIA

A elaboração do presente capítulo e sua pertinência, relaciona-se com a necessidade de adquirir conhecimentos teóricos sobre a Eutanásia e conceitos relacionados. Neste âmbito, no presente capítulo será primeiramente abordado o conceito de Eutanásia e posteriormente serão abordados os conceitos de Distanásia, Adistanásia e Ortotanásia, bem como de Suicídio Assistido. Neste capítulo serão ainda abordados os argumentos a favor da eutanásia, bem como os problemas éticos que a eutanásia suscita.

Conceito de Eutanásia

O termo **eutanásia** provém de duas palavras gregas, o prefixo *eu* que significa bom e *thantos* que significa morte (THOMPSON *et al*, 2004, pp.133). No entanto, desde F. Bacon, a

* Estudante do 7º CLE da ESS-IPS

- Artigo revisto pela Prof. Lucília Nunes, Responsável pela Unidade Curricular de Ética II

palavra eutanásia perde, pelo menos em parte, o seu sentido etimológico e começa a significar a *“acção médica pela qual se acelera o processo de morte de um doente terminal ou se lhe tira a vida”* (GAFO, 1996, pp. 98). De acordo com o referido autor, existe um aspecto característico do que se entende por eutanásia, o facto de o doente se encontrar próximo da morte. É a proximidade da morte que distingue a eutanásia de homicídio ou de suicídio (GAFO, 1996, pp. 98). Segundo o mesmo autor, a eutanásia pode ser definida como a *“acção médica que tem como primeira e principal consequência a supressão da vida do doente próximo da morte, e que tal solicita”* (GAFO, 1996, pp. 104). O Relatório da Comissão Europeia sobre os Direitos do Doente descreve a eutanásia como *“qualquer morte que não seja inteiramente natural, nem acidental (o que supõe que uma decisão é tomada conscientemente), nem um suicídio (para o qual se requer a intervenção do interessado), nem um assassínio (isto é, portanto, não é morte contrária à vontade do interessado)”* (NUNES et al, 2005, pp. 369). Em suma, de acordo com a mesma autora, considera-se a eutanásia como *“a acção iniciada pelo profissional de saúde que tem como fim pôr termo à vida, a pedido expresso do interessado. Ou seja, o processo de morte é deliberadamente provocado, em virtude de um quadro patológico incurável e em que a pessoa solicita a morte”* (NUNES et al, 2005, pp. 369).

Com a finalidade de clarificar conceitos, evitando ambiguidades, surgiriam novos termos, nomeadamente a distanásia, adistanásia e ortotanásia.

O termo **distanásia**, à semelhança do que sucede com o termo eutanásia, provém do grego. O prefixo grego *dis* adopta o sentido de *“deformação do processo de morte”*, de prolongamento, de dificuldade (GAFO, 1996, pp. 104). Segundo este autor, a palavra distanásia significa o *“prolongamento exagerado do processo de morte de um paciente e seria quase uma crueldade terapêutica, porque provocaria uma morte cruel ao doente”* (GAFO, 1996, pp. 104). Em suma, na distanásia existe um *“prolongamento artificial da vida, também designado por processo de encarniçamento ou obstinação terapêutica, no único objectivo de prolongar a sobrevivência, sem qualidade de vida”* (NUNES et al, 2005, pp. 370). Na obstinação terapêutica recorre-se a formas de tratamento cujo efeito é

mais nocivo do que os efeitos da doença, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor do que os inconvenientes previsíveis.

Relativamente ao termo **adistanásia**, o prefixo *a* tem um sentido negativo, privativo. Por adistanásia entende-se o *“não prolongamento irracional do processo de morte”* (GAFO, 1996, pp. 104).

Outro novo termo criado é o de **ortotanásia**, onde o prefixo *orto* dá o sentido de *“morte digna”* (GAFO, 1996, pp. 104). A ortotanásia significa assim a morte a seu tempo, sem *“abreviar propositadamente nem prolongar desproporcionalmente o processo de morrer”* (GAFO, 1996, pp. 104).

Finalmente, no **Suicídio Assistido**, o apoio dos profissionais de saúde resulta de *“pôr os meios/recursos à disposição da pessoa que pretende pôr termo à vida”* (NUNES et al, 2005, pp. 370).

Causas da Solicitação da Eutanásia

De acordo com Daniel Serrão, existem três justificativas ou explicações, para a solicitação de eutanásia: a dor física e neurológica; o sofrimento, que impede que o campo de consciência da pessoa consiga vislumbrar algo positivo; e o esgotamento do projecto de vida pessoal, quando o indivíduo se encontra convencido da sua inutilidade como ser humano (SIMÕES, 2007, pp. 365). Segundo o mesmo autor, partilha desta opinião Barrera, que defende que através da correcta detecção destas explicações é possível os profissionais de saúde tratá-los, tornando o pedido de eutanásia totalmente desnecessário (SIMÕES, 2007, pp. 365).

A Dor Insuportável

A dor consiste numa sensação fisiológica desagradável que percebemos através dos nociceptores (SIMÕES, 2007, pp. 365). Segundo o mesmo autor, esta sensação apresenta uma missão, nomeadamente indicar-nos que algo não se encontra bem. A dor física, sensitiva ou sensorial, desencadeia alterações comportamentais instintivas de protecção e defesa, sendo que neste caso, a dor é encarada como necessária, como um alerta face ao perigo (SIMÕES, 2007, pp. 365).

Nos casos em que a dor já terminou a sua função de alerta, mas que no entanto se mantém, cada vez mais intensa, vai afectar incontestavelmente a auto consciência, desencadeando

sofrimento (SIMÕES, 2007, pp. 366). De acordo com o autor referenciado, os partidários da eutanásia apresentam-na como um acto de piedade (misericórdia) em relação à dor do doente terminal. *“No entanto, esta perspectiva é enganosa, já que se esquecem que a dor pode ser tratada”* (SIMÕES, 2007, pp. 366). A expressão terminal é empregue para descrever uma situação que não é passível de ser melhorada por nenhum tratamento e que culminará na morte, num prazo mais ou menos longo, que pode durar vários meses ou mesmo anos (HOTTOIS, PARIZEAU, 1993, pp. 229).

Actualmente dispomos de diversos recursos farmacológicos, bem como de um conjunto de outras técnicas, invasivas e não invasivas, que permitem aliviar/controlar a dor severa. Em caso de dor severa, o médico poderá ter que optar pela utilização de fármacos que poderão, eventualmente, encurtar o período de vida (SIMÕES, 2007, pp. 366). Neste tipo de situações, segundo o autor mencionado, nunca se deve optar pelo prolongamento da vida em detrimento de uma dor aliviada. *“Baseada no conceito de duplo efeito, a administração de fármacos que possam adiantar o momento da morte não pode ser considerada uma tentativa deliberada de acabar com a vida, mas sim o reconhecimento de que a aproximação da morte resulta de uma consequência directa da evolução da doença”* (SIMÕES, 2007, pp. 366).

Em determinados casos de dor complicada associada a um sofrimento intolerável, nos últimos dias de vida, em que a terapêutica administrada, deixa de produzir o efeito desejável, o médico pode optar pela denominada sedação terminal, que consiste na *“administração de sedativos, na menor dose possível, muitas vezes associados a opioides”* (SIMÕES, 2007, pp. 366). De acordo com o autor referenciado, os partidários da eutanásia, confundem a opinião pública ao falar de sedação terminal sem esclarecer realmente do que se trata, como se a sedação que poderá ser realizada em Cuidados Paliativos fosse comparável com o cocktail lítico que estes pretendem administrar. O Comité de Ética da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, citado por Almeida, defende que sedação terminal é totalmente diferente de eutanásia porque pretende o alívio do sofrimento e não a morte do doente, eticamente salvaguardado pelo princípio do duplo efeito (SIMÕES, 2007, pp. 366). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), citada

por Elias *et al*, qualidade de vida é o *“bem-estar físico, psíquico, social e espiritual, e a ausência de sofrimento nessas áreas”* (SIMÕES, 2007, pp. 367). Deste modo, como defende Kovács, qualidade de vida e cuidados à dor encontram-se intimamente relacionados (SIMÕES, 2007, pp. 367).

