



10ª Edição

Outubro-Dezembro 2008

Percursos

Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral
Ano 3, Nº 10
ISSN 1646-5067

Editor

António Freitas

Coordenação Científica

Lucília Nunes

Comissão Científica

*Armandina Antunes
Alice Ruivo
Joaquim Lopes
Paula Leal
Sérgio Deodato*

Colaboradores Permanentes

*Ana Paula Gato
Cândida Ferrito
Dulce Cabete
Fernanda Costa
Lurdes Martins
Mariana Pereira
Paulo Cruchinho*

*Revisão pelos Pares
Regras de Publicação: N.º 5, 2007*

Contactos

lucilia.nunes@ess.ips.pt
antonio.freitas@ess.ips.pt

Os artigos, aprovados pelo
C.C. para esta edição são da
exclusiva responsabilidade
dos seus autores.

Sumário

EDITORIAL	2
ENFERMAGEM	
<i>Interrupção Voluntária da Gravidez: Considerações Gerais e Perspectiva Masculina</i> ___	3
Luís Meireles	
<i>Transplante de Órgãos: Dadores Vivos</i>	13
Ana Pereira Gonçalves	
<i>Eutanásia</i>	21
Helena Pereira	
<i>Consentimento Informado em Pessoas com Doença Mental</i>	36
Andreia Carreira	

**Dedicado a ensaios
de Ética II**

Unidade Curricular de Ética II

3º ano, Ano Lectivo 2008/2009

7º Curso de Licenciatura em Enfermagem

Editorial

Lucília Nunes

"Os avanços da biotecnologia e a aplicação ao ser humano, na área da saúde, têm levantado questões morais sobre os limites do exercício das profissões. Os diferentes modelos de relação profissional, as relações interprofissionais, o valor do princípio da autonomia, o início e o fim da vida, a limitação dos esforços terapêuticos, o papel do Estado nas políticas públicas de saúde, são apenas alguns exemplos da importância do debate social que deve existir em torno destas questões. Esta problemática, reconhecida por aqueles que se preocupam com a educação dos futuros profissionais de Enfermagem, exige a introdução de novos conteúdos curriculares que contemplem a análise rigorosa de suas repercussões éticas, jurídicas e sociais. Trata-se de ampliar as bases da ética, favorecendo a análise rigorosa e abrangente destes problemas."

Este é o *Preâmbulo* do Guia da Unidade Curricular de Ética II, no 6º semestre do actual Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Nos resultados esperados, assinala-se:

- Desenvolve conhecimentos sobre bioética
- Adequa os princípios da bioética à argumentação
- Treina a reflexão e o debate dos problemas bioéticos
- Analisa aprofundadamente uma temática que cruza bioética e enfermagem
- Majora a capacitação para a tomada racional de decisões em problemas surgidos da prática de enfermagem, sob um enfoque pluralista e transdisciplinar.

Os estudantes do 7º CLE realizaram ensaio individual, tendo quatro trabalhos sido seleccionados para serem publicados nesta Revista. Os critérios para a publicação decorreram da classificação do ensaio e da escolha de temáticas singulares, por forma a existirem temas diversificados. Da escolha e do consentimento dos estudantes, resulta que os tópicos em aná-

lise sejam a interrupção voluntária da gravidez, o transplante de órgãos com dadores vivos, a eutanásia e o consentimento em pessoas com doença mental.

A Bioética nasceu como «uma ponte para o futuro» (assim a formula Van Potter), uma abordagem pluri e transdisciplinar. Podemos pensá-la como o desenvolvimento de uma corrente humanista, centrada na protecção da dignidade humana e na valorização e protecção do Humano.

Da relação entre a Bioética e a Ética de Enfermagem reafirmaria que:

1. A Bioética e a Ética de Enfermagem assentam e fundam-se na preocupação pela defesa da dignidade humana.
2. No cerne das preocupações está a tomada de decisão, o julgamento que conduz à acção. Sabemos hoje, e nem precisamos de pensar muito, que podem existir formas muito diferentes de se posicionar face a uma mesma questão. E as decisões têm efeitos de médio e longo alcance.
3. A pluralidade e a novidade das questões actualmente colocadas a ambas não têm respostas nos tradicionais tratados ou na formas convencionais de abordar os problemas. É aqui que o pluralismo de posições e a estranheza dos problemas exigem uma reflexão ética atenta, esclarecida e responsável.
- 4 – A ambas, à Bioética e à Ética de Enfermagem, não bastam a conformidade científica e técnica. Carecem do raciocínio, da consciência e competência no julgamento. Mais, carecem de sabedoria prática, na avaliação dos riscos e na escolha em contexto de incerteza.

Boa reflexão!

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ: Considerações Gerais e Perspectiva Masculina

Luis Meireles *

No âmbito da unidade curricular Ética II, vinculada ao 3º ano – 1º semestre, do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, foi proposta a realização do presente ensaio, que é genericamente um trabalho escrito de natureza reflexiva e teórica, onde se procura dar respostas a questões previamente delineadas, tendo em conta argumentos e contra-argumentos, seguido de uma tomada de posição por parte do autor do ensaio. O tema do ensaio foi escolhido ao critério do estudante, desde que abordasse uma temática subjacente à Bioética.

O tema do presente ensaio é a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), e aborda algumas das questões e discussões mais recorrentes associadas ao tema, incidindo particularmente na posição masculina em todo o processo. Pretende-se com a realização do ensaio, apresentar algumas das posições e pareceres em relação ao aborto, e os diversos argumentos, de modo a realizar uma breve sistematização sobre o assunto, chegando, se possível, a uma conclusão sobre o mesmo. Além dos objectivos descritos, pretende-se também através da elaboração deste ensaio que o estudante, aperfeiçoe as técnicas de pesquisa e síntese de informação, assim como, aborde diferentes perspectivas sobre determinada temática, transmitindo a sua posição fundamentada em autores creditados na matéria. Esta ainda preconizado que o estudante aumente os seus conhecimentos relativamente às questões éticas, deontológicas, legais e científicas.

Por último, importa referir que o presente ensaio se encontra dividido em três partes distintas: numa primeira parte, o enquadramento do tema a abordar; a segunda parte aborda as várias posições sobre a temática,

as considerações e pareceres legais sobre o assunto e ainda a perspectiva masculina, onde será dada um parecer sobre algumas perspectivas do ponto de vista masculino; por último, a terceira parte que enuncia as ideias finais, apontando linhas de análise conclusiva (NUNES, 2008:2).

Enquadramento

Quando a bioética surgiu, assumiu um carácter de preocupação relativa á acção humana. Isto devido ao avanço biotecnológico e a sua aplicação ao quotidiano dos seres humanos, levaram a tentativa de determinar qual o melhor modo de agir perante as questões/situações humanas e realidades ambientais inéditas até então. A bioética pretende então reflectir sobre a acção humana, de acordo com um ponto de vista ético, isto é, considerando princípios, a natureza, a finalidade e as suas consequências (NEVES & OSSWALD, 2008:117).

Um dos problemas mais recorrentes e polémicos dos últimos anos em bioética é as questões relacionadas com o aborto. Embora a polémica em torno desta temática tenha reduzido nos últimos anos, continua a ser uma temática controversa que divide as opiniões das pessoas actualmente, uma vez que existem inúmeros pontos de vista inerentes ao aborto (GAFO, 1996:47).

* Estudante do 7º CLE da ESS-IPS

- Artigo revisto pelo Prof. Sérgio Deodato, Unidade Curricular de Ética II

O aborto é um assunto polémico e bastante discutível assim como, os temas que implicam o início e o fim de vida, uma vez que afectam profundamente a consciência humana.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) revelou a alguns anos que cerca de 30 milhões de abortos eram realizados anualmente a nível mundial. No entanto este número poderá ter aumentado para 40/50 milhões no entanto é de difícil verificabilidade (GAFO, 1996:47). De acordo com a Abortion Statistics de 2004, são realizados todos os dias aproximadamente 41 237 abortos a nível mundial, o que revela a grande recorrência desta prática a nível mundial (BUTTS & RICH, 2005:73).

As ideias em relação ao aborto, e todas as considerações éticas e morais que lhe estão subjacentes, derivam de uma questão central, o entendimento sobre o estatuto do embrião, isto é, se lhe é reconhecido os direitos de uma pessoa humana ou não (NEVES & OSSWALD, 2008:119,120). Existem várias questões que se levantam nesta discussão sobre o aborto além da questão central já referida, como por exemplo, quando começa a vida humana no desenvolvimento embrionário e a partir de que momento existe um ser humano (GAFO, 1996:55,56). O estatuto do embrião é um conceito vasto, e que integra o desenvolvimento do ser humano desde o momento da fecundação até ao nascimento (LOUREIRO, ARCHER, & BISCAIA, 2001:110).

A análise ética sobre esta questão deverá ter em conta dados científicos fidedignos e actualizados sobre o desenvolvimento embrionário, mas também assumir uma reflexão filosófico-ética, sociológica e também teológica de modo a ser uma análise abrangente tendo em conta as diferentes perspectivas (GAFO, 1996:65) (SANTOS, SERRÃO, & NUNES, 1999:143)

O ponto de vista biológico responde á questão de saber se está perante um ser que pertence á espécie humana (LOUREIRO, ARCHER, & BISCAIA, 2001:110), uma vez que explica entre outros acontecimentos o momento da criação de um novo ser humano: a fecundação (NEVES & OSSWALD, 2008:118).

Como já foi referido anteriormente, será que este novo ser é considerado uma pessoa ou não? Se for efectivamente considerado como tal, tem desde logo direitos fundamentais inerentes a qualquer humano, nomeadamente o direito á vida, que deverá ser sempre respeitado. No entanto, se tal não acontecer, este novo ser não

tem acesso ao direito á vida, e como tal pode ser destruído simplesmente, visto que não existe legalmente nada que o proteja (NEVES & OSSWALD, 2008:121).

O resultado das considerações éticas, legais e sociais são fundamentais para definir um parecer ético e moral relativamente a questão do aborto. Em relação ao aborto ou interrupção voluntária de gravidez, estas acções caracterizam uma acção que é do foro íntimo e da consciência de cada ser, mas que por condicionar a vida de terceiros, torna se uma questão ética de extrema complexidade.

A decisão de praticar um aborto, cabe normalmente, exclusivamente à mulher, visto que raramente se trata de uma decisão do casal. Trata-se de uma decisão séria e com consequências, normalmente negativas para a mulher e eventualmente para o casal. No entanto não pode ser apenas uma decisão íntima da pessoa, uma vez que a vida do embrião/feto que vai ser destruída não pode ser ignorada (NEVES & OSSWALD, 2008:122).

Segundo Gafo, existem quatro tipos de aborto: o aborto terapêutico, que é realizado por indicação médica e quando a gravidez pode por em risco a vida da mulher grávida; o aborto ético/humanitário/criminologia, que é aquele que resulta de uma acção de delito; o aborto eugénico, que é aquele que se realiza quando existe o perigo evidente que o novo ser será afectado por anomalias ou malformações congénitas; por fim o aborto psicossocial que é o tipo de aborto que será abordado com maior profundidade no presente ensaio, uma vez que alberga a interrupção **voluntária** da gravidez, isto porque é o aborto que é praticado por razões pessoais, familiares, económicas e sociais da mulher. Este tipo de aborto é o mais praticado em todo o mundo (GAFO, 1996:50-53).

Posições a Favor da IVG

Segundo os apoiantes desta facção, também denominada "pró-escolha", centra-se em vários direitos éticos e legislativos presentes na nossa sociedade. Uma das posições entende que os direitos da mulher grávida são superiores aos que possam ser eventualmente ser atribuídos ao feto, mesmo que um deles seja o direito à vida, visto que se justifica o abortamento sempre que a mulher manifeste essa vontade (NEVES & OSS-

WALD, 2008:122,123), pois o feto não pode infligir moralmente o direito da sua mãe controlar o seu próprio corpo ou usá-lo para se manter viva (BUTTS & RICH, 2005:73). Esta posição é claramente baseada no princípio ético da autonomia (e direitos individuais, que estão implícitos, por exemplo, na Declaração Universal dos Direitos Humanos), que segundo Savater, prevê “a liberdade de fazer escolhas relativamente ao que afecta a vida de cada um” (NUNES *et al.*, 2003:23,53). O respeito pela autonomia da mãe é invocado e segundo esta perspectiva prevalece sobre o direito à vida do novo ser.

Existe também uma perspectiva que reconhece que o embrião merece algum respeito, uma vez que é potencialmente um ser humano, no entanto, não se pode atribuir um respeito absoluto ao mesmo visto que vários morrem espontaneamente durante os primeiros dias após a concepção. Além do mais existe a questão da individualidade do embrião/feto, que representa um ponto importante nos critérios de pessoa humana, que deixa de ser refutável, uma vez que o mesmo até ao momento da nidação poderá se dividir, dando origem a gémeos monozigóticos ou então unir-se no caso de dois embriões formando só um (NEVES & OSSWALD, 2008:120) (GAFO, 1996:59).

Mesmo com a atribuição de direitos ao feto, existe o risco de um possível conflito entre os direitos do novo ser e da mulher grávida que não poderá ser resolvido pela anulação de um dos dois sujeitos de direitos (NEVES & OSSWALD, 2008:123).

Outra perspectiva é o facto dos embriões poderem ser gerados por acidente ou irracionalidade dos seus pais, não correspondendo como tal a um projecto dos pais e como consequência não possui dignidade e não se atribui o direito à vida (NEVES & OSSWALD, 2008:120) (GAFO, 1996:63).

O facto da viabilidade extra-uterina do embrião/feto não se verificar, é apresentado como argumento que se opõem a perspectiva de um embrião/feto ter os direitos de uma pessoa humana. O feto é considerado viável se for possível a ruptura com a dependência do organismo materno, e ao fazê-lo é lhe automaticamente atribuído um status social inteiramente humano, que permite ao mesmo ter direitos como um recém-nascido após um parto termo (GAFO, 1996:62).

Existe ainda a corrente que afirma, que quem concebe o embrião, ou seja, a mãe e o pai, especialmente a mãe uma vez que o “carrega”, tem o direito de pertença. O feto pode ser visto de uma maneira especial para a sua família, é considerado a continuação da linhagem biológica da família ou simplesmente a tentativa de um casal, através de um novo ser, melhorar o seu relacionamento (ENGELHARDT, 1996:255).

Posições Contra a IVG

Um dos critérios que invocam uma posição não favorável à IVG, é o facto de considerar o embrião/feto uma pessoa/ser humano com direitos. O Comité Francês de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde, após prolongadas discussões, concluiu que o embrião humano deve ser considerado como “pessoa humana potencial desde o momento da sua concepção” (SANTOS, SERRÃO, & NUNES, 1999:143).

Alguns apoiantes desta facção argumentam que o desenvolvimento de um indivíduo inicia-se no momento da fecundação, uma vez que derivado ao actual conhecimento científico e desenvolvimento tecnológico se trata de um dado irrefutável. (SANTOS, SERRÃO, & NUNES, 1999:143).

