

**FACULDADE DE DIREITO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**  
**11.º CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS**

**DIREITOS HUMANOS EM FIM DE VIDA**

***DECISÃO DE NÃO REANIMAR***

**GISELA PATRÍCIA DUARTE DE ALMEIDA**

*Ensaio elaborado sob orientação da Professora Doutora Helena Pereira de Melo*

**JUNHO DE 2009**

**COIMBRA**

*“ Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, pois o triunfo pertence a quem se atreve...*

*A vida é muita para ser insignificante.”*

*(Charles Chaplin)*

## SUMÁRIO

### INTRODUÇÃO

CAPITULO I – FUNDAMENTAÇÃO PESSOAL .....	5
CAPITULO II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	7
1- A VIDA, A MORTE E A CIÊNCIA .....	7
<b>1.1. O Direito à Vida .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2. O Direito à Saúde .....</b>	<b>9</b>
<b>1.3. A vida e a Morte como componente da Vida Humana.....</b>	<b>10</b>
<b>1.4. A Ciência e a Reanimação .....</b>	<b>11</b>
<b>1.5. Aspectos Legais .....</b>	<b>13</b>
<b>1.6. Direitos do Homem e da Biomedicina.....</b>	<b>15</b>
<b>1.7. Convenção Europeia dos Direitos do Homem .....</b>	<b>16</b>
1.7.1. Questão Prática relacionada com o Fim de Vida .....	16
2. PRIMADO DO SER HUMANO SOBRE A TÉCNICA .....	18
3. CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA.....	20
3.1. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde .....	21
4. ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE.....	23
5. A PESSOA EM FASE TERMINAL.....	26
5.1. As Guidelines sobre a Suspensão e Abstenção de Tratamentos em Doentes Terminais .....	27
CAPÍTULO III- TRABALHO EMPIRICO .....	30
REFLEXÃO: DECISÃO DE UMA VIDA.....	35
CONCLUSÃO.....	36

BIBLIOGRAFIA.....39

## CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO PESSOAL

“A ideia de morrer talvez trinta anos mais tarde não estraga as alegrias de um homem. Trinta anos, três dias... é uma questão de perspectiva.  
(Saint-Exupéry, Terra dos Homens)”

O processo de construção do conhecimento é comparável à construção de um puzzle em que a cada momento que interagimos com o meio que nos rodeia acrescentamos sempre uma “peça” nova ao nosso conhecimento e com o mesmo damos um contributo para com esse mesmo conhecimento se construa uma sociedade mais Humana em que o espírito de respeito pela dignidade da pessoa e a solidariedade social sejam mais do que um conceito e sim uma forma de ser e estar em sociedade.

Porquê falar de dilemas éticos em fim de vida? Porquê falar de decisão de não reanimar? Sei que para quem lê estas palavras, sempre as interpretará à luz do seu conhecimento empírico e científico, pois como ser único e biopsicossocial tem uma visão muito particular de si mesmo, do mundo e da interacção entre o Eu, os outros e o mundo.

Considero que não existem verdades absolutas na temática dos dilemas éticos em fim de vida, em geral, e da decisão de não reanimar, em particular, para mim existe sim um constante anseio de a cada momento saber, saber ser e saber estar como forma de que todo o processo de busca de conhecimento permita melhorar a qualidade de vida das pessoas em fim de vida.

Desde o primeiro dia em que iniciei a minha carreira profissional que todos os dias leio sempre algo mais sobre esta temática. Na minha primeira semana numa Unidade de Cuidados Intensivos foram muitas as angústias por mim vividas...como o caso de um idoso de 85 anos de idade com diagnóstico de uma doença pulmonar, que tinha sofrido uma paragem cardiorrespiratória e a família accionou o 112, o doente foi reanimado e no momento da minha observação este dependia de ventilação mecânica

para sobreviver. Tantas vezes pensei: “Que qualidade de vida estou a proporcionar a este doente?”; “Onde começa e acaba a imposição da técnica?”

Neste momento, que me encontro a trabalhar em Oncologia e em Emergência Pré-Hospitalar, as dúvidas persistem e a cada dia sou confrontada e chamada a tomar partido sobre decisões sobre a vida da pessoa.

Sendo detentora de conhecimentos científicos e práticos que me permitem controlar o curso da vida humana e interferir na tomada de decisão, serei eu, seremos nós profissionais de saúde os únicos a decidir sobre temáticas tão problemáticas?

Onde fica a posição do doente perante a tomada de decisão sobre o curso da sua vida; E qual o papel da família no processo de decisão?

Não quero com este ensaio chegar a uma conclusão fixa e imutável, mas sim reflectir sobre esta temática de acordo com a bibliografia por mim consultada. E por outro lado descrever os resultados encontrados num questionário aplicado a uma equipa de emergência pré-hospitalar sobre a decisão de não reanimar.

Este é um texto com um grande significado pessoal e sentido na primeira pessoa, sei que não é uma decisão fácil para a família, pois esta pede muitas vezes ao profissional “ por favor salve a vida...” Por outro lado, muita das vezes a família sente que o melhor a fazer é dar vida aos dias e não acrescentar dias à vida.

Vale a pena reflectir em sociedade sobre a temática do fim da vida humana, pois considero que a morte foi afastada para as quatro paredes de um hospital, onde os olhos da sociedade não vêem. Sendo uma morte num ambiente despersonalizado e muitas das vezes solitária.

## CAPÍTULO II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 1. A VIDA, A MORTE E A CIÊNCIA

*“ ... Asclépio ensinava que a medicina só existe para as pessoas que, por sua natureza e regime, tem saúde e adoecem por contrair uma doença. Ela libertava-as das doenças ordenando-lhes que não mudassem a sua vida habitual. Quanto aos indivíduos inteiramente minados pela doença, não tentava prolongar-lhes a sua vida miserável. Naqueles em cujos corpos existia um estado de moléstia permanente Asclépio não propunha sequer qualquer tipo de tratamento, com infusões a purgas... A medicina não teria capacidade para ajudar ainda que fossem mais ricos que o Rei de Midas...”*

*(Platão, Republica, Livro III)*

Os avanços tecnológicos nos domínios da biomedicina permitiram que o curso do termo da vida se modificasse, neste sentido, a natureza deixou de constituir o único arbitro entre o viver e o morrer (Archer, 2001).

Nos nossos dias são imensas as técnicas que nos permitem controlar as funções vitais do ser Humano no limite da sua existência, como por exemplo ventiladores que nos permitem fazer o suporte mecânico da ventilação, drogas que nos permitem corrigir alterações, etc. Sem estes avanços estou certa de que a esperança média de vida da população Portuguesa não teria aumentado e de que não seríamos capazes de oferecer suporte avançado em situações que colocam em risco a vida Humana.

Perante esta pequena exposição interessa reflectir na questão do avanço da tecnologia de aplicação ao ser humanos relacionada com a possibilidade de permitir uma melhor qualidade de vida a cada ser humano, visto como um ser Biopsicossocial.

Poderemos utilizar a técnica de forma indiscriminada e sem reflexão sobre a situação específica de cada pessoa? Estaremos a contribuir para uma melhor qualidade de vida?

O desenvolvimento de conhecimentos básicos e a evolução das tecnologias levou a alterações do curso da vida, surgindo um conjunto de problemas éticos que historicamente são recentes, não encontrando respostas unânimes e têm vastas repercussões na cultura contemporânea (Archer, 2001).

### **1.1. O Direito à Vida**

O direito à vida é aquele que assume o primado perante todos os outros direitos e é considerado um limite aos avanços científicos.

A Constituição da República Portuguesa assume no Título II- Direitos, liberdades e garantias, no seu Capítulo I- Direitos, liberdades e garantias pessoais, como valor do democrático do Estado o **Direito à Vida (Artigo 24.º)**, na alínea 1 refere que “a vida humana é inviolável”. Referindo na alínea 2 do mesmo artigo que “em caso algum haverá pena de morte”.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem refere no Artigo 3.º que “Todo o Homem tem direito à Vida, à liberdade e à segurança pessoal.”

