

## LIMITES DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO DOENTE COM PROGNÓSTICO VITAL BREVE: ARTIGO DE OPINIÃO

NURSING PRACTICE LIMITS IN PATIENTS WITH BRIEF VITAL PROGNOSIS: OPINION PAPER

LÍMITES DE ACCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE COM PRONÓSTICO VITAL BREVE: ARTÍCULO DE OPINIÓN

Joana Galvão <sup>1</sup>  
Inês Pereira<sup>2</sup>  
Marta Rodrigues<sup>3</sup>  
Paulo Jorge Sabino <sup>4</sup>  
Rafaela Santos<sup>5</sup>

**RESUMO:** A modernização progressiva da sociedade associada ao desenvolvimento na área da saúde têm permitido um aumento da esperança média de vida da população, notando-se principalmente naquelas pessoas que se encontram acometidas de doenças de caráter crónico, o que tem fornecido, tanto à sociedade em geral, como aos profissionais de saúde em particular, um sentimento de conquista sobre a morte, que permanece atualmente. Esta necessidade de querer curar todas as doenças, protelando significativamente o momento da morte, pode levar a vãs tentativas de prolongar a vida, através de meios fúteis, mesmo que não estejam reunidas as condições para tal, gerando discussões do foro ético, deontológico e jurídico. É nesta medida que surgem as reflexões sobre doentes com prognóstico vital breve e a aceitação da morte, permitindo a prestação de cuidados de excelência, sem alterar o curso da vida. Foi nesse âmbito que surgiu o nosso tema e sobre o qual nos debruçámos. Procurámos estabelecer paralelismos entre teorias mais remotas mas que possuem ramificações atuais e teorias contemporâneas, analisando ao mesmo tempo o enquadramento jurídico-legal vigente no nosso país, os princípios éticos e as premissas impostas pela deontologia profissional.

1916

**Palavras-chave:** Prognóstico vital breve. Dilemas éticos. Deontologia. Direito. Epistemologia.

<sup>1</sup> RN, Enfermeira de Cuidados Gerais na Medicina II, Hospital José Joaquim Fernandes – ULSBA, EPE, Beja, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2288-3169>

<sup>2</sup> RN, Enfermeira de Cuidados Gerais na NefroEstremoz - Estremoz, Portugal; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9554-5753>

<sup>3</sup> RN, Enfermeira de Cuidados Gerais na Medicina ala Direita do Hospital de Santa Luzia – ULSNA, EPE, Elvas, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5026-0113>

<sup>4</sup> RN, Enfermeiro de Cuidados Gerais na Medicina II Hospital José Joaquim Fernandes – ULSBA, EPE, Beja, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2329-3072>

<sup>5</sup> RN, Enfermeira de Cuidados Gerais na Medicina II Hospital de Faro – CHUA, EPE, Faro, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6995-7722>

**ABSTRACT:** The progressive modernization of society combined with healthcare developments have made possible an increased average life expectancy of the population, especially among those who suffer from chronic diseases, providing, to society in general and healthcare professionals in particular, a feeling of victory over death that still remains. This urge to cure all diseases, delaying significantly the moment of death, can lead to vain attempts to extend life, using futile means, even when the conditions are not met, leading to ethical, deontological and legal discussions. This generates discussions on patients with a short life prognosis and their acceptance of death, allowing healthcare of excellence, without altering the course of life. It was in this context that our theme emerged and on which we focused, trying to establish parallelisms between remote theories that have current ramifications and contemporary theories, while analyzing the legal framework, the ethical principles, and the premises imposed by professional deontology in our country.

**Keywords:** Brief vital prognosis. Ethical dilemmas. Deontology. Legal support. Epistemology.

**RESUMEN:** La progresiva modernización de la sociedad, asociada con el desarrollo en la salud, ha permitido un aumento de la esperanza media de vida de la población, especialmente en aquellas personas afectadas por enfermedades crónicas, aportando, tanto a la sociedad en general como a los profesionales de la salud en particular, una sensación de conquista sobre la muerte que se mantiene en la actualidad. Este deseo en querer curar todas las enfermedades, retrasando significativamente el momento de la muerte, puede llevar a vanos intentos de prolongar la vida, por medios fútiles, incluso cuando no se dan las condiciones para ello, generando discusiones éticas, deontológicas y jurídicas. Es en esta medida que se plantean reflexiones sobre los pacientes con un breve pronóstico vital y su propia aceptación de la muerte, permitiendo la prestación de cuidados de salud de excelencia. Fue en este ámbito que surgió nuestro tema y en que nos centramos, buscando establecer un paralelo entre las teorías más remotas que tienen ramificaciones actuales y las teorías más contemporáneas, a la vez que se analiza el marco legal vigente en nuestro país, los principios éticos y las exigencias que impone la ética profesional.

**Palabras-clave:** Breve pronóstico vital, Dilemas Éticos, Deontología, Derecho, Epistemología

## INTRODUÇÃO

A evolução tecnológica ocorrida, principalmente, na segunda metade do século XX., levou à cura de muitas doenças que eram consideradas incuráveis e a uma crescente longevidade, incluindo nas pessoas doentes, tendo ainda este avanço na medicina tornado crônicas doenças incuráveis, o que resultou num incremento da esperança de vida dos indivíduos com essas doenças, sabendo, no entanto, “o modelo da “medicina curativa”, agressiva, centrada no «ataque à doença» não se coaduna com as necessidades deste tipo de pacientes, necessidades estas que têm sido frequentemente esquecidas” (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, citado por por Gomes & Jesus, 2013, p. 4).

A enfermagem, caracterizada por ser uma profissão direcionada à prestação de cuidados ao ser humano (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015) e que “alicerça o seu conhecimento específico tendo como base a fundamentação científica da disciplina e, ainda, através da interseção de várias áreas do saber, como a ética, a moral e os textos legislativos que regulamentam a profissão” (OE, 2015, p. 11), deve, enquanto integrante de uma equipa multidisciplinar abrangente e pilar essencial da prestação de cuidados, promover uma

mudança de paradigma nestes, visando a adaptação dos cuidados em relação ao doente com prognóstico vital breve, minimizando a incidência de comportamentos de obstinação ou futilidade terapêutica, procurando evitar o estigma do fracasso médico, de modo a não tornar o processo de morte, mais lento e mais doloroso, tanto para doente, como para família.

É nesta perspectiva, pela dificuldade na definição de fronteiras entre intervenções consideradas razoáveis e intervenções consideradas fúteis, que surge este artigo de opinião, onde vamos analisar as vertentes epistemológica, ética, deontológica e legal a ter em conta com este tipo de doentes.

## ABORDAGEM EPISTEMOLÓGICA

A enfermagem é entendida como ciência e disciplina voltada para a práxis, em que o objeto é o cuidar através da mobilização dos conhecimentos e saberes da enfermagem, “uma ciência humana prática com uma racionalidade prático-reflexiva, no âmbito de uma epistemologia da prática, cujo conhecimento específico, concretiza-se em processos de espiral hermenêutica” (Medina, 1999, citado por Queirós, 2016, s/p.).

Como ciência, tem um conhecimento próprio, assim importa pensar a epistemologia da enfermagem. Epistemologia, segundo Nunes (2018, p. 39) é um termo que deriva das palavras gregas “episteme” (conhecimento) e “logos” (teoria ou estudo) e refere-se ao “estudo do conhecimento” (Tesser, 1994, p. 92), sendo corroborado por Nunes (2018, p. 39), a qual defende que a epistemologia é “um ramo da filosofia que se ocupa das questões relativas à essência, origens, limites e validade do conhecimento”.