Justificam também através de dados biológicos que ao fim de uma semana após a fecundação, o embrião encastoa-se na mucosa uterina, realizando trocas com o organismo materno, podendo inclusive aos 15 dias de gestação ter já um esboço do sistema nervoso central. Esta ideia suporta uma outra mais abrangente que sugere que o embrião constitui uma fase muito inicial do desenvolvimento humano, e que o feto é não mais que a etapa seguinte do processo de desenvolvimento do embrião, evoluindo de seguida até ao recém-nascido, que por sua vez continuará a evoluir ao longo da sua vida. Em suma, o embrião contém toda a informação necessária para gerar uma pessoa humana, e trata-se apenas de uma etapa do processo evolutivo do mesmo (NEVES & OSSWALD, 2008:118,121). González Faus determinou o conceito de “vida com destino humano”. Ou seja, o embrião/feto, trata-se de um futuro ser humano que atravessa varias etapas de desenvolvimento até ao seu nascimento, e mesmo após o nascimento permanece em continuo desenvolvimento. Ao querermos associar algumas características do ser humano ao embrião/feto, tais

como, a capacidade de pensar, de sentir, etc; temos igualmente de associa-las a um recém-nascido, que naturalmente ainda não se manifestam no mesmo visto o seu cérebro se encontrar bastante imaturo (GAFO, 1996:73).

No entanto esta imaturidade e dependência do recém-nascido é uma condição humana. Ao cortar-se o cordão umbilical, o novo ser perde apenas a dependência da mãe para as suas funções respiratórias e circulatórias. No entanto, esta falta de autonomia não faz com se ponha em causa que a sua vida, o o menor valor da mesma. Bem pelo contrario, uma vez que sendo indefesa, é juridicamente e especialmente defendida (GAFO, 1996:74).

Existe também o argumento que o embrião se trata apenas de um "aglomerado" de células, trata-se da opinião apresentada por alguns apoiantes a favor do aborto para se referirem ao embrião no seu estadio inicial. No entanto, é só por si uma prova que se tratam de células distintas de todas as outras, devido à sua capacidade de divisão, crescimento e diferenciação, isto é, exclusivamente características dos humanos (NEVES & OSSWALD, 2008:119). Alguns dados biológicos, referem-se ao feto como entidades únicas e diferentes do organismo materno, pelo que relativamente ao argumento de que a mulher poderá decidir em relação ao seu corpo, fica de certa forma comprometido visto que do ponto de vista celular, o feto não faz parte do seu corpo, mas sim trata-se de um entidade individual formada a partir do gameta da mulher e do homem (NEVES & OSSWALD, 2008:123), que desde o início produz as suas próprias enzimas e proteínas. É na realidade um ser muito dependente do organismo materno, mas no entanto é também um ser autónomo, visto ser o próprio a conduzir o seu processo de desenvolvimento (GAFO, 1996:57).

Quando questionada a individualização do novo ser, condição particularmente importante no debate para atribuir o estatuto de pessoa humana ao embrião, alguns apoiantes da facção contra o aborto, indicam o momento da nidação como crucial, devido ao *timing* da mesma, visto que a fronteira dos 14 dias após a fecundação, coincide com a formação da linha primitiva, o primeiro esboço do sistema nervoso. Por seu lado, outra corrente, prefere atribuir especial importância ao final da organogénese, isto é aproximadamente ao fim de dois meses de gestação, momento em que os órgãos do embrião

estão constituído e apesar de um pouco rebuscado, o feto (agora denominado) aparenta externamente um ser humano (GAFO, 1996:60,61).

A opinião de outros é que o embrião tem garantido desde logo a dignidade essencial e como tal não pode ser voluntariamente destruído. Tem direito a respeito absoluto, tanto mais pois não pode se defender de qualquer agressão. Aqui é invocado o principio da vulnerabilidade, que reclama a solidariedade e a equidade dos demais (NUNES *et al.*, 2003:53).

Porquê atribuir ao recém-nascido de um parto termo, por exemplo, o direito básico á vida, não sendo o mesmo atribuído ás primeiras etapas do seu desenvolvimento, isto é, ao embrião/feto (GAFO, 1996:64). Hegel afirmou "Sê uma pessoa e reconhece os outros como pessoas". Esta afirmação indica-nos a obrigação de respeitar o outro, independentemente de nele se verificarem ou não certas propriedades empíricas, como a consciência. Em suma, se os outros são pessoas como eu, não devem valer como eu? (LOUREIRO, ARCHER, & BISCAIA, 2001:114).

Tendo em conta ao argumento apresentado pelos apoiantes do aborto relativamente á perda de dignidade do embrião pelo facto do mesmo não ser desejado nem corresponder a um projecto parental, é de todo rejeitada pela facção contra o aborto, no sentido em que se houver perda de dignidade é por parte dos pais visto que o embrião não poderá transportar as culpas de quem o gerou (NEVES & OSSWALD, 2008:120).

Quanto ao argumento da racionalidade, sublinha-se a analogia entre nascimento e morte cerebral. Se é utilizado actualmente a avaliação da actividade cerebral para determinar a morte de um dado individuo, porquê que o mesmo principio não pode ser utilizado para determinar o início da vida humana (LOUREIRO, ARCHER, & BISCAIA, 2001). Dados científicos apontam que início da actividade eléctrica do cérebro do novo ser aparece muito cedo, de forma que existe já uma débil actividade por volta dos 43-45 dias após a fecundação (GAFO, 1996:61).

Em suma, não se pode invocar uma fundamentação ética para a prática do aborto apenas com base na decisão da mulher, uma vez que se tem em conta apenas o critério do principio da autonomia. Assim sendo, e perante os argumentos apresentados, os prazos para a realização de uma IVG, não são de todo adequados, uma vez

que não é determinado um momento de mudança na evolução embrião/feto/recém-nascido (NEVES & OSSWALD, 2008:123). É com base desta ideia, isto é, que o embrião/feto tem apenas direito a um respeito relativo, que o sistema legal se baseia para estabelecer disposições que excluem a licitude da prática do aborto em dadas situações. Embora a situação legal portuguesa estabeleça que o aborto é crime, este deixa de ser punível quando se verifica a IVG até às primeiras 10 semanas de gestação; quando a gravidez é resultado de violação; provoque sérios danos à saúde física e psicológica materna ou se comprova que o existe um risco bastante grande que o feto sofre de anomalia ou doença grave, incompatível com uma vida dita "normal" (NEVES & OSSWALD, 2008:124).

No entanto, após o enunciar destes argumentos, esta posição face à IVG é de todo rejeitada, com excepção daquelas situações raras em que a continuação da gestação ponha em perigo a vida da grávida ou então que uma intervenção necessária para a vida e saúde desta possa fazer abortar (a intervenção é feita com o intuito de curar a grávida – aborto terapêutico).

Por sua vez, existe uma corrente que defende que quem se identifica com esta posição não pode estar de acordo com o aborto de um feto deficiente ou portador de doença grave (aborto eugénico) nem com o de um feto presumivelmente saudável, mas resultante de um delito, como por exemplo, por violação (aborto ético/criminológico) (NEVES & OSSWALD, 2008:124).

Posição da Igreja Católica

A Igreja católica opõe-se estritamente ao aborto, no entanto é relevante constatar que na Bíblia não contem qualquer texto que de forma explícita se condene a prática do aborto. Existem sim algumas passagens bíblicas e do Antigo Testamento para invocarem a possível condenação do aborto aos olhos de Deus, no entanto são interpretações ambíguas derivado às inúmeras interpretações possíveis das Escrituras (BUTTS & RICH, 2005:75). No entanto, existe um argumento apresentado que vai em conta um princípio ético já referido anteriormente, o princípio da vulnerabilidade. Trata-se do sentimento de protecção ao pobre, ao fraco, ao que não tem voz para defender o direito à vida, invocado por Jesus (GAFO, 1996:66-71).

A opinião oficial da Igreja católica afirma que a grande questão relacionada com a moralidade do aborto relaciona-se com o facto de quando o feto recebe uma alma (BUTTS & RICH, 2005:75). O direito à vida do novo ser começa desde o momento da fecundação, visto que é quando se constitui o ovo ou zigoto, que é uma realidade biológica irrefutável. Está a partir do momento da fecundação constituída a base genética de cada ser humano que irá manter-se até à morte. Os apoiantes desta vertente, argumentam ainda que o processo de fecundação não é um acto pontual e instantâneo, durando várias horas até a união dos cromossomas dos gametas materno e paterno (GAFO, 1996:65,66).

A Igreja, em suma, atribui o direito à vida desde que o novo ser recebe a alma racional, isto é desde o momento da fecundação (GAFO, 1996:66-71).

Considerações Legais

A origem deste debate recorrente tem implicações éticas e legais distintas. O aborto, especialmente no primeiro trimestre, é legal em vários países (BUTTS & RICH, 2005:75,76).

importante esclarecer que despenalização do aborto não significa a sua legalização nem liberalização. Legalização significa que a interrupção voluntária da gravidez deixa de ser vista como um crime, enquanto a liberalização significa que compete à mulher decidir, independentemente de prazos como actualmente existem quando, como e onde efectuar a interrupção de gravidez (<http://www.aborto.com/legisla%C3%A7ao.htm>).

As legislações que despenalizam o aborto, não impõem uma pena ao que o pratica nas circunstâncias previstas, mas isso não equivale a um acto com validade jurídica (GAFO, 1996:49).

Em Portugal, a Lei nº 16/2007 de 17 de Abril / Portaria nº 741-A/2007 de 21 de Junho, foi aprovada por maioria após um referendo realizado a nível nacional sobre a despenalização das mulheres que procedam á IVG em instituições legais, até ás 10 semanas de gestação.

A criação desta nova Lei, impôs a modificação do Código Penal. A “exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez” considera a não punibilidade da prática abortiva realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas da gravidez. Esta nova condição, juntou-se ás 3 anteriormente reconhecidas (Lei nº 6/84, Decreto-Lei nº 48/95 e Lei nº 90/97, com conseqüente redacção do Código Penal – Art.142º), ou seja, a existência de risco para a saúde de mulher, a gravidez resultante de violação e a anomalia ou doença grave do nascituro. A actual lei prevê que o abortamento ocorrerá a pedido, escrito, da mulher grávida, após um período de reflexão não inferior a 3 dias a contar da primeira consulta. Consulta esta, que tem como objectivo facultar á grávida o acesso á “informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável”. No caso de uma menor de 16 anos ou de doente psiquiátrica, o consentimento será prestado por representante legal que poderá inclusivamente ser o médico se não for possível obter o consentimento ou em situações de urgência.

É assegurado aos profissionais de saúde o direito á objecção de consciência, tal como está enunciado no Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril onde estão dispostos os direitos e deveres do enfermeiro (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros) (NEVES & OSSWALD, 2008:125-127). No caso da IVG, trata-se de uma prática comum entre os enfermeiros, uma vez que dependendo das perspectivas, a IVG pode atentar contra a vida humana, contra a dignidade da pessoa humana e contra o código deontológico (NUNES, *et al.*, 2003:173).

No entanto, os objectores são interditos de participarem na primeira consulta, bem como no acompanhamento á mulher durante o período de reflexão. Trata-se claramente de um tratamento discriminatório e eticamente inaceitável. O objector de consciência é obrigado a se inscrever oficialmente como tal, contrariando o estabelecido por lei que seria a declaração de objecção caso a caso. No entanto este poderá invocar o artigo 8º do capítulo II do regulamento do exercício do direito á objecção de consciên-

cia presente no Estatuto da Ordem, que visa a cessação de situação de objector de consciência por vontade do próprio (NUNES, *et al.*, 2003:174). Um dos factores que também levantam alguma polémica, é o facto de se isentar as mulheres do pagamento de taxas moderadoras. Se é um serviço de saúde requerido por solicitação das mesmas e não por indicação médicas, deveria ser tratado como as demais situações (NEVES & OSSWALD, 2008:125-127).

No plano constitucional, a Constituição da República Portuguesa (CRP) dispõe, no seu artigo 24º/1, que “a vida humana é inviolável”. Levanta-se novamente a questão do momento em que o embrião “ganha” direito a vida humana. No entanto, é plausível afirmar que o embrião não deveria ser somente protegido apenas enquanto bem jurídico ou se lhe reconhece a titularidade de direitos fundamentais. O Estado tem por obrigação adoptar medidas de salvaguarda do embrião, sob pena de inconstitucionalidade por omissão (LOUREIRO, ARCHER, & BISCAIA, 2001:117).

Do ponto de vista do Código Civil, mais especificamente o artigo 66º/1 que dispõe que “a personalidade jurídica adquiriu-se com o nascimento completo e com vida”. Apesar só se reconhecer a personalidade jurídica com o nascimento, tal preceito não implica a recusa a personalidade jurídica do embrião, tal como acontece na Alemanha perante um texto similar (LOUREIRO, ARCHER, & BISCAIA, 2001:118). Ao nível da Declaração Universal dos Direitos Humanos relevam quer o artigo 1º quer o artigo 3º que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para os outros em espírito de fraternidade”; e que “todo o individuo tem direito á vida”. No entanto, a interpretação destes artigos revela-se inconclusiva em relação á vida pré-natal, mas a referencia a individuo pressupõe uma protecção á vida humana desde a individualização, que tal como já foi argumentado anteriormente, se verifica no feto.

Segundo o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV): “...a vida humana merece respeito, qualquer que seja o seu estágio ou fase, devido à sua dignidade essencial. O embrião é em qualquer fase e desde o início os suportes físicos e biológico indispensável ao desenvolvimento da pessoa humana e nele

antecipamos aquilo que há-de vir a ser: não há, pois, razões que nos levem a estabelecer uma escala de respeito."

Ou seja, através das considerações e análise efectuada à temática da IVG, eticamente o embrião/feto é reconhecido como pessoa potencial e com direitos e dignidade essenciais.

Perspectiva Masculina

Inerente a questão ética do aborto, estão irremediavelmente presentes nas discussões, a mulher e a defesa dos seus direitos, sobretudo o da autonomia, e o novo ser para o qual é reivindicado os direitos iguais a um recém-nascido, isto é, os direitos humanos fundamentais, destacando o direito à vida. No entanto, raramente se inclui o parecer dos futuros pais das crianças relativamente a esta temática. Será por desinteresse? Ou simplesmente porque não permitem que o homem tenha voz activa num assunto tão íntimo e delicado como a IVG? Afinal qual a opinião/posição do homem face ao aborto?

De acordo com um estudo realizado no Brasil em 1995, 43% das pessoas entrevistadas acreditavam que o homem deveria participar da decisão sobre um possível aborto, no entanto, a palavra final deveria sempre pertencer à mulher. Cerca de 24% dos homens e 18% das mulheres apontaram que a mulher decidir sozinha (DUARTE *et al.*, 2002:272).

Vários estudos norte-americanos evidenciam que os homens são mais permissivos do que as mulheres quando se trata de interromper a gravidez. Homens e mulheres são favoráveis ao aborto quando há risco para a saúde física ou mental para mulher grávida, sendo que os casados demonstram-se mais favoráveis que os solteiros. A aceitação do aborto aumenta devido a alguns factores, como por exemplo, a escolaridade, por sua vez a religião, especialmente a cristã, diminui a tolerância ao tema (DUARTE *et al.*, 2002:272).

Através de um estudo realizado, foram determinados alguns factores sociodemográficos e reprodutivos, que influenciam a opinião dos homens relativamente à interrupção voluntária da gravidez. Factores como a ocupação profissional, escolaridade, situação económica, nume-

ro de filhos, escolha do método contraceptivo em uso e participação activa no cuidado aos filhos (DUARTE *et al.*, 2002:273). Sabe-se também que factores religiosos afectam a opinião dos indivíduos, nomeadamente nos de sexo masculino como é o caso do Judaísmo (JELEN *et al.*, 2002:328). De acordo com um estudo realizado nos EUA, a maioria da população pensa que a questão do aborto não é apenas um assunto da mulher (JELEN *et al.*, 2002:329).

Dos participantes num estudo realizado no Brasil, 53% concordaram que a interrupção voluntária da gravidez é um direito da mulher. Ficou demonstrado uma maior tendência para a aceitação da IVG, por parte dos indivíduos que tem maior grau de escolaridade, com maiores condições socioeconómicas, que não têm filhos e que no caso de terem, participam activamente nos cuidados prestados ao mesmo.