Toda a pessoa tem direito à vida, durante todo o ciclo vital, independentemente dos momentos ou dos estádios em que se encontra. Devendo ser atribuída à vida de qualquer pessoa igual valor, devendo o cuidado à pessoa ser isento de qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa (Código Deontológico do Enfermeiro).

Refiro ainda nesta matéria o Artigo 2.º da Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Relativamente às aplicações da Biologia e da Medicina, adoptada pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa em Novembro de 1996 e posteriormente ratificada em Portugal considera que “os interesses e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre os interesses da ciência e da sociedade.”

Reconhecer a dignidade da pessoa humana exige o respeito pelos seus direitos, perspectivados na sua indivisibilidade. A este conceito encontra-se ainda

intrinsecamente ligado o dever de uma crescente humanização dos Cuidados de Saúde.

O Parlamento Europeu, após algumas audições públicas levadas a cabo pela Comissão dos Assuntos Jurídicos e dos Direitos dos Cidadãos, refere no seu relatório que “a vida humana começa com a fecundação e desenvolve-se sem saltos de qualidade, numa continuidade permanente até à morte.”

## **1.2. O Direito à Saúde**

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, definiu saúde como sendo um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não unicamente como a ausência de doença ou enfermidade.

Este conceito de saúde da OMS é historicamente conceituado, teremos também de considerar que a cada época corresponde o seu próprio conceito de saúde, reflectindo neste os conhecimentos biológicos da época, a relação da pessoa com o corpo e o grau de representação de cada função do corpo. Temos também de ter em consideração o entendimento que a sociedade tem sobre a morte e da forma como esta se comporta perante a mesma.

O conceito de doença pode ser entendido à luz de um determinado estágio de conhecimento médico. A doença é construída a partir de um conjunto de sintomas manifestado pelas pessoas.

Este direito encontra-se consagrado na Constituição da República Portuguesa, no Artigo 64.º, no Número 1, referindo que “ Todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover.”

### 1.3. A vida e a morte como componente da vida Humana

*“A morte é constitutiva da vida, desde que nascemos que estamos a morrer.”*

*(Séneca)*

Falar do conceito de morte na sociedade actual, como sendo uma sociedade de bem-estar e hedonista não se trata de uma tarefa fácil (Brito, 2002). Este autor reflecte aqui a ideia de que a morte foi como que afastada da vida, da sociedade, é algo que se remete para um lugar afastado da sociedade feliz e de consumo. É interessante ainda a seguinte reflexão, à duas décadas atrás a grande maioria das pessoas morria em casa, na sua cama, actualmente o mais comum é morrer na cama de um Hospital. Já dizia o poeta: “Mudam-se os tempos/ Mudam-se as vontades”.

Muitos consideram que na vida de todos os dias não se deve ter em conta a morte porque o agir exige esforço, e para quê esforçar-me “se um dia hei-de ser em pó, cinza e nada “ (Brito, 2002, citando Florbela Espanca).

A morte é algo inapreensível, que não dominamos e os temas desta natureza não são fáceis de encarar porque nos escapam. Com a modernidade e o processo de racionalização e desencantamento, como nos diz Max Weber, em que se privilegia a razão instrumental, as pessoas habituaram-se a ter tudo à mão, a ter tudo ao seu dispor. E se algo resiste ao esforço do domínio humano e não se submete aos projectos, então aí inicia-se um processo que leva à sua desvalorização e apagamento, tudo se faz para que se deixe de contar, de existir. Como é o caso da morte, em que se pretende reduzir a um problema médico a ser tratado (Brito, 2002).

Como dizia Kant, todo o conhecimento tem a sua origem na experiência, embora tal não signifique que o conhecimento dependa estritamente da experiência. Posto isto, podemos dizer que temos experiência da morte? Temos a experiência da morte dos outros, pois é na morte dos outros que revemos a nossa morte, sendo a única que podemos tematizar.

Importa assim abordar sucintamente o conceito de morte como sendo:” a cessação das funções irreversíveis das funções do tronco cerebral, sabe-se que a mesma pode acontecer no fim de um processo de doença mais ou menos longo, ou de forma súbita.

Referindo ainda que a paragem da função cardiocirculatória e respiratória, por si só, não significa a morte de uma pessoa (Conselho Nacional de Ética e das Ciências da Vida no seu Parecer 10/95).

A morte corporal é a desorganização das células, dos tecidos e dos órgãos pela falência dos grandes sistemas de integração e associação, o que sugere a importância da prevalência e o reforço das relações humanas e interpessoais, nas fases do processo da morte, assim como ao longo de toda a vida (Serrão, 1998, citado por Brito, 2002).

De acordo com Brito (2002), a realidade da generalidade dos hospitais Portugueses é constrangedora, não existindo espaço nem privacidade no processo de morte. E por outro lado, é ocultado ao doente que este se encontra em fase terminal, não sabendo lidar com ele, as relações com os familiares e com os profissionais de saúde é em muitas situações quebrada. O que leva a que a morte não seja a consumação da vida, mas antes a extinção da vida.

Posto isto, remeto a reflexão para quem lê estas linhas e termino este ponto dizendo que actualmente humanizar o processo de morte é um bem necessário para que se saiba distinguir entre o curar e a palição dos sintomas.

#### **1.4. A Ciência e a Reanimação**

##### A Reanimação Cardiorrespiratória e a Decisão de Não Reanimar

Com o avanço das tecnologias aplicadas à Medicina, nomeadamente na especialidade de Medicina Intensiva, chegamos a um patamar de conhecimento em que nos é permitido salvar a vida de pessoas quem num se encontravam num processo irreversível de morte.

No ano de 1965, Jude and Elam defenderam que o fundamento da reanimação cardio-respiratória (RCR) era "o doente ser recuperável", desde esta data as suas indicações têm sofrido grandes modificações: inicialmente concebida para vítimas de acidentes agudos, rapidamente resvalou para uma terapêutica sistemática e indiscriminada de todos os doentes em paragem cardio- respiratória (PCR) (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2006).

Os novos avanços criaram alguns problemas éticos, entre os quais, a determinação de morte cerebral e a legitimidade para iniciar ou suspender os meios de manutenção das funções vitais.

A Comissão de Cuidados Intensivos do Hospital Geral de Massachussets, em 1970, definiu o conceito de decisão de não reanimar (DNR), que culminou em 1974 com a proposta de uma política de DNR pela Associação Americana de Cardiologia, procurando clarificar e uniformizar a actuação clínica (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2006).

Recentemente o Conselho Nacional de Ética e das Ciências da Vida no seu Parecer 11/95 relativamente à DNR, “que é ética a interrupção de tratamentos desproporcionados e ineficazes mais ainda que causam incómodo ou sofrimento ao doente, pelo que essa interrupção, ainda que vá encurtar o tempo de vida, não pode ser considerada eutanásia.”

#### Suporte Avançado de Vida e o doente crítico

Segundo o princípio básico da reanimação todas as vítimas de uma paragem cardio-respiratória devem ser reanimadas, a menos que haja uma decisão prévia para não reanimar. Contudo em condições ideais em reanimação, só se tentariam reanimar doentes com elevada probabilidade de retorno a uma vida de relação digna e funcionalmente equiparável à que tinha antes da situação de paragem cardio-respiratória (Carneiro, 2001).

O European Resuscitation Council (2006), refere que menos de 20% das vítimas de Paragem cardiorrespiratória (PCR) em meio hospitalar terão alta para o domicílio.