A evolução e progressos do tratamento da dor, bem como o desenvolvimento dos cuidados paliativos tiveram como efeito tornar menos frequentes os pedidos de eutanásia (HOTTOIS, PARIZEAU, 1993, pp. 230). De acordo com os autores referenciados, os cuidados paliativos

Sofrimento

O sofrimento e a dor constituem situações diferentes e que exigem uma abordagem distinta (SIMÕES, 2007, pp. 367). Segundo o autor referenciado, o sofrimento pode-se encontrar acompanhado de dor ou não. Sofrimento inclui também a angústia perante a morte, a nostalgia em relação aos nossos entes queridos, a ansiedade relacionada com a incerteza do depois, entre outros.

De acordo com Simões, muitas vezes, o sofrimento constrói-se sobre a própria dor física, no entanto não pode ser tratado com analgésicos. É necessário ter acesso ao *“espaço do ‘outro’, um locus íntimo, profundo, onde crescem as raízes da angústia do doente, através da empatia com a sua dor e a criação de laços de confiança e carinho. O sofrimento cuida-se, não se trata!”* (SIMÕES, 2007, pp. 367). De acordo com o mesmo autor, deve-se procurar tentar descobrir os motivos que causam o sofrimento para poder assim actuar em conformidade.

Em determinados casos, o sofrimento encontra-se associado a motivos familiares, dado que existem famílias exemplares, que cuidam dos seus doentes com extrema dedicação, *“no entanto cada vez mais existem famílias que declinam as suas responsabilidades de apoio ao doente”* (SIMÕES, 2007, pp. 367). A pessoa apercebe-se de tudo isto e vivencia um sofrimento atroz. Noutras situações, o sofrimento pode ser ocasionado pela obstinação terapêutica. Segundo o autor mencionado, diversas vezes, nos hospitais de agudos, ouve-se: *“Pare por favor, não me façam sofrer mais”* (SIMÕES, 2007, pp. 367). Em relação ao sofrimento, não se pode também esquecer, o medo da morte e a incerteza que gera. Actual-

mente dispõe-se de diversas técnicas eficazes para proporcionar uma “melhor morte”, de *“tornar o momento único, como é, sem medos, receios ou angústias. Retirar à morte o seu poder, que radica no medo que provoca, está nas nossas mãos”* (SIMÕES, 2007, pp. 368).

Relativamente ao alívio do sofrimento, após a consulta da bibliografia, considero que os enfermeiros devem procurar estabelecer uma relação de ajuda com base na confiança, empatia, disponibilidade para com o outro e escuta activa, procurando conhecer as causas do sofrimento, de forma a poder planear intervenções de enfermagem com o objectivo de aliviar o sofrimento. Os enfermeiros devem promover a expressão de sentimentos, medos, dúvidas e receios. Muitas vezes as pessoas têm receio e medo da morte, sendo que por vezes não aceitam o seu estado de saúde. Revela-se fulcral, as intervenções de enfermagem, dando suporte e enfatizando que a morte é um acontecimento biológico inevitável. Partilho da opinião expressa por Serrão (1998), de que os enfermeiros necessitam de ter uma particular sensibilidade para o processo de morrer, dado que o processo de morrer não é uma banalidade, resumida numa formal certidão de óbito, mas é na verdade um acontecimento pessoal, familiar e social, do qual os enfermeiros são testemunhas privilegiadas (SERRÃO *et al*, 1998, pp.84).

Quando o sofrimento se revele relacionado com motivos familiares, é necessário sensibilizar e envolver a família no cuidar da pessoa em fim de vida. Na minha opinião, as intervenções de enfermagem vão além da técnica, sendo que a Humanização dos cuidados revela-se um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem. No sentido de aliviar o sofrimento, é fundamental a humanização dos cuidados de enfermagem, somente através de cuidados holísticos e humanizados, se poderá estabelecer uma relação de ajuda que permita ajudar a pessoa em fim de vida a ultrapassar o seu sofrimento.

Esgotamento do Projecto de Vida

De acordo com Frankl, citado por Miranda, a perda do sentido de vida consiste numa *“fonte de profundo sofrimento, causado por um estado a que chamou “vazio existencial”, uma abismal percepção de insignificância, intimamente ligada a um esvaziamento interior”* (SIMÕES, 2007, pp. 368).

Segundo Simões, os profissionais de saúde,

não podem ter a pretensão de dar este sentido de vida aos doentes dado que o próprio tem que o encontrar. Concordar com o pedido de eutanásia por esta razão, significa concordar com o doente, é dizer-lhe *“tens razão, a tua vida não tem sentido, não tem valor, portanto tu também não tens valor, então é melhor que morras”* (SIMÕES, 2007, pp. 369). De acordo com o mesmo autor, mostrar ao doente que a vida dele vale a pena e que ele próprio vale a pena é amar o outro, sendo no amor que o sentido da vida encontra a sua última inspiração. A perda de sentido de vida pode também se encontrar associada a um grau cada vez maior de dependência, sendo que uma das exigências da maturidade consiste em aceitar ajuda daqueles em que confiamos. É necessário ensinar isto aos doentes (SIMÕES, 2007, pp. 369).

Os doentes que esgotaram o seu projecto de vida, enclausuram-se em si próprios, o que causa um acréscimo da dor e sofrimento. A solução não se encontra em matar o doente, mas sim em ajudá-lo a sair desta clausura interior que criou, mostrando-lhe que nos preocupamos com ele e que ele pode preocupar-se por nós e pelos outros (SIMÕES, 2007, pp.369). A consulta da bibliografia mencionada, permite concluir que os enfermeiros devem procurar consciencializar a pessoa do seu valor, auxiliando a pessoa a reconhecer que a sua vida tem sentido.

Argumentos a Favor da Eutanásia

O tema da eutanásia tem alcançado um invulgar relevo nas discussões actuais e têm sido muitos os que defendem a sua legalização por considerarem que a eutanásia é o único caminho para evitar a dor e o sofrimento dos doentes em fase terminal (PACHECO, 2001, pp.84). Segundo a mesma autora, os que são a favor da eutanásia invocam como argumentos: o alívio da dor e do sofrimento e a falta de qualidade de vida de muitos dos doentes. Recorrem ainda ao argumento da autonomia absoluta da pessoa e ao seu direito de autodeterminação, isto é, defendem que a pessoa tem o direito de decidir sobre a sua vida e de escolher o momento de morrer. Além disso, acrescentam, numa óptica economicista, que muitas pessoas cuja recuperação não é mais possível estão a ocupar nos hospitais o lugar de outras, que os cuidados de saúde poderiam salvar (PACHECO, 2001, pp.84).

Segundo Gafo, o movimento em favor da eutanásia, recebeu um enorme impulso nos últimos

decénios, mais precisamente no último século, principalmente devido à criação de associações que se classificam a si próprias como defensoras da prática da eutanásia (GAFO, 1996, pp. 113). Segundo o mesmo autor, no ano de 1935, fundou-se na Grã-Bretanha a primeira associação que defende o direito a morrer com dignidade, que se intitula *The Voluntary Euthanasia Society* (V.E.S. “Associação da eutanásia voluntária”). As variadas associações que posteriormente foram surgindo em outros países, inspiraram-se nesta associação. Durante alguns anos esta associação utilizou o título sugestivo de *Exit* (“saída”) (GAFO, 1996, pp. 113).