Aplicando o conceito de epistemologia à enfermagem, este remete para o estudo do seu conhecimento próprio, uma vez que epistemologia em enfermagem é o “estudo da origem do seu conhecimento, as suas estruturas e os seus métodos, os padrões de conhecimento criados e utilizados pelos seus membros e os critérios utilizados para a validação das afirmações do seu conhecimento” (Schultz & Meleis, 1988, citado por Queirós et al., 2014, p. 158).

Na prática clínica diária, os enfermeiros mobilizam um conjunto de conhecimentos, de natureza diversa, podendo estes “dicotomizar-se em conhecimento público e privado” (Kim, 2010, citado por Queirós, 2016, s/p.), sendo que os primeiros remetem para os conhecimentos “sistematizados e validados pela comunidade científica e os segundos relacionados com os conhecimentos pessoais” (ibidem).

Neste sentido, considerando a teoria de Barbara Carper, esta identificou o que considerava como os padrões fundamentais de conhecimento em enfermagem, os quais se complementam, contribuindo para o conhecimento da enfermagem no seu todo, sendo eles o conhecimento empírico, o ético, o estético e o pessoal (Carper, 1978, citada por Castellanos & Alvarado, 2018, p. 75)(tradução livre).

O conhecimento empírico reporta ao que é fatural, mensurável e baseado na investigação. Permite desenvolver teorias e assim prever, medir e generalizar acontecimentos (idem, p. 77). Já o conhecimento ético reporta ao conhecimento sobre os princípios e valores morais que enformam a prática, no fundo os princípios éticos que orientam a prática e investigação em enfermagem e assim fornece um padrão moral acerca do que é certo ou errado, auxiliando a tomada de decisão (Carper, 1978, Hernandez 2013 e Martinez, 2008, citados por Castellanos e Alvarado, 2018, p. 79)(tradução livre). A enfermagem considerada como “arte”, leva à identificação do conhecimento estético, o qual reporta a fenômenos não quantificáveis nem explicados por leis ou teorias e fica demonstrado através da relação entre enfermeiro e doente por ações, condutas ou

atitudes. Assenta na intuição, interpretação e compreensão, refere-se à dimensão criativa da enfermagem (Carper, 1978, citada por Castellanos e Alvarado, 2018, p. 77)(tradução livre).

É ainda considerado a componente pessoal, ao identificar o conhecimento pessoal, o qual aponta para a forma como o enfermeiro se vê a si e ao doente. Não se expressa diretamente, fica patente através da personalidade, em que ao considerar a individualidade do utente contribui para o estabelecimento de uma relação que nos conduz ao desenvolvimento e crescimento mútuo (Carper, 1978, citada por Castellanos e Alvarado, 2018; Carper 1978, citada por Nunes, 2018).

Este modelo evoluiu ao longo dos tempos através de diversos autores. Em 1995, Jill White identifica um novo padrão de conhecimento aos já identificados por Barbara Carper, introduzindo o conhecimento sócio-político o qual aborda os contextos sociais e políticos nos quais doente e enfermeiro se desenvolvem, a partir das suas interações, para assim compreender a relevância da enfermagem na sociedade e vice-versa (White, 1995, citando Castellanos e Alvarado, 2018, p. 80)(tradução livre), remetendo para a compreensão de quando e onde os enfermeiros devem agir (Nunes, 2011). Já em 1988, Jacobs e Chinn tinham incorporado o conhecimento emancipatório, o qual aborda a necessidade de reflexão e ação crítica para desenvolvimento do conhecimento por meio da prática (Jacobs-Kramer & Chinn, 1988, citando Castellanos e Alvarado, 2018, p. 79-81)(tradução livre).

Torna-se ainda relevante, perante a temática em discussão, recordar a origem dos Cuidados Paliativos (CP), onde, até ao século IV a.C., não se cuidava dos doentes durante o processo de morte, uma vez que os médicos receavam cuidar dos doentes nesta fase, temendo serem punidos por interferir nas leis da natureza. Na sequência da disseminação do Cristianismo, houve uma mudança de paradigma e foi reconhecida a necessidade de ajudar os doentes terminais, tendo surgindo no século V, a primeira instituição para ajudar os desprotegidos, doentes e moribundos em Roma através de Fabíola, discípula de São Jerónimo. É neste contexto que surge a terminologia hospice (do latim *hospitium*), remetendo-nos para hospitalidade, passando ainda a existir pontos específicos onde os peregrinos descansavam, mas que também serviam de acolhimento a doentes e moribundos.

Historiadores apontam que a filosofia paliativista começou na antiguidade, com as primeiras definições sobre o cuidar, na Idade Média, sendo comum achar hospices durante as Cruzadas, tendo esta forma de hospitalidade características como o acolhimento, a proteção, o alívio do sofrimento, mais do que a busca pela cura. Segundo Capelas, Silva, Alvarenga e Coelho (2014, p. 8), “o surgimento dos cuidados paliativos, na sua perspetiva mais atual, combinando cuidados de saúde, a formação e a investigação, remete-nos ao final dos anos 50, início dos anos 60 do século passado”.

Foi catalisador deste acontecimento, o encontro, num grande hospital universitário londrino em 1948, de Cicely Saunders com um doente, um judeu polaco que, com 40 anos, estava a morrer de cancro e que lhe lançou o desafio de melhorar, com vista a contribuir para o adequado controlo da dor e outros sintomas nos doentes com prognóstico vital breve. Com o intuito de hospedar doentes, em 1963, iniciou o projeto para conceção de uma instituição que se dedicasse a este tipo de doentes, e em 1967, foi inaugurado o St. Christopher’s Hospice, onde trabalhavam profissionais e especialistas dedicados às áreas de cuidado humanitário, ensino e pesquisa clínica, ao controlo da dor e outros sintomas, tendo uma abordagem holística, cuidando do bem-estar físico, psíquico, espiritual e social do doente, trabalhando de modo a mudar a visão da morte, tendo sido um marco na prática da medicina Paliativista, hoje praticada em todo o mundo. Cicely Saunders recusava o parecer de “não havia mais nada a fazer” nos doentes terminais e a sua palavra de ordem era que “havia muito mais a ser feito” e reconhecia que uma pessoa que estava a

morrer é mais que um doente com sintomas a serem controlados, legitimando as necessidades que daí emergem.

Twycross (2003, p. 16) definiu CP, como “os cuidados activos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responda aos tratamentos curativos, ou que prolongam a vida“. É de relevar que os CP melhoram a qualidade de vida do doente com prognóstico vital breve e da sua família, uma vez que são cuidados que “visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença grave e/ou incurável com prognóstico limitado” (Barbosa & Neto, 2010, citado por Ribeiro, 2013, p. 96). Prevê-se ainda que estes cuidados sejam ativos, coordenados e globais e que decorram do contexto preferencial para o doente e a sua envolvência, alargando-se à família, devendo os mesmos respeitar a individualidade, autonomia, vontade e dignidade do doente, assim como a inviolabilidade da vida humana, tal como exposto na Lei nº 52/2012, de 5 de setembro, também conhecida pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos:

Cuidados paliativos são os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e/ou equipas específicas, em internamento ou domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o bem-estar e a qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais (Lei nº 52/2012, de 5 de setembro, p. 5119).

De acordo com o ponto 1, do artigo 8º, da Lei nº 31/2018, de 18 de julho (p. 3239), são considerados doentes com prognóstico vital breve indivíduos “com prognóstico vital estimado em semanas ou dias, que apresentem sintomas de sofrimento não controlado pelas medidas de primeira linha”, devendo ainda, nos seus últimos dias de vida, segundo o ponto 3, do artigo 8º da mesma Lei (p. 3239), ser “assegurado o direito à recusa alimentar ou à prestação de determinados cuidados de higiene pessoal, respeitando, assim, o processo natural e fisiológico da sua condição clínica”.

