

**FACULDADE DE ECONOMIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**



**ATITUDES DOS ENFERMEIROS PERANTE DECISÕES DE FIM DE VIDA**

Cristina Maria Rodrigues Nogueira

**Setembro de 2010**



**FACULDADE DE ECONOMIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**



**ATTITUDES DOS ENFERMEIROS PERANTE DECISÕES DE FIM DE VIDA**

Cristina Maria Rodrigues Nogueira

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde

Trabalho realizado sob a co-orientação de:

Professor Doutor Pedro Augusto de Melo Lopes Ferreira (FEUC)

Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues (ESENfC)

**Setembro de 2010**



## **AGRADECIMENTOS**

Neste momento, não poderia deixar de agradecer o apoio prestado por todos aqueles tornaram possível a realização desta dissertação:

Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, pela orientação sábia, pela disponibilidade e envolvimento no trabalho e pela visão do futuro.

Ao Professor Doutor Rogério Rodrigues, por ter aceite de imediato a co-orientação desta tese e pelo empenho e espírito de ajuda demonstrados.

Ao Luc Daliens e Els Inghelbrecht, dois dos autores da versão original do questionário utilizado neste trabalho, por autorizarem prontamente a tradução deste instrumento para o português e pelo entusiasmo demonstrado.

À presidente da ESEnfC, docentes e alunos das Pós-graduações de especialização, pela colaboração no processo de recolha de dados, sem os quais esta dissertação não existiria.

Aos meus pais e irmão, que sempre me acompanharam ao longo da vida e incentivaram a realização deste mestrado.

Apesar de não directamente citados, mas não menos importantes, agradeço a todos os familiares, amigos e colegas de trabalho que, de forma desinteressada e gratuita, tornaram possível o desenvolvimento deste trabalho.

A todos, um grande obrigado!



## RESUMO

Questões relacionadas com o fim de vida estão a ser debatidas por todo o mundo. Por um lado, existem países como a Holanda e a Bélgica, que permitem a eutanásia, por outro lado, existem países como a França e o Reino Unido, que não têm legislação específica para a eutanásia e suicídio assistido e, por conseguinte, a prática destes actos é julgada como crime de homicídio. As religiões têm também um importante papel neste debate: o cristianismo, o islamismo e o judaísmo são claramente contra qualquer forma de tirar a vida, enquanto o budismo considera que a eutanásia pode ser aplicada em certas situações e aceita o suicídio.

Em Portugal, a eutanásia e o suicídio assistido também são julgados como crimes de homicídio, porém as penas aplicadas são menores se quem “mata” ou “presta ajuda para alguém morrer” for movido por motivos altruístas. Também relacionado com estes temas, está o testamento vital, que em Portugal pode ser feito, no entanto não tem validade legal. A Associação Portuguesa de Bioética pretende criar um Registo Nacional de Directivas Antecipadas de Vontade, *on-line*, em que apenas documentos recentes e com um período de validade predefinido sejam considerados válidos. Bastante mais aplicada que a eutanásia, na área da saúde, é a distanásia, que consiste em usar tratamentos que apenas prolongam a vida do doente, tornando o processo de morte lento e com sofrimento.

Este estudo quis compreender as atitudes dos enfermeiros perante as decisões de fim de vida. Foi uma investigação exploratória e descritiva. Os dados foram colhidos através da aplicação de um questionário aos enfermeiros que frequentavam as Pós-graduações de especializações na ESEnfC, à data da recolha de dados. O questionário utilizado foi obtido a partir de um questionário aplicado a enfermeiros, na Bélgica, após os processos de tradução e validação inerentes. Os dados obtidos foram tratados no programa SPSS versão 17.

Chegou-se à conclusão que de os enfermeiros querem estar envolvidos em todos os processos de decisões acerca dos doentes, nomeadamente no que toca às decisões de fim de vida. Embora não aceitem claramente a eutanásia, consideram que o alívio do sofrimento dos doentes pode justificar a sua prática. Não se identificou relação entre as características pessoais ou laborais e as atitudes e opiniões dos enfermeiros acerca das decisões relacionadas com o fim de vida, porém os factores religiosos salientaram-se como sendo os que mais influenciam os enfermeiros nesta matéria.



## **ABSTRACT**

Issues related to end-of-life are being discussed around the world. On the one hand there are countries like Netherlands and Belgium, which allow euthanasia, on the other hand, there are countries like France and UK, which have no specific legislation for euthanasia and assisted suicide and, therefore, the practice of these acts is judged as a crime of murder. Religions also have an important role in this debate: Christianity, Islam and Judaism are clearly against any form of taking life, while Buddhism believes that euthanasia can be applied in certain situations and accept suicide.

In Portugal, euthanasia and assisted suicide are also judged as crimes of murder, but the penalties are minor who "kills" or "provides assistance for someone to die" is driven by altruistic motives. Also related to these topics, is the living will, which in Portugal can be done, however has no legal validity. Portuguese Association of Bioethics aims to create a National Registry of Advance Directives for Will, *on-line*, where only recent documents and with a validity period default be considered valid. Much more applied than euthanasia, in health, is the futility, which consists of using treatments that merely prolong the patient's life, making slow the dying process and suffering.

This study wanted to understand the attitudes of nurses before the end of life decisions. It was an exploratory and descriptive. Data were collected by administering a questionnaire to nurses who attended the Postgraduate specialization in ESEnfC at the time of data collection. The questionnaire used was obtained from a questionnaire administered to nurses in Belgium after the translation process and validation.

The data were processed using SPSS version 17. Reached the conclusion that the nurses want to be involved in all decisions processes about patients, particularly with regard to end of live decisions. Although they clearly not accept euthanasia, they consider the relief of suffering of patients may justify the practice. Did not identify the relationship between personal characteristics or employment and the attitudes and opinions of nurses about decisions related to end-of-life, however religious factors highlighted as being the most influential nurses in this area.



## ÍNDICE GERAL

I. INTRODUÇÃO.....	1
II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	3
1. FIM DE VIDA E EUTANÁSIA .....	5
1.1. A morte .....	6
1.2. Distanásia.....	9
1.3. Suicídio Assistido .....	12
1.4. Eutanásia .....	14
1.4.1. Evolução histórica da eutanásia .....	16
1.4.2. Perspectiva Religiosa em Torno da Eutanásia .....	19
1.5. Eutanásia e Suicídio Assistido no Mundo.....	24
1.6. Perspectiva Jurídica em Portugal .....	35
1.7. Testamento Vital.....	38
2. CUIDADOS DE SAÚDE.....	43
2.1. Controvérsia Sobre a Moralidade da Eutanásia .....	43
2.2. Humanização dos cuidados de saúde em fim de vida .....	46
2.3. A objecção de consciência .....	51
III. PARTE EMPÍRICA .....	54
1. O QUESTIONÁRIO “ÁTITUDES DOS ENFERMEIROS PERANTE DECISÕES DE FIM DE VIDA” .....	54
1.1. Construção do questionário em português .....	55
1.2. Validação do conteúdo.....	58

Atitudes dos enfermeiros perante decisões de fim de vida .....	61
Atitudes dos enfermeiros perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida .....	62
Opiniões sobre a eutanásia .....	63
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>64</b>
2.1. Objectivos, questões e hipóteses da investigação .....	65
2.2. Procedimentos de recolha de dados .....	66
2.3. Análise de dados .....	68
<b>3. RESULTADOS .....</b>	<b>69</b>
3.1. Características da amostra.....	69
3.2. Atitudes dos enfermeiros perante decisões na fase terminal da vida .....	73
3.3. Atitudes dos enfermeiros perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida .....	75
3.4. Opiniões sobre a eutanásia.....	78
3.5. Determinantes das atitudes dos enfermeiros perante decisões na fase terminal da vida. 80	
3.6. Determinantes das atitudes dos enfermeiros perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida.....	84
3.7. Determinantes das opiniões dos enfermeiros sobre a eutanásia.....	88
<b>4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>92</b>
<b>IV. CONCLUSÕES.....</b>	<b>102</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>119</b>

Anexo I – Questionário belga “Attitudes van verpleegkundigen over beslissingen aan het levenseinde bij patiënten” .....	120
Anexo II – Versão portuguesa do questionário “Atitudes dos enfermeiros perante decisões de fim de vida” .....	123
Anexo III - Autorização da ESEnfC para aplicação do questionário.....	128

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Atitudes dos enfermeiros perante decisões de fim de vida .....	61
Quadro 2 - Atitudes dos enfermeiros perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida .....	62
Quadro 3 – Opiniões sobre a eutanásia.....	63

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Características individuais da população em estudo (N=159).....	70
Tabela 2 – Características laborais da população em estudo (N=159) .....	72
Tabela 3 – Atitudes dos enfermeiros perante decisões na fase terminal da vida (N=159).....	75
Tabela 4 – Atitudes dos enfermeiros perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida (N=159) .....	77
Tabela 5 – Opiniões sobre a eutanásia (N=159) .....	79

Tabela 6 – Dependência das condições individuais nas atitudes dos enfermeiros perante decisões na fase terminal da vida (N=159) .....	81
Tabela 7 – Dependência das condições laborais nas atitudes dos enfermeiros perante decisões na fase terminal da vida (N=159).....	83
Tabela 8 – Dependência das condições individuais nas atitudes perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida (N=159).....	85
Tabela 9 – Dependência das condições laborais nas atitudes perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida (N=159) .....	87
Tabela 10 – Dependência das condições individuais nas opiniões sobre a eutanásia (N=159).....	89
Tabela 11 – Dependência das condições individuais nas opiniões sobre a eutanásia (N=159).....	91

#### ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1– Atitudes perante decisões na fase terminal da vida .....	74
Gráfico 2 – Atitudes perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida.....	76
Gráfico 3 – Opiniões sobre a eutanásia .....	78

## I. INTRODUÇÃO

Empiricamente, é fácil perceber que tudo no mundo tem limites, sobretudo a vida e, por conseguinte, as formas de prolongar a vida também os têm. Se por um lado, a medicina aliada à tecnologia consegue actualmente prolongar a vida de pessoas, por outro lado, não se pode esquecer os limites para interferir no processo da morte. A discussão a respeito do tema é importante e passa pela análise de aspectos sociais, religiosos e culturais de cada país. A adopção ou não da prática de um procedimento como este da eutanásia depende, além desses aspectos, de uma discussão ampla e proposição de critérios que deverão ser fielmente seguidos (Wendt, 2004).

Numa era marcada pela tecnologia, a re-humanização da medicina e das demais profissões da saúde, implica esforço contínuo a diversos níveis. No plano da formação é essencial que o ensino médico e de enfermagem foquem intensamente a dimensão humana e as relações interpessoais. Aprender a lidar com a vida e com a morte implica um novo parâmetro formativo, com ênfase especial no respeito profundo pela dignidade da pessoa humana. Por outro lado, importa entender que a medicina e a enfermagem integram uma equipe multidisciplinar, e, por isso, têm de respeitar as competências específicas de cada profissão, com o objectivo último de melhor servir os doentes e a sociedade (Nunes, 2009).

Neste contexto, importa conhecer as atitudes e opiniões dos enfermeiros perante as decisões de fim de vida, em Portugal. Para tal, irá ser aplicada a versão portuguesa

do questionário belga “Attitudes van verpleegkundigen over beslissingen aan het levenseinde bij patiënten”, que, em português, se intitula “Atitudes dos enfermeiros perante decisões de fim de vida”.

Este trabalho divide-se em duas partes fundamentais: a fundamentação teórica e a parte empírica. A primeira parte sub-divide-se em dois temas principais: primeiro será realizada uma pesquisa bibliográfica acerca do fim de vida e da eutanásia, depois serão abordados aspectos relativos aos cuidados de saúde. A parte empírica começará por descrever o processo de construção e validação do questionário em português, depois avançar-se-á para a metodologia utilizada, seguida da apresentação dos resultados e, por último, da discussão e conclusão do trabalho.

## II.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Lembremos o caso de Ramón Sanpedro ou Terri Schiavo para perceber o quão viva está a questão da eutanásia. Ramón Sanpedro, espanhol, tetraplégico desde os 26 anos. Permaneceu tetraplégico por 29 anos. Solicitou à justiça espanhola o direito de morrer, tendo-lhe sido negado. Com a ajuda de amigos, suicidou-se. O caso ganhou repercussões mundiais como morte assistida (Goldim, 2007). Terri Schiavo permaneceu durante 15 anos em estado vegetativo. O marido de Terri solicitou á justiça que lhe fossem retirados os tubos para a alimentação, certo de que a esposa jamais se recuperaria. Em 2003 a justiça deu resposta favorável a este pedido, porém os pais de Terri, que sempre se opuseram a esta decisão, recorreram e conseguiram que, em Outubro de 2003, esta ordem judicial fosse bloqueada. Só mais tarde, em 2005, os tubos foram retirados. Terri morreu por inanição em 2005. Este caso transformou-se numa questão pública e política mundial (Pessini, 2005).

Saber se a eutanásia deve ser legalizada é um debate que transcende as fronteiras nacionais e os diversos sistemas jurídicos. Surgem calorosos defensores, mas também surgem vivazes adversários da legalização.

A eutanásia é um assunto cada vez mais dominante na sociedade portuguesa e repleto de questões psicológicas, filosóficas, religiosas, sociológicas e técnico-jurídicas. Como refere Lewis (2007), houve algumas tentativas de desafiar as proibições legais para o suicídio assistido no Canadá, E.U.A e Reino Unido, que levantaram acesas

discussões em torno do tema, pelo que se prevê um fracasso das tentativas de legalização da eutanásia ou suicídio assistido, com base nos direitos constitucionais.

Os defensores da legalização sustentam a sua posição com base nos direitos à liberdade, autonomia, dignidade humana, igualdade, liberdade de consciência e religião, direito à vida e propriedade. Contudo o uso destes direitos é questionável em fim de vida. Até que ponto cada um de nós tem o direito de dispor de um bem tão valioso como a própria vida?

No caso da Holanda, a legalização da eutanásia foi conseguida por outro caminho que não o dos direitos de cada um – o da defesa da necessidade. O debate, no caso holandês incide sobre o conflito fundamental entre o dever de preservar a vida e o dever de aliviar o sofrimento.

Segundo o mesmo autor, a compaixão foi apontada como um agente de mudança jurídica, conforme a proposta jurídica francesa do Comité Consultatif National d'Ethique, que visa abrir exceção ao crime de eutanásia, que seriam avaliados por uma comissão interdisciplinar.

Em suma, para Lewis (2007), a mudança jurídica em torno da eutanásia e suicídio assistido assenta em três mecanismos: os direitos constitucionais, a defesa na necessidade com base nas funções conflituantes para preservar a vida e aliviar o sofrimento e a compaixão.

Quando abordamos o direito à vida, destacamos também o oposto: a morte. Não nos podemos resumir ao direito a ficar vivo, mas também aos meios utilizados para

permanecer vivo com dignidade (Abe, 2006). Têm sido feitas muitas tentativas de legalizar a eutanásia, contudo os projectos de lei têm ainda pouca força, pois descriminalizar esta prática é como admitir a eliminação de vidas humanas, pelo simples facto de estarem doentes.

## 1. FIM DE VIDA E EUTANÁSIA

No século XXI encontramos-nos num impasse. Se por um lado, a evolução da medicina permite curar doenças e prolongar a vida, por outro lado corre-se o risco de insistir demasiado em salvar uma vida que já não tem cura possível. O fim de vida e a morte levantam muitas questões relacionadas com a qualidade de vida, a dignidade no processo de morrer e a autonomia nas escolhas nos momentos finais da vida (Kovács, 2008).

Neste capítulo abordaremos separadamente a morte, a distanásia, o suicídio assistido, a eutanásia, a eutanásia e o suicídio assistido no mundo, a perspectiva jurídica em Portugal e o testamento vital.

## 1.1. A morte

A morte é um dos fenômenos que mais gera interrogações em toda a história do homem sobre a Terra. Filósofos, antropólogos, cientistas sociais, variados pensadores levantaram várias ideias sobre o processo da morte e do mistério que a envolve. Contudo, para a maioria das pessoas, a morte é vista como um acontecimento alheio, violento e vulgar. Optam por se referirem à morte de forma eufemística, utilizando expressões como: "passou desta para melhor", "fez a sua última viagem" e "está descansando em paz" (Silva, 2003).

A vida e a morte são inseparáveis. Para Sêneca (1a.C-65d.C) *viver é aprender a morrer*; segundo Montaigne (1533-1592), *filosofar é aprender a conhecer o aproximar-se da morte*; e para Heidegger, *vivenciar o processo de viver e morrer na condição de vulnerabilidade faz parte da experiência humana enquanto ser-aí (Dasein), ou seja, de seu posto no mundo e submetido aos efeitos devastadores do tempo, o que tornaria todo o ser vivo humano de alguma forma consciente de ser um ser-para-a-morte* (Scheramm, 2002).

A morte é um processo natural, que faz parte da vida. Por outro lado, a concepção que o homem faz da morte tem variado ao longo da história da humanidade. As religiões e a filosofia sempre tentaram explicar a origem e o destino do Homem. Daí, cada um de nós trazer dentro de si a sua própria imagem da morte, fruto da cultura, religião e experiências de cada um. Conseguimos obter registos sobre a morte desde

o tempo das cavernas, onde encontramos sinais de perda, ruptura, desintegração associados à morte, mas também de fascínio, descanso, grande viagem e alívio.

Desde sempre, o Homem procura vencer a morte e atingir a imortalidade. Nos mitos e lendas, tal é evidenciado pela morte dos dragões e monstros pelos heróis. Mas, o que realmente o Homem procura não é a vida em si mesmo, mas antes a juventude, com os seus prazeres, força beleza, que contrapõem a velhice, esta caracterizada pelas suas perdas e dores (Kovács, 2008).

O que distingue o Homem dos outros animais é a consciência da própria morte. O Homem é determinado pela consciência objectiva da sua mortalidade e por uma subjectividade que busca a imortalidade (Kovács, 2008).

Segundo Kovács (2008), a morte, no século XIX, era uma morte romântica. Era considerada um repouso eterno e a possibilidade de encontrar, no além, os seres amados. Não se desligando completamente desta abordagem, o século XX vê a morte como algo vergonhoso, como um tabu (de certo modo semelhante ao sexo na era vitoriana). Aqui não se fala sobre a morte e considera-se que se morreu bem, se a pessoa morreu de repente, sem sofrimento. Nos hospitais, não se fala sobre a morte. O fim que se adivinha está envolvido num manto de silêncio. A morte não é mais vista como um fenómeno natural, mas sim como um sinal de fracasso da medicina. Neste século, a morte passou da casa para o hospital. Os familiares já não vêem os seus doentes morrerem. A morte tornou-se um tabu na actualidade, embora situações como a SIDA, o cancro, o suicídio, a solidão e a violência fomentem reflexões sobre o assunto, particularmente dos profissionais de saúde.

Como sintetiza Elias (2001: 23) *“A vida na sociedade medieval era mais curta; os perigos, menos controláveis; a morte, muitas vezes mais dolorosa; o sentido da culpa e o medo da punição depois da morte, a doutrina oficial. Porém, em todos os casos, a participação dos outros na morte de um indivíduo era muito mais comum. Hoje sabemos como aliviar as dores da morte em alguns casos; angústias de culpa são mais plenamente recalcadas e talvez dominadas [...] mas o envolvimento de outros na morte de um indivíduo diminuiu.”*

Distingue-se a morte clínica (paragem da função cardíaca e respiratória), da morte biológica (destruição das células) e da morte encefálica (paralisação das funções cerebrais) (Gogliano, 2009). Em tempos considerava-se que uma pessoa estava morta quando o coração deixava de bater. Ora, tendo em conta os avanços da medicina, tal deixou de ter sentido. Alguém que anteriormente seria considerado como morto, podia agora recuperar desde que fossem utilizadas técnicas de reanimação cardiorespiratória atempadamente. Além disso, intervenções como marca-passos e transplantes de coração fazem com que estar vivo não dependa do estado dos sistemas cardiorespiratórios. Por conseguinte, os avanços nas tecnologias médicas que tornaram a paragem cardiorespiratória reversível motivaram o abandono de diagnósticos cardiocêntricos da morte, uma mudança que foi consolidada por outras alterações na prática médica e nos desenvolvimentos socioculturais (Holland, 2008). Em resposta a esta situação, surgiu em 1968 o Comité sobre morte cerebral de Harvard, que situava a morte quando o cérebro deixasse de funcionar. Mais tarde alguns países trabalharam este conceito, entendendo a morte cerebral como a morte de tronco cerebral.