Os projectos das associações defensoras da eutanásia, encontram-se resumidos num documento publicado em 1974 na revista *“The Humanist”*. O documento publicado intitula-se *“Plea for Beneficent Euthanasia”*, revelando-se um documento importante em todo o posterior debate sobre a eutanásia (GAFO, 1996, pp. 113). Neste manifesto em favor da eutanásia, é declarado o apoio destas associações, com base em motivos éticos. Declaram crer na reflexão da consciência ética das sociedades para poderem elaborar uma política humana em relação à morte e ao morrer, declaram-se por razões éticas a favor da Eutanásia, afirmando ser imoral tolerar, aceitar e impor sofrimentos que consideram desnecessários (GAFO, 1996, pp. 113-114). Declaram ainda, acreditar no valor e dignidade do indivíduo, exigindo que seja tratado com respeito e, consequentemente, que se dê à pessoa a liberdade de decidir sobre a sua própria morte. Afirmam ainda que nenhuma moral racional pode proibir o fim de vida quando essa vida foi assombrada por uma doença de mau prognóstico para a qual são inúteis todos os remédios e medidas disponíveis (GAFO, 1996, pp.115). Neste documento revelam considerar cruel e bárbaro que uma pessoa seja mantida viva contra a sua vontade, recusando-lhe a liberdade que deseja, quando a pessoa considera que a sua vida perdeu toda a dignidade, beleza, significado e perspectiva de futuro. Assim, entendem que o sofrimento inútil é um mal que se deveria evitar nas sociedades civilizadas (GAFO, 1996, pp.115). Segundo o mesmo autor, este documento a favor da Eutanásia, afirma que no plano ético, a morte devia ser considerada como parte integrante da vida, dado que todo o indivíduo tem

direito de viver com dignidade, mas tem também o direito de morrer dignamente.

Ainda neste documento é recomendado que todos aqueles que partilham da mesma opinião (a favor da eutanásia), devem assinar as suas últimas vontades de vida, preferencialmente quando ainda gozam de perfeita saúde, declarando sem equívocos, que desejam que se respeite o seu direito a morrer dignamente e posteriormente entregar uma cópia desse documento ao médico e familiares (GAFO, 1996, pp.115). Defendem ainda a eutanásia para os doentes que não subscreveram previamente esse testamento, mas que solicitam a eutanásia quando são atingidos por uma doença incurável. O manifesto considera também, que a preocupação primária do médico, para uma ética humanista, nos estados terminais de uma doença incurável deveria ser o alívio do sofrimento (GAFO, 1996, pp.116). Se o médico que atende o doente terminal recusa tal atitude, deveria chamar-se outro que tome conta do caso. Este manifesto revela que consideram que a prática da eutanásia voluntária humanitária, pedida pelo doente, melhorará a condição geral dos seres humanos e, uma vez que se estabeleçam as medidas de protecção legal, encorajará os seres humanos a actuar nesse sentido por bondade e em função do que é justo. Julgam que a sociedade não tem nem interesse, nem necessidade verdadeira de fazer sobreviver uma pessoa condenada contra a sua vontade, e que o direito à eutanásia benfeitora, mediante procedimentos adequados de salvaguarda, pode ser protegido dos abusos (GAFO, 1996, pp.116).

Problemas Éticos da Eutanásia

Actualmente, as questões éticas relacionadas com a eutanásia dizem respeito, principalmente, à prática de eutanásia activa (HOTTOIS, PARIZEAU; 1993, pp. 227). Determinados autores recusam a expressão *“eutanásia passiva”*, considerando que a interrupção de um tratamento inútil ou a decisão de não realizar determinado tratamento num doente terminal mais não é do que a recusa da obstinação terapêutica, ou seja, a única atitude médica correcta em tal situação (HOTTOIS, PARIZEAU; 1993, pp. 227-228).

O problema da eutanásia activa, isto é, a intervenção de um terceiro para pôr fim à vida revela-se muito mais complexo e provoca frequentemente reacções hostis (HOTTOIS, PARIZEAU;

1993, pp. 228). De acordo com os autores referenciados, a primeira objecção evoca o carácter sagrado da vida. É desta forma que a Igreja Católica condena absolutamente a eutanásia activa, porque se trata de uma violação formal da lei divina. Contudo, se tal objecção se encontra fora de qualquer discussão, acima de qualquer outra consideração, para os adeptos de certas religiões, urge no entanto admitir que, em diversas circunstâncias, a vida, mesmo para os crentes e as autoridades religiosas, não possui valor absoluto (guerra, pena de morte, legítima defesa, sem contar as mortes estatisticamente previsíveis, como grandes obras, acidentes rodoviários, mortalidade operatória) (HOTTOIS, PARIZEAU; 1993, pp. 228-229). De acordo com os mesmos autores, as posições da Igreja Ortodoxa, do Judaísmo tradicional, do Islão são muito próximas das da Igreja Católica. Para quem tem fé, especialmente para os católicos e outros cristãos, a recusa da eutanásia é uma evidência (SERRÃO, 1996, pp.384). Segundo Serrão citado por Archer *et al*, em quase todas as religiões do mundo, *“a morte do homem pelo homem é condenada e não é aceite nenhuma argumentação que pretenda distinguir a morte do doente pelo médico de outras formas de homicídio”*. Segundo este autor, a aceitação da eutanásia pela sociedade civil conduziria à quebra da confiança que o doente tem no médico. O autor considera ainda que uma sociedade que despenaliza a eutanásia corre o risco de provocar uma insegurança dos cidadãos face à actividade das equipas de saúde (SERRÃO, 1996, pp.384). Relativamente às organizações médicas, no seu conjunto (excluindo a associação Holandesa) rejeitam igualmente, de forma categórica, a eutanásia activa (HOTTOIS, PARIZEAU; 1993, pp.229).

Uma objecção, utilizada com muita frequência, é o risco de abuso, o argumento da encosta escorregadia, que faria passar, da eutanásia voluntária dos doentes terminais para eutanásia dos doentes comatosos e dos recém-nascidos mal-formados para chegar, finalmente, à morte dos doentes mentais irrecuperáveis, dos idosos que se tornam um fardo cada vez mais pesado para a sociedade (HOTTOIS, PARIZEAU; 1993, pp.229). De acordo com os autores referenciados, se a eutanásia voluntária é autorizada e se é reclamada por um número cada vez maior de pessoas, pode-se temer que se chegue a uma banalização do acto homicida, que poderia pôr em perigo a própria noção de respeito pela vida

humana.

Para além dos argumentos acima mencionados, têm sido invocados argumentos de ordem psicológica (HOTTOIS, PARIZEAU; 1993, pp.229). Segundo os mesmos autores, podemos questionar-nos se a eutanásia é sempre praticada com o intuito de aliviar um sofrimento extremo de um doente ou para aliviar o sofrimento de um terceiro que já não suporta assistir ao infortúnio do outro. Esta objecção é válida mas só quando é praticada sem conhecimento do doente (HOTTOIS, PARIZEAU; 1993, pp.230). De acordo com os autores mencionados, as objecções a uma legislação ou a uma regulamentação da eutanásia foram resumidas por F.R.Cerruti. Podem, segundo este autor, ser expressas por três palavras: nocividade, inutilidade, incongruência (HOTTOIS, PARIZEAU; 1993, pp.230). Uma regulamentação seria nociva porque não se deve aumentar o papel do Estado num domínio que toca de tão perto na vida privada e na liberdade dos indivíduos. Seria inútil porque as normas morais e deontológicas da profissão médica cumprem presentemente essa função e porque a recusa da obstinação terapêutica se tornou uma prática aceitável. Por fim, seria incongruente, dado que essas questões *“dependem da natureza do poder médico”* e este *“é o único em condições de fornecer respostas”* (HOTTOIS, PARIZEAU; 1993, pp.230).