Para a abordagem do doente com prognóstico vital breve, importa definir conceitos, relacionados com o fim de vida. Distanásia é considerada como o oposto da ortotanásia e sinónimo de obstinação terapêutica e, embora seja utilizada inúmeras vezes na área da saúde, é referenciada como uma má prática, uma vez que, segundo Felix et al. (2013, p. 2734), define-se “como uma morte difícil ou penosa, usada para indicar o prolongamento do processo da morte, por meio de tratamento que apenas prolonga a vida biológica do paciente, sem qualidade de vida e sem dignidade”. Este meio de tratamento referido acima, remete-nos para a obstinação terapêutica, cuja utilização tem um efeito 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” (Lima, 2006, p. 81).

Cuidar de um doente implica respeito pela dignidade Humana. Assumida como um direito humano básico, dignidade é definida por Azevedo (2015, p.3) como “a forma como se trata o individuo, independentemente do seu estado de saúde, estatuto social ou faixa etária”, sendo um direito “igual para todos os indivíduos da mesma maneira sem qualquer tipo de restrição” (ibidem). Ainda de acordo com Azevedo (2015), dignidade pode ser abordada de três perspetivas diferentes, sendo elas a Filosófica, a Biológica e a Psicológica.

Na perspectiva filosófica, a dignidade humana surge do valor intrínseco do indivíduo. É do valor associado a cada indivíduo que surge a definição como “ser único” (Azevedo, 2015, p. 11), o qual não é mensurável.

Na perspectiva biológica, é o “reconhecimento de que não existe qualquer determinante biológico que possa avaliar a dignidade humana”, sendo “todos os indivíduos, independentemente da sua raça, sexo, classe social ou faixa etária (...), igualmente dignos” (Azevedo, 2015, p. 11).

Por último, na perspectiva psicológica, Azevedo (2015, p. 11) defende que “a dignidade humana é perceptível à existência, ao percurso de cada pessoa e às suas experiências”, o que equivale a dizer que o indivíduo é reconhecido como tal com base nas suas ações.

Fica-se então com a firme convicção que a “a dignidade do humano significa que o homem é um fim em si mesmo e não pode servir de meio ou de instrumento para outros fins” (Azevedo, 2015, pp. 14-15) e caso se apresente vulnerável, “deve obrigar a uma atenção redobrada e um cuidado suplementar, no sentido de salvaguardar qualquer delito à sua dignidade”, uma vez que “a Dignidade Humana permite respeitar a integridade da pessoa em todas as suas vertentes com uma visão holística das suas necessidades e gostos” (ibidem).

Para garantir a dignidade Humana, na abordagem ao doente com prognóstico vital breve, importa refletir os limites da ação. Torna-se relevante explorar a noção de limite, de forma a contextualizar a reflexão patente. Os limites demarcam os confins de um lugar remetendo para a sua finitude, “têm uma dimensão quase geográfica, assinalam uma fronteira entre o que era e já não é” (Nunes, 2020, p. 13). No entanto, não se constitui como algo negativo, antes como uma oportunidade de ver mais além “olhar além, se concretiza numa reflexão sobre ética fronteiriça, sobre opção ética que favorece a condição de limite e do ser de limite” (Nascimento & Erdmann, 2009, p. 190). Os limites dos nossos atos são interrogados perante uma perspectiva pessoal e do contexto que nos envolve, na qual “podemos interrogar os limites dos nossos atos a partir de nós (do que sabemos, do que queremos, do que recusamos, do que procuramos) e também a partir das relações com os outros e o mundo que nos rodeia e no qual habitamos” (Nunes, 2020, p. 14). Enquanto profissionais de saúde, a ação que desenvolvemos na prática clínica, está também ela sujeita a limitações, que ficam estabelecidas nas limitações dos meios técnicos, bem como das decorrentes do enquadramento deontológico e jurídico que a prática de enfermagem tem de consagrar. “existem limites aos cuidados, porque os cuidados têm de fazer sentido para quem os presta e para aquele a quem são prestados” (Nunes, 2008a, p.48).

Além destes limites, estão também patentes aqueles que advêm da vontade do doente. Neste sentido é imperativo respeitar a dignidade humana, bem como a autonomia do doente e a sua capacidade de decidir, uma vez que, segundo Nunes (2020, p. 40), “a autodeterminação pessoal afirma-se na gestão dos nossos limites. E a vontade de cada um é colocada em confronto e como limitação da ação do outro”. Desta forma, a ação do enfermeiro na abordagem ao doente com prognóstico vital breve, deve considerar as limitações éticas, deontológicas e legais inerentes à profissão e representadas no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro), como o respeito pela dignidade e autodeterminação do doente, e para tal fornecer-lhe as informações necessárias para lhe permitir a tomada de decisão consciente, promovendo desta forma o cuidado proporcional e de encontro à sua vontade, Neste sentido, importa referir as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), regulamentadas pela Lei nº 25/2012, de 16 de julho, as quais surgiram pela necessidade de legalizar as decisões e vontades antecipadas dos cidadãos quanto ao seu processo de saúde.

Do que já foi exposto, a enfermagem assume-se como ciência do cuidar, em que se conjugam uma multiplicidade de saberes que enformam a prática clínica. Como se encontra patente no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermeiros (REPE) (OE, 2015, p. 99;

Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, p. 2960), enfermagem é “a profissão que na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital”. Partindo desta premissa, na prática clínica, a prestação de cuidados de enfermagem aos doentes em fase final de vida assume-se como fazendo parte do ciclo vital do ser humano.

Neste âmbito, a mobilização e conjugação dos conhecimentos de enfermagem, atravessa o conhecimento empírico, a pensar na disponibilidade de meios técnicos e farmacológicos, ao passo que o conhecimento ético leva a refletir sobre os limites da utilização da multiplicidade de meios, atendendo à beneficência e não maleficência e respeitando as crenças e valores do doente, fato que fica possibilitado pela relação estabelecida com o doente e o conhecimento que se tem sobre as suas preferências decorrentes dos conhecimentos estético e pessoal. Todas estas questões, consideradas sob o ponto de vista do contexto envolvente através do conhecimento sócio-político, levam à reflexão e ao julgamento crítico da prática clínica, de forma a gerar aprendizagem e a possibilitar a qualidade dos cuidados de enfermagem, mobilizando o conhecimento emancipatório.

## ABORDAGEM ÉTICA

No que concerne à prática de enfermagem, tendo em conta a constante evolução científica e tecnológica, os enfermeiros confrontam-se diariamente com questões éticas, sendo que o desenvolvimento de competências na tomada de decisão ética fundamentam o nosso agir e prática profissional, contribuindo para uma prestação de cuidados de qualidade.

Segundo Nunes (2013), ética profissional tem associados os princípios e valores da profissão, podendo surgir associada a um conjunto de deveres ou normas, que obrigam um conjunto de profissionais de uma dada profissão, a uma deontologia profissional.

No caso da profissão de enfermagem, de acordo com Nunes (2013, p. 6), “os enfermeiros declararam no seu compromisso de cuidados às pessoas, ao longo do ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promoverem o bem-estar e a qualidade de vida daqueles a quem prestam cuidados. Este é o domínio genérico do Agir profissional – o locus onde se junta a ética da promessa e o compromisso de cuidado”.

Também de acordo com a OE (2015, artigo 8º, do capítulo IV, p. 101), “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”, o que implica que os enfermeiros tenham estabelecido um compromisso de cuidados, assente na ética profissional e conduta responsável, com respeito dos direitos e deveres do outro.