## 1.2. Distanásia

O termo "distanásia" é pouco conhecido e utilizado na área da saúde, ao contrário do que acontece com a "eutanásia", que mais frequentemente acende discussões apaixonadas. No entanto, note-se que a "distanásia" é bastante mais praticada do que a eutanásia.

O termo foi inicialmente proposto por Morache, em 1904, no seu livro *Naissance et mort*, utilizando “*mort, significando uma agonia prolongada que origina uma morte com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo lúcido. O vocábulo é frequentemente utilizado também no intuito de designar a forma de prolongar a vida de modo artificial, sem perspectiva de cura ou melhora*” (Morache, 1904: 33).

A distanásia é considerada como a “morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento (antónimo - eutanásia)” (Dicionário do Aurélio, 1986). O dicionário de direito penal e processo penal (2010) define distanásia como sendo “morte com sofrimento. Prática pela qual se continua a vida de um enfermo incurável através de meios artificiais. Pode opor-se-lhe a eutanásia passiva”.

Segundo Pessini (1996), o termo também pode ser aplicado como sinónimo de tratamento inútil, isto é, tratamentos médicos que causam grande sofrimento ao doente, visando salvar-lhe a vida. Nesta conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. Na Europa fala-se de "obstinação terapêutica", nos E.U.A. de "futilidade médica" (*medical futility*). Popularmente questionámo-nos: até

que ponto se deve prolongar o processo do morrer quando não há mais esperança de reverter o quadro? Manter a pessoa "mortaviva" interessa a quem?

A expressão "obstinação terapêutica" (*l'acharnement thérapeutique*) começou a ser utilizada no início dos anos 50 e foi introduzida na linguagem médica francesa por Jean-Robert Debray (1906-1980), um médico e político francês, membro da Academia de Ciências Morais e Políticas, que fundou o Centro de Exames Preventivos e Clínicos. Obstinação terapêutica foi definida como sendo "o comportamento médico que consiste em utilizar processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos do mal a curar, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor que os inconvenientes previsíveis" (Pessini, 1996). Esta apenas adia a morte e acrescenta uma agonia programada.

No entanto, segundo Mir (2004: 842) não se pode confundir obstinação terapêutica com cuidados paliativos, "pois estes representam o apoio permanente e necessário para preservar uma qualidade de vida do paciente terminal, dentro de um enfoque multidisciplinar. [...] o inimigo número 1 não é a morte, desde que ela seja justa". Lima (2006: 81) considera que "a terapêutica fútil deve ser substituída pelos cuidados paliativos, que têm como objectivo o alívio da dor e do sofrimento, de modo a que a morte eminente possa acontecer em paz e com dignidade".

Contudo, apesar das inúmeras terapêuticas disponíveis, a dor no fim de vida continua a ser negligenciada. O desconforto dos profissionais em relação à morte é notório e faz com que haja quase um abandono do moribundo. Para Lima (2006), os médicos deveriam voltar ao pensamento de Hipócrates, investindo mais no doente do que na

cura da doença, sempre tendo consciência dos limites da medicina.

No Século XX, morrer tornou-se cada vez mais difícil, transformando esta fase da vida num processo longo e doloroso para o doente (Lima, 2006). O crescente avanço da ciência permitiu o uso de equipamentos de alta tecnologia nos hospitais. Os profissionais de saúde passaram a investir em vencer a morte, muitas vezes para não serem acusados de omissão de auxílio. Assim, consegue-se prolongar a vida cada vez mais, e, no caso de distanásia, este prolongamento é feito sem perspectivas e sem qualidade de vida para o doente.

A medicina de Hipócrates tinha como objectivo a cura e o alívio do sofrimento, mas condenava o recurso a tratamentos desnecessários. Hipócrates *apud* Lima (2006: 80), refere que “se um médico exige de uma arte poder que não pertence á arte, ou à natureza um poder que não pertence à natureza, a sua ignorância está aliada à loucura... só o médico que compreende os limites naturais e utiliza o seu entendimento para estabelecer os limites sábios evita o erro da arrogância”. Aqui nota-se um total desapoio à distanásia, pensamento que se manteve até há relativamente pouco tempo. Apenas entre os Séculos XVI e XVII, surgiu a primeira referência de apoio à distanásia, por Francis Bacon, um político, filósofo e ensaísta inglês, considerado o fundador da ciência moderna: “[...] a terceira parte da medicina que eu defini é aquela que se relaciona com o prolongamento da vida, que é nova e deficiente, e a mais nobre de todas” (Lima, 2006: 80).

### **1.3. Suicídio Assistido**

O suicídio medicamente assistido tem vindo a ser tema de debate no mundo. No estado de Oregon, esta prática é legal actualmente. Oregon aprovou uma Lei sobre Morte Digna - Measure 16 - Allows Terminally Ill Adults to Obtain Prescription for Lethal Drugs - legalized doctor-assisted suicide (aka "Death with Dignity Act"), que foi a primeira legalização de suicídio assistido nos Estados Unidos da América, em 08 de Novembro de 1994.

Segundo Goldim (2000), esta lei estabelece todos os critérios mínimos a serem atingidos para que uma pessoa possa ter acesso a prescrição de medicamentos e de informações que lhe possibilitarão morrer. A decisão do médico assistente deve ser confirmada por um colega. Também poderá ser feita uma avaliação da pessoa que solicita o procedimento, uma vez que esta deve ser mentalmente capaz. Nesta lei, os prazos mínimos para reflexão foram estabelecidos, assim como os instrumentos necessários para a documentação adequada de todos os critérios, prazos e manifestação de vontade.

Quarenta e seis estados opõem-se a Oregon, criminalizando formalmente o suicídio medicamente assistido. Estes estados apoiam a sua tomada de posição em dois argumentos principais: a legalização do suicídio medicamente assistido irá pressionar os doentes terminais, que entendem a sua doença como um fardo pesado, física, psíquica e financeiramente, para os seus familiares e cuidadores; e, além disso,

considera-se a que a participação do médico no suicídio vai contra a ética médica e, por conseguinte, contra o papel do médico enquanto como sendo aquele que trata e cura os doentes. Porém, o médico, no seu papel de cuidador, deve ter em consideração a vontade do doente terminal de evitar passar dias e semanas com uma dor incontável ou em coma induzido (Lagay, 2003). Whitney (2001) refere que a AMA (American Medical Association) também considerou que a participação do médico no suicídio assistido é inconciliável com o seu papel.

Em Oregon, o suicídio assistido é visto como um acto de compaixão, amor, bondade, misericórdia e respeito pela dignidade humana. Segundo Cherry (2003), o suicídio assistido constitui uma forma de preservar o doente da dor e sofrimento desnecessários, respeitando o direito do doente à auto-determinação. A morte é vista como forma de aliviar a dor física e a angústia mental das pessoas. Não se considera errado matar alguém que deseja morrer e que manifesta esse desejo.

Em Portugal, segundo o Código Penal - Lei 59/2007 de 4 Setembro, no seu artigo 134º (Homicídio a pedido da vítima), *quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso que lhe tenha sido feito é punido com pena de prisão até 3 anos. A tentativa é punível.* Terminar com a vida de uma pessoa, com ou sem pedido da vítima, é igualmente crime de assassinato, contudo a condenação pode reflectir essa diferença. O suicídio assistido é proibido.

Por outro lado, também a maioria dos estados dos E.U.A. prevê sanções a quem ajudar outro a suicidar-se. A criminalização do suicídio assistido é assim generalizada, incluindo países como Inglaterra, Holanda, Canadá, Austrália e Nova

Zelândia e, na Europa, Áustria, Itália, Espanha e Portugal.

Ao mesmo tempo, segundo o Artigo 135º do Código Penal, *quem incitar outra pessoa a suicidar-se ou lhe prestar ajuda para esse fim, é punido com pena de prisão até 3 anos, se o suicídio vier efectivamente a ser tentado ou a consumir-se.*

Numa minoria de países, prestar ajuda ao suicídio é criminalizado apenas quando o motivo é egoísta, em vez da compaixão, como na Suíça. A Dinamarca pune qualquer pessoa que ajuda outra a cometer suicídio, com multa ou prisão simples.

#### **1.4. Eutanásia**

O termo eutanásia deriva do grego *eu* (*bom*) e *thanatos* (*morte*), apelidada vulgarmente de boa morte. Derivado de *thanatos*, surgem termos variados como: cocotanásia, miastanásia, distanásia, ortotanásia, eutanásia activa, eutanásia passiva, suicídio assistido, eutanásia voluntária e involuntária, eutanásia eugénica, entre outros. Relacionado com *thanatos*, existe o verbo *euthanatéo* (morrer bem) e o adjectivo *euthanatós* (aquele que morreu bem) (Barbosa, 2007).

A eutanásia traduz-se em prestar ajuda às pessoas, em caso de doença incurável em fase terminal, a pôr fim a uma vida de sofrimento que não condiz com a conceptualização de dignidade humana. Para entender a Eutanásia, temos de perceber todas as suas dimensões: a pessoa que pede para morrer, a pessoa a quem é

feito esse pedido e a decisão sobre o pedido de morte. Serrão (2005) apresenta três explicações para o pedido da eutanásia acontecer. A primeira é a dor física, depois é o sofrimento a que psicologicamente a pessoa está sujeita e, por último, o esgotamento do projecto de vida.

Holland (2008) considera que o pedido do moribundo para morrer pode ser fruto das circunstâncias, como uma notícia sobre a sua própria condição, ou por causa das dores intoleráveis. O mesmo autor lembra que os desejos de todos nós podem mudar a cada instante, tal como acontece com o doente terminal e, além disso, o pedido de eutanásia pode ser incentivado por familiares que lucrariam com a morte do doente, o que não é motivo válido para a realização de eutanásia.

Lewis (2007) lembra-nos que os avanços da medicina e da tecnologia, a crença moral na necessidade de prolongar a vida e a pressão das famílias, tornam o processo de morte cada vez mais longo e difícil. Colateralmente, para aqueles que estão em fase terminal, torna-se cada vez mais difícil morrer.

O termo eutanásia tem significado ambíguo. No seu uso normal, eutanásia define-se como sendo a morte sem sofrimento físico, que é provocada voluntariamente. O mesmo sucede relativamente ao seu uso etimológico (morte doce). No seu uso factual, o termo eutanásia pode ser usado de variadíssimas formas, tais como: boa morte, luta contra o sofrimento, supressão da vida de um doente a pedido dele próprio, dos familiares ou dos profissionais, decisão de se abster de meios vistos como obstinação terapêutica ou direito à própria morte.

A diferença entre o suicídio assistido e a eutanásia, segundo Holland (2008) é que no primeiro o médico disponibiliza ao doente uma dose letal de drogas e indica como administrá-las, mas já não está presente quando o suicídio ocorre. Deste modo, mantém-se intacta a integridade moral do médico (Silva, 2007).

Se seguida será apresentada a evolução histórica da eutanásia, assim como, a perspectiva religiosa em torno do tema.

#### **1.4.1. Evolução histórica da eutanásia**

Desde a Grécia Antiga, erguem-se vozes a favor e contra a Eutanásia. Platão (428-347 a.C.), Sócrates (450-380 a.C.) e Epicuro (342-270 a.C.) surgiram como defensores desta prática, enquanto Aristóteles (384-322 a.C.), Pitágoras (582-497 a.C.) e Hipócrates (460-355 a.C.) combatiam-na. No juramento de Hipócrates consta que *“A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda”*.

Na antiguidade, os celtas, por exemplo, tinham por hábito que os filhos matassem os seus pais quando estes estivessem velhos e doentes. Na Índia, os doentes incuráveis eram atirados ao rio Ganges, com as narinas e a boca tapadas por barro, para morrerem. Em Esparta, os monstros, os deformados, os cacoplásticos de toda a sorte eram arremessados do alto do monte Taijeto (Goldim, 2000). Iturri (1997) narra que

Cleópatra (69aC-30aC) fundou no Egípto, com Marco António, uma academia para estudar as melhores formas de morrer.

O termo eutanásia surgiu pela primeira vez no séc. II d. C. através de Seutónio, na sua obra intitulada *A Vida dos Doze Césares*, publicada no ano de 121, quando se refere à morte suave do Imperador César Augusto: “*O destino deu-lhe assim uma morte suave, como ele sempre tinha desejado. Pois, quase sempre que lhes anunciavam que certa pessoa morrera de repente e sem sofrer, ele pedia aos deuses, para ele e para os seus, uma semelhante eutanásia*”.

Cesare Lombroso *apud* Iturri (1997) relembra que na Suécia, no ano de 1600, os idosos e moribundos eram mortos somente pelos seus familiares e que na China há ainda influências da grande epidemia negra, de estrangular e envenenar as crianças e enfermos incuráveis.

Francis Bacon, em 1623, utilizou *eutanásia* em sua *Historia vita e et mortis*, como sendo o “*tratamento adequado às doenças incuráveis*” (Siqueira-Batista, 2004). Conta-se também que Napoleão (1746-1836), aquando do regresso à sua campanha, no Egípto, ordenou a um médico que administrasse ópio a alguns homens com peste (casos irremediáveis). Porém, o médico negou-se a cumprir a ordem.

Em 1895, na Prússia, a polémica em torno da eutanásia exacerbou-se quando durante a discussão do seu plano Nacional de Saúde, foi proposto que o Estado deveria promover os meios para realizar eutanásia em pessoas que se tornaram incompetentes para solicitá-la (Goldim, 2000).

Segundo Filho (2005), o termo Eutanásia, tal como foi concebido (*Sterbehilfe*), que significa em alemão “ajuda a morrer”, nunca foi visto com bom olhos, pois a sua génese está intimamente ligada ao Programa de Eutanásia (*Euthanasieprogramm*) do nacional socialismo - eliminador de doentes mentais - bem como, da eugenia praticada nos campos de concentração, pelos nazis na Segunda Grande Guerra Mundial, sob a forma da chamada “*eliminação das vidas indignas de viver*” visando a concepção de uma “raça pura”, a raça ariana. Aqui tratava-se de “higienização social”, rumo à perfeição da espécie, não tendo nada a ver com piedade ou o direito a pôr fim à própria vida. Segundo Iturri (1997: 229), nota-se no discurso de Hitler um profundo desprezo pelos que sofrem: “[...] *todo o ser que nasça débil deve ser eliminado. O direito à vida é uma invenção absurda dos democratas humanitários e apóstolos da debilidade. O direito a morrer é o único direito dos débeis condenados pela lei da eliminação*”.

Daí, parece que o mundo preferiu adoptar outras terminologias, para além do termo eutanásia em si: ajuda para morrer (*Hilfe beim Sterben*), morte assistida ou morte sem dor.

#### 1.4.2. Perspectiva Religiosa em Torno da Eutanásia

As grandes religiões do mundo têm perspectivas diferentes acerca da eutanásia. A maior combatente contra a eutanásia em todos os tempos foi a igreja, pois tal prática é contrária o mandamento do Lei de Deus *não matarás*. Contudo, nem todas as religiões do mundo partilham da mesma opinião.

Para ajudar a perceber a forma como a eutanásia é entendida pelas principais religiões do mundo, será feito, neste capítulo, uma abordagem a cada uma delas: o cristianismo, o budismo, judaísmo e islamismo.

**Cristianismo** - Começando pelo Cristianismo, que é a religião dominante em Portugal, é curioso constatar que é na Bíblia que aparece o primeiro relato histórico da eutanásia. *“E o combate se fez mais rijo contra Saul, e os frêcheiros o reconhecêrão, e o trespassárão com as setas. E disse Saul ao seu Escudeiro: Desembainha a tua espada, e mata-me [...]. Mas o seu Escudeiro, possuído de temor, não quis fazer tal: Saul pois pegou na sua espada, e se lançou sobre ella.”* (A Santa Biblia, Paralipomenos, Liv. I, Cap. X).

Pio XII, eleito papa em 1939, deu também a sua opinião, que reflectia a opinião oficial da Igreja, segundo a qual “não há homem, nem autoridade humana, ou ciência, indicação médica, eugénica, social, económica, moral que possa invocar-se

para constituir um título jurídico válido para dispor directa e deliberadamente de uma vida humana inocente” (Iturri, 1997: 234). Nesta mesma linha, João Paulo II aprovou em 1980, a Declaração sobre a eutanásia da Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé. Nesse documento lê-se que: “é necessário declarar uma vez mais, com toda a firmeza, que nada ou ninguém pode autorizar a que se dê a morte a um ser humano inocente seja ele feto ou embrião, criança ou adulto, velho, doente incurável ou agonizante. E também a ninguém é permitido requerer este gesto homicida para si ou para um outro confiado à sua responsabilidade, nem sequer consenti-lo explícita ou implicitamente. Não há autoridade alguma que o possa legitimamente impor ou permitir. Trata-se, com efeito, de uma violação da lei divina, de uma ofensa à dignidade da pessoa humana, de um crime contra a vida e de um atentado contra a humanidade.” (Declaração sobre a eutanásia, 1980).

Apesar da sua posição oficial, a Igreja Católica, distingue “matar” de “deixar morrer”, pois entendem que “matar” é uma acção ou omissão que visa causar a morte, enquanto “deixar morrer” é apenas não aplicar ou interromper um tratamento, de modo a que a vida possa seguir o seu curso natural. Deste modo, a Igreja Católica condena a eutanásia, mas aceita a eutanásia passiva. Esta posição é adoptada pelas Igrejas de raiz cristã, tal como os Adventistas do Sétimo Dia, as Igrejas Baptistas, as Igrejas Ortodoxas Orientais, a Igreja Episcopal, as Testemunhas de Jeová, entre outras (Coelho, 2000).

Segundo Engelhardt (2005), o cristianismo vê a morte como algo que depende da vontade de Deus. Cada ser humano não tem o direito de dispor da sua vida porque a

vida pertence a Deus. É Deus quem dá e quem tira a vida. Deste modo, alguém querer provocar directamente a morte, a si mesmo ou a outrem, é inaceitável, pois viola a dignidade humana e a indisponibilidade da pessoa. Por outro lado, a Igreja também condena o outro extremo da eutanásia – a distanásia, pois há que reconhecer que a vida chegou ao fim e que deixar morrer não significa provocar a morte.

Sendo assim, para a Igreja há que atingir o equilíbrio entre dois grandes aspectos éticos: a ética da sacralidade da vida - considerada como propriedade de Deus, dada ao homem para administrá-la, com o que o homem não tem nenhum direito sobre a vida própria e alheia - e a ética de qualidade de vida - que utiliza uma abordagem científica dizendo que a vida é um dom recebido, mas que fica a disposição daquele que o recebe, com a tarefa de valorizá-lo quantitativamente. Aqui o princípio fundamental é o valor qualitativo da vida e lá é a inviolabilidade da vida (Wendt, 2004).

**Budismo** - Ao contrário do pensamento comum, o budismo não é uma religião, pois não entende que exista um deus criador; porém também não será correcto denominá-lo como uma filosofia, pois aborda muito mais do que uma mera absorção intelectual. Os ensinamentos básicos do budismo são: evitar o mal, fazer o bem e cultivar a própria mente. O objectivo é o fim do ciclo de sofrimento – samsara – despertando no praticante o entendimento da realidade última – o Nirvana.

Para o Budismo a vida não é divina, pois, como referido, não crêem na existência de

um deus criador. Procura-se que a morte seja um momento de paz. Assim, a eutanásia pode ser aplicada em determinadas circunstâncias (Nogueira, 1995 *apud* Correia).

Por outro lado, a morte da mente não é considerada como a morte da pessoa. A morte é entendida como a dissolução da mente e do corpo. A perspectiva budista em relação ao suicídio assistido e temas relacionados com este, enfatiza o processo de decisão. Não se vê a morte como o fim da vida, mas sim como um processo de transição. Contudo, convêm notar que Buda aceita o suicídio, não pelos doentes se encontrarem em estado terminal, mas sim porque os suicidas estão com a mente livre de egoísmo e desejos e encontram-se iluminadas no momento da morte. Segundo a doutrina budista as pessoas podem determinar o momento de passar para a existência seguinte. O importante é a mente permanecer em paz e harmonia consigo mesma (Abe, 2006).