A eutanásia é uma situação típica do designado conflito de valores, que se projecta num conflito de deveres e, até, num conflito de interesses (SERRÃO *et al*, 1998, pp. 86). De acordo com o autor referenciado, os valores principais em causa são: a vida humana, como responsabilidade de todos e de cada um; a autonomia da pessoa, como suporte da liberdade e da responsabilidade individual; a beneficência, como primeiro e principal dever ético dos profissionais de saúde (SERRÃO *et al*, 1998, pp. 87). Segundo Serrão *et al*, quando a pessoa solícita a eutanásia, hipertrofia o valor da autonomia mas degrada o valor da vida, sobre o qual faz um juízo negativo. Quando os profissionais de saúde matam a pedido, atribuem à autonomia da vontade do outro um valor supremo, renunciando o valor primordial que justifica a própria natureza da profissão – o fazer bem aos outros – e atenua também, a importância da manutenção da vida humana, que é o suporte do princípio *primum non nocere* (primeiro que tudo não fazer mal), princípio este que se encontra na base da con-

fiança das pessoas doentes nos profissionais de saúde (SERRÃO *et al*, 1998, pp. 87). De acordo com o mesmo autor, o conflito de deveres, na pessoa que solicita a eutanásia, sucede entre o dever de conservar a vida e o dever de procurar ser feliz, de sentir-se bem. Em alguns depoimentos recolhidos através da literatura, principalmente holandesa, a pessoa que pede a eutanásia exprime-se da seguinte forma: “*na situação em que me encontro o sofrimento é de tal forma intenso e continuado que eu não posso viver a vida; como a não posso viver é melhor que a perca e por isso peço que me a tirem definitivamente*” (SERRÃO *et al*, 1998, pp. 87). Segundo o autor referenciado, este conflito de deveres é solucionado através da decisão, ética para a pessoa, de anular a vida, que é o campo onde o conflito ocorre.

No caso da eutanásia, é solicitada a intervenção activa de outro indivíduo. Quando este indivíduo é o médico ou outro profissional de saúde (nomeadamente enfermeiros), o conflito de deveres provocado pelo pedido situa-se entre o dever médico de respeitar a vida e o dever médico de proporcionar alívio do sofrimento (SERRÃO *et al*, 1998, pp. 87). De acordo com Serrão *et al*, a eutanásia surge como o último dos tratamentos, quando todos os outros não foram eficazes e a pessoa doente, incapaz de suportar a situação, pede esse tipo de intervenção activa aos profissionais de saúde.

O conflito de interesses pode surgir na relação do doente com os familiares e do doente com a sociedade e, nos sistemas de saúde estatais e gratuitos, do doente com o sistema de saúde (ou os seus gestores financeiros) (SERRÃO *et al*, 1998, pp. 87). Existe registo de casos (na Holanda, único país no Mundo onde a eutanásia é um homicídio não penalizado pelos Tribunais) nos quais a família, esgotada psicologicamente (e nalguns casos financeiramente), induz o doente a solicitar a eutanásia ou pressiona os profissionais de saúde para que procedam à morte do familiar, por decisão unilateral, satisfazendo a vontade da família (SERRÃO *et al*, 1998, pp. 87). Segundo o mesmo autor, a sociedade civil e os sistemas de saúde estatais, quando têm de pagar os custos das doenças terminais prolongadas, pressionam, directa e indirectamente, as pessoas doentes para que peçam eutanásia, avançando num plano inclinado que termina no acto de morte do doente sem pedido expresso e por simples decisão médica

e, um dia, administrativa.

De acordo com Serrão *et al*, na eutanásia a hierarquização dos valores revela-se muito difícil ou até mesmo impossível: vida, liberdade e autonomia da pessoa e obrigação de beneficência dos profissionais de saúde em relação aos doentes, são valores tão importantes para a garantia da dignidade da pessoa que não se revela fácil compará-los e ordená-los (SERRÃO *et al*, 1998, pp. 87-88). Os profissionais de saúde consideram que a vida da pessoa a seu cargo é um bem indisponível, não só para a pessoa doente como também para o profissional de saúde; seguramente que respeitam a autonomia da pessoa, no entanto quando a pessoa entende que tem o direito a ser morta pelo profissional de saúde, está a manipular a autonomia desse mesmo profissional de saúde (SERRÃO *et al*, 1998, pp. 88). Segundo o mesmo autor, os profissionais de saúde, na sua maioria (inclusive na Holanda), ponderando o sentido da vida humana, o bem do indivíduo, o bem da sociedade, o significado do sofrimento e da morte na existência humana, o carácter moral que têm de ter as relações humanas (contendo um juízo sobre a morte do homem pelo homem, no plano ético) e, finalmente tendo em conta a natureza sempre ética das decisões tomadas por um eu individual, uma auto-consciência, consideram a eutanásia voluntária activa como um procedimento que se encontra fora da sua actividade profissional (SERRÃO *et al*, 1998, pp. 88).

Em suma, são muitos os que condenam a eutanásia argumentando que a vida humana é sagrada e inviolável, pelo que nenhum homem pode ser senhor absoluto da sua vida, nem tão pouco outros detêm o direito de decidir sobre a vida e a morte de outra pessoa no caso de ela não o poder fazer (PACHECO, 2001, pp.84). Segundo a mesma autora, afirma-se que a legalização da eutanásia poderia causar desmotivação nos profissionais de saúde em relação a um investimento e empenhamento sem limites para controlo e superação da dor, dado que a eutanásia seria mais fácil do que o estudo aprofundado de métodos de alívio de dor. Outro aspecto importante realçado pelos que condenam a legalização da eutanásia, é o de esta poder vir a conduzir a uma diminuição da confiança das pessoas em relação aos profissionais de saúde, na medida em que poderia fomentar o receio de virem a sofrer a sua aplicação, numa fase termi-

nal. A igreja Católica condena também, como já referido, a eutanásia, o se encontra bem explícito em todos os seus documentos, nomeadamente na Declaração sobre a Eutanásia da Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé de 5 de Maio de 1980 (PACHECO, 2001, pp.85).

De acordo com o parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, a decisão de concordar com o pedido de uma pessoa para ser morta, fornecendo-lhe meios para ela se matar ou pondo-os em prática, não apresenta qualquer justificação ética. Este parecer acrescenta ainda que a eutanásia involuntária é também uma decisão médica inadmissível, dado que ninguém tem o direito de dispor da vida de uma pessoa humana e em que esta atitude ofende os princípios éticos e deontológicos (PACHECO, 2001, pp.85). Desta forma, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida conclui o seguinte: *“não há nenhum argumento ético, social, moral, jurídico ou da deontologia das profissões de saúde que justifique em tese vir a tornar possível por lei a morte intencional de doente (mesmo que não declarado ou assumido como tal) por qualquer pessoa designadamente por decisão médica, ainda que a título de a pedido e/ou de compaixão; que, por isso, não há nenhum argumento que justifique, pelo respeito à pessoa humana e à vida, os actos da eutanásia [...]”*(PACHECO, 2001, pp.85).

Existem actualmente alternativas eficazes no alívio da dor e do sofrimento, além de que a legalização da eutanásia conduziria certamente a grandes riscos. Nomeadamente, pode-se mencionar a possibilidade de se praticar a eutanásia sem o conhecimento e consentimento da pessoa, de esta poder ser encorajada tendo como finalidade aliviar a família da sobrecarga financeira e emocional ou de poder ser aplicada como medida de discriminação em relação a determinados grupos, tais como os idosos, doentes crónicos, doentes com sida, toxicodependentes, entre outros (PACHECO, 2001, pp.86).

2. REFLEXÃO ÉTICA SOBRE A EUTANÁSIA

Actualmente a autonomia da pessoa é aceite (pelo menos no espaço sociopolítico e geográfico no qual nos encontramos inseridos) como um princípio ético fundamental. A autonomia é

resultante do processo de desenvolvimento pessoal e permite o exercício da cidadania. Na essência da autonomia, encontra-se o autogoverno sobre si mesmo, que se traduz na liberdade de tomar decisões sobre si e sobre a sua vida (DEODATO, 2006, pp.6).

Segundo Deodato, na abordagem ética do tema da morte, a autonomia individual deve ser discutida tendo como pano de fundo o sentido da vida, *“isolar a liberdade de agir daquilo que fundamenta o próprio agir pode conduzir-nos a caminhos desviantes do objecto essencial da reflexão”* (DEODATO, 2006, pp.7). De acordo com o mesmo autor, o encontro com o outro permite-nos, através da relação estabelecida, compreender o sentido que fazemos para o outro e desta forma descobrir que a nossa vida faz sentido (só faz sentido) com o outro. Tendo em conta estes aspectos, conclui-se que a reflexão sobre uma decisão que ponha fim à vida terá sempre que incluir a dimensão do sentido da vida. O autor refere ainda, que analisar um possível direito de dispor da vida (utilizando a eutanásia), sem equacionar esta dimensão, distorce a reflexão, limitando-a ao subjectivismo isolado – aquilo que cada um poderá pensar livremente, mas não humanamente (DEODATO, 2006, pp.7).