Ainda segundo Nunes (2013, p. 5), “os enfermeiros prometeram ajudar os saudáveis a manter a sua saúde, os que não podem ser curados a maximizar os seus potenciais e os que estão em processo de morrer, a viver tão plenamente quanto possível até a sua morte”, significando que, no âmbito da temática da obstinação terapêutica, o enfermeiro comprometeu-se a maximizar os potenciais de todos os doentes, englobando os que não podem ser curados, a viver tão plenamente quando possível até a morte, jurando respeitar a vida, a dignidade humana e proteger a saúde e bem estar, sem tratamentos fúteis que possam trazer prejuízo. Neste contexto, considera-se que a obstinação terapêutica é um ato fútil, uma vez que o tratamento tem mais efeitos nocivos, do que benefícios, sendo por vezes mais prejudicial do que os efeitos da doença, tal como é defendido por Lima (2006, p. 81), em que “o tratamento é considerado fútil quando não atinge os objetivos”, não sendo, tal como se esperava, “consensual a definição do que são os objetivos, uma vez que esta é uma área que toca valores sobre os quais temos pontos de vista diferentes” (ibidem).

Segundo Mendes (2009, p. 166), “se pensarmos que prestar cuidados de enfermagem, enquanto atividade profissional, implica sempre lidar com uma escala de valores, seus e dos outros e que os mesmos são a referência para a forma de estar e viver, na relação com o mundo e com os outros, mais facilmente podemos compreender a importância cada vez maior, que a decisão ética ocupa no processo de cuidados”. Refere ainda (ibidem, p. 167) que “na prática do cuidar em enfermagem existem muitas problemáticas relacionadas com o agir ético, o que coloca o enfermeiro, por vezes, num domínio puramente reflexivo e o conduz a agir conforme a sua consciência”, o que pode potenciar situações geradoras de inquietação e incertezas no modo como o profissional deve agir. Estas situações, digamos, problemas éticos, para além do anteriormente referido, surgem porque, segundo Nora et al. (2016, p. 2), “não há apenas uma solução, mas vários cursos capazes de conduzir esses profissionais a ela, o que requer o exercício de deliberação ética”, o que origina “incerteza quanto à decisão para agir” (ibidem).

De acordo com Nunes (2011, p. 251), foram identificadas 12 categorias de problemas éticos, sendo que uma das categorias é o Acompanhamento em fim de vida, dividido em 5 subcategorias, sendo uma delas a obstinação terapêutica.

Assim, na sua ação, os enfermeiros têm inerentes 3 princípios orientadores, relacionados com os princípios anteriores (Nunes, 2008b, p.39):

- A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;
- O respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes;
- A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.

O enfermeiro aceitou o compromisso de cuidar do outro, no seu ciclo de vida, na saúde e na doença, promovendo o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, com responsabilidade profissional, tendo os princípios éticos como pilares da sua atuação, sendo o respeito pelos direitos humanos, o principal alicerce da sua atuação, na procura pela excelência dos cuidados que presta.

De acordo com a OE (2015, artigo 99º, ponto 1, do capítulo VI, p. 80), “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”, vemos destacado que todas as intervenções de enfermagem devem ir de encontro à defesa da liberdade e da dignidade do outro e do enfermeiro, uma vez que somos todos iguais em dignidade e devemos respeitar os princípios e valores de cada um, as convicções e a sua autonomia para poder decidir e escolher.

Os enfermeiros, como parte integrante desta equipa multidisciplinar, são autónomos no seu modo de agir, pelo valor da liberdade de ação, tendo em conta o compromisso que fizeram com a profissão, até porque “a nossa liberdade de exercício profissional é (ou é suposto que seja) protetora do Outro, na medida em que somos responsáveis pelas decisões e atos bem como pelas consequências. Por isso a liberdade pode bem ser, ao mesmo tempo, condição de efetivação do cuidado e da justiça – moldura de uma liberdade lúcida que saiba até que ponto o seu poder-capacidade pode ser violento e destruidor” (Nunes, 2011, p. 73). Na mesma medida, se existe uma equipa multidisciplinar, o processo de cuidar do outro tem, necessariamente, de ser um processo multidisciplinar, implementado no superior interesse da pessoa a ser cuidada e com base no diálogo e respeito de competências profissionais. Numa situação identificada de obstinação terapêutica, o enfermeiro tem autonomia, enquanto elemento da equipa, para defender a dignidade do outro, questionando quais os benefícios e os malefícios do tratamento e decidir se quer iniciar a sua intervenção, podendo ser um elemento ativo na equipa, incentivando a participação dos outros membros e a promoção da reflexão ética para a resolução do problema, já que “o diálogo permite incentivar a participação e responsabilidade dos enfermeiros na gestão da

tomada de decisão conjunta, atuando como fator de proteção e evitando e minimizando as situações de conflito ético” (Nora et al., 2016, p.7), sabendo-se, de antemão, que nestas situações existe, frequentemente, tensão entre os elementos da equipa, normalmente originada por problemas de falta de comunicação, os quais foram abordados por Fernandes e Coelho (2014, p. 816), referindo que “os enfermeiros consideram que, por vezes, ocorre distanásia porque existe falta de comunicação entre médicos e enfermeiros, não sendo analisados todos os pontos de vista”.

Neste diálogo profissional, entre todos os membros da equipa multidisciplinar, devemos ter sempre em atenção os limites das competências de cada profissão e respeitar a intervenção de cada um. Segundo Nunes (2011, p.75), “o que se pretende é o desenvolvimento de uma ação e de uma inteligência coletiva, na capacidade de problematizar, de refletir, de encadear a ação num todo eficaz e de agir conjuntamente no melhor interesse de cada pessoa a cuidar. O que carece, igualmente, de respeito pela intervenção de cada um e a identificação dos respetivos limites”, uma vez que as competências exigidas na resolução de uma determinada situação não são exclusivas a uma só profissão, levando a que, por vezes, o elemento mais competente não é necessariamente o mesmo de uma situação anterior, mas sim aquele que detenha mais recursos para resolver aquela situação.

Como já foi referido anteriormente, os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde levaram a um aumento da esperança média de vida, mas também ao aumento das comorbilidades. Cada vez nos deparamos mais, no nosso dia-a-dia, com situações de dependência e vulnerabilidade, em que a pessoa a quem prestamos cuidados, e respetiva família, não sejam autónomos no processo de decisão, muitas vezes também por falta de informação e literacia na área, pelo que vemos algumas situações a chegar ao extremo, levando a situações onde, frequentemente, não é respeitada a liberdade, nem a dignidade do outro, já que, na mesma medida que “o avanço da tecnologia permite prolongar o processo de vida/morte do doente” (Fernandes & Coelho, 2014, p. 818), também leva, reiteradamente, a que o doente seja considerado “como um problema a ser manipulado e tratado, sendo esquecido que existe o fim de vida” (ibidem).