**Judaísmo** - O judaísmo também confere à vida um valor sagrado, por *pertencer* a Deus, não podendo, portanto, o homem dispor da sua própria vida. Deste modo, a tradição hebraica é, por isso, contrária à eutanásia (Godoy, 1999).

Para os judeus, o médico é encarado como um instrumento que Deus usa para preservar a vida humana, sendo inconcebível que este possa decidir sobre a interrupção da vida de um doente. A halaklan distingue o prolongamento da vida do doente, que é obrigatório, do prolongamento da agonia. Se o médico considera que seu doente está em fase terminal e que poderá morrer em três dias, pode suspender as

manobras de prolongamento de vida e também o tratamento não-analgésico. Portanto, a *halaklan* proíbe a eutanásia, mas admite deixar morrer um doente em determinadas condições (Lowe, 2007).

Porém, alguns rabinos enfatizam o papel do indivíduo no processo de encontrar algumas soluções para conflitos éticos. Argumentam que o ritmo do progresso e as mudanças na tecnologia médica superam a capacidade de o *halaklan* ser a referência fundamental para se decidir eticamente (Abe, 2006).

**Islamismo** - O Islamismo é a mais jovem das religiões mundiais. Baseia-se no Alcorão e na Suna (tradição dos ditos e ações do Profeta Maomé). Segundo Nogueira (1995) *apud* Correia, a vida humana é considerada pelo islamismo como sagrada e o Homem deve submeter-se à vontade divina. Assim, proíbem a eutanásia e o suicídio, e vêem o médico como um instrumento de Deus, que não deve abreviar a vida do doente. No entanto, também não deve manter o doente em estado vegetativo, pois esta vida é inútil.

Para manter a pessoa humana e não desonrar o corpo, o islamismo proíbe o suicídio: “[...] não cometais suicídio, porque Deus é Misericordioso para convosco.” (Alcorão, *Suna: as mulheres, verso 29*). Em suma, para o islamismo, a vida não deve ser tirada voluntariamente. O médico não pode tirar a vida, nem mesmo quando movido pela compaixão. O médico deve perceber os limites da vida, mas não transgredi-los. A sua função é cuidar da vida, prestando bons cuidados e aliviando a

dor (Abe, 2006).

### **1.5. Eutanásia e Suicídio Assistido no Mundo**

**Uruguai** - Segundo Goldim (1997), o Uruguai parece ter sido o primeiro país do mundo a legislar sobre a possibilidade de ser realizada eutanásia. Em Agosto de 1934, quando entrou em vigor o actual Código Penal uruguaio, foi caracterizado o "homicídio piedoso", no art.º 37 que aborda a questão das causas de impunidade. De acordo com a lei Uruguaia, o juiz pode dispensar o castigo a quem realizou este acto, desde que este tenha antecedentes honráveis, tenha realizado o acto por motivo piedoso e quem a vítima tenha feito reiteradas súplicas.

A proposta uruguaia, elaborada em 1933, é muito semelhante à utilizada na Holanda, a partir de 1993. Em ambos os casos, a eutanásia não está assumidamente autorizada, mas existe sim a possibilidade do indivíduo que realiza o procedimento ficar impune, desde que cumpridas as condições básicas estabelecidas. Com isto, a eutanásia não ficou descriminalizada, mas apenas tornou isento o profissional de saúde de procedimentos criminais (Goldim, 1997).

**Austrália** - Segundo Palacio (2009), a Lei da Morte Natural (Natural Death Act) de 1988 aprovada na Região Norte da Austrália, permitiu a um adulto competente

usufrui de uma Directiva Antecipada de Vontade, na qual prescindia de medidas extraordinárias de tratamento, caso viesse a sofrer de doença terminal.

A Lei de Tratamento Médico (Medical Treatment Act) de 1994, permitiu a um adulto elaborar uma Directiva Antecipada de Vontade na qual pede a retirada de determinado tratamento em certas situações, bem como pode delegar essa função num representante legal, caso deixe de ser competente para decidir (Palacio, 2009).

Em 24 de Maio de 1995, o Parlamento da Região Norte aprovou o Rights of the Terminal III Act, que entrou em vigor em 1 de Julho de 1996 e foi revogado em 25 de Março de 1997. Esta lei, que foi a primeira no mundo a legalizar a eutanásia, prevê que o doente que pede a eutanásia deve ser maior de idade, sofrer de uma doença incurável diagnosticada por dois médicos, ter dores insuportáveis e não sofrer de depressão nem de outra doença mental. O doente, devidamente informado, deve fazer uma primeira solicitação ao médico e, após uma semana, nova solicitação por escrito. Um segundo médico deve confirmar o diagnóstico e, após 48 horas pode ser aplicada a eutanásia ou prestada ajuda ao suicídio (Palacio, 2009).

Por outro lado, no Estado de Queensland, a lei condena a ajuda ao suicídio com prisão perpétua e considera cúmplice a pessoa que está presente no momento da morte (Palacio, 2009).

**E.U.A.** - A evolução da questão da morte assistida no estado de Oregon passou por dois importantes marcos. Primeiro, em 1991, o presidente da *Hemlock Society*

escreveu um manual detalhado sobre o suicídio, intitulado de *Final Exit*, no qual descreve técnicas para a prática do suicídio. Em segundo lugar, em 1993 e 1994, a organização *Compassion in Dying* deu aconselhamento pessoal a 46 doentes terminais sobre como morrer. Estes acontecimentos captaram a atenção do público para este assunto (Abe, 2006).

Em 8 de Novembro de 1994 foi aprovado em Oregon o Death with Dignity Act, que legalizou o suicídio assistido. Deveria ter entrado em vigor a 8 de Dezembro do mesmo ano, porém um juiz suspendeu esta lei temporariamente, tendo entrado em vigor apenas em 27 de Outubro de 1997. Esta lei estabelece todos os critérios mínimos a serem atingidos para que uma pessoa possa ter acesso a prescrição de medicamentos e de informações que lhe possibilitarão morrer. Permite que adultos mentalmente capazes, com uma esperança de vida inferior a seis meses, possam solicitar fármacos letais ao médico. O médico assistente deverá chamar um colega em consultoria para confirmação do diagnóstico. Também poderá ser feita uma avaliação da capacidade da pessoa que solicita o procedimento, por um profissional habilitado. Os prazos mínimos para reflexão foram estabelecidos, assim como os instrumentos necessários para a documentação adequada de todos os critérios, prazos e manifestação de vontade (Goldim, 2000). As drogas letais têm obrigatoriamente de ser administradas pelo próprio doente (Palacio, 2009).

Em 2 de Novembro de 1999, a Câmara de Representantes dos Estados Unidos aprovou uma lei que ilegaliza a administração de substâncias letais a doentes terminais, mas que não se opõe à administração de substâncias que resultem num

encurtamento da vida. A American Medical Association apoiou esta lei (Palacio, 2009).

Em 17 de Janeiro de 2006, o Tribunal Supremo dos Estados Unidos impediu a administração Bush de ilegalizar a eutanásia no Estado de Oregon (Palacio, 2009).

O Estado de Washington seguiu a mesma orientação de Oregon e aprovou a Lei Death with Dignity Act I-1000, que permite aos doentes terminais injectares neles próprios uma quantidade letal de fármacos (Palacio, 2009). Segundo esta nova legislação, que entrou em vigor em 2009, os médicos podem prescrever a administração de doses fatais de medicamentos a pacientes para os quais se prevejam menos de seis meses de vida. Requerer a morte, por enquanto, pode ser feito por pessoas maiores de idade, que residam nesse Estado. O pedido deve ser feito duas vezes oralmente e depois por escrito, na presença de duas testemunhas sem relação de parentesco ou amizade com o doente e, por fim, dois médicos devem dar o seu parecer.

**Holanda** - Na Holanda, “a eutanásia é muito praticada há muitos anos, mas só há algum tempo foi legalizada, através de uma lei que entrou em vigor em 2002” (Forato, 2003: 38). Segundo Goldim (2003), os debates na Holanda em torno da eutanásia datam de 1973, ano em que uma médica geral, a Dr<sup>a</sup> Geertruida Postma foi julgada por eutanásia, praticada em sua mãe, com uma dose letal de morfina, após reiterados pedidos para morrer. Foi processada e condenada por homicídio, com uma

pena de prisão de uma semana (suspensa) e liberdade condicional por um ano. Neste julgamento foram estabelecidos os critérios para acção do médico. Desde 1990, o médico que realizava eutanásia, ficava imune de ser acusado, apesar de o acto de eutanásia ser considerado ilícito. Em 1993, a Lei Funeral tornou a eutanásia um procedimento aceito, apesar de ilegal, de modo a que o médico ficava exímio da acusação de homicídio.

A Holanda foi, assim, o segundo país do mundo a legislar a eutanásia e o suicídio assistido. A lei entrou em vigor após a sua publicação oficial em 26 de Março de 2002. A eutanásia é autorizada para doentes terminais sujeitos a sofrimento físico insuportável e que pedem a eutanásia repetidamente, estando na posse das suas faculdades mentais. O médico deve contar sempre com a opinião de um colega (Palacio, 2009).

**Bélgica** - A Bélgica, depois da Holanda, também permitiu a eutanásia activa (Sá, 2005). De Facto, cerca de 10% das mortes nesse país deviam-se a alguma forma de eutanásia ou suicídio assistido. Diante destes dados e de um apoio de mais de 75% da população, o Parlamento Belga aprovou, em Maio de 2002, a lei relativa à eutanásia (Abe, 2006). Segundo esta lei, o médico não comete crime, tendo para isso de respeitar algumas regras: o doente deve ser maior de idade, mentalmente capaz aquando da realização do pedido de eutanásia e estar sujeito a sofrimento físico e psíquico insuportável que não se consegue controlar. O médico deve assegurar que não existe solução para a enfermidade e a sua opinião deve ser validade por outro

colega. Entre o pedido por escrito e a concretização da eutanásia, deve decorrer um período mínimo de um mês (Palacio, 2009).

Para prevenir abusos da lei, os legisladores incluíram na lei um artigo que dá direito a todos os doentes de receberem todos os tratamentos para a dor, a fim de assegurar que doentes pobres e isolados não optem pela eutanásia pela razão de não terem dinheiro para tratamentos analgésicos. Os médicos têm a obrigação de informarem todos os doentes que solicitam a eutanásia que o Governo patrocina na íntegra os medicamentos analgésicos (Abe, 2006).

**Luxemburgo** - Depois da Holanda e da Bélgica, o Luxemburgo foi, na Europa, o país seguinte a legislar sobre a matéria da eutanásia. Em 19 de Fevereiro de 2008 foi aprovada a lei sobre o desejo de uma morte digna, que despenaliza a eutanásia em doentes maiores de idade e menores emancipados, que sofram de doença terminal, sujeitos a sofrimento físico e psíquico atroz, sem perspectivas de cura. Esta lei também prevê o testamento vital, com o qual o doente entra num registo da Dirección de Salud Pública (Palacio, 2009).

**Suíça** - Apesar de a eutanásia não estar legalizada na Suíça, considera-se que ajudar um moribundo a morrer é um acto de caridade. O desenvolvimento da questão sobre eutanásia e suicídio assistido baseou-se no art. 115 do Código Penal Suíço (de 1941) que não penaliza o suicídio assistido desde que não haja motivos de interesse próprio

por parte de quem presta ajuda ao suicida, pois este artigo estabelece que qualquer um que incite outra pessoa a cometer suicídio ou a ajude a fazê-lo, por motivos de interesse próprio, estará sujeito à pena máxima de cinco anos de prisão, se o suicídio for levado a termo ou tentado. Desde então, a lei em relação a este assunto não foi alterada (Abe, 2006). Além disso, o Código Penal Suíço não coloca restrições quanto a quem ajuda ao suicídio nem quanto às condições de saúde da pessoa que pede ajuda para cometer suicídio; contudo, no caso de o suicídio ter a participação médica, preconiza-se que a pessoa que pede o suicídio seja mentalmente capaz e que não haja perspectivas de melhora ou cura da doença (Abe, 2006).

Existem três organizações suíças mais importantes na ajuda à morte voluntária: a Exit da Suíça alemã, a Exit A.D.M.D. (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité) e a Dignitas. Esta última tem a particularidade de ajudar estrangeiros que estejam dispostos a ir a morrer a Zurique. Aparentemente, esta ajuda legal a estrangeiros para morrer, só é dada por outra organização, também ela suíça, a ExInternational, fundada em 1996 e sediada em Berna. No entanto, esta organização atende menos estrangeiros do que a Dignitas (Santos, 2007). A associação Dignitas foi fundada em 17 de Maio de 1998, pelo advogado suíço Ludwig Minellie e faz, em média, uma morte assistida por semana. Ajuda doentes que querem recorrer ao suicídio assistido, disponibilizando para tal fármacos letais e um local apropriado (Palacio, 2009). Esta ajuda para morrer está cada vez mais divulgada e é cada vez mais procurada.

**Reino Unido** - Segundo Palacio (2009), no Reino Unido não existe legislação

específica sobre eutanásia e suicídio assistido. Quem praticar eutanásia é julgado pelo crime de homicídio, podendo ser punido com 14 anos de prisão. Porém, caso se considere que o tratamento a ser utilizado é inútil e apenas serve para prolongar a vida, este pode ser retirado. Em Maio de 2006 foi rejeitado uma proposta de lei que previa que os médicos pudessem praticar eutanásia em doentes terminais.

**França** - Se o país não tem proibição sobre o suicídio ou ajuda ao suicídio, a existência do crime não se coloca. Contudo podem considerar-se outras infracções. Lewis (2007) recorda que, em França, onde o suicídio ou a ajuda ao suicídio não são punidos, as pessoas podem ser processadas por outros crimes, como não assistência a pessoa em perigo, ou homicídio involuntário. Além disso, a França proíbe incitamento ao suicídio e a propaganda de produtos e artigos usados como meios para adquirir a morte.

Neste país a eutanásia está proibida e vai contra a lei, a prática médica e a ética. Segundo o Código Penal francês, a eutanásia enquadra-se nos crimes de homicídio, sendo condenada com prisão perpétua, no entanto, a abstenção terapêutica é possível. Em 12 de Abril de 2005, o Senado francês aprovou a Ley Leonetti, que permite administrar medicamentos para acalmar as dores em doses que possam resultar num encurtamento do período de vida e também retirar tratamentos considerados desproporcionados e que apenas mantêm artificialmente a vida (Palacio 2009).

**Espanha** - A 9 de Junho de 2009, na Andaluzia, foi aprovado o projecto de Lei de

Direitos e Garantias da Dignidade das Pessoas no Processo da Morte. Após quase um ano, a 17 de Março de 2010, o parlamento de Andaluzia, aprovou a Lei da Morte Digna. Esta lei regula sobre os direitos dos doentes terminais e as obrigações dos profissionais de saúde. A partir de então, o doente passou a poder recusar tratamentos que apenas prolongassem a sua vida e também foi garantido o direito do doente em receber tratamentos analgésicos, incluindo sedação e cuidados paliativos no domicílio. A aprovação de uma lei como essa abre precedente para que normas semelhantes sejam aprovadas por toda a Espanha (Euronews, 18-03-2010).

**Alemanha** - Na Alemanha, o Código Penal não abrange o crime de auxílio ao suicídio. De facto, quem assiste ao suicídio não é responsabilizado, desde que a pessoa que se suicida mantenha todo o controlo do processo. Se o suicídio for assistido por um médico, pode ser mais problemático, uma vez que este pode ter o dever de prestar auxílio quando o doente fica inconsciente. Contudo o dever de auxílio em emergência pode não se aplicar quando o doente considera a sua vida um fardo demasiado pesado, do qual se quer libertar (Lewis, 2007). Apesar de ilegal, a eutanásia tem vindo a ser debatida desde 1984 e, mais ainda, desde que a Holanda autorizou esta prática (Palacio, 2009).

**Finlândia** - A eutanásia é ilegal, mas a retirada de tratamentos a um doente terminal está autorizada (Palacio, 2009).

**Dinamarca** - A eutanásia e o suicídio assistido são ilegais, mas a retirada de tratamentos a doentes terminais está autorizada (Palacio, 2009).

**Itália** - Desde o caso de Eluana Englaro que a discussão em torno da eutanásia está reaberta (Palacio, 2009). Eluana tinha sido vítima num acidente de viação, que a fez permanecer num estado neurovegetativo persistente por 17 anos. Seu pai conseguiu, em sede judicial, que fossem suspensas as medidas de suporte de vida (Pittelli, 2009).

**Escócia** - Em 1995, a Corte Suprema da Escócia autorizou que se suspendesse a alimentação à D. Jonhston, após três anos de estado vegetativo. Mais tarde foi apresentado no parlamento um projecto de lei sobre o desejo do doente em pôr fim à sua vida. O parlamento considera que o sistema praticado na Holanda é preferível a viajar para a Suíça para poder pôr fim à vida (Palacio, 2009).

**Israel** - Em Israel os doentes terminais maiores de 17 anos e com esperança de vida inferior a seis meses podem recusar que lhes sejam aplicadas medidas que prolongam a vida artificialmente. A eutanásia activa e a suspensão da alimentação não são autorizadas, principalmente por motivos religiosos (Palacio, 2009). A lei não se

aplica a casos de coma vegetativo, mas sim à criação de um registo para todos os cidadãos, principalmente para doentes crónicos e idosos, onde podem manifestar a sua vontade de se submeterem a eutanásia passiva ou deixar essa decisão delegada numa pessoa de referência. Essa vontade deve, no entanto, ser renovada a cada cinco anos (Palacio, 2009).

**Brasil** - A vida é tutelada na Carta Magna, no seu artigo 5º, que afirma: “Todos somos iguais perante a lei. Sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no país a inviolabilidade à vida...” (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

No Brasil, nem a eutanásia nem o suicídio assistido são lícitos. Sendo praticada por médico, familiar ou terceiro, é considerada homicídio na forma privilegiada, por ser cometida por motivos de relevante valor social ou moral, tem diminuição de pena de um sexto a um terço, segundo o Código Penal Brasileiro, art. 121 “Matar alguém” (Palacios, 2009).

## 1.6. Perspectiva Jurídica em Portugal

A eutanásia não é um problema recente. Desde sempre levantou problemas no campo ético, moral e jurídico. O debate jurídico sobre o direito à "boa" morte, à ajuda para morrer, à morte assistida, ou, ainda, à morte sem dor, tem sido alvo de opiniões conflitantes para os estudiosos da matéria penal (Filho, 2005).

A eutanásia, segundo o Código Penal português, enquadra-se nos crimes de homicídio. As discussões em torno deste tema têm aumentado exponencialmente, facto que se deve também aos progressos da medicina em torno dos procedimentos de reanimação. Importa salientar que a discussão jurídico-penal da eutanásia deve ser afastada de elementos emocionais que, por norma, determinam a posição de cada um em relação ao problema, tais como a santidade ou a inviolabilidade da vida humana, tão defendida pelas religiões, nomeadamente a católica. No entanto, segundo o artº 131 do CP, aniquilar doentes mentais ou outros, mesmo que incuráveis, não tem qualquer justificação e é considerado como crime de homicídio (Dias, 1999).

Bem diferente disto é a situação de eutanásia: o auxílio médico à morte de um doente já incurso num processo de sofrimento cruel e que, segundo o estado do conhecimento da medicina e um fundado juízo de prognose médica, conduzirá inevitavelmente à morte; auxílio médico que previsivelmente determinará um encurtamento do período de vida do moribundo (Dias, 1999). Segundo o mesmo autor, importa distinguir, no contexto do direito penal português vigente actualmente,

três situações de valoração jurídico-penal: a “eutanásia passiva”, “eutanásia activa indirecta” e a “eutanásia activa directa”.

A eutanásia passiva acontece quando o médico renuncia ao uso de medidas susceptíveis de conservar ou prolongar a vida. Aqui, o médico adopta uma conduta omissiva da acção, apesar de sobre ele continuar a recair um dever jurídico de acção, nos termos do art. 10º-2 do CP “a comissão de um resultado por omissão só é punível quando sobre o omitente recair um dever jurídico que pessoalmente o obrigue a evitar esse resultado”.