De acordo com Deodato, o agir livremente no âmbito da autonomia individual consubstancia-se numa liberdade responsável, sendo que os actos decididos livremente na consciência de cada indivíduo originam consequências para o próprio, bem como para o outro, na medida das relações estabelecidas. Sendo assim, 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, pp.7). Desta forma, e segundo o autor referenciado, é necessário responder ou assumir a responsabilidade pelos actos que efectuamos, nomeadamente, os efeitos produzidos nos outros e em nós.

No âmbito da deontologia, a liberdade responsável assume-se como uma dimensão fundamental do agir ético. Desta forma, entende-se que a liberdade responsável surja como um valor da prática ética, no respeito pela dignidade da pessoa cuidada e tendo em atenção o bem comum (DEODATO, 2006, pp.8). Assim, se encontra no Código Deontológico do Enfermeiro, como valor universal a observar, no Artigo 78.^o, n.^o 2, alínea

b. De acordo com Deodato, para além da dimensão heteronómica da liberdade responsável, interessa igualmente a vertente pessoal das consequências dos actos praticados, isto é, discutir se a autonomia individual permite a tomada de decisões que, não tendo consequências (aparentes) para os outros, podem prejudicar ou terminar a vida (DEODATO, 2006, pp.8). Segundo o mesmo autor, é neste âmbito que se inclui a reflexão sobre os actos que provoquem a morte, como o suicídio, o suicídio assistido ou a eutanásia, sendo nesta perspectiva da autonomia e da liberdade do agir que se pretende reflectir sobre um eventual direito a morrer.

A autonomia individual, sendo intrínseca à condição humana, manifesta-se ou exterioriza-se através dos direitos, nomeadamente os direitos inerentes à condição humana: os direitos humanos, consagrados na *Declaração Universal dos Direitos do Homem* e em outras convenções internacionais, na *Constituição* e em múltiplas leis (DEODATO, 2006, pp.8). A deontologia profissional, patente no *Código Deontológico* e em distintos pareceres emitidos pelo Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, consagra como valor profissional o respeito pelos direitos humanos, sendo que o enfermeiro assume deveres para proteger e salvaguardar os direitos do cidadão a quem presta cuidados (DEODATO, 2006, pp.8). Segundo o autor referenciado, como fundamento ético, o Artigo 78.º do *Código Deontológico* prevê, no seu n.º 3, alínea b, “o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes” como um “princípio orientador da actividade dos enfermeiros”. Ainda, nos artigos 81, 82 e 83, prevêem-se, os direitos que o enfermeiro deve proteger no seu exercício profissional: como o direito à vida, os direitos da pessoa idosa, os direitos da criança, entre outros (DEODATO, 2006, pp.8).

De acordo com Deodato, o direito à vida assume destaque por ser a vida humana que permite o exercício dos restantes direitos, sendo que só faz sentido falar em direitos humanos ou direitos de personalidade como direitos ligados à vida, cuja titularidade e cujo exercício dependem da vida. Desta forma, o enfermeiro, de acordo com a alínea a, do Artigo 82.º do *Código Deontológico*, “assume o dever de defender a vida humana em todas as circunstâncias”. Segundo o mesmo autor, reflectindo sobre o exercício da autonomia e os direitos humanos, considera-se pertinente a seguinte questão: “a liberdade de deci-

dir sobre si como corolário da autonomia poderá, então, justificar a prática de actos que comprometam seriamente ou ponham fim à vida?” Ou, de outro modo, “encaramos como possível a existência de um direito a morrer?”.

Neste âmbito ou consideramos que a autonomia de cada um é absoluta, o que permite que o exercício da liberdade justifique o direito de decidir morrer; ou, de outra forma, encaramos a vida humana como valor supremo, o que exige respeito e protecção por todos, incluindo o próprio. E, perante estas possibilidades de escolha, assumimos, deliberadamente, uma posição (DEODATO, 2006, pp.9).

É portanto necessário discutir o conceito de ‘direito a morrer’ no confronto com o de ‘direito à vida’. O direito à vida consiste num direito de personalidade, pelo que se revela inerente a cada um. Encontra-se consagrado no Artigo 3.º da *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, no Artigo 24.º da *Constituição da República Portuguesa* e com especial protecção no *Código Penal*. No código deontológico, está salvaguardado no Artigo 82.º (DEODATO, 2006, pp.9). Sendo que o direito à vida consiste num direito de personalidade, compreende um conjunto de características que lhe confere um estatuto próprio no mundo jurídico, com uma posição de superioridade face às outras categorias de direitos.

Das múltiplas características dos direitos de personalidade, destaca-se o carácter absoluto e a indisponibilidade (DEODATO, 2006, pp.9-10). Sendo absolutos, impõem-se *erga omnes*, o que significa que são respeitados por todos. A indisponibilidade significa que não podem estar disponíveis no comércio jurídico, sendo também irrenunciáveis, ou seja, indisponíveis também para o próprio (DEODATO, 2006, pp.10). De acordo com Deodato, nesta perspectiva, actos como o suicídio, o suicídio assistido ou a eutanásia, não configurando um agir ético, não poderão ser aceites pela ordem jurídica, nem pela deontologia profissional, exactamente porque implicam dispor da vida, extinguindo a titularidade do direito à vida.

Relativamente à eutanásia, esta não se encontra prevista na lei Portuguesa, pelo que qualquer acto que provoque a morte de outro é considerado homicídio, nos termos dos artigos 131 a 133 do *Código Penal*. Relativamente ao plano

deontológico, no “enunciado de posição” de 2002, a Ordem dos Enfermeiros recusa a eutanásia, considerando-a como uma “*posição extremada*” (DEODATO, 2006, pp.10). Através destes dados, pode-se concluir que a ordem jurídica e a deontologia protegem a vida humana, não através de cada ser humano em particular, mas protege-a em geral, como uma comunidade humana. De tal forma, que mesmo em caso de suicídio, o nosso Direito condena-o, por via indirecta, relativamente a terceiros intervenientes. Ou seja, não consagra um direito a morrer (DEODATO, 2006, pp.10).

De acordo com Deodato, pode-se discutir se esta indisponibilidade terá ou não fundamento na propriedade da vida. Se aceitarmos a disponibilidade da vida e, como consequência, a prática de actos que lhe ponham fim, estamos a transformar a vida humana num bem negociável e a colocá-la ao nível dos direitos de propriedade. É este o raciocínio seguido por quem defende o direito a morrer: dispomos da nossa vida porque somos donos de nós (DEODATO, 2006, pp.10).

O Padre Feytor Pinto, citado por Deodato, considera que a indisponibilidade da vida pelo próprio deriva do facto de não ter sobre ela propriedade. Esta perspectiva encara a vida como um bem supremo, com valor que supera a vontade de cada um, sendo a sacralidade da vida entendida como fora do domínio da pessoa, porque é atribuída por Deus (DEODATO, 2006, pp.10). Segundo Deodato, esta perspectiva defende que não sendo escolhido o início da vida por cada um de nós, também não fará sentido, que possamos decidir sobre o seu fim. Contrariamente, a defesa da vida como valor subalterno relativamente à liberdade (como defende a posição oposta) permite concluir pela disponibilidade da vida, uma vez que a liberdade, considerada como um bem supremo, autoriza a prática de actos que ponham fim à própria vida (DEODATO, 2006, pp.11). Os defensores desta tese afirmam que a liberdade é a “condição suficiente para que o homem exista como homem”, sendo a vida apenas “condição necessária”. “*Sou pessoa porque sou livre... para ser livre e ser pessoa preciso de ter vida*”, diriam (DEODATO, 2006, pp.11).