Em relação à IVG, verifica-se que o homem apresenta-se mais favorável nos casos de a gravidez implicar risco de vida para a mulher grávida, seguido dos casos de violação sexual e do feto apresentar malformações ou anomalias congénitas. Nos casos em que a mulher não apresenta condições psicológicas/emocionais para ter o filho, a opinião masculina a favor não obtém maioria absoluta apresentando no entanto vários apoiantes. O mesmo se passa no caso de a mulher não desejar o bebé. Relativamente à opinião que a gravidez não deveria ser interrompida em nenhuma circunstância, apenas uma minoria pouco significativa dos homens a apoiam. De uma maneira geral, a perspectiva masculina em relação à IVG, foi semelhante à perspectiva feminina quando colocadas as mesmas situações (DUARTE *et al.*, 2002:273,274).

Existe claramente uma tendência para reconhecer o direito à escolha por parte da mulher, visto que é ela que acarreta maiores riscos para a sua saúde, além de ser ela a responsável pela gestação do novo ser. Quanto maior o envolvimento do homem no processo reprodutivo em geral, nomeadamente na paternidade, se for o caso, ou na escolha de métodos contraceptivos maior é a tendência para serem mais sensíveis para com os sentimentos da mulher. Podendo assim afirmar que o envolvimento masculino na questão do aborto depende do tipo e da qualidade da relação entre o casal. Se tratar-se de um relacionamento ocasional ou muito recente, a participação do homem na discussão acerca de

um possível aborto e na sua concretização não existe (DUARTE *et al.*, 2002:276).

A discussão quanto á participação, ou não, dos homens na decisão relativa á IVG, não pode deixar de ter em conta o que todo o processo significa para os homens e para as mulheres. Possivelmente para as mulheres o aborto poderá significar a reafirmação da sua autonomia e disponibilidade para realizarem projectos de vida que seriam postos em causa com a futura maternidade. Para os homens, poderá eventualmente significar a liberdade de um vínculo que se formaria pela paternidade, o qual poderia ser não desejado, ou por outro lado, poderia significar a perda de um projecto familiar e a concretização de um sonho (DUARTE *et al.*, 2002:276,277).

No que diz respeito ao poder de decisão em relação á IVG, a posição dos homens relaciona-se apenas no campo do social e não com o seu próprio corpo (DUARTE *et al.*, 2002:277), como se verifica no caso das mulheres. Este facto, determina que a última palavra seja sempre da mulher grávida.

Sendo assim posso afirmar que os homens enfrentam uma situação frustrante no meio de todo o processo, visto que, ao não terem direitos no que diz respeito á decisão final na pratica do aborto, estão sempre dependentes da decisão da mulher, ou seja, para ouvir a sua opinião ou simplesmente para acarretarem seja qual for a decisão unilateral da mulher. No caso do homem não desejar a criança, por variados motivos, seja por não se encontrar preparado psicologicamente para a parentalidade, uma vez que implica, por vezes, uma mudança súbita na sua conduta e estilo de vida, seja simplesmente por não querer assumir um vinculo de extrema importância como é a paternidade, juntando ao facto de ter de assumir uma relação com a mãe da criança de modo a preservar um ambiente familiar ideal para o futuro ser, nem sempre vai em conta as perspectivas e projectos de vida que o homem tem traçado para a sua vida, o homem tem que simplesmente de se submeter á decisão da mulher grávida, mesmo que signifique que seja alterada ou até mesmo prejudicada, a sua vida ou os seus projectos, ou fazendo eventualmente com que a criança que irá nascer não tenha um núcleo familiar ideal, visto que o pai poderá ideologicamente renegar á paternidade (DUARTE *et al.*, 2002:277). P

Podemos ainda juntar o facto de a legislação em vigor apoiar exclusivamente a decisão unilateral da mulher grávida, mas também de obrigar o futuro pai, ás obrigações previstas pela lei no que diz respeito á paternidade, nomeadamente o pagamento de pensões. Abordando este assunto numa outra perspectiva, isto é, supondo que o homem deseja o nascimento da criança, o facto da mulher grávida tomar a decisão unilateral de praticar uma IVG, condiciona desde logo a possibilidade deste homem concretizar possíveis sonhos e planos de vida, como criar uma família, fazendo com obtenham uma posição respeitável na vida em sociedade, legitimando o papel do homem como provedor e protector da família (DUARTE *et al.*, 2002:277). Esta decisão da mulher poderá levar o homem a um ressentimento e á frustração. Esta situação torna-se mais dramática quando se tratam de casais, uma vez que se for em relacionamentos esporádicos, existe sempre a possibilidade de tentar a construção do seu plano familiar com alguém que tenha objectivos de vida semelhantes.

Existe também a perspectiva que para os homens o reconhecimento da autonomia da mulher em relação á IVG, poderá equivaler a reconhecer não serem eles autónomos no que diz respeito ao assunto, e reconhecer/acatar que de facto, dependem das mulheres para realizar qualquer projecto reprodutivo (DUARTE *et al.*, 2002:277).

Sendo a mulher a investir uma maior energia no desenvolvimento do feto, e como o seu corpo é comparado a um objecto de controlo, será apropriado permitir á mulher grávida a escolha legalmente protegida. Contudo, a protecção contra os custos dos cuidados á criança como parte do contracto pre-nupcial ou similar (ENGELHARDT, 1996:256), de modo a salvaguardar a decisão do homem em quer assumir ou não a paternidade, não o obrigando a futuros encargos não desejados.

Em relação a um argumento, normalmente utilizado para atribuir o poder de decisão exclusivamente á mulher grávida, que o corpo é dela e como tal, tem poder de decisão sobre o mesmo, esta ideia pode ser facilmente refutável não só pelo motivo já anunciado anteriormente que o embrião/feto é uma entidade separada da mulher grávida, pode-se por sua vez afirmar que a formação daquele novo ser, deve-se á junção do gámeta feminino e masculino (NEVES & OSSWALD, 2008:123), pelo que a decisão no

caso de possível IVG, pertenceria a ambos e não somente á mulher.

Reflexão Pessoal/Conclusão

Ao realizar-se um trabalho sobre a temática do aborto depreende rapidamente a questão central do dilema ético sobre o aborto, essa questão baseia-se nos direitos. O direito à vida, por parte do feto e por outro lado, o direito da mulher para controlar o seu próprio corpo escolhendo se quer ou não levar uma gravidez até ao seu termo, ter um bebé e criá-lo.

Durante a realização deste ensaio, apercebi-me de várias perspectivas tanto a favor, como contra o aborto que desconhecia totalmente, e que me fizeram alterar um pouco a minha posição inicial sobre esta temática. Do lado dos argumentos a favor, destaco a importância fundamental de assegurar os cuidados de saúde profissionais a todas as mulheres, como forma de reduzir desigualdades e discriminações sociais que infelizmente estão presentes em todas as sociedades, mas também como forma de reduzir as taxas de mortalidade e morbilidade associadas a praticas clandestinas.

Outro argumento que destaco é o facto de se fazer respeitar o princípio da autonomia, é certo que é dos princípios com maior relevância ao nível dos cuidados de saúde, contudo nesta situação, penso que não deveria se sobrepor a eventuais direitos do embrião/feto, especialmente o direito á vida. O facto de alguns grupos referirem que não existe a individualização do embrião visto que o mesmo se poderá dividir, originado gémeos monozigóticos, ou o processo contrário, na minha perspectiva, e de acordo com o referido na posição contra a IVG, a partir da nidação o futuro ser encontra-se definido e com a carga genética que o irá acompanhar até ao final da sua vida.

Contra o aborto, existem vários argumentos, sobretudo aqueles baseados nos conhecimentos científicos actuais, que confirmam, no meu ver, que realmente o embrião/feto é uma potencial pessoa, e que representa apenas um estágio do desenvolvimento humano, que é contínuo até á morte.

Na questão legal e jurídica da IVG, considero que a Lei nº 6/84, Decreto-Lei nº 48/95 e Lei nº 90/97, com conseqüente redacção do Código Penal – Art.142º, eram adequadas e respondiam



às necessidades sociais e ética da questão do aborto. No entanto, a nova Lei nº 16/2007 de 17 de Abril / Portaria nº 741-A/2007 de 21 de Junho, ao atribuir o poder de decisão á mulher, condiciona e não tem em consideração os pareceres de outras entidades, nomeadamente o parecer do CNECV.

A eficácia desta medida é um pouco contestável, uma vez que, actualmente verifica se que algumas mulheres utilizam o aborto como medida de contracepção. Mesmo respeitando o período imposto pela lei para reflexão da mulher, nem sempre são cumpridos os objectivos pré estabelecidos para o mesmo.

É importante realçar a ideia que ninguém é obrigado a recorrer ao planeamento familiar, se a decisão responsável do casal é a de não intervir na sua fecundidade. A importância dada ao embrião, isto é, se a mulher deseja o filho, torna-se num critério muito importante para a aceitação do embrião como potencial ser. Quando se verifica o contrário o embrião/feto poderá inclusivamente ser visto como uma ameaça.

Penso ainda que se deveria valorizar o potencial do embrião/feto, este "destino humano" que o novo ser possui, no entanto o direito á vida não pode depender apenas dos progressos da ciência, senão inevitavelmente, a opinião sobre esta temática mudaria de década para década e

vários seres poderiam se sentir injustiçados. Além do mais, podemos acrescentar o princípio do "privilegio da dúvida". Ou seja, perante o falecimento de uma pessoa, é necessário existir critérios válidos que permitam determinar com o maior rigor e clareza o seu óbito. Estas mesmas garantias deverão ser dadas aos embriões/fetos. Mas também é de extrema importância ponderar sobre questões sociais como a discriminação injusta da mulher, especialmente se for solteira e em situações de pobreza/de marginalização que levam irremediavelmente a mulher ao aborto.

O facto das mulheres continuarem a realizar IVG clandestinas, nomeadamente em Espanha, visto que, a Lei em vigor alberga as 16 semanas de gestação, permite questionar novamente a coerência dos prazos estabelecidos e concomitantemente, a própria lei de despenalização em vigor.

A inserção do homem com um dos intervenientes do debate sobre o aborto é recente, e ainda não é uma pratica generalizada pelo que não existem estudos suficientes para se tirar conclusões. No entanto, de acordo com a bibliografia consultada, por norma os homens têm tendência a concordar com o aborto e a atribuírem a última palavra á mulher, mas se estes dispusessem de apoio legal e civil possivelmente seriam mais intersubjectivos na matéria. Em suma, actualmente e na história das IVG, o homem tem um papel nulo ou mínimo, e depende claramente da mulher para poder ter alguma posição válida sobre a questão.

Como futuro enfermeiro, e ao abrigo do parecer emitido pela Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro deverá na sua prática proteger e defender a vida humana sem distinção da sua natureza, intra ou extra-uterina, contudo a lei em vigor deverá ser respeitada e no caso de esta prática for contra os valores pessoais do enfermeiro é-lhe reconhecido o direito á objecção de consciência. Seja qual for a decisão do enfermeiro, este assume um papel preponderante nesta temática.

Bibliografia

ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge, *et al.* – *Novos Desafios á Bioética*. Porto: Porto Editora. 2001. ISBN: 972-0-06036-0

- BUTTS, Janie; RICH, Karen – *Nursing Ethics: Across the Curriculum and into Practice*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. 2005. ISBN: 0-7637-4735-1
- DUARTE, Graciana A.; ALVARENGA, Augusta T.; OSIS, Maria J.; FAUNDES, Anibal; HARDY, Ellen – *Perspectiva masculina acerca do aborto provocado*. Revista Saúde Pública, vol. 36 n.3, Junho 2002. Pp. 271-277 ISSN: 0034-8910 *in* <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n3/10487.pdf>
- ENGELHARDT, H. T. – *The Foundations of Bioethics*. 2ª ed. Nova Iorque: Oxford University Press. 1996. ISBN: 0-19-505736-8
- GAFO, Javier – *10 Palavras Chaves em Bioética*. Coimbra: Verbo Divino. 1996. ISBN: 972-603-105-2
- JELEN, Ted G.; DAMORE, David F.; LAMATSCH, Thomas – *Gender, Employment Status, and Abortion: A Longitudinal Analysis*. Sex Roles, vol. 47, nos. 7/8, 2002. Pp. 321-330 *In* <http://www.springerlink.com/content/g841n62195410620/fulltext.pdf>
- NEVES, Maria do Céu; OSSWALD, Walter – *Bioética Simples*. Lisboa: Verbo. 2007. ISBN: 978-972-2-22738-4
- NUNES, Lucília – *Orientações para elaboração de ensaio*. Setúbal: Escola Superior de Saúde de Setúbal. Fevereiro 2008.
- NUNES, Lucília *et al.* – *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*. Ordem dos Enfermeiros. Maio de 2003.
- SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui; SANTOS, Agostinho A. – *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora. 1999. Pp. 143-146. ISBN: 972-0-06033-6

Referências Electrónicas:

- <http://home.uevora.pt/~ueline/DecretoLei48-95de15deMarco.pdf> (20/11/2008, 14:12h)
- <http://www.aborto.com/legisla%C3%A7ao.htm> (19/11/2008, 13:15h)
- http://www.aceps.org/article/aborto/10racoas_contra.doc (19/11/2008, 13:16h)
- http://www.apdt.org/guia/C%C3%B3digo%20Civil/direito_da_familia.htm (19/11/2008, 13:12h)
- <http://www.assembleiadempublica.pt> (19/11/2008, 13:18h)
- http://www.cnecev.gov.pt/NR/rdonlyres/1B92A488-FB78-4349-9F39-56853ED33406/0/P036_MaternidadePaternidadeSocPortuguesa.pdf (19/11/2008, 13:20h)
- http://www.cnecev.gov.pt/NR/rdonlyres/3D733FE4-5BE0-4CCA-99E2-466211CE2D20/0/P019_IVG.pdf (19/11/2008, 13:22h)
- http://www.cnecev.gov.pt/NR/rdonlyres/F9A114C8-8D3B-4BB8-9464-B65F38532E3E/0/P028_FetosVivos.pdf (19/11/2008, 13:22h)
- <http://www.juntospelavida.org/lei-penal.html> (19/11/2008, 13:25h)
- <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168> (19/11/2008, 13:10h)
- http://www.who.int/reproductive-health/unsafe_abortion/ (20/11/2008, 14:20h)

Transplante de Órgãos: dadores vivos

Ana Gonçalves*

Este trabalho, sob a forma de ensaio, consiste na reflexão sobre até que limite se pode colocar a vida de uma pessoa, um potencial dador, em risco para benefício de outra, mesmo que este seja a sua sobrevivência.

Assim além do problema levantado e da questão que lhe está associado (poder-se-á colocar em risco a vida de uma pessoa para benefício de outra?), identifiquei ainda outras questões pertinentes como será que se sabe quais são os riscos reais a curto e longo prazo para os dadores de órgãos?; até que ponto é o risco aceitável?; será que o dador tem verdadeira noção dos riscos que corre e que a informação é transmitida de forma a que lhe seja perceptível?; e poderá ser o consentimento influenciado por outros factores externos à ponderação da relação risco-benefício?