Segundo Bessa (2013, p. 33), “é certo que a biomedicina se desenvolveu tendo sempre como objetivo fazer o bem (*bonum facere*), de preservar a vida. Contudo, há que fazer uma análise casuística de modo a acautelar que a pretensão de fazer o bem não se configure numa obsessão do profissional de saúde em agir e atuar, mormente quando as circunstâncias concretas revelem a futilidade de tal ação”. Numa situação em que assim o seja, relativamente à futilidade e não benefício do tratamento, a equipa multidisciplinar deve recorrer a princípios éticos para ancorar a tomada de decisão, tais como: princípio da beneficência, da não maleficência, da justiça e princípio da proporcionalidade, sendo estes, respetivamente:

- As regras da medicina devem ser sempre seguidas de acordo com o princípio da beneficência e, não havendo tal esperança, devem aqui ser seguidas as regras da medicina paliativa, de acompanhamento, de modo a alcançar o maior conforto e bem-estar, tanto físico, psíquico, como afetivo para que o paciente tenha uma morte digna (Bessa, 2013, p. 34);
- Princípio da não-maleficência, vertido na máxima “*primum non nocere*”, determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente, de não fazer mal ao ser humano (Bessa, 2013, p. 35).
- Segundo Nunes (2011, p. 68, citando Ferreira da Cunha, 2016), “justiça é a vontade (ou desejo em si próprio) constante e perpétua de atribuir a cada um (cada pessoa) aquilo que é seu”. Ainda, segundo Fernandes (2010,

p. 222), “agir com justiça é assim atender ao que a pessoa precisa, na medida em que ela precisa, no tempo que ela precisa;

Por fim, o princípio da proporcionalidade ou da proibição do excesso, é um dos princípios éticos mais relevantes na questão da distanásia, desdobrando-se em três princípios constitutivos: o princípio da conformidade ou adequação de meios, o princípio da exigibilidade ou da necessidade e o princípio da proporcionalidade em sentido restrito (Leão, 2001). Assim, o princípio da conformidade ou adequação de meios reporta para a adequação das medidas a adotar face “à prossecução do fim ou fins a ele subjacentes” (Canotilho, 1999, citado por Leão, 2001, p. 1004), em que esta conformidade de meios “se mostra adequada ao objetivo almejado, se destina ao fim contemplado pela norma e não a outro” (Miranda, 2000, citado por Leão, 2001, p. 1004), significando “correspondência de meios a fins” (ibidem). O princípio de exigibilidade ou da necessidade aponta para a ideia que o indivíduo “tem direito à menor desvantagem possível” (Canotilho, 1999, citado por Leão, 2001, p. 1004-1005), provando assim que “para obtenção de determinado fim, não era possível adotar outro meio menos oneroso” (ibidem, p. 1005). Por fim, o princípio da proporcionalidade em sentido restrito remete para um sentido de justa medida, visto que se trata “de equacionar os meios e o fim mediante um juízo de ponderação, com o objetivo de se avaliar se o meio utilizado é ou não desproporcionado em relação ao fim” (Canotilho, 1999, citado por Leão, 2001, p. 1006). Em suma avaliam-se as vantagens face às desvantagens.

Resumidamente, face a uma situação de futilidade terapêutica devemos refletir se o tratamento decidido vai ao encontro do bem-estar e qualidade de vida do utente, se lhe vai fazer “bem”, ou se vai causar mais prejuízo, fazendo “mal”. O princípio da beneficência e da não maleficência complementam-se, sendo que ao fazermos o “bem”, através do princípio da beneficência, vamos evitar o prejuízo (princípio da não maleficência).

Na sua ética profissional, o enfermeiro deve proteger a liberdade e a dignidade do outro, podendo ser um membro ativo na equipa multidisciplinar, tendo sempre presentes os princípios éticos que fomos abordando, promovendo uma morte digna, sem o sofrimento infligido por tratamentos fúteis. No entanto, numa situação limite, em que não exista consenso entre os membros da equipa, o enfermeiro pode recorrer ao Código Deontológico que rege a sua profissão, de acordo com os pontos 1 e 2 do artigo 113º, do capítulo VI, o qual refere a objeção de consciência, em que o mesmo defende que o profissional não deve prejudicar, na sua atuação, os direitos do outro, podendo, ainda assim, ser objetor de consciência numa situação que considere violar estes mesmos direitos e sobre a qual não poderá ser penalizado, desde que fiquem assegurados os cuidados a prestar ao doente em causa (OE, 2015).

Uma solução onde se poderia ver respeitados os direitos dos utentes seria o testamento vital, que embora tenha limitações à sua utilização, o utente expressa a sua vontade antecipada, funcionando este como “expressão da proteção da liberdade e da autonomia da pessoa, ainda que requeira, exija, alguns fundamentos” (Nunes, 2011, p. 260).

## ABORDAGEM DEONTOLÓGICA

Aquando do processo de inscrição na OE, são aceites diversos deveres pelo novo profissional que nela se integra, assumindo assim valores autónomos, tendo sempre por base a prática da profissão e a pessoa como ser holístico. De acordo com a alínea c), do artigo 100º, do capítulo VI do EOE, o enfermeiro assume o dever de “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” (OE, 2015, p. 81; Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, p.

8079). Deste modo e, focado na pessoa, segundo o descrito no ponto 3, do artigo 9º do capítulo IV do REPE (OE, 2015, p. 102; Decreto-Lei nº 161/1996, de 4 de setembro, p. 2961), o enfermeiro age “de acordo com as suas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”. Também este profissional tem qualificações e conhecimentos que o permitem atuar, opinar e co-decidir em função da liberdade e dignidade da pessoa humana, respeitando os direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados, de acordo com os artigos 99º, 100º e 102º do capítulo VI do EOE (OE, 2015; Lei nº 156/2015, de 16 de setembro).

Na perspetiva da pessoa com prognóstico vital breve, o enfermeiro desempenha um papel bastante crucial no acompanhamento desta última etapa, já que são assumidos o dever de defesa e promoção das escolhas inerentes à pessoa, o respeito das suas manifestações de perdas e ainda o respeito pelo seu corpo após a morte, tal como se encontra exposto no artigo 108º, do capítulo VI do EOE (OE, 2015; Lei nº 156/2015, de 16 de setembro). A prática destes cuidados específicos, desde que enquadrados numa perspetiva paliativa, centram-se na “prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes” (Lei nº 52/2012, de 5 de setembro, p. 5120).

Também em relação à objeção de consciência, em termos deontológicos, o enfermeiro, na sua prática profissional, se encontra protegido. Na perspetiva de execução de qualquer tipo de intervenção na qual o enfermeiro poderá incorrer numa prática oposta às suas convicções filosóficas, éticas, morais ou religiosas, onde a obstinação terapêutica poderá estar incluída, este poderá manifestar a sua recusa para a concretização de qualquer prática, evidenciando e justificando atempadamente, sem prejuízo para a pessoa, com razões de consciência. (Regulamento nº 344/2017, de 27 de junho). Deste modo, o enfermeiro tem o direito de exercer o seu direito de objeção, não podendo sofrer qualquer tipo de prejuízo para com a sua pessoa ou profissão (ibidem). Assim, como profissional independente e dotado de competências científicas, técnicas e humanas, o enfermeiro, da mesma forma como tem o dever da valorização da vida e da qualidade de vida da pessoa, tem de igual modo e, de acordo com a alínea d), do artigo 103º, do capítulo VI do EOE, o dever de “recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante” (OE, 2015, p. 83; Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, p. 8102).

Também no que respeita à pessoa e à informação que lhe deverá ser transmitida, de acordo com o artigo 105º, do capítulo VI do EOE, o enfermeiro assume o papel de informar o indivíduo e a sua família, no que aos cuidados de enfermagem diz respeito, procurando respeitar o direito da mesma ao consentimento informado, ser responsável e cuidadoso no que concerne a pedidos de informações e explicações ao indivíduo sobre a prática profissional, bem como deverá sempre informar o indivíduo sobre os recursos disponíveis e a forma de os alcançar. (OE, 2015; Lei nº 156/2015, de 16 de setembro).