No entanto, sem questionar o carácter essencial da liberdade na condição humana, fará sentido pensar em liberdade destacada da vida? Que sentido terá a liberdade se se destinar a

pôr fim à vida? Assim, considera-se que aceitar a morte como um direito coloca diversas questões de ordem ética, deontológica e jurídica, pois é estando vivo que a pessoa é titular de direitos e pode exercê-los. Desta forma, não faz sentido existir na nossa esfera pessoal um direito que elimina todos os outros, porque extingue a vida (DEODATO, 2006, pp.11). Segundo Deodato, a discussão sobre o direito a morrer é muitas vezes colocada na perspectiva do direito a ter uma morte digna. A morte digna é encarada como aquela que decorre sem sofrimento, ou pelo menos, com o menor sofrimento possível. Os defensores da eutanásia defendem que toda a pessoa tem direito a morrer, livre da dor ou da incapacidade causada pela doença (DEODATO, 2006, pp.12). De acordo com Deodato, morrer com dignidade, considerando o sofrimento, constitui um direito individual, desde logo, legitimado pelo direito à vida. Desta forma, considera-se que proporcionar uma morte serena, com o menor sofrimento possível, em que a pessoa se mantém inserida no seu meio familiar ou, pelo menos, não afastado dele, constitui uma exigência ética (DEODATO, 2006, pp.12).

No sentido de ter uma morte digna, surgem os cuidados paliativos, como forma de o sistema de saúde satisfazer as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais da pessoa que vai morrer, cuidando-a de forma holística. Actualmente dispomos de conhecimento científico e experiência técnica necessária para desenvolver os cuidados paliativos, como forma de diminuir a dor e o sofrimento, pelo que já vivemos, no presente, um tempo que permite o respeito pela morte com dignidade (DEODATO, 2006, pp.12).

Conclui-se então, assim como Serrão, que o “*direito a morrer é uma expressão sem sentido*”, pelo simples facto de ser contraditória na sua essência (DEODATO, 2006, pp.13). Não pode existir um direito que anule todos os restantes. Deodato refere ainda, e como forma de conclusão, que “*não pode a morte, etapa certa do final da vida, ser considerada como um direito, até porque, parafraseando Frei Bernardo, uma vez que vivemos, temos o dever de morrer*” (DEODATO, 2006, pp.12). Pode-se então concluir, com base na bibliografia consultada, que dado que vivemos em sociedade, encontramos-nos em constante relação com os outros e

sendo assim, dado que não vivemos isolados a nossa autonomia não é absoluta, não consiste numa liberdade total. No exercício da nossa autonomia, devemos considerar o outro e o significado que este atribui às nossas acções/decisões. É necessário compreender que de todas as nossas acções resultam consequências, que revertem para nós próprios mas também têm impacto na vivência dos outros que vivem em relação connosco. Através da consulta bibliográfica, posso equacionar que a decisão de solicitar a eutanásia terá efeitos nos familiares/amigos/pessoas significativas que se relacionam com a pessoa que faz o pedido. Após a pesquisa efectuada, concluo que a autonomia de cada um não é absoluta, pelo que o exercício da liberdade não justifica o direito de decidir morrer. A vida humana é um valor supremo, pelo que não se consagra um direito de morrer. O fim de vida e mais precisamente a existência de doença terminal, não significa a ausência de qualidade de vida, pelo que o argumento a favor da eutanásia como forma de morrer com dignidade revela-se, para mim, um argumento falacioso dado que é possível morrer com dignidade. Para proporcionar uma melhoria na qualidade de vida ao doente em fase terminal, os cuidados paliativos revelam-se como um recurso fundamental. Através dos cuidados paliativos, é possível proporcionar ao doente em fase terminal, uma morte com dignidade, respeitando desta forma a dignidade humana.

3. O FIM DE VIDA NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (R.E.PE.) no artigo 4º-1 a Enfermagem consiste na “ (...) *profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*” (R.E.P.E, 1998).

Os enfermeiros devem reger os seus cuidados de prestação às pessoas com base em valores e princípios éticos, os princípios gerais que estão estabelecidos no Código Deontológico dos Enfermeiros são: princípio de beneficência, que se relaciona com o dever de fazer o bem,

ajudando os outros a ganhar ou a ter o que é para seu benefício. Tomar decisões baseadas unicamente neste princípio pode incorrer em paternalismo, e torna-se limitativo da liberdade do outro (NUNES, 2002, pp.2). Segundo a autora referenciada, muitas vezes este princípio surgiu perspectivado como a forma de não fazer mal, nomeadamente, não causar dano e, assim, é designado por princípio da não maleficência. Existem autores que defendem que não causar dano é mais imperioso, mais obrigatório do que a exigência de promover o bem. É importante mencionar que a aplicação do princípio da beneficência revela-se complexa dado que é necessário, a ponderação risco/benefício que depende dos valores e interesses das pessoas implicadas (NUNES, 2002, pp.3).

Para além dos princípios mencionados, outro dos princípios que regem a profissão de enfermagem é o princípio do respeito pela autonomia. Este princípio refere-se à liberdade de acção que cada pessoa escolhe para si, uma vez que é característica das pessoas que exercem a sua autonomia, escolher e agir em conformidade com aquilo que escolheram para ela próprias e para a sua vida. Isto significa reconhecer que a pessoa é um fim em si mesmo, livre e autónoma, capaz de se autogovernar e decidir por si mesma. É por esta razão que a pessoa tem o direito à informação antes das suas escolhas e decisões, para que o possam fazer de forma livre e esclarecida, e subsequentemente respeitar essas mesmas decisões (NUNES, 2002, pp.3).

Relativamente ao princípio da justiça, este destaca que situações idênticas devem ser encaradas igualmente, e as que não são iguais, tratadas de maneira diferente, em conformidade com as suas diferenças (NUNES, 2002, pp.3). Segundo a mesma autora, tradicionalmente a justiça é considerada como equidade, isto é, “*dar a cada um o que lhe é devido*”. As reflexões de justiça, nos cuidados de saúde, diferem, assentando essencialmente no tema da distribuição de recursos e dos critérios a empregar (NUNES, 2002, pp.3).

Existem outros autores, nomeadamente Kemp e Rendtorf (1998), que acrescentam a estes princípios, o princípio da vulnerabilidade, dado que a nossa vulnerabilidade perante a doença, nos coloca na situação de pessoas em necessidade, solicita a solidariedade e a equidade dos

prestadores de cuidados (NUNES, 2002, pp.3). Os princípios mencionados, não representam nenhuma relação hierárquica, embora por vezes existam tensões na sua aplicação, sendo que o caso mais frequente de tensão, ocorre entre o princípio da autonomia e o da beneficência, no sentido de qual dos dois detém a primazia (NUNES, 2002, pp.4). Existem casos em que se atribui a primazia ao princípio da beneficência, colocando em primeiro lugar a saúde e a vida da pessoa, como por exemplo o internamento compulsivo em doentes com patologia mental, noutros casos o primado é atribuído ao princípio da autonomia, respeitando na globalidade a decisão e a vontade da pessoa, que competente para decidir, recusa uma proposta de tratamento que lhe é feita (NUNES, 2002, pp.4).

Assim, conclui-se que os enfermeiros devem assentar a sua prestação de cuidados à pessoa com doença terminal, com base nestes princípios orientadores. A morte consiste numa realidade em que convergem sentimentos, atitudes e reacções numa amálgama, em que as vivências de cada um se revelam determinantes e em que, diversas vezes, as emoções se sobrepõem à razão (SARAIVA, 2007, pp. 29). Segundo a mesma autora, lidar com a morte ou com os momentos que a antecedem é extremamente doloroso e difícil. É através da morte que nos apercebemos das nossas limitações, da nossa temporalidade e dos nossos medos e receios mais íntimos (SARAIVA, 2007, pp. 29). A aceitação da morte como um fenómeno integrante da vida, revela-se fulcral, no sentido da prestação de cuidados de enfermagem humanizados e de qualidade. Habitualmente a morte é evitada pelas pessoas, e pelos, enfermeiros em particular, que maioria das vezes limitam a expressão de sentimentos, pensamentos, receios e dúvidas, negando o direito de lidar com esta fase do ciclo de forma saudável e positiva (SARAIVA, 2007, pp. 29). É fundamental que, à medida que se pretende evoluir e melhorar a assistência em enfermagem, reflectir sobre estas questões, como a morte e os seus reflexos (SARAIVA, 2007, pp. 29).