A metodologia utilizada para atingir os objectivos propostos foi, após a escolha do tema e definição de um problema, a pesquisa bibliográfica relevante para o tema, tendo em conta argumentos e contra-argumentos, a sistematização de ideias/argumentos recolhidos e uma reflexão pessoal. Sendo o tema genérico o Transplante de Órgãos são várias as questões éticas que se levantam nomeadamente, quem deve ter prioridade/preferência nas listas de espera, "quanto" investem os médicos em salvar uma pessoa, no interesse de salvar um órgão, entre várias outras. No entanto, optei por escolher um tema relacionado com dadores vivos por ser algo que actualmente tem vindo a crescer, dado que os órgãos vindos de dadores mortos são insuficientes para satisfazer as necessidades, e por, em alteração à Lei n.º 12/93, ser agora possível a doação de órgãos em vida por pessoas que não sejam relacionadas por laços de consanguinidade, aumentando também a possibilidade deste tipo de transplantes em Portugal.

Apesar de este ser um tema que pode ser abordado de vários ângulos optei por me referir apenas a órgãos, excluindo por isso os tecidos e células e, dentro dos órgãos, mais especifica-

mente em relação à doação de rins, fígado e pulmões, por serem os transplantes mais comuns. Assim, é apresentada uma breve descrição sobre bioética e sobre o transplante de órgãos, enquadrando a lei portuguesa referente à colheita e transplante de órgãos. São depois referidos alguns dados recolhidos de pesquisa bibliográfica e electrónica que visam sustentar a minha posição face a este tema, apresentada também neste trabalho.

Ao tratar-se de um ensaio, este trabalho tem como principais objectivos reflectir sobre o problema identificado, sistematizando ideias/argumentos sobre o mesmo, procurando chegar a uma interpretação/conclusão. Com a realização deste trabalho tenho como objectivos desenvolver a minha capacidade de análise e reflexão, bem como de pesquisa e sintetização de informação. Espero ainda ampliar os meus conhecimentos na área dos transplantes, especialmente em relação aos dadores vivos e desenvolver o meu espírito crítico, de forma a que consiga transmitir a minha posição face a este tema de uma forma fundamentada.

1. Enquadramento Teórico

Abordam-se os tópicos relativos a bioética e transplantes de órgãos, situando o contexto e a problemática em análise.

Bioética

A expressão bioética inicialmente utilizada por Van Rensellar Potter, em 1970, designa actualmente "o conjunto de preocupações, discursos e práticas que surgiram e se vieram a estruturar num novo saber, hoje uma referência dispensável para a medicina, biologia, filosofia, sociologia, direito e até para a acção política, de tal modo que hoje se fala na era da bioética." (NETO, 2006).

* Estudante do 7º CLE da ESS-IPS

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

De uma forma geral pode-se atribuir esta “era da bioética” a três factos históricos, como sejam o abuso da experimentação em seres humanos, o surgimento e desenvolvimento de novas tecnologias e o facto dos referenciais éticos tradicionais, como o código hipocrático, a ética filosófica e a ética médica tradicional, não se revelarem suficientes para responder a todas as questões decorrentes dos avanços tecnológicos e das novas possibilidades terapêuticas que surgiram (NETO, 2006).

Em 1978 é emitido, pelos EUA, o Relatório Belmont que definiu três princípios éticos para as experiências em seres humanas, o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça. Em 1979 os princípios da bioética foram reestruturados, obtendo-se quatro princípios da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça¹. Por princípio entende-se que “fornece as grandes orientações e delimitam atitudes” (MALAGUTTI, 2007, p.134) O princípio da autonomia, ou princípio da liberdade, refere-se ao respeito pelas escolhas e decisões autónomas/livres da pessoa, isto é, pelas decisões que sejam tomadas de forma intencional, sem influências e com a compreensão pela decisão que está a tomar. No entanto, este deve ser englobado nos outros princípios, não podendo por isso ser o único princípio a ter em conta (CABRAL *et al*, 1996, pp. 53-54).

Actualmente, já é obrigatório preencher e assinar o “consentimento informado” – “uma autorização autónoma dada para uma intervenção médica e/ou pesquisa e condições legais por ela implicada” (CABRAL *et al*, 1996, pp. 53-54), procurando garantir o cumprimento deste princípio. O princípio da não maleficência, como o próprio nome indica, refere-se à exigência geral de não fazer mal a outros, entendendo-se aqui por mal causar alterações físicas negativas, como dor, doenças, incapacidades ou mesmo a morte (CABRAL *et al*, 1996, p. 55). Este princípio encontra-se intimamente ligado ao da beneficência, onde se postula a “obrigação de promover positivamente o bem, evitar e remover o mal (CABRAL *et al*, 1996, p. 56). O princípio da justiça refere-se à justiça distributiva, isto é, como decidir, face aos recursos disponíveis, a que pessoas esses mesmos recursos devem ser distribuídos (CABRAL *et al*, 1996, p. 57).

Transplantes de Órgãos

A transplantação de órgãos pode ser considerada o acontecimento mais revolucionário do

século XX, no campo da ciência médica, sendo uma “modalidade terapêutica multidisciplinar muito complexa em que se procura substituir um tecido ou um órgão irreversivelmente lesados e cujo funcionamento deficiente pode mesmo acarretar risco de vida para o seu portador, por um outro, considerado clinicamente saudável e que é obtido de dador vivo ou de cadáver” (50/CNECV/06). A transplantação compreendem diversos subtipos, como sejam os autotransplantes, onde a fonte e o receptor são o mesmo organismo, isto é, “do próprio no próprio”, os homotransplantes, em que a transferência de tecidos, órgãos e células é realizada de um indivíduo para outro da mesma espécie, e por último o xenotransplante, onde o dador e o receptor são de espécies diferentes (50/CNECV/06).

Os principais órgãos que se podem doar são o coração, os rins, o fígado, o pâncreas e os pulmões. Além do transplante de órgãos existe ainda a opção de serem transplantados tecidos como sejam a medula óssea, a pele, os ossos, as córneas e as válvulas cardíacas (HERRGUTH *et al*, 2006). No caso dos dadores vivos, desde que em condições de saúde, podem ser doados o rim, fígado, pulmões, pâncreas e intestino, sendo os três primeiros os mais frequentes (GRUTERS, 2006). Segundo o Protocolo Adicional à Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana, tendo como base a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, os princípios subjacentes aos transplantes são o princípio da dignidade humana, da integridade física, da identidade pessoal, da igualdade, da inviolabilidade da vida humana, da protecção da saúde, da solidariedade e o princípio da autonomia (ASCENSÃO, 2007, p. 34), encontrando-se todos eles ligados directa ou indirectamente aos quatro princípios da bioética referidos acima – o princípio da autonomia, da não maleficência, da beneficência e da justiça. Com o desenvolvimento da transplantação de órgãos veio também a necessidade de se rever a definição e os critérios de morte, uma vez que a maioria das colheitas de órgãos era realizada em dadores mortos. Se antes os critérios de morte incidiam na paragem cárdio-respiratória agora incidem na cessação das funções cerebrais (PARIZEAU, 1998, p. 361) (Ver anexo 2) e cabe à Ordem dos Médicos, segundo a Lei n.º 22/2007, enunciar e manter actualizados os critérios e regras de

semiologia médico-legal para a verificação da morte cerebral. Com o crescente sucesso na realização de transplantes de órgãos foi também crescendo a procura, levando à necessidade de criar uma lei que regulamentasse todo este processo, desde a colheita à implantação, com a procura por definir quais os critérios para se ser dador e os seus direitos, bem como quais as instituições onde os vários processos se desenrolam.

Foi então emitida a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, actualizada há um ano – Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho (ver anexo 3). Da Lei n.º 22/2007, advém que é obrigatório a confidencialidade em todo o processo, bem como a gratuidade da doação dos órgãos. Esta estipula ainda os estabelecimentos autorizados e as pessoas qualificadas para a realização de transplantes, incluindo a colheita de órgãos.

São também estabelecidos os critérios para a colheita de órgãos em dadores vivos, como sejam o facto de não haver outra hipótese de colheita em dador morto e em que não exista outra hipótese terapêutica tão eficaz como esta e ainda de que não pode acarretar uma elevada probabilidade de lesões na saúde do dador. Os menores ou adultos incapazes não podem ser dadores, sempre que envolvam órgãos não regeneráveis, excepto caso não exista outro dador compatível, o receptor seja um irmão/ã e que desta dependa a sobrevivência do receptor. Caso a dádiva seja referente a órgãos não regeneráveis esta encontra-se dependente da aceitação por parte da Entidade de Verificação de Admissibilidade da Colheita para Transplantes (EVA). Com a alteração da lei passou a ser contemplado que o dador vivo pode ser qualquer pessoa, conjugues ou amigos, independentemente de haver ou não relação de consanguinidade, o que não se verificava na Lei n.º 12/93 onde o dador vivo tinha de ser um familiar até ao 3º grau. A presente lei faz ainda referência à obrigatoriedade do consentimento informado por parte do dador e do receptor e menciona ainda que após a morte todos as pessoas são potenciais dadores caso não tenham manifestado, através da inscrição do Registo Nacional de não Dadores (RENDA), vontade em contrário.

2. Exposição, Fundamentação e Reflexão

Neste capítulo será feita uma abordagem bibliográfica relativamente ao tema do transplante de

órgãos com dadores vivos, essencialmente dirigida ao problema apresentado, saber se será admissível colocar a vida de uma pessoa em risco para benefício de outra, e uma reflexão pessoal sobre este.

Dadores Vivos

Será feita uma abordagem essencialmente bibliográfica, centrada nos transplantes de órgãos com dadores vivos, referindo alguns argumentos relativos ao problema levantado. Actualmente, com a falta de órgãos que existe para transplantação vem-se recorrendo cada vez mais aos dadores vivos e, com o alargamento, por parte da lei portuguesa, este número começa a crescer, apelando-se à solidariedade das pessoas que se encontrem em condições de saúde para o fazerem, principalmente a familiares e amigos. No entanto, com a crescente utilização de dadores vivos são também levantadas algumas questões não só médicas mas principalmente de ordem ética, nomeadamente até que ponto se poderá colocar a saúde do dador em risco para beneficiar outra pessoa. É importante não perder de vista que a doação apenas pode ocorrer se não for quebrado nenhum dos princípios inscritos na Lei n.º 22/2007, nomeadamente “são sempre proibidas a dádiva e a colheita de órgãos, de tecidos ou de células quando, com elevado grau de probabilidade, envolvam a diminuição grave e permanente da integridade física ou da saúde do dador” (Artigo 6.º, n.º 7), ficando assim excluídos a possibilidade de doar órgãos que possam levar a pessoa à morte ou a graves danos físicos.

No entanto, será que se sabe quais são os riscos reais a curto e longo prazo para os dadores de órgãos? É sempre fundamental alertar a pessoa para os riscos que corre pois podem acarretar danos irreparáveis. Se no caso do receptor o resultado final pode levar a que os riscos sejam encarados de uma forma mais atenuada, no caso do dador isso não se verifica uma vez que este se encontra saudável e o risco é real (SOARES, 2007, pp. 45-46). Embora os dados estatísticos possam afirmar que o risco de morte é diminuto este é real e “(..) tem seguramente uma dimensão individual com um valor absoluto não quantificável” (SOARES, 2007, p. 46).

A morte pode ser encarada como algo pouco provável de acontecer e ser transmitido pelo

profissional de saúde essa mesma informação, desvalorizando-a, mas é necessário ter em conta que a morte de alguém vai ter um grande impacto na vida de outras pessoas, não podendo por isso ser desvalorizado uma vez que é um risco real e com grandes implicações. Assim, o médico pode recusar realizar um transplante com órgão de um dador vivo, mesmo que o dador expresse a sua vontade firmemente, sempre que esta implicar risco para a vida ou integridade física do dador. No entanto nem sempre é possível identificar de forma clara esses riscos, principalmente quando se referem aos riscos a longo prazo. É ainda necessário ter em conta que os riscos da intervenção mudam consoante o órgão doado e que existem riscos imediatos decorrentes da cirurgia mas que existem também riscos a longo prazo (GRUTERS, 2006). No caso da doação de um rim, de uma forma geral os riscos perioperatórios englobam, por exemplo, o risco de pneumotorax, infecção da ferida, danos peritoneais, infecção urinária, insuficiência renal aguda, reacção anafilática, entre outros (GRUTERS, 2006).

A longo prazo põem-se de facto a questão de se o dador se encontra predisposto a desenvolver doenças renais e/ou a morte prematura. Se por um lado dados estatísticos referem que a taxa de mortalidade após a doação de um rim é de 0,3% e a morbilidade inferior a 10%, por outro sabe-se que os dadores perdem 20% da função renal e ainda que a disfunção renal leve ou a proteinúria esta correlacionado com o risco cardiovascular, não havendo, no entanto, estudos suficientes para se poder perceber se estas premissas se verificam em todos os casos de doação de rim (GRUTERS, 2006). A doação de parte do fígado é considerado um dos mais perigosos, apesar de o fígado ter a capacidade de ser regenerar e recuperar a sua função, é necessário retirar a vesícula e remover entre 25 a 65 % do fígado. Assim, a doação nestes casos deverá ocorrer apenas se não for possível a doação por um dador morto e após uma análise dos riscos do dador face à qualidade de vida do futuro receptor, da gravidade da situação e do tempo de espera para que a doação seja feita por um dador morto (GRUTERS, 2006). Os riscos relacionados com o perioperatório são de uma forma geral o risco de infecção, de pneumonia, de prejuízo para o ducto biliar ou de outros órgãos ou tecidos circundan-

tes como sejam o baço e os intestinos, insuficiência hepática e o risco de uma reacção anafilática. Dados estatísticos referem ainda que a mortalidade dos dadores vivos ronda os 0,4% e a morbilidade os 35% (GRUTERS, 2006). No caso do pulmão existe um factor acrescido uma vez que são necessários dois dadores, um do lobo inferior direito e outro o lobo inferior esquerdo, colocando-se assim em risco duas pessoas para o tratamento de uma (GRUTERS, 2006). Os riscos no perioperatório deste transplante envolvem para o dador o risco de infecção, de pneumonia, de derrame pleural, de estenose brônquica, de atelectasia, de pericardite, de reacção anafilática, entre outros. Ainda não tendo sido registados mortes nos dadores a taxa de morbilidade varia de 20% a 50%. Havendo a longo prazo queixas de dor crónica, dispneia, pericardite e tosse não produtiva (GRUTERS, 2006). Em todos os casos é recomendado que seja feito um acompanhamento do dador de modo, realizando-se uma vigilância apertada sobre as possíveis complicações a longo prazo de forma a poder preveni-las ou identifica-las e trata-los precocemente (GRUTERS, 2006).

Assim, de forma genérica podemos concluir que ainda não se sabe ao certo quais são os riscos a longo prazo da doação de um órgão ou de parte deste, mas que podem vir a condicionar a qualidade de vida do dador e mesmo a sua vida, surgindo então a questão: Até que ponto é o risco aceitável? Se nalguns casos, como a doação de órgãos vitais, em que, por exemplo, um pai queira doar o coração a um filho, a resposta médica é facilitada pelo inscrito na Lei n.º 22/2007, uma vez esta não permite a morte de uma pessoa em favor de outra. Existem casos em que a resposta se torna mais complicada, principalmente quando não se sabe quais os riscos a longo prazo, tendo a equipe responsável pelo transplante a possibilidade de rejeitar aquele dador por não saber quais os riscos implicados para a sua saúde (GRUTERS, 2006). Há então que considerar a relação risco-benefício. Contudo esta relação não é apenas calculada por dados médicos mas também por julgamentos de valores pessoais, isto é, quem decide o valor do risco face ao objectivo pretendido e à importância que este tem para ele, é o dador (LAZZARETTI, 2005). A Lei n.º 22/2007 refere que a doação de um órgão por um dador vivo "só pode ser feita

no interesse terapêutico do receptor e desde que não esteja disponível qualquer órgão (...) adequado colhido de dador *post mortem* (...)" (art. 6.º, n.º 2). No entanto, "o doador e o receptor podem ter boas e suficientes razões para preferir um órgão vivo (p. ex. rim e fígado) ao invés de um enxerto de um doador morto, mesmo se tal enxerto estiver disponível." (LAZZARETTI, 2005). A pessoa pode preferir receber um órgão de uma pessoa conhecida e pela qual é ligada afectiva e emocionalmente ou por laços de consanguinidade, em vez de receber o órgão de um dador morto com o qual não tem nenhum tipo de ligação, estando aqui implicado o princípio da autonomia e o respeito por este (LAZZARETTI, 2005). Segundo o princípio da autonomia a pessoa tem o direito a escolher sobre a sua saúde e integridade do seu corpo e de fazer escolhas que, podendo ser arriscadas, procuram dar significado à sua própria existência, pela satisfação de ter ajudado alguém querido a melhorar ou a salvar a sua vida (LAZZARETTI, 2005).