O European Resuscitation Council (2006), no que se refere à decisão de não reanimar, refere que existem situação de não reanimar quando: 1- O doente tenha manifestado previamente a vontade de não ser reanimado; 2- existência de uma elevada probabilidade de a vítima não sobreviver mesmo se forem instituídas manobras de reanimação.

Sublinha ainda que os profissionais não reconhecem facilmente as situações, em que a tentativa de reanimação não está indicada, pelo que **muitas reanimações são inapropriadas.**

Este foi o problema que identifiquei na prática, considerando que em muitas situações a reanimação é fútil.

### **1.5. Aspectos Legais**

Neste capítulo pretendo fazer referência à legislação que considero pertinente para nortear os profissionais de saúde na sua decisão.

A obstinação terapêutica é uma atitude inadequada, envolvendo meios extraordinários e desproporcionados ao benefício esperado. Que conduzem a sofrimentos desnecessários e gratuitos aos doentes sempre que exista uma alta probabilidade de que desta intervenção não resulte um prolongamento da vida autónoma e consciente.

Por outro lado, cabe ao profissional de saúde fazer cumprir o direito à vida e à qualidade de vida da pessoa.

Na dificuldade de estabelecer um critério preciso, rigoroso e bem justificado clinicamente poderão muitas vezes surgir muitos dilemas éticos. E no que se relaciona com o presente ensaio, a decisão de não reanimar impõem muitas questões éticas relacionadas com o não proporcionar suporte de vida.

No seguimento da elaboração do raciocínio considero pertinente fazer referência à abordagem realizada pela leitura do Código Penal (2007), Livro II- Parte especial; Título I- Dos Crimes contra as Pessoas; Capítulo I- Dos Crimes contra a Vida

**Artigo 133.º (Homicídio Privilegiado)**, Refere que quem matar outra pessoa dominado por compreensível emoção violenta, compaixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral, que diminuam sensivelmente a sua culpa, é punido com pena de prisão até 5 anos.

**Artigo 134.º (Homicídio a pedido da vítima)**, Número 1- Quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expreso que ela lhe tenha feito é punido com pena de prisão até três anos; Número 2- A tentativa é punida.

**Artigo 135.º (Homicídio ou ajuda ao suicídio)**, Número 1- Quem incitar outra pessoa a suicidar-se, ou lhe prestar ajuda para esse fim, é punido com a pena de prisão até três anos, se o suicídio vier efectivamente a ser tentado ou a consumir-se; Número 2- Se a pessoa incentivada a ou a quem se presta a ajuda for menor de 16 anos ou tiver, por qualquer motivo, a sua capacidade de valoração ou de determinação sensivelmente diminuída, o agente é punido com pena de prisão de um a cinco anos.

**Artigo 150.º (Intervenções e Tratamentos Médico - Cirúrgicos)**

- 1- As intervenções e os tratamentos que segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com a *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com a intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar a doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.
- 2- As pessoas indicadas no número anterior que, em vista das finalidades nela apontadas, realizem intervenções ou tratamentos violando as *leges artis* e criarem, desse modo, um perigo para a vida ou perigo grave ofensa para o corpo ou para a saúde são punidas com pena de prisão até dois anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave lhes não couber por força de outra disposição legal.

**Artigo 156.º (Intervenções e tratamentos Médico- Cirúrgicos arbitrários)**

- 1- As pessoas indicadas no artigo 150.º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até três anos ou com pena de multa.
- 2- O facto não é punível quando o consentimento:
  - a) Só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde; ou
  - b) Tiver sido dado para certas intervenções ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos

conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar o perigo para a vida, o corpo ou a saúde; e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado.

- 3- Se, por negligência grosseira, o agente representar falsamente os pressupostos do consentimento, é punido com penas de prisão até seis meses ou com penas de multa até 60 dias.
- 4- O procedimento criminal depende de queixa.

Importa ainda referir o **Artigo 149.º (Consentimento), do Código Penal**, uma vez que qualquer acto médico deve ter por base um consentimento da pessoa e no caso de esta não se encontrar em condições de o manifestar, deve se obter o consentimento do seu representante legal.

- 1- Para efeito de consentimento a integridade física considera-se livremente disponível.
- 2- Para decidir se a ofensa ao corpo ou à saúde contraria os bons costumes tomam-se em conta, nomeadamente, os motivos e os fins do agente ou do ofendido, bem como os meios empregados e amplitude previsível da ofensa.

#### **1.6. Direitos do Homem e da Biomedicina**

##### **(Artigo 4.º- Obrigações Profissionais e regras de conduta)**

A Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina data de 1997, sendo também conhecida como Convenção de Oviedo. Esta foi ratificada por Portugal em 2001.

Importa incluir esta Convenção na abordagem sobre a Decisão de Não Reanimar, uma vez que após o julgamento de Nuremberga a comunidade considerou uma obrigação regulamentar a prática da experimentação em seres humanos, em particular no que respeita à obtenção de consentimento informado.

Em causa encontrava-se a violação de alguns direitos fundamentais, colocando em dúvida a essência da dignidade humana.

O autor, Nunes (2003), no seguimento desta reflexão coloca a seguinte questão: “Mas pode perguntar-se, desde logo, qual a fundamentação da ética numa sociedade plural e secularizada?” A doutrina dos Direitos Humanos, em todas as sociedades de tradição judaico-cristã, evoluiu ao ponto de conferir uma autonomia quase limitada ao ser humano individual.

Sendo uma noção que se encontra expressa na Declaração Universal dos Direitos do Homem, a qual deve ser determinante em toda a reflexão ética em torno das ciências da vida.

“Qualquer intervenção na área da saúde, incluindo a investigação, deve ser efectuada na observância das normas e obrigações profissionais, bem como pelas regras de conduta aplicáveis ao caso concreto.” (Artigo 4.º da Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Relativamente às Aplicações da Biologia e da Medicina).

### **1.7. Convenção Europeia dos Direitos do Homem**

No que se refere às questões relacionadas com as decisões tomadas no decorrer do fim de vida a Convenção Europeia dos Direitos do Homem no **Título I- Direitos e Liberdades**, no seu **Artigo 2.º - Direito à Vida**, faz referência às seguintes considerações:

- 1- O direito de qualquer pessoa à vida é protegido pela lei. Ninguém poderá ser intencionalmente privado da vida, salvo em execução de uma sentença capital pronunciada por um tribunal, no caso de o crime ser punido com esta pena de lei.
- 2- Não haverá violação do presente artigo quando a morte resulte do recurso à força, tornando absolutamente necessário:
  - a) Para assegurar a defesa de qualquer pessoa de uma violência ilegal;
  - b) Para efectuar uma detenção legal ou para impedir a evasão de uma pessoa detida legalmente;
  - c) Para reprimir, em conformidade com a lei, uma revolta ou uma insurreição.

### 1.7.1. Questão prática relacionada com o Fim de Vida

No que se refere a esta questão relacionada com o fim de vida o **Tribunal Europeu dos Direitos do Homem** em Abril de 2002 emitiu o seguinte acórdão que passarei a indicar seguidamente.

O **Acórdão Pretty**, de 29 de Abril de 2002, R02- III, pág.237- faz referência ao seguinte caso:

A requerente inglesa de 43 anos de idade, sofrendo de uma doença neurodegenerativa progressiva em estado muito avançado, desejava poder decidir quando e como iria morrer para escapar ao sofrimento e indignidade provocados pela doença. O suicídio não é punido na lei inglesa, mas a requerente, sendo incapaz de realizar determinado acto sem assistência de terceiros, devido ao seu estado de saúde, pediu sem sucesso nos tribunais ingleses que o seu marido a ajudasse no suicídio.

No direito Inglês, assim como no direito Português, a ajuda ao suicídio cai na alçada do lei penal.