O médico pode também incorrer no crime de intervenção médica arbitrária, no caso de continuar com intervenções ou tratamentos que o doente recusa ou proíbe. Segundo o art. 156º – 1 da CP “pessoas (...) que realizarem intervenções ou tratamentos sem o consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até três anos ou com pena de multa”.

Nos casos em que o consentimento do doente não possa ser obtido, o médico deve optar por prosseguir o tratamento. A vontade dos familiares e pessoas próximas do doente não é tida em conta legalmente, no entanto pode ser importante para presumir a vontade do doente. Do mesmo modo, pode-se ter em conta os “testamentos vitais”, que são documentos onde o doente pode manifestar antecipadamente a sua vontade, no caso de ser atingido por uma doença incurável e, por conseguinte, não poder manifestar a sua vontade (Dias, 1999).

A eutanásia activa indirecta, também apelidada de ortotanásia, consiste em utilizar

meios para poupar o doente a dores e sofrimento e que, como efeito secundário, possam resultar num encurtamento de vida do doente. Neste caso, considera-se que a conduta do médico é justificada (Dias, 1999).

A eutanásia activa directa consiste em encurtar intencionalmente o período de vida do doente. Em Portugal, este é considerado um crime de homicídio, ainda que a intenção seja pôr fim ao sofrimento do doente, até mesmo no cumprimento de um pedido do mesmo. Fica a possibilidade em aberto de *jure constituto*, para situações extremas de doentes terminais sujeitos a sofrimentos incalculáveis, onde pode haver dispensa de pena por via do estado de necessidade desculpante (Dias, 1999). O CP, no seu artigo 35º-2 diz que “Se o perigo ameaçar interesses jurídicos diferentes dos referidos no número anterior, e se verificarem os restantes pressupostos ali mencionados, pode a pena ser especialmente atenuada ou, excepcionalmente, o agente ser dispensado de pena”.

Dias (1999) refere ainda que há que considerar o suicídio medicamente assistido e a cessação de intervenção médica em momento posterior à morte cerebral. Estas, embora relacionadas com a eutanásia, não constituem crime de homicídio.

O CP, no seu artigo 133º prevê o homicídio privilegiado “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 de 1 a 5 anos. Segundo Dias (1999), a culpa é diminuída por haver uma exigibilidade diminuída de comportamento diferente. Isto é, considera-se que em determinada situação, a pessoa terá sido sensível ao conflito espiritual e,

portanto, ter-se-á afastado do normal cumprimento das suas obrigações.

Muitos casos de eutanásia integram o crime do art. 133º, mas também do art. 134º (Homicídio a pedido da vítima) – “Quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresse que ela tenha feito é punido com pena de prisão até 3 anos. A tentativa é punível”. Dias (1999) lembra que o pedido traduz a autonomia e a autodeterminação da vítima, bem como a sua renúncia à vida. Além disso, os motivos que movem o infractor são altruístas, pelo que não será merecedor de uma pena análoga à de um homicida comum.

### **1.7. Testamento Vital**

A evolução da medicina permite, hoje-em-dia, aliviar o sofrimento e a dor, mas também tornou possível prolongar a existência humana para além daquilo que é adequado, pelo que, segundo Nunes (2009) importa, desde logo, estabelecer critérios claros para a boa prática clínica na fase final da vida, definindo normas de orientação ético/clínica que ajudem os profissionais de saúde a lidar com este problema.

O médico pode optar por manter artificialmente um conjunto de parâmetros vitais, que nem sempre o doente gostaria, se pudesse exercer o seu direito à autodeterminação.

O que se pretende dos cuidados de saúde é uma prática profissional digna, adequada e zelosa. Por conseguinte, a suspensão ou abstenção de meios desproporcionados de tratamento – incluindo a reanimação cárdio-pulmonar e as ordens de não-reanimar – são hoje prática corrente no mundo ocidental. Tenta-se com isto manter o respeito pela dignidade humana, tão importante na fase terminal da vida (Nunes, 2009).

O mesmo autor refere que, cresce a ideia de que o doente deve ser envolvido neste processo decisório, do mesmo modo que as dúvidas sobre o fim de vida devem ser esclarecidas.

Decidir antecipadamente como se deseja ser cuidado no fim de vida e deixar este testemunho documentado ou gravado, pode ajudar os profissionais de saúde a tomarem decisões. A isto chama-se directivas antecipadas de vontade, ou, mais vulgarmente, testamento vital, testamento do paciente ou testamento de vida. Estas procuram estabelecer, por escrito, no domínio dos cuidados médicos, um conjunto de acções e omissões que a pessoa pretende dos profissionais de saúde, caso, posteriormente, se encontre numa situação de incapacidade. As directivas antecipadas de vontade são uma via de determinar o tipo, mas também a intensidade do tratamento médico que a pessoa pensa querer (Loureiro, 2008).

O testamento vital surgiu em 1967, quando o advogado Luís Kutner (1908-1993), em Chicago teve a ideia de criar um documento, ao alcance de todos, em que se pudesse indicar o desejo da pessoa em caso terminal, no que diz respeito aos tratamentos a ser sujeita (Betancor, 1995).

Em Portugal não há legislação específica sobre as directivas antecipadas. Em Maio de 2009, o Parlamento português aprovou o testamento vital, contudo a CNECV deu um parecer desfavorável a este documento, que se intitulava “Direito dos doentes à informação e ao consentimento informado” e que, no seu Capítulo II, secção IV, incluía a “Declaração antecipada de vontade e nomeação de procurador de cuidados de saúde” (57/CNECV/09). Desde então aguarda-se nova discussão em Assembleia da República. Está em cima da mesa a legitimidade ética e jurídica das directivas antecipadas de vontade, que mais não são do que directrizes da vontade da pessoa sobre os tratamentos que deseja receber ou recusar em fim de vida, caso aí esteja incapaz de se manifestar e de decidir *per se*.

No momento da redacção do testamento vital, estamos perante uma autonomia *prospectiva*, na medida em que se visa estabelecer orientações para o futuro, de modo a definir parâmetros que devem ser observados no caso de se verificarem certas situações hipotéticas, mais ou menos prováveis. Se o corte temporal observado for o do tempo da decisão, já depois de se verificar a incapacidade de consentir do paciente, falaremos antes de autonomia precedente (Loureiro, 2008).

O artigo 9º da Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina limita-se a afirmar que “vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de manifestar a sua vontade, será tomada em conta”.

O testamento vital está actualmente em uso em muitos países ocidentais. Contudo existem muitas preocupações acerca destas directivas.

Esta declaração antecipada de vontade é designada nos E.U.A. e na Austrália por “living testament” ou “advance directive”, na Bélgica, França e Suíça por “testament biologique”, na Grã-Bretanha por “declaration of intent”, na África do Sul por “living will” e na Holanda por “levens testament”. No entanto, este documento tem um valor diferente consoante o país em que nos encontramos.

Na França este documento não será tido em conta pelo médico, que enveredará todos os esforços que considere necessários para preservar a vida do doente. Na Alemanha, é comum respeitar-se a vontade do doente. Nos E.U.A. o documento tem uma validade diferente consoante o Estado em que se encontra. Na África do Sul tem valor legal (Silva, 2007).

Em 1976, o *California Natural Death Act* legalizou o testamento vital naquele Estado. “A Espanha (...) legislou nesta matéria há mais de cinco anos, com deliberações consideradas um importante marco civilizacional” (Nunes, 2009: 30)

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) determinou que “na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal” (CFM, Resolução nº 1805, 2006). Porém, dada a controvérsia com a eutanásia, esta Resolução foi suspensa por decisão judicial liminar aguardando-se presentemente por decisão definitiva (Nunes, 2009).

Segundo Loureiro (2008), não há em Portugal legislação específica sobre as directivas antecipadas de vontade. Tal não significa que estas sejam proibidas. Pelo contrário, a discussão em torno do tema prolifera, estando até em cima da mesa um projecto da Associação Portuguesa de Bioética para criar um Registo Nacional de Directivas Antecipadas de Vontade (RENDAV).

Um dos problemas para o uso destas directivas antecipadas de vontade é aferir se o paciente mantém a sua vontade, independentemente do passar do tempo. Segundo Loureiro (2008), em Portugal prevê-se que estas directivas possam ter uma validade de três anos, devendo ser renovadas passado este período. Outro aspecto importante a ter em conta, aquando da formalização da vontade do doente, é a informação que a pessoa tem acerca do assunto. Em síntese, sugere-se que para ser válido o consentimento deve ser actual.

A criação *on-line* de um Registo Nacional de Directivas Antecipadas de Vontade permitiria que só documentos recentes, com um período de validade predefinido, fossem considerados válidos. Além disso, a existência deste registo permite também que o consentimento seja livremente revogado até à prática do acto concreto (Nunes, 2009).

Na ausência de legislação específica, como acontece em Portugal, tem sido reconhecido às directivas antecipadas um valor meramente indiciário na determinação da vontade presumida do doente. Na doutrina portuguesa têm crescido as vozes que propendem para atribuir um outro peso aos “testamentos” do doente, no sentido de os tomar com maior seriedade.

Em causa está a legitimidade – nos planos ético e jurídico – das directivas antecipadas de vontade, entendidas como instruções que uma pessoa dá antecipadamente, relativas aos tratamentos que deseja ou que recusa receber no fim da vida, para o caso de se tornar incapaz de exprimir a sua vontade ou de tomar decisões por e para si próprio (Nunes, 2009).

Em Portugal, o Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) tornou público na Conferência Nacional de Consenso sobre Suspensão e Abstenção de Tratamento em Doentes Terminais, em Janeiro de 2008, um conjunto de *guidelines* de orientação ética/clínica para que os profissionais de saúde disponham de mais um instrumento que os auxilie nas complexas decisões no final da vida humana (Nunes, 2009). Esta proposta assenta nas opiniões mais consensuais sobre esta matéria, a nível internacional.

## 2. CUIDADOS DE SAÚDE

### 2.1. Controvérsia Sobre a Moralidade da Eutanásia

Ao longo da História, diversas figuras foram-se posicionando a favor e contra a eutanásia. Como temos visto neste texto, na actualidade este debate persiste. Surgem inúmeros prós e contras em relação à eutanásia. Porém, de acordo com Godoy (1999)

antes de se falar no direito de morrer deve-se pensar sobre o viver, sobre o significado do direito de todas as pessoas a ter uma vida digna.

Segundo Siqueira-Batista (2004), os autores que "defendem" a prática da eutanásia assentam a sua opinião no respeito pela *liberdade* de escolha do moribundo (pessoa que decide, como agente competente e autónomo, pôr fim aos seus dias), além de argumentar que a eutanásia se reveste de um genuíno estofo humanitário, propiciando que se livre o enfermo de um sofrimento *insuportável*, encurtando uma vida considerada *sem qualidade*. Uma das bases de sustentação para os autores que desaprovam a eutanásia é o *princípio da sacralidade da vida*. Aqui, a vida como *bem* concedido pela divindade, tem um estatuto sagrado, isto é, incomensurável, não podendo ser interrompida, nem mesmo por expressa vontade de seu detentor. Outros argumentos contrários à eutanásia incluem a potencial desconfiança na relação médico-doente, a possibilidade de actos não inspirados em fins altruístas, mas motivados por outras razões (por exemplo, questões de heranças, pensões, seguros de vida, e outras), a ocorrência de pressão psíquica (por exemplo, o pensamento, pelo enfermo, de que sua condição é um verdadeiro "estorvo" para os familiares).

Sendo que a evolução da medicina abriu a possibilidade de prolongar a existência humana para além do que seria natural, é importante definir critérios de tratamento para evitar cair nos extremos da suspensão ou da abstenção terapêutica em doentes terminais.

Existem diferenças entre a suspensão (*withdraw*) e a abstenção (*withhold*) de tratamento. Porém, segundo Nunes (2009), não há distinção ética sustentável entre

suspender ou não iniciar determinado tipo de procedimento.

Importa também salientar a diferença entre suspensão de tratamentos e eutanásia. A primeira refere-se a suspender meios desproporcionados de tratamento, sendo que as mais frequentemente utilizadas nos dias de hoje são a suspensão e a abstenção de tratamento em doentes terminais, o que é considerado uma boa prática médica. A eutanásia consiste na morte de alguém, a seu pedido, com intervenção directa do profissional de saúde.

Precisamente para evitar o uso de medicamentos desnecessários e de intervenções que prejudicam a qualidade de vida dos doentes, levanta-se a possibilidade de legalizar em Portugal, à semelhança do que aconteceu em Espanha, em 2002, o testamento vital – o documento que irá afirmar a vontade do doente (Campos, 2009).

O suicídio assistido e a eutanásia só podem ser devidamente apreciados tendo em conta a dignidade humana e o direito à auto-determinação. Para Souza (2005), o valor da vida passa por três dimensões: instrumental, subjectivo e intrínseco. O valor instrumental da vida refere-se ao interesse que a nossa vida tem para os outros; o valor subjectivo da nossa vida remete-nos para o valor que cada um de nós atribui à sua própria vida; e o valor intrínseco diz respeito ao valor que uma vida tem para a pessoa de cuja vida se trata.

Holland (2008:125) lembra que é questionável se a eutanásia deve fazer parte do sistema de saúde, pois “um sistema de saúde bem sucedido requer um conjunto de valores que os seus usuários terão confiança de que será seguido, como que os

médicos nunca desistirão da esperança de êxito no tratamento de um paciente. Institucionalizar certas formas de eutanásia pode solapar tais valores”. Assim, existe a preocupação de que a eutanásia possa levar a negligenciar valores, o que diminui a confiança necessária num sistema de saúde bem sucedido.

De acordo com Siqueira-Batista (2004), um ponto essencial em torno da eutanásia é saber se um doente, em princípio cognitiva e eticamente competente, sujeitado a sofrimento tal que o faz considerar que a sua vida não deve mais seguir o seu curso, tem, ou não, o direito moral de escolher pôr fim à sua vida, de acordo com seus princípios e valores. Outra perspectiva é a possibilidade dessa decisão poder ser entregue a terceiros, ou ainda de o processo decisório poder advir de um acordo assente numa análise imparcial dos interesses em conflito (do paciente, dos familiares dependentes, da sociedade). Outro ponto fulcral deste debate remete invariavelmente ao binómio vida e morte. Neste âmbito, uma das ideias vigentes propõe que a questão seja alicerçada sobre o conceito de morte, pois a eutanásia, mais não é do que uma antecipação voluntária da morte.

## **2.2. Humanização dos cuidados de saúde em fim de vida**

A enfermagem é tão antiga quanto a própria sociedade. Desde os primórdios dos tempos que os seres humanos cuidam de outros seres humanos. Com a evolução tecnológica e com o desenvolvimento da farmacologia, a tarefa de cuidar a vida

humana está facilitada, porém, continua a ser imprescindível a presença de enfermeiros.

Os cuidados prestados pelos enfermeiros obedecem ao Código Deontológico dos Enfermeiros (Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro) e ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – REPE - (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro).

O exercício da actividade profissional de enfermagem pauta-se pelo respeito pela dignidade humana desde o nascimento até à morte, devendo o enfermeiro ser um elemento interveniente e participativo em todos os actos que necessitem de uma componente humana efectiva, de forma a atenuar o sofrimento. No processo de saúde/doença, os enfermeiros lidam frequentemente com situações polémicas e conflituosas. Do acto de cuidar derivam sentimentos, atitudes, acções, vontades, desejos, inclinações e impulsos. Segundo Souza (2005), compreender o valor do cuidado de enfermagem requer uma concepção ética que contempla a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida, para respeitar a vida do outro com toda a sua complexidade. O cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção; cuidar implica colocar-se no lugar do outro; cuidar em enfermagem significa proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando as pessoas a encontrar os significados da doença, dor e sofrimento.

A medicina contemporânea enfatiza a cura e o prolongamento da vida, mas negligencia o cuidado necessário ao fim da vida, abrindo caminho a uma enorme quantidade de idosos incapacitados, mal cuidados e em sofrimento que aguardam o momento de morrer (Lima, 2006). A obsessão pela imortalidade, que levou ao

prolongamento da vida e à valorização da juventude e que teve como consequência uma evidente discriminação social contra os idosos, faz com que o investimento em medicina geriátrica seja mínimo. Se esta tendência não for alterada, em vez de idosos activos física e mentalmente, a sociedade transformar-se-á num gigantesco lar para velhos incapacitados (Lima, 2006).

Lidar com a morte a cada instante banalizou-se para quem trabalha na área da saúde, devido ao avanço da ciência, das técnicas cirúrgicas, do uso de tecnologias que permitem o prolongamento da vida de pacientes terminais, da produção de medicamentos em larga escala, entre outros.

Um dos primeiros objectivos da medicina, ao cuidar dos que morrem, deveria ser o de aliviar a dor e sofrimento causados pela doença. Segundo Pessini (1996), apesar de a dor física ser a fonte mais comum de sofrimento, ela vai além do físico, tendo influências culturais, subjectivas, sociais, psíquicas e éticas. Para tratar a dor de um doente, os profissionais de saúde devem estar atentos a todos estes aspectos, sem negligenciar qualquer um deles.

Pessini (1996) afirma que “o sofrimento somente é intolerável se ninguém cuidar”. Deste modo, este autor considera que cuidar dignamente de uma pessoa que está morrendo num contexto clínico significa respeitar a integridade da pessoa, pelo que os profissionais e pessoas de referência devem zelar para que o doente seja mantido livre de dor tanto quanto possível, que receba continuidade de cuidados e não seja abandonado, que o doente possa decidir acerca dos cuidados que recebe, que o doente seja ouvido como uma pessoa em seus medos, pensamentos, sentimentos,

valores e esperanças e que possa morrer onde queira. O ideal é que a morte ocorra no tempo certo, isto é, a ortotanásia. O médico deve acompanhar o doente e não a doença (Mir, 2004).

Na prática clínica somos frequentemente confrontados com situações de sofrimento, cujo desfecho eminente é a morte. Existe um certo momento no decorrer da evolução da doença em que, mesmo tendo ao dispor todos os recursos, já não é possível salvar o doente. As necessidades de um doente em estado terminal, muitas vezes isolado pela sociedade, aumentam as exigências no que respeita a cuidados de conforto que promovam a qualidade de vida física, intelectual e emocional sem descuidar a vertente familiar e social.

Apesar desta consciência, lidar com situações limite, potencia um afastamento motivado por sentimentos de impotência perante a realidade. Este contexto torna-se mais complexo se o profissional de saúde (ou o cuidador) for confrontado com uma vontade expressa pelo doente em querer interromper a sua vida. Como agir perante o princípio de autonomia do doente? Como agir perante o direito de viver? Perante este quadro, há que ter um profundo conhecimento das competências, obrigações e direitos profissionais, de forma a respeitar e proteger a vida como um direito fundamental das pessoas.

Desde o início da sua formação, os profissionais de saúde são “moldados” para entender a morte como o maior dos inimigos. Essa caracterização de médico como *aquele que vence a morte* já é perceptível na própria narrativa mitopoética, podendo ser lembrado o mito de Asclépio, o deus grego filho de Apolo que, na sua

aprendizagem com o centauro Quíron, teria adquirido a habilidade de ressuscitar os mortos:

*“ (...) aprendendo com Quíron as artes da cura, Asclépio fixa-se em Epidauro, desenvolvendo ali uma verdadeira escola de medicina, cujos métodos de cura aconteciam por intervenção divina intermediada pelos sacerdotes. (...) seu poder de cura passou a incomodar o próprio Zeus, uma vez que o curador divino ressuscitara Hipólito e outros mortos ilustres, contrariando as leis imutáveis de Hades.”* (Maciel, 2000: 71).

Nota-se aqui o desejo profundo de vencer a morte. Quando a morte vence, o profissional de saúde sente-se derrotado. A sua tendência é entrar numa luta para prolongar a vida e vencer a morte a todo o custo. Aqui entra-se no campo da distanásia.

Por um lado, o profissional de saúde pode lidar com a morte de forma a atrasá-la o mais possível mas, por outro lado, surge a possibilidade de antecipar o processo de morte, tão penoso para o moribundo, já que a morte é eminente, repleta de sofrimento e inevitável, podendo durar horas, dias ou semanas. Surge então o conceito de eutanásia, como forma de alento para um desfecho certo.