Por fim, no âmbito dos valores humanos, e de acordo com o artigo 102º, do capítulo VI do EOE, o enfermeiro é responsável pela preservação e valorização dos valores humanos, prestando cuidados sem qualquer tipo de discriminação, com salvaguarda dos direitos humanos, com especial referência pelos direitos dos indivíduos mais vulneráveis (OE, 2015; Lei nº 156/2015, de 16 de setembro), onde se inclui a abstenção de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa, devendo estes ser sempre postos em prática, tal como o respeito pelas suas opções, criando assim condições para que ela possa exercer os seus direitos a nível político, cultural, moral e religioso, o que leva a que os enfermeiros sejam a primeira linha de apoio e intervenção perante o indivíduo efémero e com naturais necessidades na última fase da sua vida (ibidem).

## ABORDAGEM JURÍDICA

O regulamento das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Regulamento nº 190/2015, de 23 de abril) remete no artigo 5º para o Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal, direcionando os enfermeiros para considerações a nível jurídico que enformam a sua prática clínica.

Em termos legais, está assegurado o direito da pessoa com doença avançada e em fim de vida a ser preservada de atos de obstinação terapêutica e como consequência distanásia. A Lei nº 31/2018, de 18 de julho, referente aos Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, descreve no artigo 4º. (p. 3238), que:

As pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm direito a ser tratadas de acordo com os objetivos de cuidados definidos no seu plano de tratamento, previamente discutido e acordado, e a não ser alvo de distanásia, através de obstinação terapêutica e diagnóstica, designadamente, pela aplicação de medidas que prolonguem ou agravem de modo desproporcionado o seu sofrimento, em conformidade com o previsto nos códigos deontológicos da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros e nos termos de normas de orientação clínica aprovadas para o efeito (Lei nº 31/2018, de 18 de julho, artigo 4º., p. 3238).

A Constituição da República Portuguesa (Lei Constitucional nº 1/2005, de 12 de agosto) descreve no ponto 1, do artigo 25º. (p. 4645) que “a integridade moral e física das pessoas é inviolável”, enquanto refere no ponto 2, do mesmo artigo, que “ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos”. Desta forma, fornece fundamento a Lima (2006), que defende que o doente não deve ser submetido a práticas que visem a cura, quando não há possibilidade terapêutica, transformando-se num recurso causador de sofrimento. Também a Lei nº 95/2019, de 4 de setembro (Lei de Bases de Saúde), a qual estabelece os princípios gerais que enformam o sistema de saúde português, vai de encontro ao descrito, ao advogar na Base II, ponto 1, alínea b) (p. 56), que todas as pessoas têm direito a “aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde”.

Também o Código Penal visa medidas de sanção quando são adotadas intervenções ou tratamentos que violam um conjunto de regras científicas e técnicas e princípios profissionais e criem um perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para a saúde ou corpo. No ponto 2, do artigo 150º do Decreto-Lei nº 48/95, de 15 de março (em legislação consolidada) (p. 60), é referido que:

Realizar intervenções ou tratamentos violando as *leges artis* e criarem, desse modo, um perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde são punidas com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave lhes não couber por força de outra disposição legal” (Decreto-Lei nº 48/95, de 15 de março, p.60).

Para contrariar a obstinação terapêutica, consideram-se os CP, os quais defendem que “as pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm direito a receber cuidados paliativos através do Serviço Nacional de Saúde, com o âmbito e forma previstos na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos” (Lei nº 31/2018, de 18 de julho, artigo 6º, ponto 1, p. 3238), cabendo assim desta forma à equipa de saúde que segue o doente em prognóstico vital breve, proporcionar as condições para o acesso a estes cuidados. A Lei nº 52/2012, de 5 de setembro, também conhecida por Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, regula e enforma estes cuidados. Estabelece na Base III, ponto 1 (p. 5120) que “os cuidados paliativos se centram na prevenção e alívio do sofrimento físico,

psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva”, procurando sempre “respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana” (ponto 2, p. 5120), complementada na Base V, ponto 1, alínea a) (p. 5120), com o direito a “receber cuidados paliativos adequados à complexidade da situação e às necessidades da pessoa, incluindo a prevenção e o alívio da dor e de outros sintomas”.

Na sequência de tudo o que já foi referido, é importante abordar a autonomia. A autonomia do doente é reconhecida e tida como um princípio ético basilar. Em termos legais, a Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, anteriormente citada, prevê a autonomia do doente na determinação do processo de saúde, ao descrever na Base 2, ponto 1, alínea e) (p. 56) o direito das pessoas em serem “informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar”. Neste campo, a lei nº 31/2018, de 18 de julho, prevê no ponto 1 do artigo 3º (p. 3238), referente aos “Direitos em matéria de informação e tratamento”, que:

As pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, desde que nisso tenham consentido depois de informadas pelos profissionais de saúde, têm direito a receber informação detalhada sobre os seguintes aspetos relativos ao seu estado de saúde: natureza da sua doença, prognóstico estimado e os diferentes cenários clínicos e tratamentos disponíveis (Lei nº 31/2018, de 18 de julho, artigo 3º, ponto 1, p. 3238).

Fica assim patente o direito do doente em receber a informação acerca do seu estado de saúde, para que, na posse de todas as informações, possa tomar as decisões quanto ao rumo a tomar. O mesmo artigo, no seu ponto 2 (p. 3238), completa o supracitado, referindo que;

As pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm também direito a participar ativamente no seu plano terapêutico, explicitando as medidas que desejam receber, mediante consentimento informado, podendo recusar tratamentos nos termos previstos na presente lei, sem prejuízo das competências dos profissionais de saúde (Lei nº 31/2018, de 18 de julho, artigo 3º, ponto 2, p. 3238).

Ainda no exercício da sua autonomia, o utente expressa a sua vontade no que ao processo de saúde concerne, através do Consentimento Informado. Várias são as disposições que referem a necessidade de consentimento informado para realizar atos terapêuticos. Assim, a Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, na alínea f), do ponto 1, incluído na Base 2 (p. 56), refere o direito das pessoas a “decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhes são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde”, complementando-se na alínea g), do mesmo ponto e base (ibidem, p. 56), com o “aceder livremente à informação que lhes respeite, sem necessidade de intermediação de um profissional de saúde, exceto se por si solicitado”.

Também a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina de 1998, ratificada pelo Decreto do Presidente da República nº 1/2001, de 3 de janeiro, também deixa patente no Capítulo II sobre Consentimento, mais especificamente através do artigo 5º (p.15), que “qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo 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” (tradução livre). Na mesma medida, também o doente com prognóstico vital breve, desde que na posse das capacidades para tal, pode decidir sobre o seu processo de saúde por

meio de consentimento informado, encontrando-se fundamento no artigo 5º da Lei nº 31/2018, de 18 de julho, que refere no ponto 1 (p. 3238) que:

As pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm direito a dar o seu consentimento, contemporâneo ou antecipado, para as intervenções clínicas de que sejam alvo, desde que previamente informadas e esclarecidas pelo médico responsável e pela equipa multidisciplinar que a acompanham (Lei nº 31/2018, de 18 de julho, artigo 5º, ponto 1, p. 3238),

Referindo ainda no ponto 2 (ibidem) que o consentimento informado:

Deve ser prestado por escrito, no caso de intervenções de natureza mais invasiva ou que envolvam maior risco para o bem-estar dos doentes, sendo obrigatoriamente prestado por escrito e perante duas testemunhas quando estejam em causa intervenções que possam pôr em causa as suas vidas (Lei nº 31/2018, de 18 de julho, artigo 5º, ponto 2, p. 3238).