Deste modo, perante o fracasso a nível interno, a requerente dirigiu-se ao Tribunal Europeu dos Direitos do Homem alegando a violação de uma série de artigos da Convenção Europeia dos Direitos do Homem, nomeadamente no 2.º, porquanto este artigo garantiria não apenas o direito à vida mas igualmente o direito a escolher entre continuar ou deixar de viver.

O Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, no entanto, não acolheu a tese da requerente, pois não se convenceu de que o “direito à vida” garantido pelo artigo 2.º possa comportar um elemento negativo, afirmando:

*“O artigo 2.º não poderá, sem distorção de linguagem, ser interpretado como conferindo um direito diametralmente oposto, a saber o direito a morrer; tão pouco ele cria um direito de autodeterminação no sentido em que ele daria a todo o indivíduo o direito de escolher antes a morte que a vida.”*

Assim o Tribunal pensa que não é possível deduzir do artigo 2.º da Convenção um direito a morrer, seja pela mão de um terceiro ou com a assistência de uma autoridade pública.

## 2. O PRIMADO DO SER HUMANO SOBRE A TÉCNICA

Na abordagem do primado do Ser Humano sobre a Técnica é imprescindível falar de Dignidade Humana, a qual é extremamente bem referenciada no Parecer 26/CNECV – Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana, do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV). Neste parecer o CNECV analisa o conceito da dignidade humana nas suas componentes filosóficas, biológicas e nas suas implicações éticas.

Quando nos debruçamos sobre a Convenção Europeia dos Direitos do Homem sabemos que a mesma está eticamente fundamentada à luz do conceito de Dignidade Humana. Uma vez que esta Convenção assume que: “Decididos, enquanto Governos de Estados Europeus animados no mesmo espírito, possuindo um património comum de ideias e tradições políticas, de respeito pela liberdade e pelo primado do direito, a tomar as primeiras providências apropriadas para assegurar a garantia colectiva de certo número de direitos enunciados na Declaração Universal” (Barreto, 2005).

Ao assentar na base do respeito pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de Dezembro de 1948, texto Português publicado em diário da República, I Série, n.º 57, de 9 de Março de 1978, é importante referir a ênfase atribuída no seu Preâmbulo à Dignidade Humana: “Considerando que, na Carta, os Povos das Nações Unidas proclamam, de novo, a sua fé nos direitos fundamentais do homem, na sua dignidade e no valor da pessoa humana, na igualdade de direito dos homens e das mulheres e se declaram resolvidos a favorecer o processo social e a instaurar melhores condições de vida dentro de uma liberdade mais ampla” (Barreto, 2005).

Considero pertinente referir o conceito de liberdade, no sentido de que a liberdade do profissional de saúde em tomar uma decisão perante a pessoa em fim de vida deverá respeitar a liberdade de decisão da mesma e da sua família.

“A liberdade humana, sei o que é: verdade da consciência como Deus. Por ela chego facilmente ao direito absoluto; por ela sei apreciar as instituições sociais. Sei que a esfera dos meus actos livres só tem por limites a esfera dos actos livres dos outros, e por limites factícios as restrições a que conviesse submeter-me para a sociedade existir

e para eu achar nela a garantia do exercício das minhas liberdades” (Alexandre Herculano citado pelo Prof. Doutor Canotilho).

A noção de dignidade humana varia consoante as épocas e os locais, é a ideia central que actualmente possuímos e admitimos na civilização ocidental, que constitui a base dos textos fundamentais sobre Direitos Humanos (26/CNECV/99).

“Os Direitos Humanos são a expressão directa da dignidade da pessoa humana, a obrigação dos Estados de assegurarem o respeito que decorre do próprio reconhecimento dessa dignidade” (26/CNECV/99, citando Lenoir e Mathieu, 1998).

A abordagem da dignidade humana faz-se sobretudo pela negativa, ou seja, pela negação da banalidade do mal, é o confronto com situações de indignidade ou de ausência de respeito que se tem em consideração o tipo de comportamentos que têm de ser respeitados.

A dignidade humana é um conceito evolutivo, dinâmico, abrangente. Lenoir e Mathieu, referindo a Declaração Universal dos Direitos do Homem, e tendo em conta o alargamento do conceito de dignidade, referem os princípios que lhe estão associados: o princípio da não discriminação; o direito à vida; a proibição de tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes; o respeito pela vida privada e familiar; o direito à saúde; a liberdade de investigação (em respeito com a dignidade da pessoa humana).

Estes são conceitos muito importantes a ter em consideração quando se fala no cuidar e na tomada de decisões em fim de vida.

Importa ainda referir a noção de ética de responsabilidade de Hans Jonas, que se centra no cuidado, “que nos põe no centro de tudo o que nos acontece e que nos faz responsáveis pelo outro...” (B. Sousa Santos).

*“Age de tal modo que trates a humanidade, tanto na tua pessoa como na do outro, sempre e ao mesmo tempo, como um fim e nunca simplesmente como um meio.”*  
(Kant)

### 3. CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida é uma construção subjectiva que a pessoa vai elaborando ao longo da sua vida de relação com o meio em que está inserida. Ao longo do ciclo vital a pessoa vai ter objectivos de vida bem específicos de acordo com o seu estado de desenvolvimento, a saúde é um dos bens mais fundamentais que as pessoas mais referem como sendo aquele aspecto que mais lhe permite ter qualidade de vida.

A OMS, no ano de 1993, considera a qualidade de vida como “... a percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objectivos, os seus desejos, as suas normas e as inquietudes. É um conceito muito amplo que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, as suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio.”

A liberdade e autonomia são no meu ponto de vista os princípios fundamentais que levam a que as pessoas sintam que são seres capazes de seguir e realizar o seu projecto pessoal. Na situação de doença a pessoa em muitas situações sente-se como um ser dependente o que leva a que sinta que perdeu a sua liberdade e autonomia.

A qualidade de vida está assim relacionada com o grau de satisfação subjectiva que a pessoa sente pela vida e é influenciada por todas as dimensões da personalidade – física, psicológica, social e espiritual. A avaliação da qualidade de vida tende a ser afectada de forma negativa, porque as tabelas existentes medem apenas alguns dos seus aspectos e não a satisfação global subjectiva (Twycross, R.).

Falar de qualidade de vida em fim de vida é ter em consideração todos os aspectos que poderão, para cada pessoa (ser biopsicossocial), afectar o curso natural da sua vida e consequentemente a sua qualidade de vida.

### **3.1. Qualidade de vida relacionada com a saúde**

Pimentel (2006) refere que “Os doentes dão uma importância muito grande à saúde.”

Pimentel (2006) faz a distinção entre dois tipos de Qualidade de Vida que guardam entre si uma relação de complementaridade: a qualidade de vida relacionada com a saúde QDVRS e a qualidade de vida QDV não relacionada com a saúde. A QDVRS é uma parte da QDV geral do indivíduo, e pode ser definida de uma forma simples como constituída pelos componentes que representam a parte da QDV de um indivíduo relacionada com a saúde (doença e terapêutica), devendo incluir os seguintes aspectos: sintomas produzidos pela doença ou pelo tratamento; funcionalidade física; aspectos psicológicos; aspectos sociais, familiares, laborais e económicos. Estando estes itens interrelacionados e influenciam-se mutuamente.

Na avaliação da Qualidade de Vida global, a percepção individual do estado geral da saúde é o mais importante em relação a outras vivências.

Para a maioria dos autores o conceito de Qualidade de Vida relacionado com a Saúde inclui as seguintes dimensões: estado físico e desempenho; estado psicológico e bem-estar; interações sociais; factores económicos e/ou vocacionais.

A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde é um conceito multidimensional, que encerra vários domínios (físico, psicológico, social e espiritual), influenciado pelo tipo de personalidade do doente e pelos seus aspectos cognitivos. Estando relacionado com um grande carácter subjectivo, relativamente ao valor que o doente atribui à sua doença. Adoptando o dinamismo de um conceito que é mutável com tempo (Secchi e Strepparava citados por Pimentel, 2006).