### **2.3. A objecção de consciência**

Segundo Gimenes (2005) consciência é a noção da nossa própria realidade, do próprio interior. É através da consciência que tomamos noção do bem e do mal, do certo e do errado, e tentamos adaptar a nossa conduta à nossa consciência.

Na profissão de enfermagem podem ocorrer diversas situações que vão contra a consciência dos profissionais, pelo que a Lei prevê formas de o profissional de saúde não ser obrigado a participar em determinados actos com os quais não concorda. Ser objector de consciência significa recusar-se a fazer algo, por isso ir contra as suas convicções e aos princípios em que acredita.

Alguns autores consideram que existem três requisitos para a objecção de consciência. Em primeiro lugar, a objecção de consciência traduz-se na recusa de uma norma jurídica ou na recusa de submissão a uma directriz de uma autoridade pública ou ainda na rejeição de uma proposta de comportamento imposto. Em segundo lugar, essa recusa fundamenta-se em razões do foro íntimo do objector. Por fim, considera-se que o comportamento do objector, ao manifestar-se como tal, não é violento (Gimenes, 2005).

Segundo Rawls (1987), a objecção de consciência difere da desobediência civil, pois a objecção de consciência não é uma forma de apelar ao sentido de justiça da maioria, mas sim a incapacidade de obedecer a uma ordem legal ou administrativa. Enquanto a desobediência civil é definida como um acto político público, pacífico e

em consciência contrário à lei e normalmente levado a cabo para pressionar modificações na lei ou na política. A objecção de consciência não implica uma base política. Por norma, as bases da objecção de consciência assentam na própria consciência e na religião.

Vivendo nós em Portugal numa sociedade democrática, a objecção de consciência assume uma importância significativa. O Estado democrático não impõe aos cidadãos a adesão incondicional às regras fixadas pela autoridade, deixando-lhes a possibilidade de reflectir e exprimir livremente as objecções sobre a realidade legislativa ou outra. A objecção de consciência é um direito, que reflecte a concordância inequívoca entre pensamento e acção. É um direito fundamental previsto na Constituição da Republica Portuguesa, no seu artigo 41º, na alínea 6 onde “é garantido o direito à objecção de consciência, nos termos da lei.”

A objecção de consciência é invocada na Declaração Universal dos Direitos do Homem, proclamada pela Assembleia-Geral da ONU, em 10 de Dezembro de 1948, e rectificada pela Lei 65/78 de 13 de Outubro. Esta afirma, no seu artigo 9º, que “Qualquer pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião; este direito implica a liberdade de mudar de religião ou de crença, assim como a liberdade de manifestar a sua religião ou a sua crença, individual ou colectivamente, em público e em privado, por meio de culto, do ensino, de práticas e de celebração de ritos.”

O direito à objecção de consciência é um direito legalmente protegido e regulado na área dos cuidados de saúde, na área da educação sexual e planeamento familiar (Lei

3/84, de 24 de Março, no seu artigo 11.º) na Interrupção Voluntária da Gravidez (Lei 6/84, de 11 de Maio, revogada pela Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril), na procriação medicamente assistida - Lei 32/2006; e especificamente, para o exercício da Enfermagem, o artigo 92º (da objecção de consciência), do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Decreto-Lei nº104/98 (p. 1756), alterado pela Lei 111/2009 de 16 de Setembro (p. 6549).

Caso Portugal passe a considerar a possibilidade de eutanásia e suicídio assistido, é natural que se inclua na legislação um artigo que garanta aos profissionais de saúde o direito a não participar em tais actos.

### **III. PARTE EMPÍRICA**

#### **1. O QUESTIONÁRIO “ATITUDES DOS ENFERMEIROS PERANTE DECISÕES DE FIM DE VIDA”**

Para estudar as opiniões dos enfermeiros relativamente à eutanásia e, com isso, prever algumas atitudes que este grupo profissional possa vir a tomar no caso de se deparar com a adopção desta prática em Portugal, recorreu-se a um questionário belga (Anexo I).

“Nurses’ attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium” é o artigo que sistematiza o estudo realizado na Flanders. O estudo tinha como objectivo conhecer as atitudes dos enfermeiros belgas face às decisões relacionadas com o fim de vida dos doentes. A amostra deste estudo contou com 6000 enfermeiros da Flanders e foi realizado em 2007. O questionário utilizado para realizar este estudo contou com a participação de diferentes especialistas ligados ao fim de vida. Aborda questões relativas à prestação de cuidados aos doentes e aos cuidados em fim de vida; são feitas perguntas acerca das suas experiências nos últimos 12 meses; e são colocadas algumas questões para caracterizar a amostra: sexo, idade, educação, profissão e religião.

O questionário está organizado por grupos de perguntas, que abordam temas

diferentes. São eles: experiência profissional de enfermagem, decisões em fim de vida, atitudes perante decisões na fase terminal da vida, atitudes perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida, opiniões sobre a eutanásia, alguns dados pessoais e explicação.

### **1.1. Construção do questionário em português**

Ao ler o artigo que reflecte este estudo, pareceu-nos que seria interessante utilizar o instrumento aqui, em Portugal. Para ter acesso ao instrumento original contactou-se via e-mail um dos autores do artigo – Luc Deliens – com o propósito de obter autorização para utilizar o instrumento. Luc Daliens mostrou-se receptivo e remeteu o pedido de autorização para a primeira autora do artigo – Els Inghelbrecht. Esta autora respondeu prontamente de forma positiva e enviou, à posteriori, o instrumento.

Recorreu-se a duas tradutoras, uma holandesa e outra com dupla nacionalidade (holandesa e portuguesa), que, independentemente uma da outra, realizaram as traduções para português. Na posse de ambas as traduções analisaram-se os questionários, com vista a obter uma versão final que pudesse ser utilizada em Portugal. As diferenças entre ambos os questionários eram ténues, o sentido das frases era similar, havendo apenas alguns ajustes de português a realizar.

É de salientar a pergunta 24, que na primeira tradução dava a ideia de que o enfermeiro estava envolvido nas decisões relativas à fase terminal, mas o que se pretendia na versão original em holandês era fazer referência ao enfermeiro como estando envolvido em todos os processos de tomada de decisões relacionadas com os doentes, pelo que esta questão teve de ser alterada.

Em relação à pergunta 27 retirou-se o termo original *hierárquica inferior*, que pretende definir a posição dos enfermeiros relativamente aos médicos, já que legalmente ambos são cursos de licenciatura, sem relação hierárquica entre si, apenas funcional. Definir a posição dos enfermeiros com inferior em relação aos médicos foi considerado inapropriado, podendo ferir susceptibilidades. Foi decidido incluir o termo “posição na equipa de saúde”.

O grupo de perguntas referentes às “Atitudes relativas à eutanásia”, foi denominado de “Opiniões sobre a eutanásia”, visto que em Portugal a eutanásia não é considerada legalmente, os enfermeiros não podem ter atitudes em relação a algo que não existe no país deles, mas podem apenas manifestar as suas opiniões em relação ao que conhecem da eutanásia, enquanto prática legal de outros países.

A pergunta 33 original foi retirada do questionário português pelas mesmas razões.

A pergunta 41 apenas pretende saber que função os inquiridos têm vindo a desempenhar no último ano, maioritariamente. Na pergunta 42, os inquiridos apenas vão ser questionados sobre onde trabalham actualmente, enquanto a questão 43 é sobre os locais de trabalho nos últimos 12 meses. Aqui, em vez de se darem opções

de escolha, como no questionário original, opta-se por deixar o inquirido responder livremente. Já na pergunta 44, que se refere à religião, foi totalmente reformulada, mantendo, obviamente, o sentido original.

Depois de conseguir uma versão portuguesa satisfatória, pediu-se uma retroversão a uma nova tradutora holandesa, que nunca tinha tido acesso ao questionário original. Obteve-se então a tradução em holandês do questionário que nasceu a partir da análise das duas traduções feitas para o português.

Na posse da retroversão, houve então a necessidade de a comparar com o questionário original. É necessário que ambos transmitam as mesmas ideias e causem o mesmo impacto em quem vai responder ao questionário. Devido ao nosso desconhecimento da língua holandesa, solicitou-se novamente a colaboração de Els Inghelbrecht, para que lesse a retroversão e analisasse se o conteúdo e as ideias das frases eram idênticos no questionário original e na retroversão. Ela atendeu prontamente o nosso pedido e concluiu que as ideias presentes no questionário original se mantinham na retroversão. Assim, considerou-se que o questionário português, obtido a partir das duas traduções, transmitiu ideias equivalentes das do questionário original e está, por conseguinte, apto, após validação, a ser utilizado em Portugal.

## **1.2. Validação do conteúdo**

A validação do questionário foi feita através da realização de um teste de compreensão por um grupo de quatro enfermeiros. Foi-lhes pedido que preenchessem o questionário, após o qual foram solicitados a emitir opiniões sobre a formulação das frases e sugerir melhorias. Este teste visou apurar se o questionário estava apto a ser percebido por portugueses, mais propriamente por enfermeiros portugueses, que será a população em que o estudo final irá incidir. Nesta etapa, foi-lhes informado que as suas respostas às questões não seriam tidas em conta, apenas as suas críticas acerca da construção do questionário em si.

Os enfermeiros que participaram neste teste de compreensão são docentes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, dois deles de sexo feminino e os outros dois de sexo masculino. A média etária foi de 43 anos. Foi atribuído um número a cada um deles, uma vez que as identidades devem permanecer ocultas. A média de tempos que estes quatro elementos demoraram a responder ao questionário foi de 10 minutos e 30 segundos.

Durante esta reunião o questionário foi, de uma forma geral, considerado muito interessante, bem estruturado, fácil de interpretar e que tinha muito a ver com princípios e valores. Surgiram alguns pontos à volta dos quais se gerou discussão e de onde surgiram possíveis alterações a efectuar para o questionário final. Os principais focos de debate prenderam-se com o formato do questionário, com a

escala utilizada e com a forma como é feita referência ao masculino e feminino ao longo do questionário.

Na Bélgica, o questionário foi impresso em formato A5 e, como tal, os primeiros questionários portugueses utilizados neste teste de compreensão, também seguiram neste formato. Os elementos do grupo sugeriram que o questionário português deveria adoptar um formato A4, pois consideram que A5 é “muito cansativo” e tem a “letra muito pequena”. Um dos elementos salientou que teve que ler muito atentamente o questionário, não só por se tratar do primeiro contacto com este, mas também devido ao formato. Optou-se por aceitar a sugestão do grupo e imprimir a versão final em A4, de modo a permitir uma leitura menos cansativa.

Um dos participantes deu especial relevo à escala utilizada no questionário (-2;-1;0;+1;+2). Na sua opinião, zero estabelece um ponto médio, propício para quem não tem opinião acerca do assunto. Trata-se de um ponto neutro. Realçou que a existência de -2 e -1 nas respostas dá a sensação, do ponto de vista perceptivo, que é negativo a pessoa situar-se nesses pontos. Outros dos participantes concordou e acrescentou que uma escala com positivos e negativos pode condicionar as respostas. Foi sugerido que seria preferível utilizar uma escala de 1 a 5, ou o inverso (5, 4, 3, 2, 1), admitindo que as pessoas que respondam ao questionário possam considerar 3 como ponto neutro, à semelhança do que acontece com o zero. No entanto, um dos elementos discordou da opinião dos restantes elementos, pois, no seu entender, a escala está bem e não lhe afecta a existência de -2 e -1 e, por outro lado, +1 e +2, pois não os vê como negativos e positivos.

As considerações sobre a escala utilizada não foram tidas em conta. A escala foi mantida tal como no original, pois numa adaptação cultural e linguística como esta, não é correcto alterar a construção inicial do questionário, nem as opções de resposta.

Relativamente à forma de fazer referência ao masculino e feminino ao longo do questionário, os participantes consideraram que a versão que lhes foi disponibilizada não apresentava estes termos da forma mais correcta. Chamou-lhes logo a atenção a parte das instruções, que dizia “(onde se lê “enfermeiro” ou “médico” deve ler-se igualmente “enfermeira” ou “médica”)”. Em alternativa, sugeriram que se retirasse essa frase das instruções e que, ao longo do questionário, se acrescentasse *a* sempre que surgisse a palavra *enfermeiro* ou *médico*. Apenas um dos elementos do grupo considerou este ponto pouco importante, porque, para ele, poucas pessoas lêem as instruções, mas dada a insistência dos colegas neste assunto, acabou por concordar com o grupo.

Na versão portuguesa foi feita esta alteração. O feminino passou a ser indicado ao longo do texto sempre que oportuno, acrescentando o *a*.

Para além destes principais pontos, o grupo fez ainda alguns pequenos reparos, por exemplo, reformularam a pergunta número 10, sugerindo que fosse escrita da seguinte forma: *No caso do sofrimento de um portador de doença incurável ser insuportável e o mesmo não ter capacidade de decidir, o médico deve estar autorizado a administrar substâncias que ponham termo à vida do doente*. Tal como aqui, todas as sugestões de melhoria na construção das frases, para que estas se tornassem mais facilmente compreendidas, foram consideradas na construção final

da versão portuguesa, bem como, foram feitos alguns ajustes de português.

Finalmente, ficou pronta a versão portuguesa do instrumento belga. O questionário “Atitudes dos enfermeiros perante decisões de fim de vida” (anexo II) pretende explorar três principais secções de perguntas relacionadas com o fim de vida e, além disso, tem perguntas relativas às experiências profissionais dos enfermeiros, bem como às suas características sócio-demográficas.

Os quadros 1, 2 e 3 apresentam as perguntas de cada uma das principais secções do questionário final em português.

#### **Quadro 1 – Atitudes dos enfermeiros perante decisões de fim de vida**

<b>Atitudes dos enfermeiros perante decisões de fim de vida</b>	
<b>6</b>	A administração de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito do doente, é aceitável quando se trata de portadores de uma doença terminal, com dor ou sofrimento extremos e incontroláveis.
<b>7</b>	Os médicos devem respeitar as decisões bem ponderadas acerca da rejeição de tratamentos por parte do doente, mesmo quando isto acelere o fim da vida do mesmo.
<b>8</b>	Induzir o estado de inconsciência no doente até ao seu falecimento representa o processo de morte mais adequado, sobretudo se tal for a única forma de controlar o sofrimento.
<b>9</b>	Cada doente tem o direito de decidir sobre o aceleração do fim da sua vida.
<b>10</b>	No caso do sofrimento de um portador de uma doença incurável ser insuportável e não tendo este a capacidade de decidir, os médicos devem estar autorizados a administrar substâncias que ponham termo à vida do doente.

<b>11</b>	Caso necessário, um doente deve poder receber medicação para a dor e o sofrimento, mesmo quando esta possa acelerar o fim da sua vida.
<b>12</b>	A autorização legal para o uso de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito de um doente, originará também um aumento do uso destas substâncias, sem ser a pedido explícito do doente.
<b>13</b>	A autorização do uso de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito de um doente, prejudicará a relação entre o médico e o doente.
<b>14</b>	Seria bom que cada doente, antes de já não ser capaz de decidir por si próprio, pudesse nomear uma terceira pessoa para tomar as decisões em seu nome, durante a sua fase terminal.
<b>15</b>	Os médicos têm de se esforçar para manterem os seus doentes vivos, mesmo quando um doente lhes peça que seja acelerado o fim da sua vida.

**Quadro 2 - Atitudes dos enfermeiros perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida**

<b>Atitudes dos enfermeiros perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida</b>	
<b>16</b>	Os doentes abordam mais facilmente os enfermeiros do que os médicos acerca de decisões na fase terminal da sua vida.
<b>17</b>	No caso de se decidir não prolongar o tratamento de um doente, tal decisão deve ser discutida com os enfermeiros assistentes.
<b>18</b>	Em caso nenhum estaria eu mesmo/a disposto/a a administrar medicação para induzir o estado de inconsciência num doente até ao seu falecimento.
<b>19</b>	Quando o sofrimento de um portador de uma doença incurável é insuportável, o/a próprio/a enfermeiro/a deve poder decidir aumentar a dose de analgésicos e/ou de substâncias que aliviem os sintomas, mesmo quando esta medicação possa acelerar o fim da vida do doente.
<b>20</b>	Em caso nenhum estaria eu mesmo/a disposto/a a administrar medicação com a

	finalidade explícita de acelerar o fim da vida do doente
21	A essência da profissão de enfermeiro/a é promover o bem-estar do doente. As decisões que conduzam à redução do tempo de vida, fazem parte disso.
22	No caso de serem utilizados métodos de suicídio assistido, essa opção deve ser discutida com os enfermeiros envolvidos.
23	Eu mesmo/a nunca colaboraria em qualquer procedimento de pôr termo à vida de um doente.
24	Em virtude do seu papel central nos cuidados aos doentes, os enfermeiros devem estar envolvidos em todo o processo de tomada de decisões relativas aos doentes.
25	Os enfermeiros estão mais bem preparados do que os médicos para avaliar os desejos de um doente acerca da fase terminal da sua vida.
26	Após ter posto termo à vida de um doente, é tarefa do/a enfermeiro/a dar assistência aos seus entes próximos.
27	Por causa da sua posição na equipa de saúde, é difícil para os enfermeiros exprimirem aos médicos envolvidos as suas opiniões relativas às decisões na fase terminal de um doente.
28	Os médicos, normalmente, estão dispostos a ouvir a opinião dos enfermeiros relativamente a doentes terminais.

### Quadro 3 – Opiniões sobre a eutanásia

Opiniões sobre a eutanásia	
29	Os cuidados paliativos de boa qualidade previnem muitos pedidos de eutanásia.
30	Os médicos devem falar previamente com os enfermeiros que mantêm contacto regular com o doente, sobre os pedidos de eutanásia.
31	Sou da opinião de que a administração de substâncias em casos de eutanásia é

	uma tarefa passível de ser executada por enfermeiros.
<b>32</b>	Em casos de eutanásia, a função dos enfermeiros restringe-se à prestação de cuidados ao doente e aos seus entes próximos.
<b>33</b>	Induzir o estado de inconsciência até à morte é uma boa alternativa para a eutanásia.
<b>34</b>	O doente terá mais propensão para fazer um pedido de eutanásia aos enfermeiros do que aos médicos.

Nesta dissertação, de agora em diante, as várias perguntas destas secções serão muitas vezes identificadas pelo respectivo número da pergunta.

## 2. METODOLOGIA

Este estudo é fundamentalmente quantitativo, mas tem também uma parte qualitativa com a pergunta 45.

A investigação quantitativa actua em níveis de realidade e tem como objectivo descobrir dados, indicadores e tendências observáveis. A investigação qualitativa estuda valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões.

Esta investigação é exploratória e descritiva, uma vez que a descoberta de factores

consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido.

## **2.1. Objectivos, questões e hipóteses da investigação**

Com este estudo pretende-se: compreender as atitudes dos enfermeiros perante as decisões de fim de vida.

A partir deste objectivo geral, os objectivos específicos são:

- Conhecer as atitudes dos enfermeiros perante as decisões na fase terminal da vida;
- Conhecer as atitudes dos enfermeiros perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida;
- Conhecer as opiniões dos enfermeiros sobre a eutanásia;

Com base nos objectivos definidos anteriormente, elaboraram-se as seguintes hipóteses de investigação:

H<sub>1</sub> – As atitudes dos enfermeiros perante decisões na fase terminal da vida não dependem das suas características individuais nem laborais

H<sub>2</sub> – As atitudes dos enfermeiros perante os cuidados de enfermagem relacionados

com as decisões na fase terminal da vida não dependem das suas características individuais nem laborais.

H<sub>3</sub> – As opiniões dos enfermeiros sobre a eutanásia não dependem das suas características individuais nem laborais.

Para efeito desta dissertação, entende-se por características individuais as seguintes variáveis: sexo, idade, grau académico, pós-graduação de especialização em enfermagem que frequenta, ter frequentado um curso de cuidados paliativos, sentir que pertence a uma religião e importância atribuída a essa religião. Por características laborais, entende-se: Anos de experiência como enfermeiro, tipo de trabalho nos últimos 12 meses, funções desempenhadas nos últimos 12 meses, principal local de trabalho nos últimos 12 meses, experiência profissional com doentes em fim de vida, experiência profissional com doentes em fim de vida nos últimos 12 meses que, entretanto, vieram a falecer e já ter assistido à aplicação de decisões de fim de vida.