Apesar dos avanços médicos no transplante e colheita de órgãos, assegurando que o órgãos a transferir se encontrar em bom estado e livre de doenças infecto-contagiosas, existe ainda um grande receio de receber algo, principalmente algo que ficará no corpo da pessoa, de alguém que não se conhece, que não se sabe o seu passado, qual a sua raça, entre outros aspectos que povoam a cabeça das pessoas e que as levam a preferir a doação por alguém que lhe é conhecido e com a qual têm alguma ligação, devendo, sempre que possível, ser respeitada essa decisão. Na prática médica existe o princípio Hipocrático "*nocere de non de primum*" (primeiro não prejudique), que é quebrado quando se trata da realização de transplantes com dadores vivos, uma vez que existe a perda de um órgão ou parte dele, com riscos associados (GUTMANN, LAND, 1999). No entanto, sendo o pedido feito pelo dador e tendo em vista benefícios para o receptor e até mesmo para o dador, nomeadamente benefícios psicológicos, o princípio Hipocrático é excedido pelo respeito pelo princípio da autonomia e da beneficência (LAZZARETTI, 2005).

No Código Deontológico do Enfermeiro, no art. n.º 78, encontra-se estipulado que "As inter-

venções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.", isto é, cabe também ao Enfermeiro assegurar a autonomia da pessoa, de forma a que possa fazer as suas escolhas de forma livre. Normalmente o princípio da beneficência é a favor da doação de órgãos por um dador vivo, isto porque relativamente ao receptor a avaliação da relação risco-benefício é positivo para o dador apresentando "vantagens psicológicas, emocionais e espirituais, tais como um aumento de amor-próprio, que podem contrabalançar pelo menos em parte, a dor, o desconforto, a ansiedade e o risco dele" (LAZZARETTI, 2005). No entanto, para que esta relação seja positiva para todos os dadores há que se verificar alguns factos como os que se encontram na Lei n.º 22/2007, nomeadamente que a doação de órgãos por dadores vivos só pode acontecer em benefício terapêutico do receptor, que não pode existir nenhum outro método terapêutico alternativo e de idêntica eficácia, caso não haja nenhum órgão apropriado disponível proveniente de um dador morto e que não acarrete risco sério à vida e saúde do dador.

Cada pessoa tem o direito de decidir como vive a sua vida, estando o respeito pelo princípio da autonomia directamente ligado à exigência do consentimento informado quer para se ser tratado, neste caso para receber o órgão, quer para ser dador, mas será que o dador tem verdadeira noção dos riscos que corre e que a informação é transmitida de forma a que lhe seja perceptível? A decisão da pessoa em ser ou não dadora de órgãos apenas deve ser tomada quando esta se encontrar e se sentir informada e esclarecida em relação a todos os riscos que a cirurgia implica, principalmente os riscos a longo prazo ou, no caso de ainda não existirem estudos conclusivos sobre o assunto, é imprescindível transmitir isso mesmo. É também necessário assegurar por parte do profissional de saúde que a pessoa se encontra informada sobre os objectivos e natureza desta intervenção e quais os seus direitos e garantias, incluindo o direito a uma segunda opinião acerca dos riscos. Todos estes aspectos de fornecer a informação à pessoa encontram-se englobados na área do consentimento informado, que deve ser livre e claro (ASCENÇÃO, 2007, p. 37).

No Código Deontológico do Enfermeiro prescreve-se que, atendendo ao respeito pela auto-determinação, cabe ao Enfermeiro “Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”, “Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem” e “informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.” É então necessário assegurar que a pessoa tem consciência dos riscos que corre uma vez que a maioria das pessoas encara a doação de órgãos de uma forma ingénuamente subestimando os riscos (LAZZARETTI, 2005) - “Certamente, as virtudes de caridade, altruísmo, generosidade, sinceridade, e magnanimidade que entram em jogo no processo de doação não são mensuráveis. Porém, a um potencial doador deve ser dada a oportunidade de decidir considerando os riscos que estão envolvidos na sua decisão para doação” (LAZZARETTI, 2005). É também de salientar que existem ainda profissionais de saúde que omitem informação justificando a sua influência negativa no processo de recuperação cirúrgica, uma vez que levaria ao aumento do nível de stress (LIMA *et al*, 1997). Segundo o disposto no n.º1, do artigo 8.º, da Lei 22/2007 “O consentimento informado do dador e do receptor deve ser livre, esclarecido, informado e inequívoco (...)”, que vem de encontro ao mencionado acima, de que é necessário assegurar que a informação é transmitida à pessoa mas mais que isso, que esta é transmitida de forma clara para que a pessoa a compreenda e realize a sua decisão de forma esclarecida.

No entanto, não poderá ser o consentimento influenciado por outros factores externos à ponderação da relação risco-benefício? Assim, dado que o consentimento informado deve ser livre é também importante verificar se o é na realidade uma vez que podem existir pressões, nomeadamente de familiares e amigos, que influenciem a deliberação do potencial doador e o levem a aceitar doar um órgão sem ter a certeza sobre a sua decisão (TRUOG, 2005). Assim, deve ser realizada uma avaliação psicológica do potencial doador e do receptor para assegurar que a tomada de decisão é autónoma, livre de coerção. Deve ainda trabalhar-se o facto de que o potencial de doador pode negar a

participação neste procedimento, sem que seja estigmatizado (GUTMANN, LAND, 1999). Além da pressão gerada por familiares e amigos existe ainda a pressão gerada pela necessidade de órgãos pela sociedade, o que pode interferir com a sua escolha livre, pois pode acrescentar a pressão de que se não aceitar doar o órgão aquela pessoa entrará num processo que pode vir a ser penoso até encontrar um novo órgão (GUTMANN, LAND, 1999). Nalguns casos existe ainda a possibilidade de se aguardar pelo órgão proveniente de um dador morto, como é o caso da transplantação de rim onde o tratamento pode ser assegurado pela diálise, assim, tanto as pessoas como alguns centros de transplantação optaram por aguardar por aguardar pelo órgão de um dador morto, com o propósito de evitar as pressões existentes (PARIZEAU, 1998, p. 362)

Reflexão pessoal

Neste capítulo procurarei reflectir sobre a questão principal do trabalho – poder-se-á colocar em risco a saúde do dador para beneficiar outra pessoa? – tendo como base a revisão bibliográfica realizada anteriormente, realizando também um breve resumo dos argumentos apresentados.

Tal como foi referido por LAZZARETTI (2005), considero que a grande maioria das pessoas não tem uma noção clara e esclarecida das implicações de doar um órgão, o que pode levar a que aceitem de antemão serem dadoras, relativamente a um amigo ou familiar que necessite, tornando depois difícil recuar na sua decisão, por todas as consequências que isso traria para o receptor e para a relação de ambos. É então fundamental que a equipe de profissionais de saúde implicados neste “possível transplante” esclareça a pessoa dos riscos que corre, assegurando-se de que a informação é transmitida de forma compreensível para a pessoa e que este tem consciência da decisão tomada. Do meu ponto de vista é também relevante que o profissional de saúde converse com as principais pessoas implicadas, ou seja, além do potencial doador, o receptor e a/as pessoas/as significativa/as de forma a evitar que estes exerçam alguma forma de pressão que influencie a decisão da outra pessoa e ainda de forma a prepará-los para o caso desta recusar ser dadora, procurando prevenir

a estigmatização do potencial dador bem como atenuar o desânimo sentido nesses casos. Não existem ainda certezas sobre as consequências a longo prazo, o que é definitivamente um ponto desfavorável à realização de transplantes de órgãos com dadores vivos. Esta é indubitavelmente uma informação que deve ser transmitida à pessoa de forma clara, para que ela possa ponderar a sua decisão, sabendo que esta poderá ter implicações futuras como a diminuição da sua qualidade de vida e até a morte prematura. Considero ainda que o próprio profissional de saúde deva incentivar a pessoa a procurar outra opinião de outros profissionais, principalmente no que diz respeito aos riscos a que estará sujeito, de forma a que se encontre o mais informado possível. Isto é, cabe à equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, ao Enfermeiro assegurar que a tomada de decisão da pessoa é feita de forma livre e esclarecida, isenta de pressões quer da família e amigos, quer dos próprios que na procura por melhorar ou salvar a vida de uma pessoa podem, consciente ou inconscientemente, influenciar a escolha do potencial dador. Uma das formas de avaliar se essa escolha foi livre e esclarecida pode ser através de um acompanhamento psicológico durante todo o processo de tomada de decisão de forma a poder ir acompanhando o desenvolvimento e maturação da sua decisão.

Seria também importante um acompanhamento do dador de forma a poder prevenir potenciais complicações a longo prazo, como defendido por GRUTERS (2006). No entanto, além dos riscos implicados e, desde que estes não interfiram de forma previsível com a saúde do potencial dador, há que respeitar a autonomia deste, pois cada pessoa atribui um valor diferente aos mesmos riscos, ou seja, a pessoa confrontada com um familiar e/ou amigo, por exemplo, que necessita de um órgão para sobreviver pode, apesar dos riscos e estando consciente deles, optar por realizar a doação, atribuindo menor valor aos riscos a que estará sujeito do que à vida ou saúde da outra pessoa. Este problema pode também ser analisado segundo o princípio da beneficência que, como o próprio nome indica se refere à promoção do "bem", mas expor uma pessoa saudável a uma cirurgia não irá contra este princípio? Contudo é preciso ter em conta que as implicações não são apenas físicas, mas também psicológicas e espirituais, tendo estas últimas gran-

de influência na forma como a pessoa encara e vive a sua vida. Assim, segundo o princípio da beneficência pode estar a promover o "bem" psicológico e espiritual da pessoa, que pode ser encarado de forma tão importante como o "bem" físico. O princípio da não-maleficência, intimamente ligado ao anterior, refere-se a não causar danos físicos na pessoa, o que já se encontra previsto na Lei n.º 22/2007, não podendo ser realizado o transplante sempre que seja possível prever consequências negativas para a saúde do dador. No entanto, é também verdade que não se conhecem todos os riscos desta intervenção, mas há que ter em conta os dados conhecidos e a promoção da saúde psicológica e espiritual bem como o respeito pela sua escolha. De uma forma geral, a função do Enfermeiro em todo este processo é assegurar que a escolha da pessoa é feita de forma livre e esclarecida, procurando responder às suas questões e encaminhando-a quando não souber/puder dar resposta aos seus pedidos. É também fundamental que o Enfermeiro faça o acompanhamento "bio-psico-socio-culturo-espiritual" das principais pessoas envolvidas neste processo de forma a poder evitar ou minorar complicações físicas e psicológicas, decorrentes da decisão do potencial dador.

Assim, tendo em conta os dados apresentados, considero que em alguns casos a realização de transplantes com dador vivos será admissível, desde que se cumpram algumas premissas como a de assegurar que o dador se encontra em saudável, procurando desde logo prevenir potenciais complicações, que a sua decisão foi tomada de forma livre e esclarecida, com consciência total dos riscos que correr e desde que os conhecimentos que se tenham até ao momento seja indicativos de que os riscos que o dador corre são mínimos. É ainda importante garantir um acompanhamento da pessoa após a realização do procedimento e ao longo da sua vida, de forma a poder prevenir ou tratar precocemente alguns problemas que possam advir da doação do órgão, ou parte dele. Contudo, é de destacar que deve ser sempre feita uma avaliação caso a caso da relação risco-benefício de modo a evitar que se corram riscos excessivos ou desnecessários.

Conclusão

A realização de transplantes de órgãos com dadores vivos é algo que já é praticado há

alguns anos, no entanto, com a alteração na Lei n.º 22/2007 passou a ser possível que o dador seja qualquer pessoa, independentemente da existência ou não de laços de consanguinidade. No entanto, com o crescimento destas práticas há que ponderar a relação risco-benefício, de forma evitar a exposição desproporcionada do dador com consequências negativas que condicionem a sua vida. Assim, de uma forma genérica, há que atender aos riscos conhecidos e aos que ainda se desconhecem, ao consentimento livre e esclarecido e ao respeito pela autonomia da pessoa, neste caso do potencial dador, antes da equipa de profissionais de saúde aceitar a realização do transplante. Cabe também ao Enfermeiro um papel fundamental no acompanhamento desta pessoa, e das principais pessoas ligadas a este processo, nomeadamente o receptor e pessoa ou pessoas significativas, assegurando a sua saúde e que a sua decisão é tomada de forma consciente. Com a realização deste trabalho penso ter atingido os principais objectivos a que me propus inicialmente, sentido algumas dificuldades na delimitação do problema uma vez que o tema "Transplantes de Órgãos" é bastante vasto e pode ser abordado de diversas formas.

O facto de estar a realizar um ensaio pela primeira vez suscitou-me também algumas dúvidas, mas penso que a concretização deste terá sido um bom treino para futuros trabalhos, ajudando-me a desenvolver a prática reflexiva. Considero importante a realização deste tipo de trabalho pois permite-nos desenvolver competências como a capacidade de síntese e de reflexão, bem como nos dá a oportunidade para aprofundar conhecimentos sobre um determinado tema que nos suscite interesse e permite-nos olhar para esse tema de uma forma diferente, levantando-nos questões que de outra forma talvez não nos tivéssemos apercebido.