De acordo com Pimentel (2006) apesar de algumas indefinições e incertezas no que se refere aos modelos de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, existem alguns aspectos consensuais:

1. Definição – a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde é um conceito multidimensional, que expressa o bem-estar subjectivo do doente, nas

vertentes físicas, psicológicas e sociais. A dimensão física refere-se à percepção que o doente tem da sua capacidade em realizar as suas actividades diárias. A dimensão social refere-se à capacidade do doente se relacionar com os membros da família, vizinhos, amigos e outros. A dimensão psicológica incorpora aspectos do bem-estar emocional e mental, como depressão, ansiedade, medo, raiva, entre outros.

2. Subjectividade: a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde encontra-se dependente da percepção individual, crenças, sentimentos e expectativas.
3. Dinamismo: a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde é um conceito dinâmico, mutável com o tempo e dependente das modificações no doente e das modificações em seu redor.
4. Medida: existem instrumentos de medida de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde validados, que permitem a avaliação da forma normalizada.
5. Necessidade: a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde deve ser o pressuposto central nas doenças crónicas e incuráveis.

Perante situações de doença idênticas duas pessoas sempre irão ter diferentes formas de se adaptarem ao seu estado. Sendo necessário humanizar as unidades de saúde no sentido de avaliar o conceito que cada pessoa tem da sua vida e daquilo que considera ser uma vida com qualidade e dignidade.

Podemos não conseguir curar mas estou certa que quando a possibilidade de vida se extingue ainda muito existe a fazer. Acredito nos Cuidados Paliativos como tendo grande capacidade de mudança na Humanização dos Cuidados de Saúde e que esses mesmos cuidados poderão ajudar a pessoa a atribuir sentido à sua vida. Vida esta que teve uma alteração introduzida pelo facto de a pessoa se encontrar em fim de vida.

É na perspectiva do doente em fim de vida que quero lançar a reflexão e o consequente debate.

No contexto de emergência pré-hospitalar as informações que muitas vezes as equipas têm acesso sobre a situação de saúde e antecedentes pessoais, são escassas. E em muitas das situações mesmo que estejam presentes familiares estes não conseguem

num primeiro momento transmitir esta informação, uma vês que é uma situação de limite entre a vida e a morte, em que a componente emocional e o stress é imenso.

#### 4. ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

Nos últimos tempos o debate sobre a questão da Eutanásia surge nos meios de comunicação social como indício de que existe uma necessidade de gerar uma reflexão pública. Contudo, considero que a população não se encontra devidamente informada sobre os aspectos e conceitos muito específicos que são formulados quando falamos de Eutanásia. Este será, na minha perspectiva, um dos grandes entraves para que se possa realizar um debate público em grande escala que permita a preparação de um referendo nacional.

Recentemente, foi apresentado no programa “Aqui e Agora” da SIC um debate sobre a Eutanásia em que o Professor João Lobo Antunes referia que para que o debate sobre eutanásia é necessário fazer distinção de conceitos, uma vez que quando se debate, a questão raramente é realizada com clareza.

Assim, importa falar sobre de que se trata quando se fala de pessoas em estado vegetativo persistente e quais os dilemas éticos que estão intrinsecamente ligados ao mesmo.

*“Sou a mãe da Matilde Castro, a minha filha tem 12 anos, desde os 9 que está em estado vegetativo persistente. Teve um AVC aos 9 anos e na sequência desse AVC ficou nesta condição de saúde. Imediatamente a seguir ao acidente que teve foi atendida em Santa Maria onde a Matilde foi submetida a diversos tratamentos, operações, etc. Desde o início de todo o processo que eu pedi aos médicos para que não houvesse reanimações e que eventualmente, não houvesse tratamentos desnecessários porque iriam prolongar a vida da Matilde para além daquilo que seria esperado. A questão foi a conselho de ética, mas mesmo assim a Matilde continuou a ser ventilada. E hoje está cá....em estado vegetativo persistente (...)”*

(Alexandra Castro in programa *Aqui e Agora*, SIC, 19/02/2009)

Em Fevereiro de 2005, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, emitiu um Parecer sobre o Estado Vegetativo Persistente (45/CNECV/05), onde apresenta considerações muito importantes a ter em conta quando nos referimos à pessoa em Estado Vegetativo Persistente.

Define estado vegetativo persistente como uma situação clínica em que o seu diagnóstico pode ser alcançado com fiabilidade aceitável e reprodutível, sendo diferente de outras que apresentam também alterações profundas da consciência como o estado minimamente consciente ou o estado de coma.

O diagnóstico do estado vegetativo persistente pode ser feito com um grau aceitável de segurança, e só excepcionalmente é imprevisível. Sendo muito importante ter em consideração que a pessoa nesta condição de saúde embora esteja desprovida de actividade cognitiva e de auto-consciência, não se deve confundir com morte cerebral, nem como estando em estado terminal.

A pessoa em estado vegetativo persistente depende necessariamente de alimentação e hidratação artificiais, não existindo uniformidade no que se refere a considerar nos casos concretos se a alimentação e a hidratação artificiais são tratamentos ou cuidados básicos.

Na avaliação de tratamento proporcionado ou desproporcionado, existem discrepâncias em relação a cada caso particular, que se traduzem na impossibilidade de adoptar soluções uniformes às pessoas em estado vegetativo persistente, assim existe a divergência de saber em que se traduz o tratamento fútil para cada caso concreto.

A pessoa em estado vegetativo persistente sendo detentor de dignidade intrínseca ao ser humano, não tem possibilidade de tomar decisões sobre a sua saúde, em concreto sobre o início ou a suspensão de tratamento e de suporte vital. Neste sentido, caso não exista a manifestação de vontade anterior coloca-se a questão de saber se é do seu melhor interesse que a vida seja prolongada pela continuação do tratamento.

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida é do parecer que: qualquer que seja a análise da situação relativa a uma pessoa em estado vegetativo persistente deve

ser muito cautelosa e partir de um diagnóstico rigoroso sobre o seu estado clínico. A pessoa tem direito a cuidados básicos, que incluem a alimentação e hidratação artificiais, por outro lado, toda a decisão sobre o início ou a suspensão de cuidados básicos da pessoa em estado vegetativo persistente deve respeitar a vontade do próprio. A vontade deve ser expressa ou presumida ou manifestada por pessoa de confiança previamente designada por quem se encontra em estado vegetativo persistente.

No processo de tratamento da pessoa em estado vegetativo persistente deverá ser envolvida a equipa de saúde multidisciplinar e família e/ou a pessoa de confiança anteriormente indicada e pressupor a disponibilização da informação conveniente a todo o processo decisório, tendo em consideração a vontade reconhecível da pessoa em estado vegetativo persistente nos limites da boa prática médica, e tendo em conta a proporcionalidade dos meios que melhor se adequam ao caso concreto.

Cada situação da pessoa em estado vegetativo deverá ser avaliada criteriosamente, como forma de não se aplicar soluções uniformes às pessoas em estado vegetativo persistente.

Posto isto, é extremamente complicado para a família em caso de paragem cardiorrespiratória da pessoa em estado vegetativo persistente, tomar uma decisão sobre se a pessoa deve ou não reanimada. Colocando muitos dilemas éticos mesmo às equipas de saúde, pois estas consideram que poderá ainda existir uma oportunidade de proporcionar mais anos de vida à pessoa. Por outro lado, é de muito difícil decisão para a família pois existe o medo e receio da perda do ente querido. E estando subjacente o problema de a família achar que pode não estar a tomar a melhor decisão de acordo com o superior interesse da pessoa, ou mesmo de achar que esta é uma decisão demasiadamente complicada de se fazer quando os laços afectivos são muito fortes e o “não fazer nada” significa a morte da pessoa.