## **2.2. Procedimentos de recolha de dados**

A população sobre a qual incide este estudo são os enfermeiros portugueses. Os sujeitos que constituem a amostra são os estudantes dos cursos de pós-licenciatura de especializações a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, à data da

recolha de dados (Junho e Julho de 2010). Esta amostra populacional foi escolhida tendo em conta que já são todos enfermeiros, em princípio com prática clínica, e visto que é relativamente fácil de aceder a estes grupos, uma vez que frequentam aulas na escola, onde se reúnem em turmas de cerca de 30 elementos.

De seguida, foi necessário definir o processo de amostragem. A selecção da amostra foi feita com base no processo de amostragem aleatória por conglomerados. A população sob estudo foi dividida em subgrupos exaustivos e mutuamente exclusivos que apresentam uma variabilidade semelhante à encontrada na população (Marôco, 2010).

Para ser possível aceder a estes estudantes, foi necessário obter autorização da Presidente da ESEnfC. A resposta a este pedido surgiu a 18/06/2010, através de Ofício, no qual foi concedida a autorização para aceder às turmas pretendidas (Anexo III).

Cumpridas as formalidades inerentes ao processo de recolha de dados, foi então necessário acordar com os coordenadores dos cursos e com outros professores em quem foi delegada essa responsabilidade, os horários mais convenientes para colher dados em cada uma das turmas da Pós-Licenciatura de Especialidades. A colheita de dados decorreu entre 24/06/2010 e 6/07/2010. Os questionários foram entregues a cada um dos participantes, sendo feita uma breve exposição do trabalho que estava a ser desenvolvido, acompanhada de um pedido de colaboração oral para o preenchimento do questionário. Foi garantido o anonimato, pois o questionário é anónimo e a recolha dos questionários foi feita de forma aleatória.

### **2.3. Análise de dados**

Os dados foram analisados utilizando o programa informático SPSS versão 17. A estatística descritiva foi usada para descrever os dados pessoais, bem como as características e experiências dos enfermeiros. Aqui os dados foram organizados em tabelas de frequências absolutas e em percentagens, que incluíram algumas medidas de tendência central.

Posteriormente, transformou-se as cinco possibilidades de respostas do questionário (-2, -1, 0, +1 e +2) em três categorias: discorda/discorda totalmente (D/DT), neutro (N) e concorda/concorda totalmente (C/CT). Os três grandes grupos de perguntas relativas às atitudes dos enfermeiros perante as decisões em fim de vida foram analisados em função das características individuais e laborais descritas, utilizando para isso o teste do qui-quadrado. Este teste permite testar se duas ou mais populações independentes diferem relativamente a uma determinada característica, ou seja, se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes é ou não aleatória. Também foi calculado, para cada item de cada pergunta a proporção entre as opiniões concordantes e discordantes (D/C).

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Características da amostra

Como se pode ver na tabela 1, dos 159 inquiridos, 83,6% da amostra são mulheres. As idades dos enfermeiros que constituem a amostra variam entre 24 e 54 anos, sendo que a média situa-se nos 33 anos de idade e a moda nos 27 anos. 68,4% da amostra afirma que sente que pertence à religião católica, enquanto 16,5% afirma que não sente que pertence a qualquer religião; os restantes 15,2% optam por dizer que não sabem ou por não responder a esta questão.

Quanto ao grau académico, 91,3% da amostra é constituída por licenciados em Enfermagem. 13,2% frequentam a Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 22,6% frequentam a Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 11,9% frequentam a Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, 20,1 % frequentam a Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, 13,8% frequentam a Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e 18,2% frequentam a Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

**Tabela 1 - Características individuais da população em estudo (N=159)**

Dados pessoais		N	%
<b>Sexo</b>	Feminino	133	83,6
	Masculino	26	16,4
<b>Idade</b>	Média + Desvio padrão	33 ± 6,2	
	Moda (mínima-máxima)	27 (24-54)	
<b>Grau Académico</b>	Licenciatura	147	92,5
	Mestrado	12	7,5
<b>Pós-Graduação de Especialização em Enfermagem</b>	Saúde Materna e Obstetrícia	19	11,9
	Saúde Infantil e Pediátrica	21	13,2
	Saúde Mental e Psiquiátrica	22	13,8
	de Reabilitação	29	18,2
	Médico-Cirúrgica	36	22,6
	Comunitária	32	20,1
	<b>Curso complementar em cuidados paliativos</b>	Sim	44
	Não	113	72
<b>Sente que pertence a uma religião</b>	Sim, católica	108	68,4
	Não	26	16,5
	Não sabe/não responde	24	15,2
<b>Importância atribuída à</b>	Pouco importante	33	20,9

<b>religião</b>	Neutro	43	27,2
	Muito importante	82	51,9

Conforme mostra a tabela 2, os enfermeiros que constituem a amostra trabalham, em média, há cerca de quase 10 anos, sendo que existem enfermeiros que não possuem sequer um ano de experiência na prestação de cuidados directos a doentes, bem como enfermeiros que atingem 25 anos de experiência profissional. A esmagadora maioria dos enfermeiros teve um trabalho a tempo total nos últimos 12 meses. 3,2% refere não ter trabalhado neste período; tal valor pode corresponder aos enfermeiros oriundos das regiões autónomas, que, devido á deslocação, estão dispensados do trabalho para poderem frequentar a pós-licenciatura.

97,4% da amostra é constituída por enfermeiros de nível 1 (enfermeiro e enfermeiro graduado). 26,8% dos inquiridos preferiu ocultar informações relativas ao local de trabalho; dos que responderam, 66,3% trabalha em hospitais gerais ou distritais; 13,2% laboram em hospitais especializados, dos quais fazem parte hospitais pediátricos, maternidades, hospitais psiquiátricos, Instituto Português de Oncologia e centros de reabilitação; 14,7% dos enfermeiros trabalham em centros de saúde; 1,5% dedica-se ao ensino e 4,3% trabalha noutra tipo de instituições e serviços.

72% destes enfermeiros nunca frequentou um curso complementar em cuidados paliativos e/ou assistência a doentes terminais. 94,3% afirma que já teve a experiência de cuidar de doentes em fim de vida e 78,7% refere que teve essa

experiência nos últimos 12 meses, tendo vindo o doente a falecer.

Quanto a ter assistido ou participado em tomadas de decisões que podem ter efeitos na redução de vida dos doentes em fase terminal, 40,5% afirma não ter conhecimento de tal, enquanto 59,5% dos enfermeiros diz já ter assistido, ao longo da sua experiência profissional a tratar doentes em fim de vida, à concretização dessas decisões.

**Tabela 2 – Características laborais da população em estudo (N=159)**

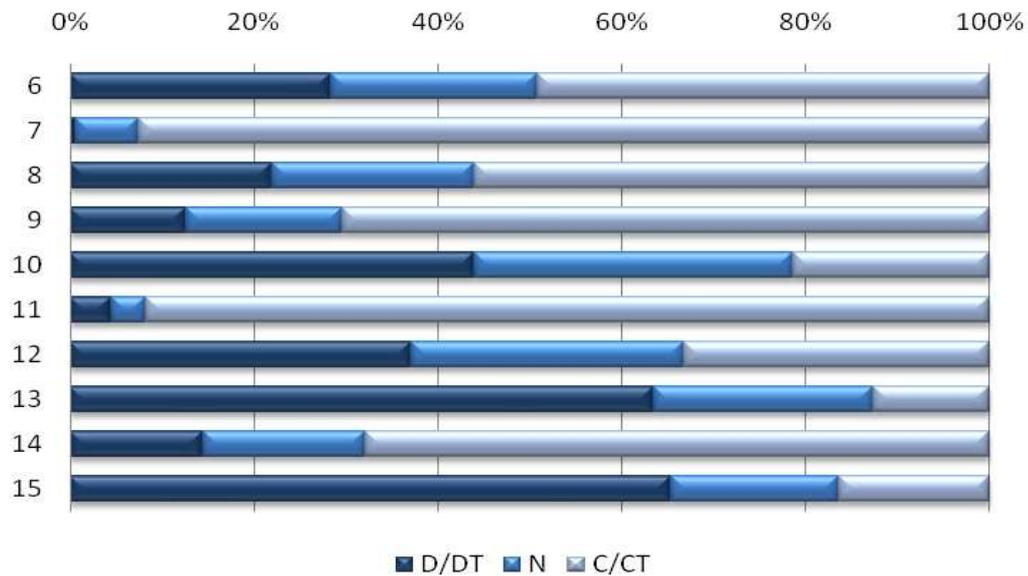
Características e experiências enquanto enfermeiro/a		N	%
<b>Experiência como enfermeiro/a (em anos)</b>	Média + Desvio padrão	9,9 ± 5,5	
	Mediana (mínima-máxima)	9 (0-25)	
<b>Tipo de trabalho nos últimos 12 meses</b>	Full-time	149	94,9
	Part-time	3	1,9
	Não trabalhou	5	3,2
<b>Funções nos últimos 12 meses</b>	Enfermeiro	149	97,4
	Enfermeiro/a Chefe	1	0,7
	Enfermeiro/a Especialista	1	0,7
	Docente	2	1,3

<b>Principal local de trabalho nos últimos 12 meses</b>	Hospitais gerais e distritais	90	66,3
	Hospitais especializados	18	13,2
	Centros de saúde	20	14,7
	Ensino	2	1,5
	Outros	6	4,3
<b>Experiência profissional com doentes em fim de vida</b>	Sim	150	94,3
	Não	9	5,7
<b>Experiência profissional com doentes em fim de vida nos últimos 12 meses, que vieram a falecer</b>	Sim	118	78,7
	Não	32	21,3
<b>Ter assistido á aplicação de Decisões em Fim de Vida</b>	Sim	68	59,5
	Não	46	40,5

### **3.2. Atitudes dos enfermeiros perante decisões na fase terminal da vida**

O gráfico 1 e a tabela 3 traduzem as respostas dos enfermeiros à primeira secção de perguntas do questionário, ou seja, as perguntas sobre as atitudes perante decisões na fase terminal da vida.

**Gráfico 1– Atitudes perante decisões na fase terminal da vida**



Devemos salientar as perguntas 7 e 11, que dizem respeito a decisões que podem acelerar o fim de vida dos doentes, e que obtêm respostas concordantes que rondam os 92%. As perguntas em que os enfermeiros manifestam maior desacordo são as 13 e 15; cerca de 65% dos enfermeiros discorda que o uso de substância que ponham termos à vida, a pedido do doente, prejudique a relação médico-doente, e também discordam que os doentes devam ser mantidos vivos a todo o custo. As perguntas 9 e 14 referem-se à possibilidade do doente poder decidir sobre o seu fim de vida e a poderem nomear uma pessoa para os representar quando já não forem capazes de decidir; aqui há uma concordância por parte dos enfermeiros de cerca de 70%. A pergunta que obtêm percentagens mais próximas nas três categorias é a 12.

**Tabela 3 – Atitudes dos enfermeiros perante decisões na fase terminal da vida (N=159)**

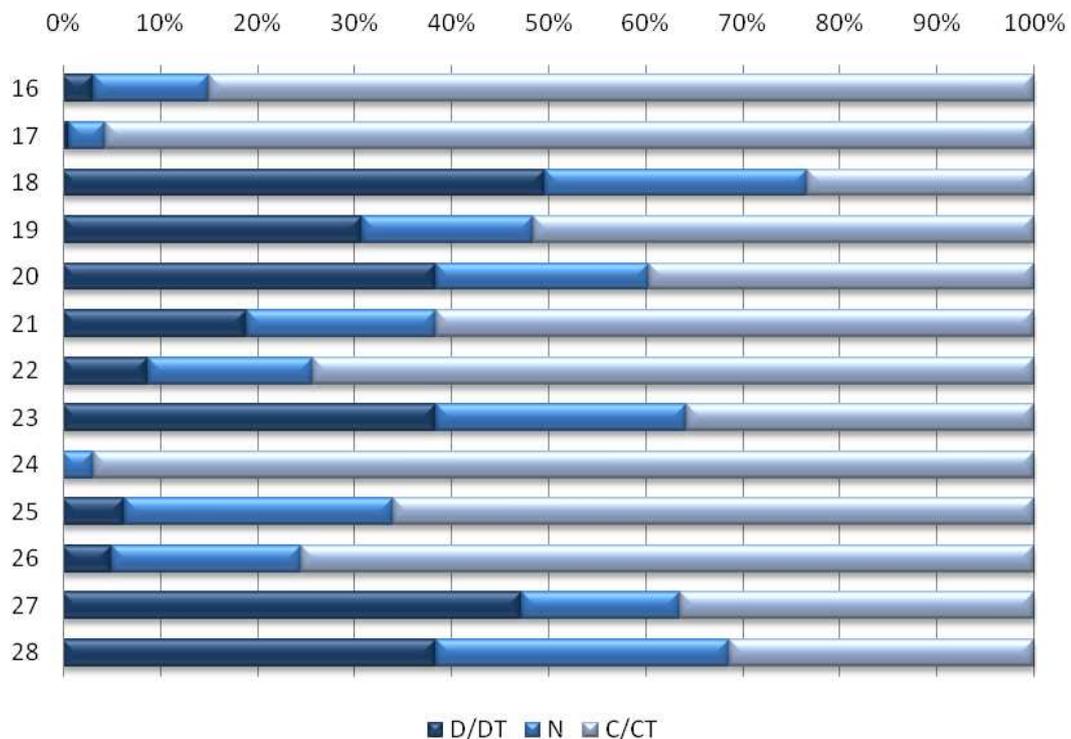
Perguntas sobre as decisões na fase terminal da vida		D/DT	N	C/CT
6	A administração de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito do doente, é aceitável quando se trata de portadores de uma doença terminal, com dor ou sofrimento extremos e incontroláveis.	28,3%	22,6%	49,1%
7	Os médicos devem respeitar as decisões bem ponderadas acerca da rejeição de tratamentos por parte do doente, mesmo quando isto acelere o fim da vida do mesmo.	0,6%	6,9%	92,5%
8	Induzir o estado de inconsciência no doente até ao seu falecimento representa o processo de morte mais adequado, sobretudo se tal for a única forma de controlar o sofrimento.	22,0%	22,0%	56,0%
9	Cada doente tem o direito de decidir sobre o aceleração do fim da sua vida.	12,6%	17,0%	70,4%
10	No caso do sofrimento de um portador de uma doença incurável ser insuportável e não tendo este a capacidade de decidir, os médicos devem estar autorizados a administrar substâncias que ponham termo à vida do doente.	44,0%	34,6%	21,4%
11	Caso necessário, um doente deve poder receber medicação para a dor e o sofrimento, mesmo quando esta possa acelerar o fim da sua vida.	4,4%	3,8%	91,8%
12	A autorização legal para o uso de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito de um doente, originará também um aumento do uso destas substâncias, sem ser a pedido explícito do doente.	37,1%	29,6%	33,3%
13	A autorização do uso de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito de um doente, prejudicará a relação entre o médico e o doente.	63,5%	23,9%	12,6%
14	Seria bom que cada doente, antes de já não ser capaz de decidir por si próprio, pudesse nomear uma terceira pessoa para tomar as decisões em seu nome, durante a sua fase terminal.	14,5%	17,6%	67,9%
15	Os médicos têm de se esforçar para manterem os seus doentes vivos, mesmo quando um doente lhes peça que seja acelerado o fim da sua vida.	65,4%	18,2%	16,4%

Legenda: D/DT – Discorda/Discorda totalmente; N – Neutro; C/CT – Concorda/Concorda totalment

### **3.3. Atitudes dos enfermeiros perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida**

De acordo com o gráfico 2 e a tabela 4, podemos observar que as perguntas que obtêm maior concordância dos enfermeiros são as 17 e 24; cerca de 96% dos inquiridos concorda que os enfermeiros devem estar envolvidos em todos os processos de decisão acerca dos doentes, nomeadamente nas decisões sobre o fim de vida.

**Gráfico 2 – Atitudes perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida**



A pergunta 28 é onde existem mais posições neutras; 30,2% dos enfermeiros nem concorda, nem discorda de que os médicos estejam dispostos a ouvir a opinião dos enfermeiros acerca dos doentes terminais. 38,4% dos inquiridos discorda nas perguntas 20 e 23, que dizem respeito ao à colaboração que o inquirido estaria disposto a prestar para pôr fim à vida de um doente, o que é reforçado pela percentagem de respostas discordantes obtida na pergunta 18, em que 49,7% dos enfermeiros discorda de que não estar disposto a administrar medicação a um doente para induzir um estado de inconsciência até à sua morte.

**Tabela 4 – Atitudes dos enfermeiros perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida**

**(N=159)**

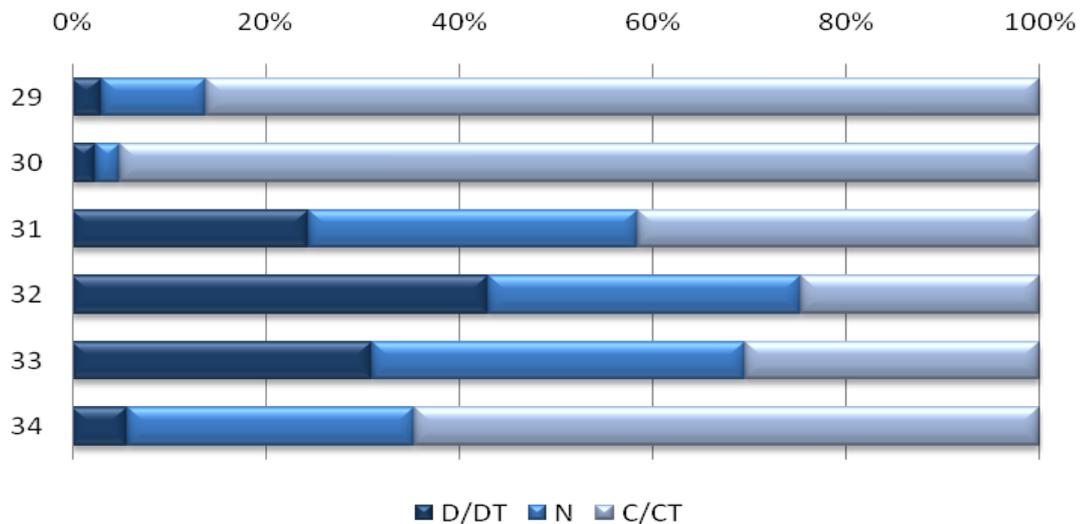
Perguntas sobre as decisões na fase terminal da vida		D/DT	N	C/CT
16	Os doentes abordam mais facilmente os enfermeiros do que os médicos acerca de decisões na fase terminal da sua vida.	3,1%	11,9%	85,0%
17	No caso de se decidir não prolongar o tratamento de um doente, tal decisão deve ser discutida com os enfermeiros assistentes.	0,6%	3,8%	95,6%
18	Em caso nenhum estaria eu mesmo/a disposto/a a administrar medicação para induzir o estado de inconsciência num doente até ao seu falecimento.	49,7%	27,0%	23,3%
19	Quando o sofrimento de um portador de uma doença incurável é insuportável, o/a próprio/a enfermeiro/a deve poder decidir aumentar a dose de analgésicos e/ou de substâncias que aliviem os sintomas, mesmo quando esta medicação possa acelerar o fim da vida do doente.	30,8%	17,6%	51,6%
20	Em caso nenhum estaria eu mesmo/a disposto/a a administrar medicação com a finalidade explícita de acelerar o fim da vida do doente	38,4%	22,0%	39,6%
21	A essência da profissão de enfermeiro/a é promover o bem-estar do doente. As decisões que conduzam à redução do tempo de vida, fazem parte disso.	18,9%	19,5%	61,6%
22	No caso de serem utilizados métodos de suicídio assistido, essa opção deve ser discutida com os enfermeiros envolvidos.	8,8%	17,0%	74,2%
23	Eu mesmo/a nunca colaboraria em qualquer procedimento de pôr termo à vida de um doente.	38,4%	25,8%	35,8%
24	Em virtude do seu papel central nos cuidados aos doentes, os enfermeiros devem estar envolvidos em todo o processo de tomada de decisões relativas aos doentes.	0,0%	3,1%	96,9%
25	Os enfermeiros estão mais bem preparados do que os médicos para avaliar os desejos de um doente acerca da fase terminal da sua vida.	6,3%	27,7%	66,0%
26	Após ter posto termo à vida de um doente, é tarefa do/a enfermeiro/a dar assistência aos seus entes próximos.	5,0%	19,5%	75,5%
27	Por causa da sua posição na equipa de saúde, é difícil para os enfermeiros exprimirem aos médicos envolvidos as suas opiniões relativas às decisões na fase terminal de um doente.	47,2%	16,4%	36,4%
28	Os médicos, normalmente, estão dispostos a ouvir a opinião dos enfermeiros relativamente a doentes terminais.	38,4%	30,2%	31,4%

Legenda: D/DT – Discorda/Discorda totalmente; N – Neutro; C/CT – Concorda/Concorda totalmente

### 3.4. Opiniões sobre a eutanásia

De acordo com o gráfico 3 e a tabela 5, 95% dos enfermeiros concorda que os médicos devem falar com os enfermeiros sobre os pedidos de eutanásia, o que é apoiado por uma concordância de 64,6% na pergunta 34, que diz que os doentes têm mais propensão a pedir a eutanásia aos enfermeiros do que aos médicos. 86,2% concorda que cuidados paliativos de boa qualidade iriam prevenir pedidos de eutanásia.