Referências Bibliográficas

- ASCENSÃO, João Pedro Ramos – Análise ao Protocolo Adicional à Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana. Revista Portuguesa de Bioética. ISSN 1646-8082. Suplemento n.º 1 (2007). pp. 33-41
- CABRAL, Roque – Os Princípios de Autonomia Beneficência, não Maleficência e Justiça. *In* ARCHER, Luis et al – Bioética. (s.l.): Editorial Ver-

bo, Novembro de 1996. ISBN 972-22-1719-4. pp. 53 – 58

- LAZZARETTI, Claire Teresinha - Considerações éticas no transplante hepático com doador vivo. *Rev. SBPH*. ISSN 1516-0858. Vol.8, n.º1 (2005) pp.15-26 (http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000100003&lng=en&nrm=)
- LIMA, Elenice Dias Ribeiro de Paula - Aspectos Ético-legais da Retirada e Transplante de Tecidos, órgãos e Partes do Corpo Humano. Revista Latino-Americana de Enfermagem. ISSN 0104-1169. Vol. 5, n.º 4 (1997). pp 5-12
- MALAGUTTI, William – Bioética e Enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007. ISBN 978-85-87600-95-0
- NETO, Luisa – *Os Limites da Ciência do Direito*. Revista Interações. ISSN 1646-2335. Vol. 1, n.º 3 (2006). pp. 4-18
- PARIZEAU, Marie-Hélène – Transplantação de Órgãos. *In* Dicionário da Bioética. 1ª Edição. Lisboa. 1998. ISBN 972-8407-72-6
- SOARES, Jorge – Análise ao Protocolo Adicional Relativo ao Transplante de Órgãos e Tecidos. Revista Portuguesa de Bioética. ISSN 1646-8082. Suplemento n.º 1 (2007). pp. 43-48

Referências Electrónicas

- HERRGUTH *et al*, 2006 - http://auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/Transplante_de_organos.pdf
- GRUTERS, Ginger A., 2006 -http://www.bioethics.gov/background/ginger_gruters.html (23/11/2008, 12:10H)
- GUTMANN, Th; LAND, W., 1999 - <http://trans.klinikum.uni-muenchen.de/ethics.htm> (23/11/2008; 13:00H)
- TRUOG, Robert D., 2005 - The ethics of organ donation by living donors. The New England Journal of Medicine. Vol. 353; n.º 5 (2005) pp. 444-446. Disponível em <http://content.nejm.org/cgi/reprint/353/5/444.pdf>
- <http://www.ifl.pt/main/Portals/0/dic/bioetica.pdf> (20/11/2008; 21:30H)

Outras Referências

- DECRETO-LEI n.º93. D.R. I Série A. Capítulo VI – Secção I. (98-4-21) 1753-1756
- DECRETO- LEI n.º 124 D.R. I Série A. (2007-6-29) 4146-4150
- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA – Parecer Sobre a Proposta de Lei n.º 65/X (Alteração à Lei n.º 12/93, de 22 de Abril - Colheita e Transplante de órgãos e tecidos de origem humana). 2006. Disponível em http://www.cneqv.gov.pt/NR/rdonlyres/868B3E3B-3FE2-42FC-93224F624843D30D/0/P_050_ParecerTransplantes.pdf

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 accidental (o que supõe que uma decisão é tomada conscientemente), nem um suicídio (para o qual se requer a intervenção do interessado), nem um assassinio (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 solicita 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 82º (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.P.E.) 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 incursa 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 *"reacção 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: Colecção 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.

Consentimento informado em pessoas com doença mental

Andreia Carreira *

No âmbito da Unidade Curricular de Ética II, integrada no 1º Semestre do 3º Ano, do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (7º CLE), da Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), foi preconizado a realização do presente trabalho em forma de ensaio. De acordo com Nunes (2008) um ensaio consiste numa *"uma peça escrita, de natureza reflexiva e teórica, em torno de um fenómeno, tema ou livro. É uma tentativa de sistematização de ideias sobre o assunto"*. O tema deste ensaio é o consentimento informado em pessoas com doença mental.

Os profissionais de saúde encaram, na sua prática diária, situações que provocam dúvidas sobre as atitudes mais correctas a toma em relação às pessoas, quer seja do ponto de vista de condutas técnicas, quer do ponto de vista ético. A escolha deste tema prende-se pelo facto de considerar o consentimento informado na doença mental, um aspecto importante merecedor da minha atenção enquanto estudante e futura profissional.

O problema inicial refere-se á execução do consentimento informado das pessoas com doença mental. Assim, surgem as seguintes questões: O que é a doença mental? As pessoas com doença mental têm capacidade de exercer a autonomia em toda a sua plenitude? Existe critérios para definir se uma pessoa tem capacidade de exercer a sua autonomia? Quando uma pessoa é considerada incompetente para decidir, este "estatuto" fica permanente ou é transitório? Como se aplica o consentimento / dissentimento informado nas pessoas com doença mental? Como é possível respeitar as pessoas cuja capacidade para fazer escolhas está comprometida pela própria condição para a qual o tratamento é oferecido?

Deste modo, com a realização deste ensaio objectiva-se: aprofundar conhecimento sobre este tema, seleccionar a bibliografia mais adequada, afim de chegar às conclusões mais correctas; responder às questões levantadas, atra-

vés de opiniões de alguns autores; e reflectir sobre o descrito explicitando o meu ponto e vista.

A elaboração deste trabalho promove a nossa aprendizagem, enquanto estudantes de Enfermagem do 3º ano, permitindo o desenvolvimento de aptidões a nível de pesquisa, capacidade de argumentação e desenvolvimento de competências éticas.

Este ensaio é composto, numa primeira fase, por um enquadramento teórico que inclui o capítulo "Doença Mental", onde se pretende esclarecer um pouco desta temática; um segundo capítulo "Princípios Éticos", este capítulo refere alguns dos princípios éticos fundamentais a este tema; e um terceiro capítulo "Consentimento informado" onde se pretende responder á questões colocadas. Por último, é apresentada uma conclusão, englobando uma síntese final do trabalho, a minha reflexão sobre o tema e a importância do tema para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional. São, igualmente, apresentadas as referências bibliográficas consultadas para a concretização do deste ensaio.

Para a realização deste ensaio, foi concedida orientação pelo Professor Sérgio Deodato e pela Professora Lucília Nunes, ao longo de várias tutórias, facilitando a elaboração do mesmo. Os meios de pesquisa a que recorremos foram o Centro de Recursos para a Aprendizagem e Investigação no I.P.S. onde consultámos livros, revistas e referências electrónicas.

Doença Mental

A definição de saúde mental é muito complexa, pois o seu conceito não está completamente definido (MANTEIGAS, 2008). Segundo a OMS, saúde é um completo bem-estar físico, psíquico e social, ou seja, quando nos referimos à saúde

* Estudante do 7º CLE da ESS-IPS

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

mental pode parecer dispensável, pois a própria definição da OMS abrange tudo o que diz respeito aos aspectos relacionados com a mente (SERRÃO, *et. al.*, 1998). Segundo o mesmo autor, a área que se aplica ao estudo da mente, considera um dos conceitos delicados, a normalidade, quando interpretada como ausência de sintomas. Contudo a anormalidade não significa necessariamente patologia, mas um desvio da norma relativamente ao restante grupo de referência. Deste modo, normal define-se a partir do contexto social e cultural, indicando uma adaptação correcta ao contexto social. A existência de doença é definida pelo o nível de incapacidade, que determinadas características, próximas ou não da norma, provocam em determinado sujeito. O mesmo autor refere ainda que, sendo a área saúde mental uma área tão abrangente a única solução viável será recorrermos de uma "imaginação sociológica" para nos ajudar a abandonar o nosso conceito de "normalidade", aceitando que esta pode ter diversas variantes, incluindo aquelas que podem causar problemas.

Assim, é necessário uma abordagem centrada na pessoa humana, como em todas as áreas. A relação estabelecida entre os intervenientes é fundamental, quando pretendemos aceder a questões do psiquismo num indivíduo. Sendo, a comunicação o único meio capaz de atingir a compreensão individual inerente à saúde mental (SERRÃO, *et. al.*, 1998).

Um aspecto importante de realçar é o estigma e a discriminação que acompanha o conceito de doença mental. Não só nos países menos desenvolvidos como nos mais desenvolvidos, a estigmatização das pessoas com doença mental tem persistido ao longo da história. A doença mental era entendida como um castigo ou maldição divina, o que levou as sociedades a se protegerem dos "doentes mentais". Só recentemente é que se começou a perceber a doença mental do ponto de vista científico (GONÇALVES, *et. al.*, 2004).

Numa pequena viagem por Portugal, podemos lembrar por toda a parte os loucos, lobisomens, as possessões diabólicas, as ameaças permanentes, as medidas de contenção. Encontraremos também, o enclausuramento, o apedrejamento, ofensas graves, ... "impostas àqueles seres humanos, que por serem como são terão deixado de o ser... e perceberemos que os "loucos", sempre despertaram medo"... (MILHEIRO, 2007 p. S71.). No entanto, actual-

mente existe grandes melhorias neste campo, começando a entender-se a doença mental do cientificamente, contudo, o estigma persiste (MILHEIRO, 2007).

Outra ideia preconceituosa, sem base científica, é em torno da suposta "incurabilidade" dos doentes mentais, como se diz popularmente: "Uma vez louco, sempre louco". Tal prognóstico não correspondia à verdade nem mesmo quando a Psiquiatria possuía de menos conhecimento acerca dos transtornos mentais (FÉ [s.d.]).

Então, o que é a doença mental? Alguns autores consideram que a doença mental corresponde a uma exacerbação da personalidade. Contudo, outros consideram a doença mental uma variação quantitativa da norma, sendo que, nesta perspectiva, todos possuímos estruturas psicóticas, e a demonstração pessoal da loucura seria um prolongamento da alienação colectiva. "*A doença mental quando relacionada com os problemas inerentes à vida e não à patologia cerebral, seria então um mito, ou intervenção cultural, e a psicopatologia desprovida de significados; só teria valor dentro de uma cultura que a reconhecesse como tal*" (SERRÃO, *et. al.*, 1998, p.70).

Foucault (1954) considera que, a doença mental não é simplesmente um desvio cultural, mas sim uma manifestação cultural. "*Os diagnósticos psicopatológicos são projecções das sociedades, uma vez que se baseiam naquilo que é desvio da norma*". Dado que a doença mental é um conceito teórico transforma-se, com o passar do tempo e para quem acredita nele, um facto, como acontece com todos os outros conceitos. Neste sentido, a saúde mental está muito ligada às questões éticas, o que diz respeito aos problemas vivenciais, isto é, à dificuldade de cumprimento das normas éticas, políticas e sociais que abrange toda a sociedade (SERRÃO, *et. al.*, 1998).

Em suma, independentemente da concepção que cada um tenha acerca da Doença Mental, se for possível proporcionar uma melhor qualidade de vida da pessoa, depois de analisar as variáveis pessoais, familiares, sociais, culturais, entre outras que contribuem para a singularidade de cada um, a nossa consciência ética deve impelir-nos ao cumprimento do dever (SERRÃO, *et. al.*, 1998).

Por fim importa salientar que, o principal objectivo bioético da Associação de Psiquiatria é a

promoção da saúde, da autonomia e do crescimento da pessoa, devolvendo-lhe a liberdade intrínseca á condição humana (GONÇALVES, *et. al.*, 2004).

Princípios Éticos

Para a realização deste trabalho considero relevante expor e compreender alguns Princípios Éticos que orientam os profissionais de saúde, na sua prática clínica, e que são fundamentais no consentimento informado.

A Enfermagem é uma profissão que assenta inevitavelmente em pressupostos éticos e morais visando a protecção e dignidade da pessoa. Os princípios éticos nos cuidados de saúde são essenciais para a orientação das decisões clínicas. É durante a prestação de cuidados de saúde, através da partilha de preocupações relativas aos cuidados e relacionamento com as pessoas, que se desenvolve o conhecimento ético (QUEIRÓS, 2001).

Nós pertencemos a uma sociedade regida por normas e valores próprios. No entanto, os valores e as regras sofrem alterações, não existindo um único comportamento mas uma série de opções. Deste modo, cada indivíduo exerce o seu direito de livre arbítrio e vive do modo que considera melhor. Frequentemente, no nosso dia-a-dia, somos confrontados com situações, que nos parecem simples, sobre as quais temos que tomar decisões e, muitas vezes, decidimos sem grandes reflexões, sem uma análise mais ponderada porque são situações comuns. No entanto, a enfermagem não se limita a comportamentos comuns, na maior parte das vezes, somos confrontados com situações distintas e imprevisíveis que exige de nós uma decisão reflexiva (NUNES, [s.d.]).

A essência de Enfermagem é o cuidar, para proteger, aumentar e preservar a dignidade humana. Existe pois, diversos modos de agir, de acordo com cada pessoal, sem nunca desrespeitar esse princípio (NUNES, [s.d.]).

A dignidade humana constitui o centro dos direitos humanos fundamentais. O ser humano, não só é o único ser com capacidades para orientar as suas acções racionalmente e de livre vontade, mas também “ (...) é o único ser cuja existência, em si mesma, constitui um valor absoluto (...)” (SOUSA, 2007 p. 1). Ou seja, “...um fim em si e nunca um meio para a prossecução de outros fins” (SOUSA, 2007 p. 1).

O princípio da dignidade humana constitui a base onde assenta todos os outros princípios, valores e direitos fundamentais de todos os seres humanos, sem excepção (DUARTE, 2008).

O princípio da dignidade humana significa, ética, deontológica e juridicamente o reconhecimento do outro como um ser dotado de autonomia individual para o exercício à autodeterminação, com liberdade de escolha em relação às decisões da sua vida. Cada ser humano tem liberdade de traçar os seus projectos de vida, sendo que o limite da sua liberdade é, exclusivamente, o direito que o outro tem à mesma autonomia, ao mesmo reconhecimento da sua dignidade e do direito à autodeterminação (CERDEIRA, 2008).

Deste modo, a autodeterminação é um direito decorrente do reconhecimento da dignidade humana, na operacionalização da autonomia. “*A humanidade organiza-se (ética, deontológica e juridicamente), ou deveria organizar se, em torno do respeito, da promoção e até da própria protecção da autonomia da pessoa, decorrente do reconhecimento da dignidade humana do outro, assumindo o como ser único e com direito à autodeterminação*” (CERDEIRA, 2008 p.15).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos ressalta no artigo 3.º a importância atribuída ao princípio da dignidade humana, enunciando: “1. A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados”.

No enquadramento legal português, a Constituição ressalva, também, a importância da dignidade humana consagrando o artigo 1.º “*Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana [...]*”. Ou seja, Portugal anuncia a dignidade da pessoa humana um princípio fundamental dos direitos da pessoa, inviolável e inerente à personalidade (independentemente do género, raça, classe social, religião, etnia, ideologia, filosofia ou outras qualificações), devendo ser respeitada e protegida (SOUSA, 2007).

No Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 78.º afirma que as intervenções de enfermagem são realizadas tendo em conta a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana. Segundo o enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfer-

magem, *"a pessoa é ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se"*.

Como foi referido anteriormente, o reconhecimento da dignidade do outro, passa pelo respeito da sua autonomia. Posto isto, o princípio da dignidade humana está directamente ligado ao princípio da autonomia.

O respeito pela autonomia relaciona-se " (...) à liberdade de acção com que cada pessoa escolhe – as pessoas autónomas são capazes de escolher e agir em planos que elas mesmo tenham seleccionado (...)" (NUNES *et. al.*, 2005; p. 91). O princípio da autonomia indica a capacidade que o ser humano tem em aplicar leis a si próprio ou a condição de pessoa ou de uma comunidade, capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submete (NUNES, [s.d.]). A desigualdade da relação que existia entre o médico e a pessoa situava o médico numa postura dominante e de superioridade, que se traduzia na tomada de decisão acerca da pessoa, sem informação prévia da mesma. Esta desigualdade, na relação, teoricamente foi corrigida, quando se reconheceu a pessoa como sujeito autónomo (COELHO, *et. al.*, 2005).

Na prática clínica a adopção do princípio do respeito pela autonomia, implica que os profissionais de saúde passem a considerar o desejo da pessoa, relativamente à abstenção ou suspensão de tratamento; a promover quanto possível comportamentos autónomos, informando as pessoas convenientemente e assegurando que estas compreenderam a informação (COELHO, *et. al.*, 2005).

Outro princípio importante para este tema é o princípio da beneficência. O princípio da beneficência significa " (...) fazer o bem [e] ajudar o outro a obter o que é para seu benefício (...)" (NUNES *et. al.*, 2005; p. 90). Ou seja, o princípio da beneficência corresponde ao respeito pela vontade da pessoa na óptica do seu melhor interessa (SERRÃO *et. al.*, 1998). Relacionado com este princípio está o princípio da não maleficência no sentido de "não fazer o mal (...) não causar dano" (NUNES *et. al.*, 2005; p. 91). Este princípio foi considerado por Hipócrates o princípio ético da Medicina. *"Determina o não infligir qualquer mal e dele decorre a regra da fidelidade, no sentido do médico se manter fiel à promessa de procurar sempre o bem do seu doente"* (COELHO, *et. al.*, 2005 p. 176). Estes dois princípios estão vinculados, devendo ser considerados conjuntamente (COELHO, *et. al.*, 2005).