## 5. A PESSOA NO ESTADO TERMINAL

Nas instituições de saúde existem muitas vezes atitudes que são claramente inadequadas às situações dos doentes em fase terminal.

Os médicos e enfermeiros podem deixar arrastar-se por sentimentos de frustração, de negativismo e de depressão, quando sentem que a técnica não lhes permitirá curar a pessoa.

No que se refere ao acompanhamento, nomeadamente aos Cuidados Paliativos, do doente em fase terminal de vida Santos, Laureano, A. (1996), as atitudes dos profissionais de saúde partindo do diagnóstico e prognóstico correctos da doença, devem adequar-se ao estado de consciência e autodeterminação do doente, às possibilidades de limitação da dor e intensidade do sofrimento, como forma de que todo o processo de cuidados tenha em conta a vontade do doente e envolvendo o seu círculo pessoal e familiar.

Nesta reflexão destaco o Parecer sobre os aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final de vida, do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (11/CNECV), no que se refere à Decisão de Não Reanimar, destaco:

*“Doente grave, hospitalizado, que entra em fase terminal: A equipa de saúde, dedicada e competente, decide interromper tratamentos que se tornaram claramente ineficazes segundo o melhor juízo clínico, recusando a obstinação terapêutica por ser má prática médica, mas utilizando todos os meios necessários para assegurar o conforto e bem-estar do doente, de modo a que o processo de morte decorra com respeito pela dignidade da pessoa humana.”*

### **5.1. As Guidelines sobre a Suspensão e Abstenção de Tratamentos em Doentes Terminais**

A fase final da vida suscita desde à muitos anos inúmeras questões éticas e dúvidas de natureza existencial, sobretudo quando existe a possibilidade de intervir medicamente para aliviar a dor e o sofrimento.

A evolução da medicina originou a possibilidade de prolongar a existência humana para além daquilo que é razoável, pelo que importa desde logo estabelecer critérios claros para uma boa prática clínica nesta fase da vida humana.

O estabelecimento destes critérios deve ser o mais consensual possível para impedir disparidades eticamente inaceitáveis na suspensão ou abstenção de tratamentos em doentes terminais.

Os clínicos na sua prática deparam-se frequentemente com situações de difícil interpretação no plano ético pelo que é fundamental proceder a uma distinção conceptual nomeadamente entre eutanásia, *stricto sensu*, e suspensão ou abstenção de meios extraordinários, fúteis ou desproporcionados de tratamento.

Mesmo que nem sempre seja fácil traçar uma linha divisória entre ambas as situações, a utilização desproporcionada de intervenções médicas suscita dilemas éticos com um elevado impacto nas sociedades ocidentais, vista como má prática médica, ou seja obstinação terapêutica, designada também por *distanásia*.

No que se refere à suspensão ou abstenção de meios desproporcionados de tratamento, ou seja, intervenções claramente invasivas, tratamentos médico - cirúrgicos que permitam uma vida sem qualidade ou mesmo a reanimação cardiorrespiratória, impera definir um quadro regulatório da prática.

No decorrer de uma doença irreversível e terminal, a Ordem de Não Reanimar é eticamente legítima se as manobras de reanimação forem interpretadas e consideradas como uma intervenção desproporcionada.

Sublinho ainda as Decisões respeitantes a doentes a doentes competentes e incompetentes, referindo que:

- quando a reanimação cardiopulmonar é considerada uma intervenção desproporcionada – no caso de o doente ter entrado em paragem cardiopulmonar e se enquadrar num grupo de risco bem definido – é eticamente adequada a emissão de uma “Ordem de Não - Reanimar”;

- Deve existir em todos os Hospitais Portugueses um modelo estandardizado através do qual se possa redigir uma “Ordem de Não Reanimar”.

Considero que o debate nesta matéria deve ser continuado e que toda a sociedade civil deve ser envolvida na discussão dos dilemas éticos relacionados com o fim da vida humana. E por outro lado, o “testamento de vida” deve ser colocado no debate público e da agenda política, como forma de promover cuidados de saúde baseados na autodeterminação da pessoa doente.

### CAPÍTULO III - TRABALHO EMPIRICO

Quando nos confrontamos diariamente com as decisões inerentes a cuidados de saúde à pessoa em fim de vida, temos necessidade de saber mais e acima de tudo de debater o tema junto dos restantes elementos da equipa.

No decorrer de 2 anos de trabalho muitas foram as situações que me fizeram pensar e repensar até onde deverá ir a técnica, e conseqüentemente repensar a prática à luz da ética.

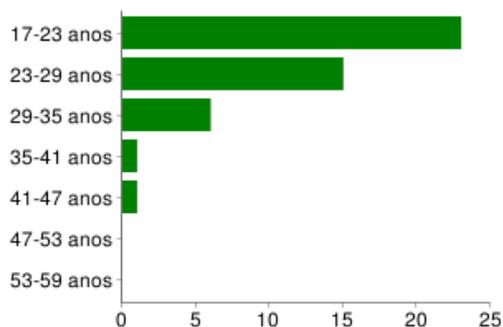
Neste sentido como trabalho inicial do meu projecto pessoal inquiri uma equipa de emergência pré-hospitalar sobre a questão de não reanimar. Em que a análise estatística através do programa *Excel*.

O trabalho divide-se num primeiro momento em que se fez uma abordagem qualitativa do problema e num segundo em que se fez uma abordagem quantitativa.

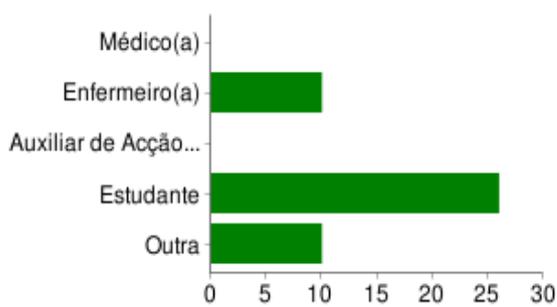
#### **Caracterização da amostra**

No que respeita à caracterização da amostra e de acordo com os gráficos seguintes, obtive que:

- 1- Dos 47 elementos da amostra 23 são do sexo feminino e 24 do sexo masculino;
- 2- A maioria dos elementos da amostra situa-se com idades compreendidas na faixa etária dos 17 aos 23 anos de idade.
- 3- A maioria dos elementos são técnicos de ambulância de transporte e os restantes são enfermeiros.

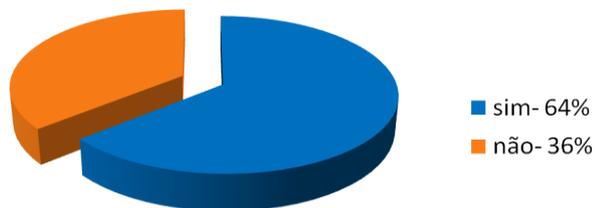


**Gráfico 1** – Distribuição dos elementos da equipa de Emergência Pré - Hospitalar, segundo a idade.

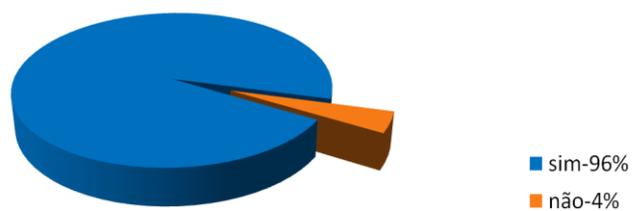


**Gráfico 2**- Distribuição dos elementos respondentes, segundo a profissão.

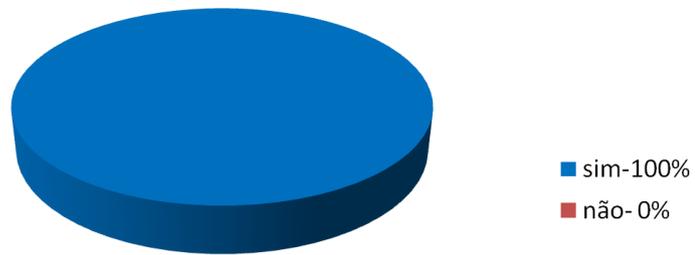
Foram consideradas no questionário quatro questões fechadas, de resposta dicotómica, com as quais pretendia saber se os elementos da equipa de Emergência Pré-Hospitalar já se tinham deparado com a situação de paragem cardiorrespiratória; se estes consideram pertinente reflectir na prática sobre a decisão de não reanimar; se consideram importante a decisão de não reanimar estar registada em diário clínico; e por fim, se têm opinião formada sobre a decisão de não reanimar.