No enquadramento deontológico, e relativamente à eutanásia, os deveres dos enfermeiros no “*respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital*” segundo o Artigo 82.º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), reportam-se a:

“a) *Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que*

protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;

b) *Respeitar a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa;*

c) *Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;*

d) *Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante.”*

Perante uma pessoa com doença terminal, segundo o CDE no artigo 87.º, os enfermeiros têm o dever de:

“a) *Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja 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;*

c) *Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.”*

Relativamente ao enquadramento jurídico, “o quadro legal em Portugal considera a eutanásia (na concepção assumida) como crime de “homicídio a pedido da vítima”, punível com pena de prisão até 3 anos (art.º134º). Define-se ainda como crime o homicídio privilegiado, onde se integra o “homicídio por compaixão”, com pena de prisão de 1 a 5 anos (art.º133º do Código Penal) e o “incitamento ou ajuda ao suicídio” (art.º135º) punível igualmente com prisão até 3 anos.” (NUNES et al, 2005, pp.371). Segundo a mesma autora, perante esta matéria, foi desenvolvido, pelo Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, uma metodologia de procura de consenso, através de painel Delphi, onde se incluiu como peritos os Enfermeiros das comissões de ética dos Hospitais, os professores que leccionam ética nos cursos de Licenciatura em Enfermagem e ainda os membros dos órgãos sociais da Ordem dos Enfermeiros (NUNES et al, 2005, pp.371).

Após a elaboração deste estudo, foi publicado o enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros face à eutanásia. Assim, enuncia-se como posição a assumir pela Ordem dos Enfermeiros (NUNES et al, 2005, pp.371-372):

“1- Os enfermeiros assumem a defesa e protecção da vida e da qualidade de vida, recusando posições extremadas como o são a eutanásia e a distanásia (obstinação terapêutica). No que se refere à eutanásia, considera-se a necessidade de distinguir entre uma acção que pretende provocar activamente a morte (“tirar a vida”) e a omissão de uma acção (de que pode ser exemplo uma tentativa de reanimação, quando se trate de paragem cardiorrespiratória em situação terminal ou quando há evidência de que a qualidade de vida pós-reanimação não seria aceite pela pessoa) conside-

rando-se que a valoração ética é diferente e que a abstenção de acções, em determinadas situações, pode não ser contrária à ética: quando tal ocorre por obediência à vontade competente e esclarecida do doente ou por razões de boa prática, isto é, abstenção de tratamentos inúteis que se traduz na acção ética de recusar a obstinação terapêutica (distanásia)."

"2- Considera-se não existir diferença ética relevante entre não aplicar uma terapêutica que pode prolongar artificialmente a vida e retirar um tratamento que se tornou desproporcionado ou inútil, no domínio da ortotanásia; ou seja, a pessoa encontra-se incurso num processo que, segundo o conhecimento actual, levará à morte. Assim, não se determina o encurtamento ou suspensão da vida - limita-se a suspender tratamentos artificiais, inúteis e/ou desproporcionados, que na maior parte dos casos provocam sofrimento inútil ao doente -, deixando de prolongar artificialmente a vida."

"3 - A recusa de tratamento encontra-se na situação de "recusa livre e esclarecida", em contraponto ao consentimento livre e esclarecido; ou seja, decorre da autonomia de cada pessoa, de decidir livremente aceitar ou recusar a proposta de tratamento ou terapêutica que lhe é feita; e se a pessoa, no exercício do direito à autodeterminação, recusa um tratamento estando esclarecida das consequências e competente para decidir, e se desta recusa resulta abreviar a vida, esta não é uma acção positiva no sentido de tirar a vida mas de não intervir, prolongando-a."

"4 - Deve haver uma preocupação efectiva dos enfermeiros em promover a qualidade de vida no tempo de vida que resta, em garantir cuidados de acompanhamento e de suporte (básicos e paliativos), com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissional, conforme preconizado pelos artigos 82.º e 87.º do Código Deontológico".

Pode afirmar-se, com base na bibliografia consultada, que não só é possível manter a dignidade humana num prognóstico de doença terminal, como o enfermeiro tem a responsabilidade e o dever de o fazer, conforme se encontra preconizado pelo CDE e pelo enunciado de posição relativamente à eutanásia. Os enfermeiros devem assumir a defesa e protecção da vida e da qualidade de vida, recusando posições extremadas como a eutanásia. Como alternativa à eutanásia propõe-se um maior investimento nos cuidados paliativos que, permitem proporcionar qualidade de vida e uma morte com dignidade à pessoa com doença terminal.

Analisando o artigo 87º na alínea a): "defender e promover o direito do doente do local e das pessoas que deseja o acompanhem na fase terminal da vida", encontra-se aqui atribuído ao enfermeiro, o papel de "advogado" da pessoa,

assegurando, defendendo e velando para que os direitos a que lhe assistem assim como as suas vontades sejam respeitados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, pp.93). Assim, deve o enfermeiro assegurar o direito da pessoa a morrer com dignidade, dado que este é um princípio consagrado em todas as cartas dos direitos dos doentes desde a elaborada em 1973 pela Associação dos Hospitais Americanos. "Morrer é bem mais do que um direito. É um facto universal, talvez o acontecimento mais universal na vida humana" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, pp.93). Segundo a bibliografia consultada, morrer com dignidade consiste em "morrer em paz, morrer com os outros, morrer em companhia, morrer com aqueles a quem queremos e que nos querem. Não morrer só. Morrer, evidentemente com assistência médica - que não substitui, entretanto, a assistência afectiva" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, pp.93).

Cabe ao enfermeiro, acompanhar a pessoa privilegiando a sua qualidade de vida, minimizando a dor respeitando o direito a receber analgesia adequada, ajudar a pessoa a aceitar e preparar-se para morrer, beneficiando dos cuidados paliativos e do acompanhamento psicológico, tendo presente que a omissão de tratamentos inúteis ou interromper "meios artificiais" não constituem eutanásia (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, pp.93). Outro dos deveres do enfermeiro ao cuidar a pessoa com doença terminal, consiste em respeitar o direito a uma morte com dignidade, não sendo sujeito a tratamentos ou ao uso de terapia inútil, assim como, ajudar a pessoa a morrer, através da solidariedade, da presença, da atenção, ajudando a atribuir um sentido ao tempo que lhe resta viver, garantindo à pessoa o direito a morrer a sua própria morte (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, pp.93-94).

Relativamente à alínea b) do artigo 87.º, sobrevém a chamada de atenção para diferentes naturezas e vivências de perda. Com todo o "poder" que a morte comporta e perante o impacto invasor de "ausência total e permanente" que esta impõe, a "reação à perda" não pode ser apenas encarada como um "comportamento", mas reveste-se de um valor mais abrangente, onde se interligam, de forma dinâmica, cognições e sentimentos, integrados numa estrutura psicológica particular e numa

situação global de vida, no momento em que a perda ocorre, e é expressa consoante a cultura onde a pessoa se encontra inserida (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, pp.94-95).