**Gráfico 3 – Opiniões sobre a eutanásia**



Na pergunta 33, as percentagens de discordantes, concordantes e neutros é aproximada, ou seja, as opiniões dividem-se sobre se a induzir um estado de inconsciência até à morte é uma boa alternativa à eutanásia.

**Tabela 5 – Opiniões sobre a eutanásia (N=159)**

Perguntas sobre as opiniões sobre a eutanásia		D/DT	N	C/CT
<b>29</b>	Os cuidados paliativos de boa qualidade previnem muitos pedidos de eutanásia.	3,1%	10,7%	86,2%
<b>30</b>	Os médicos devem falar previamente com os enfermeiros que mantêm contacto regular com o doente, sobre os pedidos de eutanásia.	2,5%	2,5%	95,0%
<b>31</b>	Sou da opinião de que a administração de substâncias em casos de eutanásia é uma tarefa passível de ser executada por enfermeiros.	24,5%	34,0%	41,5%
<b>32</b>	Em casos de eutanásia, a função dos enfermeiros restringe-se à prestação de cuidados ao doente e aos seus entes próximos.	43,0%	32,3%	24,7%
<b>33</b>	Induzir o estado de inconsciência até à morte é uma boa alternativa para a eutanásia.	31,0%	38,6%	30,4%
<b>34</b>	O doente terá mais propensão para fazer um pedido de eutanásia aos enfermeiros do que aos médicos.	5,7%	29,7%	64,6%

Legenda: D/DT – Discorda/Discorda totalmente; N – Neutro; C/CT – Concorda/Concorda totalmente

### **3.5. Determinantes das atitudes dos enfermeiros perante decisões na fase terminal da vida.**

A tabela 6 traduz a influência dos factores individuais nas respostas obtidas às perguntas sobre as decisões na fase terminal da vida. Os factores individuais que parecem influenciar mais os enfermeiros são a idade e o sentimento de pertença a uma religião. Detectou-se correlação de Pearson entre a idade e as respostas à pergunta 11, pois  $p=0,021$ , e, além dessa, entre o sentimento de pertença a uma religião e a pergunta 12, em que  $p=0,018$ . A pergunta 12 também está correlacionada com o factor de se ter frequentado ou não um curso de cuidados paliativos, embora não seja uma correlação tão forte como existe com o sentimento de pertença a uma religião, pois  $p=0,043$ . O sexo tem uma correlação muito fraca e pouco significativa com a pergunta 9, em que  $p=0,05$ .

A tabela 7 mostra a dependência de factores laborais nas respostas às mesmas perguntas. Aqui, não há nenhum caso em que se verifique correlação de Pearson significativa, pelo que as respostas obtidas não dependem dos factores laborais dos enfermeiros.

**Tabela 6 – Dependência das condições individuais nas atitudes dos enfermeiros perante decisões na fase terminal da vida (N=159)**

Perguntas sobre as decisões na fase terminal da vida	Sexo		Idade		Grau acadêmico	
	$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig
<b>6</b> A administração de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito do doente, é aceitável quando se trata de portadores de uma doença terminal, com dor ou sofrimento extremos e incontroláveis.	4,778	,092	4,853	,303	,482	,786
<b>7</b> Os médicos devem respeitar as decisões bem ponderadas acerca da rejeição de tratamentos por parte do doente, mesmo quando isto acelere o fim da vida do mesmo.	,295	,863	4,683	,321	,171	,918
<b>8</b> Induzir o estado de inconsciência no doente até ao seu falecimento representa o processo de morte mais adequado, sobretudo se tal for a única forma de controlar o sofrimento.	,142	,932	5,482	,241	,188	,910
<b>9</b> Cada doente tem o direito de decidir sobre o aceleração do fim da sua vida.	<b>5,976</b>	<b>,050</b>	3,935	,415	2,162	,339
<b>10</b> No caso do sofrimento de um portador de uma doença incurável ser insuportável e não tendo este a capacidade de decidir, os médicos devem estar autorizados a administrar substâncias que ponham termo à vida do doente.	,598	,742	2,724	,605	1,084	,582
<b>11</b> Caso necessário, um doente deve poder receber medicação para a dor e o sofrimento, mesmo quando esta possa acelerar o fim da sua vida.	,023	,989	<b>11,537</b>	<b>,021</b>	1,156	,561
<b>12</b> A autorização legal para o uso de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito de um doente, originará também um aumento do uso destas substâncias, sem ser a pedido explícito do doente.	2,639	,267	2,414	,660	1,798	,407
<b>13</b> A autorização do uso de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito de um doente, prejudicará a relação entre o médico e o doente.	1,671	,434	1,785	,775	3,051	,217
<b>14</b> Seria bom que cada doente, antes de já não ser capaz de decidir por si próprio, pudesse nomear uma terceira pessoa para tomar as decisões em seu nome, durante a sua fase terminal.	,393	,822	3,338	,503	2,338	,311
<b>15</b> Os médicos têm de se esforçar para manterem os seus doentes vivos, mesmo quando um doente lhes peça que seja acelerado o fim da sua vida.	4,999	,082	5,056	,282	,839	,657

Legenda:  $\chi^2$  – valor de qui-quadrado; Sig – significância

Tabela 6 (cont.) – Dependência das condições individuais nas atitudes dos enfermeiros perante decisões na fase terminal da vida (N=159)

Perguntas sobre as decisões na fase terminal da vida	Curso cuidados paliativos		Sentimento de pertença a uma religião		Importância atribuída à religião	
	$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig
<b>6</b> A administração de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito do doente, é aceitável quando se trata de portadores de uma doença terminal, com dor ou sofrimento extremos e incontroláveis.	1,114	,537	4,496	,343	4,784	,310
<b>7</b> Os médicos devem respeitar as decisões bem ponderadas acerca da rejeição de tratamentos por parte do doente, mesmo quando isto acelere o fim da vida do mesmo.	,749	,688	6,667	,155	2,731	,255
<b>8</b> Induzir o estado de inconsciência no doente até ao seu falecimento representa o processo de morte mais adequado, sobretudo se tal for a única forma de controlar o sofrimento.	1,245	,537	3,999	,406	,720	,949
<b>9</b> Cada doente tem o direito de decidir sobre o aceleração do fim da sua vida.	3,276	,194	2,502	,644	5,216	,266
<b>10</b> No caso do sofrimento de um portador de uma doença incurável ser insuportável e não tendo este a capacidade de decidir, os médicos devem estar autorizados a administrar substâncias que ponham termo à vida do doente.	,765	,682	2,994	,559	2,772	,597
<b>11</b> Caso necessário, um doente deve poder receber medicação para a dor e o sofrimento, mesmo quando esta possa acelerar o fim da sua vida.	,399	,819	4,904	,297	2,633	,621
<b>12</b> A autorização legal para o uso de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito de um doente, originará também um aumento do uso destas substâncias, sem ser a pedido explícito do doente.	<b>6,279</b>	<b>,043</b>	<b>11,976</b>	<b>,018</b>	1,020	,907
<b>13</b> A autorização do uso de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito de um doente, prejudicará a relação entre o médico e o doente.	3,767	,152	3,926	,416	2,305	,680
<b>14</b> Seria bom que cada doente, antes de já não ser capaz de decidir por si próprio, pudesse nomear uma terceira pessoa para tomar as decisões em seu nome, durante a sua fase terminal.	,051	,975	,755	,944	2,328	,676
<b>15</b> Os médicos têm de se esforçar para manterem os seus doentes vivos, mesmo quando um doente lhes peça que seja acelerado o fim da sua vida.	,265	,876	4,189	,381	,834	,934

Legenda:  $\chi^2$  – valor de qui-quadrado; Sig – significância

**Tabela 7 – Dependência das condições laborais nas atitudes dos enfermeiros perante decisões na fase terminal da vida (N=159)**

Perguntas sobre as decisões na fase terminal da vida	Experiência como enfermeiro (em anos)		Experiência profissional com doentes em fim de vida nos últimos 12 meses, que vieram a falecer		Ter assistido à aplicação de Decisões de Fim de Vida	
	$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig
<b>6</b> A administração de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito do doente, é aceitável quando se trata de portadores de uma doença terminal, com dor ou sofrimento extremos e incontroláveis.	,683	,711	1,888	,389	26,237	,663
<b>7</b> Os médicos devem respeitar as decisões bem ponderadas acerca da rejeição de tratamentos por parte do doente, mesmo quando isto acelere o fim da vida do mesmo.	4,530	,104	3,716	,156	7,730	,934
<b>8</b> Induzir o estado de inconsciência no doente até ao seu falecimento representa o processo de morte mais adequado, sobretudo se tal for a única forma de controlar o sofrimento.	2,950	,229	3,845	,146	24,414	,753
<b>9</b> Cada doente tem o direito de decidir sobre o aceleração do fim da sua vida.	5,028	,081	1,941	,379	31,813	,376
<b>10</b> No caso do sofrimento de um portador de uma doença incurável ser insuportável e não tendo este a capacidade de decidir, os médicos devem estar autorizados a administrar substâncias que ponham termo à vida do doente.	1,910	,385	,138	,933	31,027	,414
<b>11</b> Caso necessário, um doente deve poder receber medicação para a dor e o sofrimento, mesmo quando esta possa acelerar o fim da sua vida.	4,524	,104	,799	,671	38,868	,129
<b>12</b> A autorização legal para o uso de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito de um doente, originará também um aumento do uso destas substâncias, sem ser a pedido explícito do doente.	1,459	,482	3,940	,139	39,388	,117
<b>13</b> A autorização do uso de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito de um doente, prejudicará a relação entre o médico e o doente.	1,874	,392	10,095	,578	34,967	,244
<b>14</b> Seria bom que cada doente, antes de já não ser capaz de decidir por si próprio, pudesse nomear uma terceira pessoa para tomar as decisões em seu nome, durante a sua fase terminal.	2,583	,275	,022	,989	31,876	,373
<b>15</b> Os médicos têm de se esforçar para manterem os seus doentes vivos, mesmo quando um doente lhes peça que seja acelerado o fim da sua vida.	4,280	,118	,972	,615	27,322	,606

Legenda:  $\chi^2$  - valor de qui-quadrado; Sig – significância

### **3.6. Determinantes das atitudes dos enfermeiros perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida.**

No que diz respeito a esta secção de perguntas, como mostra a tabela 8, o factor individual que está mais vezes correlacionado com as respostas obtidas é ter frequentado um curso de cuidados paliativos. Verifica-se correlação de Pearson forte com a pergunta 25, em que  $p=0,008$  e com a pergunta 28, com  $p=0,044$ . Além deste, a idade apresneta correlação com a pergunta 27 ( $p=0,032$ ) e a importância atribuída à religião, está correlacionada com a pergunta 22 ( $p=0,042$ ).

Quanto aos factores laborais, verifica-se correlação de Pearson somente entre os anos de experiência como enfermeiro e a pergunta 26, em que  $p=0,021$ , o que se pode comprovar pela tabela 9.

**Tabela 8 – Dependência das condições individuais nas atitudes perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida (N=159)**

Perguntas sobre as decisões na fase terminal da vida	Sexo		Idade		Grau académico	
	$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig
16 Os doentes abordam mais facilmente os enfermeiros do que os médicos acerca de decisões na fase terminal da sua vida.	2,584	,275	3,681	,451	,654	,721
17 No caso de se decidir não prolongar o tratamento de um doente, tal decisão deve ser discutida com os enfermeiros assistentes.	1,431	,489	8,824	,066	,598	,742
18 Em caso nenhum estaria eu mesmo/a disposto/a a administrar medicação para induzir o estado de inconsciência num doente até ao seu falecimento.	,256	,880	3,771	,438	1,437	,487
19 Quando o sofrimento de um portador de uma doença incurável é insuportável, o/a próprio/a enfermeiro/a deve poder decidir aumentar a dose de analgésicos e/ou de substâncias que aliviem os sintomas, mesmo quando esta medicação possa acelerar o fim da vida do doente.	1,255	,534	2,475	,649	,676	,713
20 Em caso nenhum estaria eu mesmo/a disposto/a a administrar medicação com a finalidade explícita de acelerar o fim da vida do doente	2,010	,366	6,990	,136	2,940	,230
21 A essência da profissão de enfermeiro/a é promover o bem-estar do doente. As decisões que conduzam à redução do tempo de vida, fazem parte disso.	,272	,873	6,701	,153	1,239	,538
22 No caso de serem utilizados métodos de suicídio assistido, essa opção deve ser discutida com os enfermeiros envolvidos.	,991	,609	7,130	,129	2,247	,325
23 Eu mesmo/a nunca colaboraria em qualquer procedimento de pôr termo à vida de um doente.	2,414	,299	3,260	,515	4,377	,112
24 Em virtude do seu papel central nos cuidados aos doentes, os enfermeiros devem estar envolvidos em todo o processo de tomada de decisões relativas aos doentes.	2,111	,146	0,830	,660	,421	,516
25 Os enfermeiros estão mais bem preparados do que os médicos para avaliar os desejos de um doente acerca da fase terminal da sua vida.	,106	,949	1,627	,804	,353	,838
26 Após ter posto termo à vida de um doente, é tarefa do/a enfermeiro/a dar assistência aos seus entes próximos.	4,953	,084	3,626	,459	,616	,735
27 Por causa da sua posição na equipa de saúde, é difícil para os enfermeiros exprimirem aos médicos envolvidos as suas opiniões relativas às decisões na fase terminal de um doente.	,463	,793	<b>10,573</b>	<b>,032</b>	,712	,700
28 Os médicos, normalmente, estão dispostos a ouvir a opinião dos enfermeiros relativamente a doentes terminais.	10,017	,601	6,653	,155	,633	,729

Legenda:  $\chi^2$  – valor de qui-quadrado; Sig – significância

**Tabela 8 (continuação) – Dependência das condições individuais nas atitudes perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida (N=159)**

	Perguntas sobre as decisões na fase terminal da vida	Curso cuidados paliativos		Sentimento de pertença a uma religião		Importância atribuída à religião	
		$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig
16	Os doentes abordam mais facilmente os enfermeiros do que os médicos acerca de decisões na fase terminal da sua vida.	1,847	,397	4,744	,315	3,621	,460
17	No caso de se decidir não prolongar o tratamento de um doente, tal decisão deve ser discutida com os enfermeiros assistentes.	2,429	,297	3,453	,485	2,114	,715
18	Em caso nenhum estaria eu mesmo/a disposto/a a administrar medicação para induzir o estado de inconsciência num doente até ao seu falecimento.	,756	,685	4,668	,323	4,761	,313
19	Quando o sofrimento de um portador de uma doença incurável é insuportável, o/a próprio/a enfermeiro/a deve poder decidir aumentar a dose de analgésicos e/ou de substâncias que aliviem os sintomas, mesmo quando esta medicação possa acelerar o fim da vida do doente.	1,735	,420	3,851	,427	3,284	,511
20	Em caso nenhum estaria eu mesmo/a disposto/a a administrar medicação com a finalidade explícita de acelerar o fim da vida do doente	,597	,742	4,267	,371	1,346	,853
21	A essência da profissão de enfermeiro/a é promover o bem-estar do doente. As decisões que conduzam à redução do tempo de vida, fazem parte disso.	1,678	,432	1,543	,819	2,901	,574
22	No caso de serem utilizados métodos de suicídio assistido, essa opção deve ser discutida com os enfermeiros envolvidos.	1,830	,400	8,287	,082	<b>9,909</b>	<b>,042</b>
23	Eu mesmo/a nunca colaboraria em qualquer procedimento de pôr termo à vida de um doente.	,496	,780	8,342	,080	6,781	,148
24	Em virtude do seu papel central nos cuidados aos doentes, os enfermeiros devem estar envolvidos em todo o processo de tomada de decisões relativas aos doentes.	,165	,685	,171	,918	,798	,671
25	Os enfermeiros estão mais bem preparados do que os médicos para avaliar os desejos de um doente acerca da fase terminal da sua vida.	<b>9,559</b>	<b>,008</b>	,880	,927	1,582	,812
26	Após ter posto termo à vida de um doente, é tarefa do/a enfermeiro/a dar assistência aos seus entes próximos.	2,371	,306	2,783	,595	5,075	,280
27	Por causa da sua posição na equipa de saúde, é difícil para os enfermeiros exprimirem aos médicos envolvidos as suas opiniões relativas às decisões na fase terminal de um doente.	3,595	,166	1,717	,788	2,132	,711
28	Os médicos, normalmente, estão dispostos a ouvir a opinião dos enfermeiros relativamente a doentes terminais.	6,267	,44	7,955	,093	2,560	,634

Legenda:  $\chi^2$  – valor de qui-quadrado; Sig – significância

**Tabela 9 – Dependência das condições laborais nas atitudes perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida (N=159)**

Perguntas sobre as decisões na fase terminal da vida	Experiência como enfermeiro (em anos)		Experiência profissional com doentes em fim de vida nos últimos 12 meses, que vieram a falecer		Ter assistido à aplicação de Decisões de Fim de Vida	
	$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig
16 Os doentes abordam mais facilmente os enfermeiros do que os médicos acerca de decisões na fase terminal da sua vida.	,730	,694	1,627	,443	22,321	,842
17 No caso de se decidir não prolongar o tratamento de um doente, tal decisão deve ser discutida com os enfermeiros assistentes.	2,773	,250	3,714	,156	8,268	,913
18 Em caso nenhum estaria eu mesmo/a disposto/a a administrar medicação para induzir o estado de inconsciência num doente até ao seu falecimento.	1,695	,428	1,641	,440	29,598	,486
19 Quando o sofrimento de um portador de uma doença incurável é insuportável, o/a próprio/a enfermeiro/a deve poder decidir aumentar a dose de analgésicos e/ou de substâncias que aliviem os sintomas, mesmo quando esta medicação possa acelerar o fim da vida do doente.	2,015	,365	,774	,679	27,401	,602
20 Em caso nenhum estaria eu mesmo/a disposto/a a administrar medicação com a finalidade explícita de acelerar o fim da vida do doente	,932	,627	2,257	,324	40,170	,102
21 A essência da profissão de enfermeiro/a é promover o bem-estar do doente. As decisões que conduzam à redução do tempo de vida, fazem parte disso.	2,424	,298	1,117	,572	24,788	,735
22 No caso de serem utilizados métodos de suicídio assistido, essa opção deve ser discutida com os enfermeiros envolvidos.	2,394	,302	3,240	,198	30,270	,452
23 Eu mesmo/a nunca colaboraria em qualquer procedimento de pôr termo à vida de um doente.	,767	,681	5,950	,051	34,326	,268
24 Em virtude do seu papel central nos cuidados aos doentes, os enfermeiros devem estar envolvidos em todo o processo de tomada de decisões relativas aos doentes.	1,566	,211	,033	,856	8,895	,883
25 Os enfermeiros estão mais bem preparados do que os médicos para avaliar os desejos de um doente acerca da fase terminal da sua vida.	,084	,959	,054	,973	18,469	,950
26 Após ter posto termo à vida de um doente, é tarefa do/a enfermeiro/a dar assistência aos seus entes próximos.	<b>7,726</b>	<b>,021</b>	5,236	,073	29,646	,484
27 Por causa da sua posição na equipa de saúde, é difícil para os enfermeiros exprimirem aos médicos envolvidos as suas opiniões relativas às decisões na fase terminal de um doente.	5,378	,068	2,487	,288	26,209	,664
28 Os médicos, normalmente, estão dispostos a ouvir a opinião dos enfermeiros relativamente a doentes terminais.	,731	,694	2,192	,334	33,122	,317

Legenda:  $\chi^2$  - valor de qui-quadrado; Sig – significância

### 3.7. Determinantes das opiniões dos enfermeiros sobre a eutanásia

Quanto a esta secção de perguntas, como se pode ver na tabela 10, o sentimento de pertença a uma religião apresenta uma correlação de Pearson forte com duas perguntas:  $p\text{-value}=0,011$  na pergunta 31 e  $p\text{-value}=0,001$  na pergunta 32. O sexo tem uma correlação de Pearson forte com a pergunta 31 ( $p\text{-value}=0,007$ ), enquanto a idade tem correlação com a pergunta 29 ( $p\text{-value}=0,025$ ).