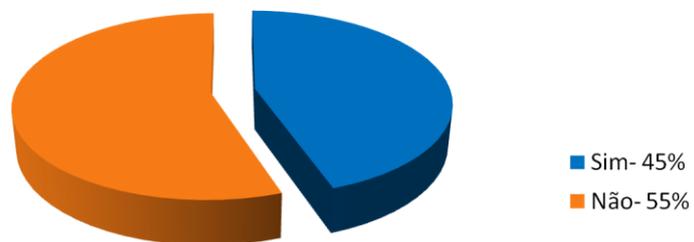
**Gráfico 3-** Distribuição dos elementos respondentes, segundo a experiência com situações de paragem cardiorrespiratória



**Gráfico 4-** Distribuição dos respondentes, segundo a sua opinião da pertinência da reflexão prática sobre a decisão de não reanimar.



**Gráfico 5-** Distribuição dos respondentes, segundo a opinião sobre a importância do registo da decisão de não reanimar em diário clínico.



**Gráfico 6** – Distribuição dos respondentes, segundo a existência de uma opinião pessoal formada sobre a decisão de não reanimar.

Na abordagem qualitativa do trabalho empírico os elementos da equipa de Emergência Pré – Hospitalar, que referiram ter uma opinião formada sobre a Decisão de Não Reanimar, responderam à seguinte resposta aberta: “ **Defina o que é para si a Decisão de Não Reanimar?**”

Realizando uma abordagem factorial dos resultados verificasse que no que se refere à definição de Decisão de Não Reanimar e nos aspectos a ela subjacentes, observamos que se enquadra dentro das seguintes dimensões referidas pelos elementos da equipa de Emergência Pré – Hospitalar:

- 1- **Dimensão Clínica** – a Decisão de Não Reanimar deve ser tomada tendo em conta: Diagnóstico; prognóstico; tempo de paragem cardiorrespiratória que decorre até à chegada da equipa de emergência; sobrevivência da pessoa; qualidade de vida;
- 2- **Dimensão Ética** – A Decisão de Não Reanimar deve ter em consideração: A idade da pessoa; evitar sofrimento humano; evitar a distanásia e futilidade terapêutica; Decisão do doente; Decisão da família; dignificação da morte; envolvimento da família na tomada de decisão;
- 3- **Dimensão legal, ética e deontológica** – De acordo com os elementos respondentes deve ser uma decisão tomada pela equipa multidisciplinar; não deve ser confundida com eutanásia; deve fazer parte da formação dos profissionais.
- 4- **Dimensão pessoal** – existe ainda a referência a uma tomada de decisão baseada num pressuposto da formação pessoal.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O respeito pela vida da pessoa com dignidade é sem dúvida um ponto muito forte na filosofia de quem cuida de pessoas. Questões tão delicadas, tais como a decisão de Não Reanimar, quando colocadas no seio de uma equipa geram reflexão e procura de mais informação para que possam debater a ideia com maior conhecimento de causa.

Após a implementação do questionário muitas foram as dúvidas que os colegas me colocaram. E imensas foram as histórias que me contaram, como todas as histórias algumas foram felizes e outras nem tanto, em suma, o importante é reflectir de forma crítica e informada sobre as mesmas.

Os elementos da equipa assumem que é necessária mais formação e discussão sobre estes dilemas éticos.

Os resultados obtidos a partir deste trabalho neste momento têm como objectivo continuar o trabalho de reflexão em equipa e desenvolver a investigação nesta área, pois a ciência e a humanização dos cuidados devem estabelecer parceria como forma de proporcionar uma melhor qualidade de cuidados e qualidade de vida às pessoas.

## **Decisão de Uma Vida...**

### **MAR ADENTRO**

**Mar adentro, mar adentro.**

**Y en la ingravidez del fondo  
Donde se cumplen los sueños  
Se juntan dos voluntades  
Para cumplir un deseo.**

**Un beso enciende la vida  
Con un relámpago y un trueno  
Y en una metamorfosis  
Mi cuerpo no es ya mi cuerpo,  
Es como penetrar al centro del universo.**

**El abrazo más pueril  
Y el más puro de los besos  
Hasta vernos reducidos  
En un único deseo.**

**Tu mirada y mi mirada  
Como un eco repitiendo, sin palabras  
"más adentro", "más adentro"  
Hasta el más allá del todo  
Por la sangre y por los huesos...**

## CONCLUSÃO

A realização do presente trabalho permitiu a reflexão sobre os direitos da pessoa em fim de vida. Considerando a pessoa como um ser holístico que encerra em si a dignidade inerente à sua condição Humana é muito importante que o fim de vida seja considerado um momento do ciclo vital em que todos os seus direitos respeitados. Especificamente teremos de respeitar os direitos da pessoa doente, que se encontram consagrados em diversos documentos Nacionais (Lei de Bases da Saúde; Estatuto Hospitalar; Regulamento Geral dos Hospitais; Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes; Carta dos Direitos do Doente dos Serviços de Saúde; Carta dos Direitos do Doente Internado; Código Deontológico da Ordem dos Médicos; Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros).

No que diz respeito a Decisão de Não Reanimar considero que existe necessidade de esclarecimento da sociedade, em geral, e dos profissionais de saúde, em particular.

Sendo muito importante considerar que quando não é possível curar ainda é necessário seguir uma filosofia de Cuidados Paliativos, como forma de dignificar o fim de vida da pessoa. Para isso é necessário que as políticas de saúde sejam desenvolvidas no sentido de dotar a sociedade de meios humanos e materiais que permitam cuidar da pessoa em fim de vida.

Considero ainda que os programas de intervenção têm necessariamente de ser individualizados em função da situação e da provável evolução do seu estado de saúde. No caso de o doente estar consciente este deve ser informado da sua situação de saúde, devendo esta ser adequada a pessoa e ser transmitida através de uma comunicação baseada na empatia, assertividade e relação terapêutica. Assim o doente e a família devem conhecer os níveis de intervenção terapêutica e os seus objectivos.

Posto isto, no que diz respeito à Decisão de Não Reanimar considero importante referir os seguintes aspectos: No termo das doenças irreversíveis não se devem iniciar manobras de reanimação cardiorrespiratória, o limite desta decisão deverá ser a incerteza do diagnóstico; As situações de paragem cardiorrespiratória em que exista a

instrução de não reanimar são justificadas de acordo com parâmetros rigorosos e objectivos, tais como: 1- quando é manifestamente previsível que a reanimação não é possível ou quando o doente imediatamente a seguir repetirá o processo que conduziu à paragem cardiorrespiratória. 2- quando a paragem for termo de uma doença de evolução necessariamente fatal bem documentada; 3- quando a qualidade de vida previsível após a reanimação seja muito redutora da pessoa e da dignidade que lhe é inerente; 4- quando a pessoa tenha manifestado a sua vontade anteriormente, e em caso de estado de inconsciência a família e/ou representante legal/ procurador de cuidados de saúde se manifestem a favor de não reanimar.