A alínea c) do artigo 87.º, define como dever do enfermeiro *“respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”*. Este dever encontra-se relacionado com a qualidade humana dos procedimentos *post-mortem*, tanto os imediatos (ao corpo) como posteriores (como por exemplo, no transporte para a casa mortuária). Revela-se importante realçar, que esta alínea refere que não basta o enfermeiro agir de forma respeitosa, mas precisa *“fazer respeitar”*, e neste âmbito faz sentido ter em atenção o artigo 10.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), relativo à delegação de tarefas ao pessoal funcionalmente dependente dos enfermeiros (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, pp.95). Estes aspectos revelam-se importantes dado que, o contacto e a visualização do corpo após a morte, facultados aos familiares em alguns locais, podem constituir suporte ao processo de luto e de perda. Desta forma, os cuidados de enfermagem ao corpo, são a última medida implementada, *“o enfermeiro necessita de estar consciente de alguns mecanismos de defesa, tais como o riso, palavras ásperas e brincadeiras podem ser particularmente desagradáveis”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, pp.96). Deve ser considerado o respeito para com o corpo, como uma forma de respeito para com os familiares enlutados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, pp.96)

CONCLUSÃO

Após a elaboração do presente trabalho, posso concluir que a eutanásia consiste no acto intencional de matar, praticado por uma pessoa (profissional de saúde) a pedido de outra. Através da diversa bibliografia consultada, posso concluir que a dor, o sofrimento e a ausência de um projecto de vida que proporcione sentido à existência humana, são maioritariamente as principais razões para a solicitação da eutanásia. É possível a reconstrução do projecto de vida através dos cuidados de enfermagem, nomeadamente por um acompanhamento humano que incuta à pessoa em fase terminal, respeito por si mesma e significado aos últimos dias de vida. Perante o doente em fase terminal, as intervenções realizadas procuram atenuar os

sintomas da doença, nomeadamente a dor, sem actuar sobre a causa. Neste contexto, e conforme refere a Ordem dos Enfermeiros, o objectivo dos cuidados é preservar, não a integridade corporal ou a saúde, mas a dignidade humana, que consiste na possibilidade, para cada indivíduo, de, por intermédio da sua consciência, agir livremente e autodeterminar-se.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, os desafios éticos no final de vida relacionam-se com o sentido atribuído aos últimos momentos de vida. Actualmente na sociedade, centramos o sentido da existência humana em torno do princípio do respeito pela vida e pela qualidade de vida, sendo que todas as escolhas se confrontam com estes valores. *“O sentido ético da morte está presente quando cada um de nos toma consciência de que temos os dias contados, o que nos impele a avançar na construção do nosso projecto de vida”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, pp.92).

Em Junho de 2002, a Ordem dos Enfermeiros pronunciou-se relativamente à eutanásia, elaborando um enunciado da posição a adoptar pelos enfermeiros. Segundo o referido enunciado de posição, os enfermeiros *“(…) assumem a defesa e protecção da vida e da qualidade de vida, recusando posições extremadas como o são a eutanásia e a distanásia (…)”* e *“Deve haver uma preocupação efectiva dos enfermeiros em promover a qualidade de vida no tempo de vida que resta, em garantir cuidados de acompanhamento e de suporte (básicos e paliativos), com respeito pela dignidade de cada pessoa(…)”*. Assim, no âmbito do respeito pela vida e dignidade humana, os cuidados paliativos revelam-se como a grande resposta face ao pedido da eutanásia. Segundo diversos autores, perante a morte eminente a presença dos enfermeiros através do sorriso, do olhar e do silêncio, permite humanizar a despedida.

Após a elaboração do presente ensaio, pude constatar que não existe suporte jurídico para que se possa afirmar que a eutanásia é um direito da pessoa. A eutanásia não se encontra prevista na lei portuguesa e é penalizada, sendo considerada como homicídio, nos termos dos artigos 131 a 133 do Código Penal. Conclui-se que o homem não tem direito de morrer mas sim a obrigação de morrer, dado que, a morte constitui um acontecimento biológico inevitável, sendo inerente à própria vida.

Com base na bibliografia consultada e após reflexão pessoal sobre a eutanásia e suas implicações, posso aferir que a eutanásia nega o valor da vida pelo que não deve ser aceite. A eutanásia é condenada por muitos, por considerarem que a vida humana é sagrada e inviolável. No entanto também não deve ser aceite, como a Ordem dos Enfermeiros realça, a distanásia com cuidados intensivos totalmente desmedidos relativamente aos benefícios que se pretendem obter.

Relativamente às questões propostas no início, penso que ao longo do trabalho reflecti sobre essas mesmas questões fundamentando uma opinião com base nos autores consultados.

Como aspectos facilitadores na elaboração do presente trabalho, posso referir a contribuição das aulas de Ética II, nas quais foi abordado o final de vida, o que me permitiu reconhecer quais os aspectos mais relevantes a abordar no presente trabalho.

A Orientação Tutorial revelou-se também um aspecto facilitador, dado que orientou a minha pesquisa bibliográfica para o presente trabalho. Outro aspecto facilitador que posso nomear, é o facto de existir um volume considerável de informação disponível para consulta sobre a eutanásia. Contudo este aspecto, revelou-se simultaneamente dificultador. Dificultador no sentido em que, no decurso da elaboração do presente ensaio, senti diversas dificuldades devido ao volume de informação, nomeadamente na selecção da informação mais pertinente, bem como na síntese da informação.

Relativamente a outros aspectos dificultadores, posso referir a dificuldade em elaborar a reflexão ética dado que a eutanásia é um tema que suscita múltipla controvérsia. Senti também alguma dificuldade na organização estrutural do trabalho dado que até à data não havia elaborado um ensaio. Considero ter alcançado parcialmente os objectivos a que me propus, dado que considero que futuramente poderei realizar um ensaio mais conciso.

Referências Bibliográficas

ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge, OSSWALD, Walter – *Bioética*. 1ª Edição. Lisboa: Editorial Verbo. Novembro de 1996. ISBN: 972-22-1719-4.
GAFO, Javier – *10 palavras-chave em Bioética*. Coimbra: Editorial Verbo Divino, 1996. ISBN: 972-603-105-2.
HOTTOIS, Gilbert; PARIZEAU, Marie-Hélène – *Dicionário*

da Bioética. Lisboa: Coleção Atlas e Dicionários, Instituto Piaget, 1993. ISBN: 972-8407-72-6.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2.

ORDEM dos Enfermeiros – *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. Depósito Legal n.º 195532/03

ORDEM dos Enfermeiros – *Enunciado de Posição Sobre a Eutanásia*. Aprovado pelo Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros em Junho de 2002. In: *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2.

PACHECO, Susana - *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-30-4.

SARAIVA, Dora Maria Ricardo Fonseca - *O Enfermeiro e a Morte*. In: Revista Nursing. Novembro de 2007. ISN: 0871-6196.

SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui – *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, 1998. ISBN: 972-0-06033-6.

SERRÃO, Daniel – *Eutanásia e Distanásia*. In: ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALS, Walter - *Bioética*. 1ª Edição. Lisboa: Editorial Verbo. Novembro de 1996. ISBN: 972-22-1719-4.

SIMÕES, Ângela Sofia Lopes – *Os cuidados paliativos como acolhimento ao pedido da eutanásia*. In: Revista Portuguesa de Bioética: Cadernos de Bioética. Coimbra: Edição do Centro de Estudos de Bioética. 3 (Dezembro de 2007). ISSN: 164-8082.

THOMPSON, Ian; E. MELIA, Kath M.; BOYD, Kenneth M – *Ética em Enfermagem*. 4.ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-67-3.

Referências Electrónicas

DEODATO, Sérgio – *Autonomia e Morte*, acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/issues/22_ROE%20-%202020.pdf, no dia 08 de Novembro de 2008 às 16h23.

NUNES, Lucília - *Atendendo ao título: Enfermagem, Cuidados Paliativos e Eutanásia*, acedido em http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/paliativoseeutanasia.pdf, no dia 08 de Novembro de 2008 às 14h39

<http://moodle.ips.pt/ess/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=3061>, acedido a 28 de Novembro de 2008 às 21h00.

http://www.ess.ips.pt/_downloads/trab_cientificos.pdf, acedido a 26 de Novembro de 2008 às 23h09.

<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168>, acedido a 09 de Novembro de 2008 às 14h06.

http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_079_082.pdf, acedido a 25 de Outubro de 2008 às 21h12.

www.jayash.com/wordpictureimages/Euthanasia.jpg, acedido a 27 de Novembro de 2008 às 23h09.