O princípio da justiça pode ser definido como a obrigação ética de dar a cada pessoa o que lhe é devido. Este princípio pressupõe uma distribuição equitativa dos recursos entre as pessoas relativamente a matéria sanitária, para evitar discriminação nas políticas de Saúde Pública (COELHO, *et. al.*, 2005).

Por último, outro princípio importante para o presente trabalho é o princípio da vulnerabilidade. O termo vulnerabilidade deriva do Latim *vulnus*, que significa ferida. De um modo geral, vulnerabilidade refere-se a pessoas em que há a possibilidade ser ferido (ANJOS, 2006). Este princípio declara que, os seres humanos, não são iguais na sua capacidade para aguentar as relações com o mundo natural e com os outros seres humanos. Os seres humanos são diferentes entre si pelo nível educacional, pela posse de bens económicos e de meios financeiros, pela situação pessoal e familiar na sociedade, pela profissão desempenhada e até pelo projecto de vida, tendo diferentes capacidade e diferentes necessidades. Deste modo, é aceitável eticamente que haja uma discriminação positiva em benefício dos mais fracos, ou seja, dos mais vulneráveis. Este princípio, da vulnerabilidade coloca alguns limites ao exercício da autonomia, reconhecendo o princípio da beneficência nos cuidados de saúde (SERRÃO, [s.d.]). Algumas pessoas estão particularmente mais frágeis ao ponto da sua integridade física ou psicológica estar ameaçada, como no caso de pessoas com doença mental, ou seja mais vulneráveis (SERRÃO, *et. al.*, 1998).

Nos cuidados de saúde o princípio da beneficência e o respeito pelo princípio da autonomia entram frequentemente em conflito, dando origem ao paternalismo médico (COELHO, *et. al.*, 2005).

Consentimento informado

Durante muito tempo, a ética baseou-se no juramento de Hipócrates, no qual não existia obrigação do médico em obter o consentimento informado. Actualmente, tal não acontece, pois o consentimento informado veio mudar o paradigma das relações médico – "doente", como foi referido. *"O consentimento informado determina o fim do paternalismo médico, em que só ao médico competia fazer o diagnóstico e determinar a terapêutica"* (GONÇALVES, *et. al.*, 2004 p. 133).

Na enfermagem, as intervenções requerem um

consentimento informado, por parte das pessoas, quer essa decisão seja da responsabilidade dos próprios, quer seja da responsabilidade de outros (DUARTE, 2008). Posto isto, torna-se importante o esclarecimento deste, assim como, de algumas questões a ele associadas.

¿O que é o consentimento informado?

Segundo Sousa (2007, p.1), o consentimento informado em enfermagem é: " (...) *uma autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem*".

O consentimento pode ser declarado por qualquer meio que expresse a vontade, livre e elucida da pessoa, quer seja feito oralmente, escrito ou outro meio directo, como refere O Código Penal Português, que enuncia no artigo 38.º: "*O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto...*".

Deste modo, o consentimento é a última etapa de um processo em que a capacidade da pessoa e a informação são de extrema importância (CERDEIRA, 2008).

Para que haja consentimento / dissentimento informado, tem de existir partilha de informação com a pessoa, de modo a que esta possa ter liberdade de escolha relativamente a uma decisão futura. A informação dada deve ser fundamental, adequada às suas necessidades e circunstâncias, inclusive às suas necessidades religiosas, étnicas e culturais bem como às suas capacidades linguísticas e níveis de alfabetização de saúde, a fim de clarificar o essencial, para que a pessoa decidir de forma realista sobre o tratamento. Assim, considera-se importante informar a pessoa sobre o objectivo e natureza da situação ou procedimento, o método, a duração provável, as alternativas existentes, a taxa de êxito, os efeitos secundários, a qualidade de vida, dor ou desconforto, entre outros (PARENTE *et. al.*, 1998; PACHECO *et. al.*, 2004; SOUSA, 2007).

Um consentimento informado completo, segundo Kelly Edwards, deve incluir a natureza da situação ou procedimento, as alternativas existentes à intervenção proposta, os riscos, os

benefícios e as incertezas relativas a cada alternativa, a avaliação da capacidade de compreensão da pessoa e a aceitação da intervenção pela pessoa (DUARTE, 2008).

Este direito prende-se com o respeito, promoção e protecção da autonomia da pessoa, estando ligado á autodeterminação, à liberdade individual, à formação de uma vontade esclarecida e à escolha pessoal (SOUSA, 2007). Respeitar a autonomia da pessoa significa respeitar as suas decisões, desde que não interfiram no valor da dignidade humana (GONÇALVES, *et. al.*, 2004). É através do respeito pela autonomia e da dignidade da pessoa que nasce a necessidade do consentimento informado (SERRÃO *et. al.*, 1998). "*(...) a dignidade da pessoa humana é o núcleo essencial dos direitos humanos fundamentais(...) O respeito pela dignidade da pessoa humana significa, na realidade, a promoção da sua capacidade para pensar, decidir e agir.*"

O princípio da autonomia subentende ao princípio da competência, que é definido como a capacidade de cada pessoa para julgar no seu melhor interesse, tanto a nível físico, como intelectual. Contudo, é importante referir que o princípio da autonomia não é valor absoluto, deve ser considerado em interacção com outros princípios e factores (GONÇALVES *et. al.*, 2004). Um desses princípios é o da beneficência. O princípio da beneficência também está ligado ao conceito de consentimento informado, pois, uma decisão partilhada pode ser de melhor interesse para a pessoa (SERRÃO, *et. al.*, 1998).

Todas as pessoas dão o seu consentimento / dissentimento informado?

Existem algumas condições para que o consentimento / dissentimento informado seja considerado válido ética e legalmente. Para que uma pessoa possa manifestar o consentimento informado, é necessário os seguintes requisitos: Competência; Exposição; Compreensão; Voluntariedade; e Consentimento. Estes requisitos foram ainda organizados por Beauchamp e Childress em três componentes fundamentais (COELHO, *et. al.*, 2005):

I – Elementos essenciais (condições prévias)

Competência
Voluntariedade

II – Elementos informativos

Exposição (da informação)
Recomendação (de um plano)
Compreensão (da exposição e recomenda-

ção)

III – Elementos do consentimento

Decisão (a favor do plano)

Autorização (do plano eleito)

Em relação a esta ordenação é necessário referir que quando se fala em dissentimento, o item III refere-se a Elementos de Recusa (SERRÃO, *et. al.*, 1998).

A competência para consentir é essencial para o exercício do direito de autodeterminação nos cuidados de saúde. Competência, segundo Gálan Cortés, é definida como *“a aptidão cognitiva, volitiva e emocional de uma pessoa para entender a informação sobre cuidados de saúde que lhe é transmitida, de forma a que possa eleger, autónoma e racionalmente, o que mais convém aos seus interesses – aceitar ou recusar a prestação destes cuidados, com base na informação que lhe foi transmitida”* (LAMPREIA, 2008, p. 20). Para assumir uma decisão, a pessoa tem de ter capacidades intelectuais e emocionais. Esta decisão deverá corresponder com uma estrutura de valores que a pessoa, autonomamente tomou por si (LAMPREIA, 2008). A OMS (2005) afirma que a pessoa que dá o consentimento deve ser competente para o fazer, e que a competência é pressuposta até que haja prova em contrário.

A voluntariedade pressupõe a liberdade de actuação, mas pressupõe a existência de um conhecimento suficiente da decisão que se vai tomar (COELHO, *et. al.*, 2005). O consentimento deve ser obtido livremente, sem ameaças ou induções inconvenientes. Ou seja, a expressão da vontade relaciona-se com o conceito de liberdade de decisão, a pessoa deverá estar livre de qualquer influência exterior, nomeadamente de forças manipuladoras ou coesivas. Este tipo de influência sobre a vontade da pessoa deve ser considerada com violador do princípio da autonomia individual (SERRÃO, *et. al.*, 1998).

Relativamente à exposição da informação, para que a pessoa possa consentir / dissentir é fundamental que esta tenha acesso à informação correcta e por completo, apropriada e adequada às suas necessidades, numa linguagem compreensível, para que a realização da escolha seja em veracidade (SOUZA, 2007). Contudo existe uma excepção a este requisito, denominado privilégio terapêutico. Nesta situação o profissional de saúde pode ocultar informação, se considerar que essa informação poderia ser prejudicial para a pessoa (COELHO, *et. al.*,

2005). Este procedimento está claramente expresso no artigo 157.º do Código Penal que enuncia: “Salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde física ou psíquica”.

A necessidade de revelação de informação por parte do profissional de saúde requer a compreensão da pessoa à informação dada. A compreensão da informação pode estar comprometida por duas razões: 1) A pessoa não compreendeu a informação porque esta foi fornecida com linguagem incompreensível para a pessoa; 2) A pessoa não tem capacidades para compreender a informação, recusa prestar atenção ou rejeita a própria informação (COELHO, *et. al.*, 2005).

Relativamente à autorização, como já foi referido o consentimento / dissentimento informado, por ser manifestado verbalmente ou através da escrita. No entanto existe algumas excepções à exigência do consentimento informado (COELHO, *et. al.*, 2005): *“Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da pessoa em causa”* (Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina). Ou seja, em situações de emergência, em que a pessoa se encontra em perigo de vida, incapaz de se exprimir ou de avaliar a situação, compete aos profissionais de saúde agir com a vontade presumida do mesmo. O profissional de saúde deve agir de acordo com o princípio da beneficência (MATOS, 2008). Em caso de incompetência ou incapacidade (como é o caso de pessoas com doença mental, menores, estado de inconsciência, incapacidade de expressar a vontade ou até interdição) (MATOS, 2008). Quando existe risco para a saúde pública (COELHO, *et. al.*, 2005). No caso da pessoa prescindir do direito de ser ouvido, incumbindo num familiar essa prerrogativa, ou delega no profissional de saúde a faculdade de decidir (COELHO, *et. al.*, 2005).

Como se aplica o consentimento / dissentimento informado nas pessoas com doença mental?

Sendo o principal objectivo do consentimento informado ajudar a pessoa a tomar as melhores

decisões para si próprio, não faz sentido que tal não se aplique à psicoterapia. A Associação Psiquiátrica Americana, num documento relativo ao consentimento informado em psiquiatria menciona que *“seja ou não requerido por lei, parece razoável encorajar os psiquiatras a discutirem com os seus doentes a natureza da psicoterapia, os seus benefícios e riscos (quando aplicável), e as alternativas existentes (psicoterapeutas e não psicoterapeutas) para os seus problemas”* (SERRÃO, et. al., 1998 p.68).

A maioria das pessoas com doenças mentais mantém a capacidade para tomar decisões e realizar escolhas informadas relativamente a questões importantes que alteram as suas vidas. No entanto, se o transtorno mental for grave essa capacidade de decidir e tomar decisões pode estar comprometida (OMS, 2005). Então como avaliar se uma pessoa, com doença mental, tem capacidade para decidir?

No caso da saúde mental, em determinados momentos a pessoa pode precisar da competência para tomar uma decisão. Os juízos de competência têm como objectivo diferenciar as pessoas que são capazes de emitir decisões autónomas das pessoas cuja decisão deve ser supervisionada ou substituída por outra pessoa. Segundo Barreto, pode existir dúvida nos casos de situações limite, em que é necessário uma avaliação mais criteriosa em relação ao grau de capacidade para consentir (COELHO, et. al., 2005).

A competência de uma pessoa para decidir pode ser definida, como a capacidade de compreender uma informação importante, avaliar essa informação relativamente à sua enfermidade, sendo capaz de elaborar um raciocínio lógico, que termine a expressão da sua escolha. Para se considerar uma pessoa incompetente para consentir / dissentir é necessário demonstrar que o transtorno mental está presente por si mesmo, no momento da observação e consecutivamente não foi simplesmente concluído a partir do diagnóstico psíquico. Contudo, em algumas situações esta avaliação pode ser difícil de avaliar (GONÇALVES et. al., 2004).

O direito de consentir no tratamento também implica o direito de recusar tratamento. Se um paciente é considerado capaz para dar consentimento, a recusa de tal consentimento também deve ser respeitada (MATOS, 2008).

Quando a pessoa é considerada incompetente para consentir / dissentir o consentimento deverá ser obtido junto dos seus representantes legais (MATOS, 2008).

Depois de tudo o que foi referido, surge outra questão: Como é possível respeitar as pessoas cuja capacidade para fazer escolhas está comprometida pela própria condição para a qual o tratamento é oferecido?

Quando a pessoa é considerada incapaz para participar na decisão sobre os cuidados e não é possível obter o consentimento através do representante legal, os profissionais de saúde devem ter em conta que os cuidados deverão ser realizados tendo em vista o melhor interesse da pessoa, tendo em atenção as suas preferências, crenças e valores, se os tiver manifestado ou deles haja conhecimento. O melhor interesse da pessoa é a restauração ou preservação das funções vitais, o alívio do sofrimento e a manutenção da qualidade de vida (CERDEIRA, 2008). Segundo Kaplan (1997) mostrar respeito pela pessoa com doença mental é escutá-la, tentar compreendê-la, evitar estigmas e um diagnóstico prematuro. O respeito é veiculado, pelo modo como se fala, tentar explicar e oferecer opções realistas, mesmo àqueles cuja competência é questionável. Os profissionais de saúde devem precaver-se contra presumir que pessoas não são competentes para decidir por si próprios, até que se prove o contrário. O respeito pela pessoa é demonstrado pela reciprocidade, comunicação e preocupação, e não pelo domínio. Segundo a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina (CDHB), Capítulo II, artigo 5.º consagra como regra geral: *“Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.”* Ou seja, as intervenções na área da saúde só podem ser executadas com o consentimento da pessoa, no entanto, este não é definitivo, em qualquer momento a pessoa pode rejeitar um tratamento que anteriormente tinha aceite.

No caso da pessoa não ter a capacidades necessárias para dar o consentimento, como no

caso de possuir doença mental a CDHB, Capítulo II, artigo 7.º enuncia para Protecção das pessoas que sofram de perturbação mental que: *“Sem prejuízo das condições de protecção previstas na lei, incluindo os procedimentos de vigilância e de controlo, bem como as vias de recurso, toda a pessoa que sofra de perturbação mental grave não poderá ser submetida, sem o seu consentimento, a uma intervenção que tenha por objectivo o tratamento dessa mesma perturbação, salvo se a ausência de tal tratamento puser seriamente em risco a sua saúde.”* Posto isto, mesmo em caso da pessoa possuir doença mental, esta não pode ser submetida a uma intervenção sem o seu consentimento, isso só poderá acontecer se essa intervenção tiver como objectivo o tratamento dessa doença mental. Neste caso deve-se ter em conta o princípio da beneficência (actuar no melhor interesse da pessoa), tentando produzir mais benefícios que malefícios.

A Lei da Saúde Mental – Lei n.º 36/98 de 24 de Julho, relativamente ao consentimento informado, enuncia no artigo 5.º nos Direitos e Deveres do utente: *“a) Ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis; b) Receber tratamento e protecção, no respeito pela sua individualidade e dignidade; c) Decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros; d) Não ser submetido a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito; (...) 2 - A realização de intervenção psicocirúrgica exige, além do prévio consentimento escrito, o parecer escrito favorável de dois médicos psiquiatras designados pelo Conselho Nacional de Saúde Mental. 3 - Os direitos referidos nas alíneas c), d) e e), do n. 1, são exercidos pelos representantes legais quando os doentes sejam menores de 14 anos ou não possuam o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento”.*

Consentimento informado no exercício da Enfermagem

A nível dos enunciados de posição do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) destacam-se três sobre este tema: *Health Information:*

Protecting Patient Rights (2000), *Informed Patients* (2003) e *Nurses and Human Rights*, actualizada em 2006 (SOUSA, 2007).