Já no ponto 3 (ibidem) fica explícito que o consentimento informado pode ser utilizado pelo doente em fase terminal para recusar abordagens ou tratamentos não proporcionais ou adequados ao seu estado clínico, desde que “devidamente informadas sobre as consequências previsíveis dessa opção pelo médico responsável e pela equipa multidisciplinar que as acompanham” (ibidem), nomeadamente “o suporte artificial das funções vitais” (ibidem) e a recusa em receber “tratamentos não proporcionais nem adequados ao seu estado clínico e tratamentos, de qualquer natureza, que não visem exclusivamente a diminuição do sofrimento e a manutenção do conforto do doente, ou que prolonguem ou agravem esse sofrimento” (ibidem). Desta forma, com o consentimento informado, estabelece-se uma parceria entre doente e equipa de saúde que o acompanha, sendo este, no fundo, um diálogo, uma partilha de conhecimentos entre o doente e os profissionais de saúde e não meramente a obtenção de autorização.

1929

Do acima exposto, fica patente que, para a tomada de decisão no processo de saúde, é necessário que o doente em causa esteja na posse de todas as suas faculdades e seja competente para expressar a sua vontade, o que requer aptidão para compreender informação relevante, entender a situação clínica e demais consequências, comunicar as suas escolhas e decidir sobre os seus valores e argumentos técnicos apresentados.

Quando a participação do doente não é possível, o processo de tomada de decisão é realizado pelo médico assistente, tendo por base o conhecimento que tem do doente e do processo de doença, as informações da equipa de saúde e a opinião da família, tal como se encontra descrito no artigo 9º da Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina, ratificado pelo Decreto do Presidente da República nº 1/2001, de 3 de janeiro, ao referir que a “vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontra em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta” (traduzido). Também o artigo 10º da Lei nº 31/2018, de 18 de julho, no seu ponto 2 (p. 3239), aponta soluções para quando o utente não esteja na posse das suas competências para decidir, referindo que “quando as pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida não estejam no pleno uso das suas faculdades mentais, e não se verificando o caso previsto no número anterior, é ao médico responsável e à equipa de saúde que as acompanham, que compete tomar decisões clínicas, ouvida a família, no exclusivo e melhor interesse do doente e de acordo com a vontade conhecida do mesmo”.

Nesta sequência está ainda previsto, em termos legais, a hipótese de o doente manifestar os seus desejos e vontades através de diretivas antecipadas de vontade (DAV). A Lei nº 25/2012, de 16 de julho, estabelece DAV's em matéria de cuidados de saúde, designadamente sob a forma de testamento vital, regula a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo

Nacional do Testamento Vital (RENTEV), permitindo assegurar a autonomia e autodeterminação do doente, que, no decurso da doença, perde a capacidade de se expressar e, conseqüentemente, participar nos processos de tomada de decisão inerentes ao decurso do seu processo de saúde. A este propósito, pode ler-se no ponto 1, do artigo 1º desta lei (Lei nº 25/2012, de 16 de julho, p. 3728):

As diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de Testamento Vital, são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente (Lei nº 25/2012, de 16 de julho, artigo 1º, ponto 1, p. 3728).

Podem ainda estar expostas no Testamento Vital DAV's que:

Expressem a vontade clara e inequívoca do outorgante, nomeadamente: não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais, não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte, receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada, não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental e autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos. (Lei nº 25/2012, de 16 de julho, artigo 1º, ponto 2, p. 3728).

De referir, no entanto, que existem limites quanto às DAV's. No artigo 5º da Lei nº 25/2012, de 16 de julho, estes limites ficam descritos. Estes são:

Juridicamente inexistentes, não produzindo qualquer efeito, as diretivas antecipadas de vontade que sejam contrárias à lei, à ordem pública ou determinem uma atuação contrária às boas práticas. Cujos cumprimentos possa provocar deliberadamente a morte não natural e evitável, tal como prevista nos artigos 134.º e 135.º do Código Penal, os quais remetem para a punição no caso de homicídio a pedido da vítima e incitamento ou ajuda ao suicídio respetivamente. E em que o outorgante não tenha expressado, clara e inequivocamente, a sua vontade (Lei nº 25/2012, de 16 de julho, artigo 5º, p. 3728).

Está ainda previsto o direito à objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde, tal como se encontra referido no artigo 9º da referida Lei. Neste artigo, é assegurado “aos profissionais de saúde que prestam cuidados ao outorgante o direito à objeção de consciência, quando solicitados para o cumprimento do disposto no documento de diretivas antecipadas de vontade” (Lei nº 25/2012, de 16 de julho, artigo 1º, ponto 1, p. 3729), devendo a invocação da objeção de consciência ser fundamentada caso a caso e o cidadão ser encaminhado, em tempo útil, para outro profissional ou outra equipa de saúde ou mesmo para outro estabelecimento de saúde com vista a que seja respeitada a sua vontade anteriormente expressa, não sendo o cidadão compelido financeiramente.

Para finalizar, importa particularizar a abordagem ao doente com prognóstico vital breve à luz das disposições legais que enformam a prática dos cuidados de enfermagem.

O exercício profissional dos enfermeiros assenta em princípios humanistas, de respeito pela liberdade e dignidade humana e pelos valores das pessoas e grupos. Neste sentido, respeitam os deveres previstos no Código Deontológico e a regulamentação do exercício da profissão, que enformam a boa prática da Enfermagem (OE, 2015), atendendo que a deontologia profissional

prevê no ponto 1, do artigo 99º, do Capítulo VI, do EOE e REPE (OE, 2015, p.80), bem como na idêntica referência jurídica na Lei nº 156/2015, de 16 de setembro (p. 8078), que “as intervenções de enfermagem” sejam “realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. Estas intervenções de enfermagem contemplam os valores humanos, conforme descrito no artigo 102º, respeitam o direito do utente à autodeterminação pelo dever de informação patente no artigo 103º e, em particular para esta temática, o respeito pela pessoa em situação de fim de vida, constante no artigo 108º.

O exercício profissional que não assenta nos deveres designados na Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, referente ao EOE, incorre numa infração disciplinar que resulta em sanções disciplinares e que vão de advertências escritas a expulsão.

Para concluir esta abordagem, importa reter que é importante valorizar a pessoa, os seus valores e opções. Ao reconhecer um quadro incurável, adotar ações paliativas e implementar as mesmas no contexto que seja do desejo do doente, como refere Lima (2006, p. 82) “a recuperação do lugar da morte como acontecimento natural e importante no fim da vida de cada um, é fundamental para que o doente possa readquirir o papel de protagonista no processo da sua própria morte, que deve decorrer em paz e na companhia de familiares ou pessoas mais queridas”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As últimas décadas, principalmente desde a viragem do século, foram determinantes para os avanços na área da saúde, nomeadamente no exponencial aumento de conhecimentos e no constante adaptar de práticas baseadas nas evidências, com consequentes benefícios ao nível do aumento da longevidade, da qualidade de vida e do bem-estar, o que, inevitavelmente, levou, leva e levará a discussões, normalmente associadas a problemas éticos.

O direito à vida é um direito inalienável e inerente a cada um de nós, tal como defende a Constituição Portuguesa. Cabe, no entanto, à esfera das competências profissionais da cada classe incluída na equipa multidisciplinar, a proteção dos direitos da pessoa doente, tal como o seu direito à vida, o seu direito à morte, à sua autonomia ou à sua dignidade.

Temas como a ortotanásia, a distanásia ou a obstinação terapêutica entraram definitivamente no nosso dia a dia, levando a discussões, não só da esfera ética mas também jurídica e deontológica, até onde se deverá prolongar a vida de um doente e se tal deverá ou não ser considerado um respeitar de decisões próprias ou simplesmente um fracasso dos tratamentos previstos para aquele doente, levando a um outro tipo de questões pertinentes, como seja “Estamos a deixar o ser humano para segundo plano?”

Sabemos que este pensamento deixa muitas pessoas com “um pé atrás” mas temos que pensar que qualquer tipo de tratamento executado contra a vontade do doente, principalmente quando a pessoa ainda se encontra na plena posse de todas as suas faculdades mentais, é uma violação, uma agressão e uma ofensa à sua dignidade.