O presente trabalho não se assume como uma resposta imutável e rígida, mas sim é um ponto de reflexão sobre o fim da vida humana e o dilema ético de iniciar ou suspender o suporte avançado de vida, especificamente a decisão de não reanimar.

Considero que esta é uma questão que não tem uma resposta fixa, cada pessoa é única e cada situação de saúde particular. Posso afirmar que existem um conjunto de conceitos normativos que poderão sempre ajudar as pessoas que decidem sobre esta questão tão delicada a tomarem a decisão tendo por base o respeito pelos Direitos do Homem. E por outro lado, permitir que exista o debate sobre esta temática nas equipas de saúde, com os doentes, com a família e sociedade.

Os dilemas éticos surgem na capacidade do ser humano em se questionar sobre os avanços das tecnologias que tudo lhes permite controlar, e por outro lado de rever na pessoa humana uma identidade única, biopsicossocial e digna de respeito na vida e na morte.

Pretendo dar continuidade a este trabalho no âmbito dos estudos de Mestrado, como forma de propor que:

- 1- O doente aquando da alta do Hospital para o domicílio, Cuidados Continuados, Lar, etc, se faça acompanhar de uma “carta de alta para o domicílio” como forma de em caso de paragem cardiorrespiratória as equipas de emergência médica possam ter o maior número de elementos possíveis para que a tomada

de decisão seja baseada na evidência e de forma a servir o superior interesse do doente;

- 2- Criar um programa informático que permita a incorporação de informação médica no cartão de utente para que esta possa de fácil acesso às equipas de saúde (emergência pré-hospitalar, Hospitais e Centros de Saúde).
- 3- Desenvolver uma Guideline Interna para um Hospital de forma a promover o maior esclarecimento dos profissionais de saúde.
- 4- Promover que exista um registo da Decisão de Não Reanimar em Diário Clínico, especialmente quando se trata de transferências inter – hospitalares, como forma em caso de paragem cardiorrespiratória o enfermeiro que faz a transferência tomar a decisão de forma rápida e baseada numa decisão previamente discutida no Hospital.
- 5- Promover o debate sobre a importância do testamento vital, respeitando o direito do doente de autodeterminação face à sua situação de saúde;

## BIBLIOGRAFIA

- **ARCHER**, Luís; Biscaia Jorge; Osswald, Walter; Renaud, Michel- Novos Desafios à Bioética. Porto: Porto Editora. 2001. ISBN: 972-0-06036-0.
- **BARRETO**, I. C. – A Convenção Europeia dos Direitos do Homem – Anotada. 3.ª Edição. Coimbra Editora. Coimbra, 2005. ISBN: 972-32-1350-8
- **BRITO**, J.H. SILVEIRA – O que dizer da Morte. Cadernos de Bioética. Número 30. Dezembro de 2002
- **CARNEIRO**, António H. e tal. - Manual de Suporte Avançado de Vida. Conselho Português de Ressuscitação, 2001.
- **EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL** – Curso de Suporte Avançado de Vida. Plano Estratégico Regional para Urgência/ Emergência em Unidades de Saúde. Ministério da Saúde. ARS- Centro, 2006
- **HENNEZEL**, Maria – Diálogo com a Morte. 3ª Edição. Lisboa: Notícias Editorial. 1999. ISBN: 972-46-0793-3. Pág.11
- **LEE**, R., Morgan, D. – Death Rights – Law and Ethics at the end of Life. Routledge- London and New York. New York, 1996. ISBN: 0-415-14026-9
- **PESSINI**, L. – Morrer com dignidade. 2ª Ed. Aparecida: Editora Santiago. 1990.
- **NUNES**, Rui – Regulação da Saúde. 2.ª Edição. VidaEconómica Editora. Porto, Maio de 2009. ISBN: 978-972-788-305-9
- **NUNES**, R., REGO, G. – Prioridades na Saúde. McGraw – Hill. Lisboa, 2002.
- **NUNES**, R. – Direitos do Homem e da Biomedicina. Editorial Verbo, Lisboa, 2003. ISBN: 972-54-0048-8. Pág.55
- **NUNES**, R. – Humanização a saúde. Gráfica de Coimbra. Coimbra, Janeiro de 2007. ISBN: 978-972-603-386-8
- **SANTOS**, A. L. – Bem da Pessoa e Bem Comum – um desafio à Bioética. Gráfica de Coimbra. Centro de Estudo de Bioética. Coimbra, 1998. ISBN: 972-603-185-0
- **SERRÃO**, D., Nunes, R. – Ética em Cuidados de Saúde. Porto Editora. Porto, 1998. ISBN: 972-0-06033-6
- **SINGER**, P. – Ética prática. 2ª Edição. Cambridge University Press, Madrid, 2003.

- **TWYLCROSS, R.** – Cuidados Paliativos. 2.ª Edição. CLIMEPSI Editores. Lisboa, Novembro de 2003. ISBN: 972-796-093-6
- **GONÇALVES, Manuel Lopes Maia** - Código Penal Anotado Português. 14ª Ed. Almedina, Coimbra, 2001.
- **Código Deontológico para Enfermeiros** – Decreto-lei n.º 104/98. Disponível em: <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>
- **Constituição da República Portuguesa** de 2 de Abril de 1976, Lei do Tribunal Constitucional, 1997. 4ª Ed. Coimbra: Coimbra Editora. ISBN: 972-32-0492-3.
- **Concelho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.**  
<http://www.cnecv.gov.pt/cnecv/pt/> :
- Parecer 11/CNECV/95 sobre os “Aspectos éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o final da vida.”
- Parecer 10/CNECV/95 sobre os “Critérios de Morte.”
- Documento de Trabalho 26/CNECV/99 Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana.
- Parecer sobre o Estado Vegetativo Persistente 45/CNECV/05.
- **Associação Portuguesa de Bioética:**
- Parecer N.º P/13/APB/08 – Proposta em um Referendo Nacional sobre a Prática da Eutanásia.
- Parecer N.º P/05/APB/06 – Sobre Directivas Antecipadas de Vontade.
- Guidelines sobre Suspensão e Abstenção de Tratamento em Doentes Terminais.

## REVISTAS

- **HORTA, Márcio Palis** – Eutanásia – problemas éticos da morte e do morrer. In Revista Bioética Vol. 7, nº 1 (1999), pag.27-33.
- **MELO, Helena** – Os aspectos jurídicos dos direitos dos doentes. Actas do V Seminário do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Imprensa Nacional Casa da Moeda, Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, 1999.

- **MELO, Helena** – Direito, Eutanásia e Suicídio Assistido. Actas do VIII Seminário Nacional do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, 2001.
- **MELO, Helena** – Legislação e Bioética. Cadernos de Bioética. Número 19. 1999. Pág. 15-22.
- **NUNES, Rui** – A Doença e a Morte. Acção Médica. Número 4.1990.
- **NUNES, Rui** – Dimensão Ética da abordagem do Doente Terminal. Cadernos de Bioética. Número 5. 1994.
- **NUNES, Rui** – Responsabilidade Médica na Urgência. Arquivos de Medicina. Número 10 (Sup. 5).1996.
- **NUNES, Rui** – A Vida Humana: Início e termo. Humanística e Teologia. Volume 17, Número 3. 1996.
- **RAPOSO, J. M.** – O cuidar e o Morrer. Cadernos de Bioética. Ano XII, Número 31. Abril de 2003.
- **RUBIALES, À. S.,** - Atitude ante el final de la vida en los profesionales de la sanidad. Cuadernos de Bioética. N.º 60, Vol. XVII. 2006.
- **WICKS, E.** – The right to refuse medical treatment under the European Convention on Human Rights. Medical Law Review. Volume 9, Número 1. Spring, 2001. Oxford University Press.
  
- **TRIBUNAL EUROPEU DOS DIREITOS DO HOMEM**  
<http://www.echr.coe.int/ECHR/FR/hudoc>