No enunciado *Health Information: Protecting Patient Rights* (2000), o ICN defende o direito à informação, das pessoas alvo de cuidados de saúde. Estas tem direito de informação relativa ao seu problema de saúde, às acções propostas ou efectuadas pelos prestadores de cuidados, assim como às consequências que poderão resultar dessas acções (SOUSA, 2007; DUARTE, 2008).

Em *Informed Patients* (2003), refere que a informação deve ser actualizada e adaptada às necessidades da pessoa. A informação deve ser de fácil acesso, oportuna, exacta, clara, relevante, fiável e baseada em evidência ou na melhor prática, no sentido da participação activa da pessoa nas tomadas de decisão, sendo a confidencialidade e a privacidade da informação um direito da pessoa (SOUSA, 2007; DUARTE, 2008).

O enunciado *Nurses and Human Rights* refere: *“a perspectiva da saúde como um direito de todos os indivíduos, sem considerações financeiras, políticas, geográficas, raciais ou religiosas Este direito inclui o direito de escolher ou recusar o cuidado (inclusive o direito de aceitar ou recusar o tratamento ou a nutrição), o consentimento informado, a confidencialidade, e a dignidade, inclusive o direito de morrer com dignidade”* (SOUSA, 2007 p. 5).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) considera que as intervenções de enfermagem são autónomas ou interdependentes a efectuar pelo **enfermeiro** no âmbito das suas qualificações profissionais (n.º 4 artigo 4.º do REPE). Segundo o artigo 9.º do REPE, as intervenções autónomas são *“acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”* e as intervenções interdependentes são *“realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e*

das prescrições ou orientações previamente formalizadas”.

O REPE refere ainda, no artigo 8.º *“No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”,* ou seja, os enfermeiros devem respeitar os princípios éticos. No caso do consentimento / dissentimento informado, passa por respeitar e fazer respeitar a pessoa (DUARTE, 2008).

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros no artigo 84.º enuncia: *“no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:*

- a) Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de Enfermagem;*
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;*
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo, em matéria de cuidados de Enfermagem;*
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter”.*

Este artigo salienta dois deveres essenciais: o dever do enfermeiro em informar e o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (CERDEIRA, 2008).

O Enquadramento das Competências do enfermeiro de cuidados gerais declara que, cabe ao enfermeiro garantir que as pessoas de quem cuidam, recebem e compreendem a informação relevante, sobre o estado de saúde da pessoa, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito na qual baseiam o consentimento dos cuidados (CERDEIRA, 2008).

Por último, o Enunciado de Posição da Ordem dos Enfermeiros, referente ao consentimento informado em cuidados de enfermagem menciona:

“1 – A Ordem dos Enfermeiros defende o direito de cada pessoa à autodeterminação e a uma adequada informação que permita tomar decisões face aos projectos de cuidados que lhe são propostos.

2 – A Ordem dos Enfermeiros reforça a obrigação profissional de salvaguardar e proteger os direitos humanos, o que inclui assegurar que os cuidados adequados são prestados com os recursos disponíveis e de acordo com a ética e

deontologia profissional; igualmente, os enfermeiros estão obrigados a assegurar-se que os clientes recebem informação adequada e compreensível para eles, em ordem a consentirem nos cuidados, incluindo participação em investigação. Os Enfermeiros são responsáveis pelas suas acções e omissões na salvaguarda dos direitos humanos, pois lhes incumbe cuidar das pessoas e o cuidado inclui a protecção e a salvaguarda do Outro, assim como a promoção do seu desenvolvimento, no sentido do autocuidado.

3 – Os enfermeiros têm o dever de informar e de obter consentimento para a realização de intervenções de enfermagem, de acordo com o art. 84º do Código Deontológico, sendo que as pessoas têm direito a aceder à informação, num formato apropriado e ao nível da sua própria escolha, que lhes permite participar activamente de modo informado, em decisões sobre a sua saúde.

4 – A Ordem dos Enfermeiros considera que a formação – inicial e contínua – deve prover as competências necessárias para assegurar que os clientes são adequadamente informados”.

Esta tomada de decisão reforça a importância atribuída pela Ordem dos Enfermeiros às questões relacionadas com o consentimento informado na prática da Enfermagem. Determina linhas orientadoras para um desempenho adequado dos enfermeiros nesta matéria, indispensável à qualidade dos cuidados de Enfermagem, salvaguardando os direitos da pessoa tendo como objectivo a prática de cuidados de Enfermagem de qualidade (DUARTE, 2008).

Reflexão / Conclusão

A ética actualmente, ocupa um lugar sólido nas áreas de interesse da Saúde Mental e o seu desenvolvimento permanente é uma fonte de grande estímulo para os que consideram este tema fundamental para o exercício da profissão (COELHO, *et. al.*, 2005).

Concordo com o autor Rui Coelho quando este afirma que, as pessoas que tem a sua autonomia reduzida, nomeadamente as pessoas com doença mental, carecem de uma protecção especial para não sofram abusos e discriminação, como ocorreu durante a história da investigação clínica, e que ainda hoje continua manifestar-se. É nosso objectivo ético, recorrer às nossas competências para possibilitar o redescobrir da autonomia da pessoa, permitindo o

uso completo da liberdade que existe inerente à condição humana (SERRÃO, *et. al.*, 1998).

Apoio a ideia que o consentimento informado é essencial na relação entre os enfermeiros e as pessoas, este salvaguarda o respeito pela autonomia da pessoa, a sua autodeterminação e a promoção do bem estar, no exercício da liberdade responsável (SOUSA, 2007). O acesso ao consentimento informado permite incluir a pessoa no seu processo, através da sua tomada de decisão, com vista à sua autonomia, não só pelo poder de escolha, como também numa fase pós-alta (SERRÃO, *et. al.*, 1998; SOUSA, 2007).

Concordo que, as pessoas com doença mental são pessoas mais vulneráveis, e em determinadas situações podem não ter competência para tomar decisões em relação ao seu tratamento. Contudo, quando as pessoas não são competentes para exercer o consentimento informado, não dispensa o profissional de saúde de as respeitar, ou seja, de as informar, de as ouvir, evitar estigmas e um diagnóstico prematuro Quando as pessoas são consideradas incompetentes para decidir existe a necessidade da participação de outras pessoas (família, médico...), no seu processo de tratamento (COELHO, *et. al.*, 2005).

O consentimento livre e informado deve ser fundamental no tratamento e reabilitação das pessoas com doença mental. Todas as pessoas devem ser consideradas, numa fase inicial, com capacidade para consentir / dissentir e todo interesse deve ser feito para capacitar a pessoa (empoderamento) (OMS, 2005).

A elaboração deste trabalho foi bastante interessante e estimulante, dado que me permitiu adquirir e desenvolver muitos conhecimentos teóricos, de extrema importância, relativos ao consentimento informado na Saúde Mental. Para além disso, permitiu-me esclarecer algumas dúvidas de um tema bastante relevante, que me irá ser muito útil em contexto de Ensino Clínico. Enquanto estudante de Enfermagem e prestadora de Cuidados de Saúde em contexto de Ensino Clínico, considero fundamental o conhecimento sobre o consentimento informado na pessoa com doença mental, de forma a poder tomar decisões de Enfermagem com fundamento e confiança e contribuir para a melhoria do estado de Saúde da pessoa.

Relativamente aos objectivos propostos no

início deste trabalho, penso que foram atingidos, que consegui seleccionar bibliografia adequada ao tema, que consegui responder de forma clara às perguntas inicialmente formuladas, baseando-me em autores de referência, que consegui aprofundar os meus conhecimentos acerca do tema seleccionado, e que consegui chegar a conclusões correctas.

Como aspecto dificultador, considero o facto de a informação encontrada, relativamente a este tema ser bastante semelhante entre as várias bibliografias aqui apresentadas, o que limitou o desenvolvimento deste trabalho, uma vez que se não se pretendia cair na repetição. Relativamente aos aspectos facilitadores saliento a orientação dos Professores Sérgio Deodato e Lucília Nunes, que me ajudaram a ultrapassar as dificuldades encontradas ao longo do trabalho.

Por último, considero um balanço positivo em relação à realização deste trabalho, pelas novas e diferentes experiências e pela aquisição de novos conhecimentos e aptidões. Aumentei os meus conhecimentos em relação ao papel do enfermeiro no que representa o seu dever de informar. Ao longo da realização deste ensaio, também, foi possível esclarecer as minhas dúvidas.

Enquanto estudante de enfermagem, sei que não posso fornecer qualquer tipo de informação, excepto aquela referente à minha prestação de cuidados, assim como, informação relativa ao encaminhamento da pessoa e família para os meios existentes na comunidade. No entanto, posso e devo promover a autonomia da pessoa de modo a que esta seja integrada no seu processo de reabilitação e cura.

Referências Bibliográficas

- KAPLAN, Harold I. *et. al.* – *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica* – 7ª Edição. Artmed Editora. Porto Alegre, 1997. ISBN: 85-7307-211-3
- PACHECO, Susana; *et. al.* – *Para uma Ética da Enfermagem: desafios* – COIMBRA: Gráfica de Coimbra 2004. ISBN: 972-603-326-8.
- PARENTE, Paulo; *et. al.* – *Ética nos Cuidados de Saúde* – 1ª Edição, COIMBRA: Formasau, Formação e Saúde Lda., 1998. ISBN: 972-8485-04-2.
- NUNES, Lucília – *Guia Orientador para Elaboração de Ensaio* – Unidade Curricular: Ética II. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, 2008.
- 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.

Organização Mundial de Saúde (OMS) – *Livro De Recursos Da OMS Sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação - Cuidar, sim - Excluir, não* – [s.l.], 2005. ISBN 92-4-856282-5. Acendível em: http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf

QUEIRÓS, Ana Albuquerque – *Ética e Enfermagem* – COIM-BRA: Quarteto Editora, 2001. ISBN: 972-8717-07-5.

SERRÃO, Daniel *et. al.*, - *Ética em Cuidados de Saúde* – Potro editora, Porto, 1998. ISBN: 972-0-06033-6.

Referências Electrónicas

ANJOS, Márcio Fabri dos - *A vulnerabilidade como parceira da autonomia* – 2006. Acendível em: http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/hm/X%20-%20htm/biblio/hm_RBB/RBB%202-2/Art02.pdf (15 - 11- 2008, 9.50h)

FÉ, Ivan de Araújo Moura - *Doença Mental e Autonomia* – [s.d.]. Acendível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v6l/doenmental.htm> (15 - 11- 2008, 9.18h)

[GONÇALVES, Filipe Arantes](#), et. al. – Os Contornos Bioéticos de um caso clínico de Perturbação Depressiva Major – Revista Portuguesa de Psicossomática, Sociedade Portuguesa de Psicossomática, Porto, p. 127-140, 2004. Acendível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/287/28760210.pdf> (15 - 11- 2008, 9.08h)

[MANTEIGAS, Adelino](#) (Assessor de Enfermagem, Enfermeiro Especialista na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica) – Dia Mundial de Saúde Mental – 17 de Outubro de 2008. Acessível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=72&view=news:Print&id=820&print=1> (19 - 11 - 2008; 9.20h).

NUNES, Lucília. [s.d.]. *Configurando a relação bioética e a ética de Enfermagem*. Acendível em: http://nunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/ConfigurandoRelacao.pdf. (14-11-08: 21:10).

NUNES, Lucília. [s.d.]. *O que queremos dizer quando falamos de Ética?* Acendível: http://nunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/oquequeremosdizerquandofalamosdeetica.pdf. (14-11-08, 21.21).

NUNES, Lucília. 10 de Maio de 2006. *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em Enfermagem*. Acendível em: http://nunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/Autonomia&Responsabilidade_IICongressoOE.pdf. (14-11-08: 21:15).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico de Enfermagem* – Acendível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/codigodeontologicoEnf.pdf> (27-10-08: 21:00).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. Acendível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/62_PadroesQualidade.pdf (27-10-08; 21:30).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros* – Agosto de 1996 Acendível em: <Http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168> (27-10-08; 20:56).

SERRÃO, Daniel - *Vulnerabilidade: uma proposta ética* – [s.d.] Acendível em: <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=124> (21 - 11 - 2008; 12.20h).

SOUSA, M. A. (Bastonária da Ordem dos Enfermeiros) – *Consentimento Informado para intervenções de Enfermagem* – 15 de Março de 2007. Acessível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/Enunciado%20consentimento.pdf> (19 - 11 - 2008; 9.20h).

Referências Jurídicas

CÓDIGO CIVIL PORTUGUÊS. Acessível em: <http://www.portolegal.com/CodigoCivil.html>. (25-10-08; 22:15h).

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DO HOMEM E A BIOME-

DICINA, ratificada por Portugal pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001 de 3 de Janeiro e pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 de 3 de Janeiro. Acessível em: http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/1-07-2001.pdf (24-10-08; 22:15h).

CÓDIGO DE PROCESSO PENAL (Alterado e republicado pela Lei n.º 48/2007 de 29 de Agosto). Acessível em: <http://www.lexis.pt/docs/PPP.pdf> (24-10-08; 22:30h).

Diário da República – I Série A. N.º 55, 12 de Agosto de 2005 – *Constituição da República* – Acessível em: <http://dre.pt/pdffiles/crp.PDF> (25-10-08; 21:32h).

DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANA-NOS. Acessível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>. (24-10-08; 23:15h).

LEI DA SAÚDE MENTAL – Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. Acessível em: http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/LSMental.pdf (23-10-08; 22:30h).

Outras Referências

CERDEIRA, Ana Berta – *Informação e consentimento* - Revista da Ordem dos Enfermeiros n.º 29, 2008. Acendível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/issues/43_ROE29.pdf. (4-11-2008, 9.18h).

COELHO, Rui, *et. al.*, - *Aspectos éticos da saúde mental* (parte I) – Revista Portuguesa de Bioética, Cadernos de bioética, edição do centro de estudos de bioética, Gráfica Coimbra, Lda., ano XVI, n.º 38, Setembro 2005.

COELHO, Rui, *et. al.*, - *Aspectos éticos da saúde mental* (parte II) – Revista Portuguesa de Bioética, Cadernos de bioética, edição do centro de estudos de bioética, Gráfica Coimbra, Lda., ano XVI, n.º 39, Dezembro 2005.

DUARTE, Alberto C. M. – *Consentimento Informado na situação de menores de idade* - Revista da Ordem dos Enfermeiros n.º 29, 2008. Acendível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/issues/43_ROE29.pdf. (4-11-2008, 9.18h).

LAMPREIA, Nuno – *Das incompetências e inabilidades para decidir* - Revista da Ordem dos Enfermeiros n.º 29, 2008. Acendível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/issues/43_ROE29.pdf. (4-11-2008, 9.18h).

MATOS, Salomé - *Recusa do cliente* - Revista da Ordem dos Enfermeiros n.º 29, 2008. Acendível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/issues/43_ROE29.pdf. (4-11-2008, 9.18h).

MILHEIRO, Jaime – *Recomendação sobre a Protecção dos Direitos Humanos e da Dignidade das Pessoas com Perturbações Mentais* – Revista Portuguesa de Bioética suplemento n.º 1, Gráfica Coimbra, Lda., 2007.