Apenas a vertente paliativa dos cuidados de saúde, nomeadamente de enfermagem, garantirá uma eficácia assistencial à pessoa doente em fase terminal, ao mesmo tempo que assume a morte como um epílogo de uma vida, que se espera que tenha sido longa, saudável e feliz, visando a promoção da qualidade de vida, no melhor que se conseguir obter, até alcançar o término do processo vital.

A faceta ética encontra-se cada vez mais presente na tomada de decisão, levando a que, apenas a humanização dos cuidados, com a implementação de uma comunicação aberta, sincera e desprovida de sentido crítico e respeito mútuo poderão garantir um sentimento de confiança entre

todos os intervenientes, permitindo a substituição de intervenções terapêuticas por intervenções mais dignas e mais “humanas”.

A doença, crónica ou aguda, perturba a integridade do corpo e o sofrimento pode devastar a plenitude moral. A morte faz parte do ciclo vital e não poderá ser contrariada indefinidamente, cabendo a todos os intervenientes neste duro processo, acima de tudo, cuidar para manter a dignidade da vida e o respeito pela morte.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association (2020). *Publication manual of the American Psychological Association*, 7<sup>th</sup> ed. Washington: APA. ISBN: 9781433832161;

Azevedo, M. (2015). *Dignidade em fim de vida: Perspetiva da Equipa Prestadora de Cuidados* (Tese de Mestrado em Cuidados Continuados, Escola Superior de Saúde de Bragança). Disponível em <https://bit.ly/3ilopriv>;

Bessa, M. (2013). *A densificação dos princípios da bioética em Portugal* (Tese de Mestrado em Direito, Universidade do Porto). Disponível em <https://bit.ly/34U7EaP>;

Capelas, M., Silva, S., Alvarenga, M. & Coelho, S. (2014). Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional. *Cuidados Paliativos*, 1(2): 7-13. Disponível em <https://bit.ly/3tnHNl2>;

Castellanos, B., & Alvarado, O. (2018). Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7(1). doi:10.22235/ech.v7i1.1540;

1932

Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro, da Presidência da República (2001). Ratifica a Convenção para os Direitos dos Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. *Diário da República*, I Série-A, n.º 2, pp. 14-36. Disponível em <https://bit.ly/3ihx8Sz>;

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, do Ministério da Saúde (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, I Série-A, n.º 205, pp. 2959-2962. Disponível em <https://bit.ly/3N3TnJO>;

Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março, do Ministério da Justiça (1995). Código Penal. *Diário da República*, I Série-A, n.º 63, pp. 1350-1416. Disponível em <https://bit.ly/3KW1AxH>;

Felix, Z., Costa, S., Alves, A., Andrade, C., Duarte, M. & Brito, F. (2013). Eutanásia, Distanásia e Ortonásia: revisão integrativa da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(9): 2733-2746. doi:10.1590/s1413-81232013000900029;

Fernandes, A. & Coelho, S. (2014). Distanásia em unidade de cuidados intensivos e a visão de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Cuidarte*, 5(2): 813-819. doi: 10.15649/cuidarte.v5i2.122;

Fernandes, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir* (Tese de Doutorado em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde). Disponível em <https://bit.ly/3IngBqE>;

Gomes, C. & Jesus, C. (2013). Feridas crônicas em cuidados paliativos. *Journal of Aging and Innovation*, 2(2): 3-15. Disponível em <https://bit.ly/34SeHAC>;

Leão, A. (2001). Notas sobre o princípio da proporcionalidade ou da proibição do excesso. In *Estudos em Comemoração dos Cinco Anos da Faculdade de Direito da Universidade do Porto* (pp. 99-1043). Coimbra Editora. ISBN: 972321041X. Disponível em <https://bit.ly/364YXLu>;

Lei Constitucional nº 1/2005, de 12 de agosto, da Assembleia da República (2005). Sétima Revisão Constitucional. *Diário da República, I Série-A*, nº 155, pp. 4642-4686. Disponível em <https://bit.ly/3N3InME>;

Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, da Assembleia da República (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República, I Série*, nº 181, pp. 8059-8105. Disponível em <https://bit.ly/3tmqfp8>;

Lei nº 25/2012, de 16 de julho, da Assembleia da República (2012). Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). *Diário da República, I Série*, nº 136, pp. 3728-3730. Disponível em <https://bit.ly/36bVQkD>;

1933

Lei nº 31/2018, de 18 de julho, da Assembleia da República (2018). Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. *Diário da República, I Série*, nº 137, pp. 3238-3239. Disponível em <https://bit.ly/3tp78es>;

Lei nº 52/2012, de 5 de setembro, da Assembleia da República (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. *Diário da República, I Série*, nº 172, pp. 5119-5124. Disponível em <https://bit.ly/3u6UeAR>;

Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, da Assembleia da República (2019). Aprova Lei de Bases da Saúde e Revoga Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, e o Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de agosto. *Diário da República, I Série*, nº 169, pp. 55-66. Disponível em <https://bit.ly/3tn7jqz>;

Lima, C. (2006). Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanásia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 13(2): 79-82. Disponível em <https://bit.ly/3wrJHTk>;

Mendes, G. (2009). A Dimensão Ética do Agir e as questões da Qualidade colocadas face aos Cuidados de Enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 18(1): 165-169. doi:10.1590/S0104-07072009000100020;

Nascimento, K. & Erdmann, A. (2009). Reflexões sobre a filosofia do limite e suas implicações para o cuidar em enfermagem. *Aquichan*, 9(2): 185-192. ISSN: 1657-5997. Disponível em <https://bit.ly/3NoXd6p>;

Nora, C., Deodato, S., Vieira, M. & Zoboli, E. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 25(2): 1-9. doi: 10.1590/0104-07072016004500014;

Nunes, L. (2008a). Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*, 16(1): 41-50. Disponível em <https://bit.ly/3ihG36z>;

Nunes, L. (2008b). Fundamentos éticos da deontologia profissional. *Ordem dos Enfermeiros*, 31: 33-45. Disponível em <https://bit.ly/36tlz84>;

Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociências - Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 978-972-8930-67-7;

Nunes, L. (2013). Desenvolvimento humano e enfermagem – horizontes da [nossa] ação. Conferência nas Comemorações do 101º aniversário da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho (pp. 1-16). Disponível em <https://bit.ly/3LoJURQ>;

Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de Enfermagem (2ª edição)*. Loures: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.. ISBN 978-989-8075-86-4;

Nunes, L. (2020). *E se eu não puder decidir? Saber escolher no final da vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN: 978-989-9004-23-8;

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://bit.ly/36v8pHE>;

Queirós, P. (2016). O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(3). doi:10.5935/1414-8145.20160079;

Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(3), 157-164. doi:10.12707/rivi4081;

Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril, da Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República*, II Série, n.º 79, pp. 10087-10090. Disponível em <https://bit.ly/3tpSymW>;

Regulamento n.º 344/2017, de 27 de junho, da Ordem dos Enfermeiros (2017). Regulamento do exercício do direito à objeção de consciência. *Diário da República*, II Série, n.º 122, pp.12943-12944. Disponível em <https://bit.ly/3ubeu4f>;

Ribeiro, A. (2013). *Cuidar a Família do doente oncológico em fim de vida – Intervenções de Enfermagem* (Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Disponível em <https://bit.ly/3KYaSt7>;

Tesser, J. (1994). Principais linhas epistemológicas contemporâneas. *Educar em Revista*, 10, pp. 91-98. doi: 10.1590/0104-4060.131;

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos (2ª edição)*. Lisboa: Climepsi Editores, Lda. ISBN: 97897279609.