Os factores laborais em estudo não apresentam correlação de Pearson com nenhuma das respostas dadas, o que se pode confirmar pela tabela 11.

**Tabela 10 – Dependência das condições individuais nas opiniões sobre a eutanásia (N=159)**

Perguntas acerca das opiniões sobre a eutanásia	Sexo		Idade		Grau académico	
	$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig
<b>29</b> Os cuidados paliativos de boa qualidade previnem muitos pedidos de eutanásia.	,794	,672	<b>11,100</b>	<b>,025</b>	,521	,771
<b>30</b> Os médicos devem falar previamente com os enfermeiros que mantêm contacto regular com o doente, sobre os pedidos de eutanásia.	1,647	,439	7,623	,106	,688	,709
<b>31</b> Sou da opinião de que a administração de substâncias em casos de eutanásia é uma tarefa passível de ser executada por enfermeiros.	<b>9,879</b>	<b>0,007</b>	2,761	,599	,717	,699
<b>32</b> Em casos de eutanásia, a função dos enfermeiros restringe-se à prestação de cuidados ao doente e aos seus entes próximos.	3,183	,204	2,256	,689	,961	,619
<b>33</b> Induzir o estado de inconsciência até à morte é uma boa alternativa para a eutanásia.	1,093	,579	1,219	,875	3,084	,214
<b>34</b> O doente terá mais propensão para fazer um pedido de eutanásia aos enfermeiros do que aos médicos.	5,142	,076	4,209	,378	1,838	,399

Legenda:  $\chi^2$  – valor de qui-quadrado; Sig – significância

**Tabela 10 (continuação) – Dependência das condições individuais nas opiniões sobre a eutanásia (N=159)**

Perguntas sobre as decisões na fase terminal da vida	Curso cuidados paliativos		Sentimento de pertença a uma religião		Importância atribuída à religião	
	$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig
<b>29</b> Os cuidados paliativos de boa qualidade previnem muitos pedidos de eutanásia.	2,289	,318	2,619	,623	3,334	,504
<b>30</b> Os médicos devem falar previamente com os enfermeiros que mantêm contacto regular com o doente, sobre os pedidos de eutanásia.	1,627	,443	3,391	,495	1,238	,872
<b>31</b> Sou da opinião de que a administração de substâncias em casos de eutanásia é uma tarefa passível de ser executada por enfermeiros.	2,348	,309	<b>12,988</b>	<b>,011</b>	4,508	,342
<b>32</b> Em casos de eutanásia, a função dos enfermeiros restringe-se à prestação de cuidados ao doente e aos seus entes próximos.	,039	,981	<b>18,615</b>	<b>,001</b>	6,037	,196
<b>33</b> Induzir o estado de inconsciência até à morte é uma boa alternativa para a eutanásia.	2,505	,286	4,394	,355	3,564	,468
<b>34</b> O doente terá mais propensão para fazer um pedido de eutanásia aos enfermeiros do que aos médicos.	1,650	,438	1,673	,796	2,579	,631

Legenda:  $\chi^2$  – valor de qui-quadrado; Sig – significância

**Tabela 11 – Dependência das condições individuais nas opiniões sobre a eutanásia (N=159)**

Perguntas sobre as decisões na fase terminal da vida	Experiência como enfermeiro (em anos)		Experiência profissional com doentes em fim de vida nos últimos 12 meses, que vieram a falecer		Ter assistido à aplicação de Decisões de Fim de Vida	
	$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig	$\chi^2$	Sig
<b>29</b> Os cuidados paliativos de boa qualidade previnem muitos pedidos de eutanásia.	,816	,665	2,374	,305	21,587	,869
<b>30</b> Os médicos devem falar previamente com os enfermeiros que mantêm contacto regular com o doente, sobre os pedidos de eutanásia.	3,371	,185	,300	,861	10,896	,999
<b>31</b> Sou da opinião de que a administração de substâncias em casos de eutanásia é uma tarefa passível de ser executada por enfermeiros.	4,638	,098	1,488	,475	26,802	,634
<b>32</b> Em casos de eutanásia, a função dos enfermeiros restringe-se à prestação de cuidados ao doente e aos seus entes próximos.	2,684	,261	2,311	,315	32,683	,336
<b>33</b> Induzir o estado de inconsciência até à morte é uma boa alternativa para a eutanásia.	,100	,951	,055	,973	23,802	,781
<b>34</b> O doente terá mais propensão para fazer um pedido de eutanásia aos enfermeiros do que aos médicos.	1,768	,413	1,313	,519	24,560	,746

Legenda:  $\chi^2$ - valor de qui-quadrado; Sig – significância

#### 4. DISCUSSÃO

Neste estudo foram estudadas as atitudes e as opiniões dos enfermeiros perante as decisões de fim de vida. Pretendeu-se conhecer com que atitudes relacionadas com o fim de vida os enfermeiros concordam e perceber até que ponto os enfermeiros estão dispostos a participar nessas decisões, particularmente no que toca à eutanásia.

A primeira grande conclusão do estudo diz respeito ao envolvimento dos enfermeiros com as decisões em fim de vida. Os enfermeiros consideram que devem ser envolvidos em todos os processos de decisões relativas aos doentes, nomeadamente com as decisões de fim de vida. Os enfermeiros belgas, onde foi realizado este estudo inicialmente, também consideram que devem ser envolvidos em todo o processo de decisões. Este estudo mostra claramente que os enfermeiros querem ser envolvidos em todo o processo de decisões relativas aos doentes, especialmente nas decisões de fim de vida – as perguntas 17, 24 e 30 obtêm percentagens de concordância superiores a 95%. Na Bélgica, os enfermeiros consideram que os médicos têm tendência a tomar as decisões acerca do fim de vida do doente sem terem em atenção as suas opiniões e, além disso, um terço deles considera que a sua posição em relação aos médicos também os inibe de se manifestarem. Em Portugal, quase metade dos inquiridos discorda que os enfermeiros tenham dificuldade em exprimir aos médicos as suas opiniões relativas às decisões na fase terminal da vida de um doente (pergunta 27 – 47,2% discorda ou discorda totalmente). As respostas aqui obtidas são influenciadas pela idade dos inquiridos, já que se detectou correlação de Pearson. Mas quanto à disponibilidade dos médicos para ouvir os

enfermeiros nesta matéria, os dados obtidos neste estudo apontam que as opiniões distribuem-se quase uniformemente por todas as categorias de resposta, o que leva a crer que as opiniões e as situações pelas quais, porventura, os enfermeiros possam ter passado são bastante heterogéneas.

Outra grande conclusão deste estudo diz respeito à prestação de ajuda ao doente para morrer, através da administração de medicação. As opiniões dos enfermeiros portugueses dividem-se: enquanto uns concordam em fazê-lo, outros discordam e outros têm uma opinião neutra. Esta dispersão de opiniões acerca desta matéria pode acontecer por, em Portugal, a administração de substâncias com o propósito de provocar a morte, ser algo que não é aceite legalmente, e, portanto, a opinião dos enfermeiros não está fundamentada por experiências que possam ter tido. Porém, na Bélgica, a eutanásia é uma prática comum, pelo que é uma prática aceite pela generalidade dos enfermeiros belgas. Mas as opiniões dos enfermeiros belgas acerca de administrarem drogas com o propósito de provocar a morte, também são muito variadas, tal como sucedeu em Portugal.

Pessoas que se assumem como católicas são as que concordam mais que a autorização legal para o uso de substância que ponham termo à vida, a pedido do doente, origine também um aumento do uso dessas substâncias sem ser a pedido do doente. Os outros enfermeiros, que não sentem pertencer a uma religião ou que não respondem a esta questão discordam mais do que concordam com isso (tabela não apresentada). Tal poderá acontecer devido ao facto de a Igreja católica ser contra qualquer forma de tirar a vida e, por conseguinte, acredite mais do que os não católicos, que, da autorização legal para a eutanásia ou suicídio assistido, possam

admirar abusos. Tal como o sentimento de pertença a uma religião, também frequentar um curso cuidados paliativos influencia a resposta a esta pergunta. Tal pode justificar-se porque, num curso de cuidados paliativos, os formandos contactam com a realidade do fim de vida, o que condicionará as suas opiniões. Sem frequentar qualquer curso, é possível que situações de fim de vida sejam raras e até estranhas a alguns dos participantes no estudo.

Outra grande conclusão refere-se aos motivos que apoiam o encurtamento da vida. Mais de metade dos inquiridos concorda que se administram substâncias que resultem num encurtamento da vida, se tal for necessário para o alívio da dor e do sofrimento e admitem que induzir o estado de inconsciência até à morte é o processo de morte mais adequado. Também na Bélgica, o bem-estar do doente é apontado como o principal objectivo e, portanto, é legítimo que se usem drogas letais se esta for a única forma de aliviar o sofrimento. Em Portugal, quase 90% dos inquiridos acha que cuidados paliativos de qualidade previnem muitos pedidos de eutanásia. Daí que devesse haver um maior investimento na área dos cuidados paliativos e, também, dos cuidados continuados, pois esta é provavelmente a única forma de proporcionar à população um fim de vida digno, que mantenha alguma qualidade de vida. O enfermeiro 144 apoia esta ideia quando refere que “Pela minha experiência verifico que utentes em fim de vida apenas solicitam a morte quando estão a sofrer, pelo que os cuidados paliativos adequados serão a melhor opção” e pelo 155, que diz que “Por outro lado, se os cuidados paliativos proporcionassem alívio da dor e melhor qualidade de vida, a eutanásia não seria requerida pela maioria das pessoas”. O enfermeiro 130 é mais profundo na sua introspecção: “Sinto que deve ser respeitada a vontade do doente em relação à sua decisão de final de vida, no entanto

considero que não havendo uma cultura de cuidados paliativos e não havendo a minimização da dor, os doentes sentem, por estes motivos, a necessidade de solicitar a eutanásia. Por outro lado, abrindo a porta para a eutanásia nestas situações, poderá iniciar-se um ciclo/uma bola de neve, podendo correr o risco de se solicitar a eutanásia, ainda que haja outras alternativas”.

Na Bélgica, o estudo concluiu que a religião e a importância que lhe é atribuída é a principal característica individual que condiciona a tomada de posição em casos de eutanásia, pois os enfermeiros católicos concordam menos com a eutanásia do que os outros. Cá em Portugal, o factor religião tem correlação forte com as perguntas 31 e 32, que dizem respeito às funções a desempenhar pelos enfermeiros em casos de eutanásia. Quanto à pergunta 18, que se refere ao enfermeiro não estar disposto a induzir o estado de inconsciência num doente até ao seu falecimento, os enfermeiros católicos discordam mais do que concordam com a afirmação (tabela não apresentada), pelo que se conclui que alguns enfermeiros católicos induziriam um estado de inconsciência num doente. Mas os enfermeiros que não pertencem a qualquer religião ou que optaram por não responder, também discordam mais do que concordam, sendo que os números de discordantes atingem valores maiores do que na religião católica, por isso existem muitos enfermeiros não católicos dispostos a induzir um estado de inconsciência. Além disso, os enfermeiros que mais discordam da afirmação são os que atribuem pouca importância à religião.

Quanto a não estar disposto a administrar medicação para acelerar o fim de vida do doente, os católicos são os que concordam mais com essa afirmação. Quem não pertence a uma religião ou não respondeu discorda mais da afirmação (tabela não

apresentada), ou seja, estes enfermeiros estariam mais disponíveis para administrar essas medicações do que os católicos. Cerca de metade da amostra discorda da afirmação. Deste modo, concluiu-se que os enfermeiros católicos portugueses, embora não tenham uma opinião totalmente contra a eutanásia, apoiam e aceitam participar em qualquer prática que acelere ou ponha fim à vida menos do que os outros enfermeiros. Tal era de prever, uma vez que a religião católica desaprova totalmente qualquer meio de tirar a vida, em qualquer circunstância.

Esta análise é apoiada pelo que foi dito pelo enfermeiro 81, quando este se refere à importância da religião na sua atitude profissional: “se a minha religião preconiza o bem do próximo, naturalmente interfere, sendo que preconiza isso mesmo para o doente; que enquanto ele viver, que seja com o mínimo de dor e sofrimento”. Por outro lado, o enfermeiro 102 diz que: “Na minha atitude profissional tento, sempre que possível, não interferir com juízos de valores, especialmente religiosos. Tento sempre respeitar a decisão do utente”.

No que diz respeito aos factores individuais, para além da religião já referida, a idade influencia as respostas às perguntas 11, 27 e 29. O grau académico não influencia nenhuma resposta. Tal pode dever-se ao facto de os enfermeiros que participaram no estudo serem um grupo bastante homogéneo em termos de formação, já que todos frequentam uma pós-graduação de especialização. Os enfermeiros que têm grau académico de mestre são uma minoria e, portanto, tal não deve, em princípio, condicionar as respostas dadas. O sexo influencia fortemente a pergunta 31 e, pouco significativamente, a pergunta 9.

Ter um curso de cuidados paliativos influencia as respostas às perguntas 12, 25 e 28.

Os anos de experiência profissional dos enfermeiros influenciam, unicamente, a perguntas 26, que diz respeito a dar assistência aos familiares do doente que morreu. Cerca de 75% dos enfermeiros inquiridos concorda com isso. Poderia-se até esperar um valor de concordância maior já que, desde o início da formação enquanto enfermeiros, os profissionais são preparados para cuidar do doente insirido na família. A experiência profissional com doentes em fim de vida nos últimos 12 meses, que vieram a falecer, bem como ter assistido à aplicação de decisões de fim de vida, são factores laborais que não influenciam as respostas dadas.

Uma grande limitação do estudo tem a ver com a população em que foi aplicado. O estudo foi aplicado a enfermeiros que frequentavam, à data, as pós-graduações de especializações. Tal pode ser vantajoso, uma vez que se conseguiu uma amostra com uma variabilidade de interesses grande na área da enfermagem, contudo a amostra é constituída, na generalidade, por enfermeiros jovens e que, como tal, podem não ter grande experiência profissional. Deste modo, não é possível tirar grandes conclusões acerca da influência do factor idade nas atitudes e opiniões dos enfermeiros. O mesmo acontece com os anos de experiência profissional, uma vez que os elementos que possuem muitos anos de trabalho são poucos.

Relativamente ao sexo dos participantes, mais do que 80% dos participantes é do sexo feminino, o que não permitiu um teste de significância com resultados satisfatórios. Esta limitação já seria de prever no início do trabalho, uma vez que a maioria dos profissionais de enfermagem que frequentam pós-graduações de especializações pertencem ao sexo feminino.

Uma dificuldade desta tese foi o facto de se utilizar um questionário escrito em

holandês. Como tal, foi necessário recorrer a tradutoras para traduzir para português, o que é mais difícil de encontrar do que se se tratasse de uma tradução a partir do inglês. Além disso, na altura de comparar a retroversão com a versão original, também não conseguimos ser autónomos e tivemos que recorrer a Els Inghelbrecht, anteriormente referida.

Muitos inquiridos consideraram que o questionário possuía algumas perguntas que permitiam a identificação de quem respondia e, por isso, optaram por não responder a algumas questões. Isso foi mais notório nas perguntas que se referiam aos locais de trabalho dos profissionais. Muitos deixaram essas respostas em branco ou deram respostas evasivas, como referindo apenas se se tratava, por exemplo, de um hospital ou centro de saúde. No espaço reservado à explicação esse ponto foi apontado, como pelo enfermeiro 115 que escreveu “questionário muito identificativo”, ou pelo enfermeiro 50, que diz “as questões dos dados pessoais permitem a identificação de quem respondeu”

Tal como acontece na maioria dos trabalhos de investigação deste tipo, o tempo também foi um limitador. Quando a versão portuguesa do questionário ficou pronta para ser aplicada, alguns alunos das especialidades já tinham terminado o ano lectivo e outros encontravam-se em estágio por vários serviços hospitalares. Deste modo, ficamos condicionados aos alunos que tinham de se deslocar à escola, tendo em conta que as turmas dificilmente se encontravam completas aquando da recolha de dados.

Passemos agora a responder às hipóteses de investigação:

H<sub>1</sub> – As atitudes dos enfermeiros perante decisões na fase terminal da vida não dependem das suas características individuais nem laborais.

No que diz respeito à influência das características laborais nas atitudes dos enfermeiros perante decisões na fase terminal da vida, a hipótese é aceite, pois, em nenhuma situação  $p < 0,05$ , pelo que nenhum dos factores laborais em estudo tem correlação com as respostas obtidas. Relativamente às características individuais, rejeita-se a hipótese, pois verifica-se  $p < 0,05$  na correlação entre a idade e a pergunta 11, que se refere a o doente poder receber medicação para a dor e sofrimento, mesmo que esta possa acelerar o fim da sua vida. Além desta, também há correlação entre a pergunta 12, que pergunta se os enfermeiros concordam ou não que a autorização legal para o uso de substâncias que ponham termo à vida, a pedido do doente, origine também um aumento do uso dessas substâncias, sem ser a pedido explícito do doente, e ter frequentado um curso de cuidados paliativos, bem como, sentir-se pertencente a uma religião (católica).

O sexo e a pergunta 9, acerca de cada doente ter o direito de decidir sobre o aceleramento do fim da sua vida, apresentam  $p = 0,05$ , o que traduz uma influência muito pouco significativa deste factor.

H<sub>2</sub> – As atitudes dos enfermeiros perante os cuidados de enfermagem relacionados com as decisões na fase terminal da vida não dependem das suas características individuais nem laborais.

Rejeita-se esta hipótese, já que se detecta correlação de Pearson entre algumas perguntas e alguns factores. A idade está correlacionada com a pergunta 27, que diz

que, por causa da sua posição na equipa de saúde, é difícil para os enfermeiros exprimirem aos médicos envolvidos as suas opiniões relativas às decisões na fase terminal de um doente; a importância atribuída à religião tem uma correlação, embora fraca, com a pergunta 22, onde é referido que a opção de utilizar métodos de suicídio assistido deve ser discutida com os enfermeiros envolvidos; ter um curso de cuidados paliativos tem correlação de Pearson com as perguntas 25 e 28. A pergunta 25 menciona que os enfermeiros estão mais bem preparados do que os médicos para avaliar os desejos de um doente acerca da fase terminal da sua vida, enquanto a pergunta 28 refere que os médicos, normalmente, estão dispostos a ouvir a opinião dos enfermeiros relativamente a doentes terminais. Quanto aos factores laborais, apenas a experiência profissional como enfermeiro influencia a pergunta 26, que diz que, após ter posto termo à vida de um doente, é tarefa do enfermeiro dar assistências aos seus entes próximos.

H<sub>3</sub> – As opiniões dos enfermeiros sobre a eutanásia não dependem das suas características individuais nem laborais.

Nesta secção de perguntas, o sentimento de pertença a uma religião apresenta correlação forte com as perguntas 31 e 32, onde se pergunta, respectivamente, a opinião dos enfermeiros acerca de a administração de substâncias em casos de eutanásia ser uma tarefa passível de ser executada por enfermeiros e acerca de, em casos de eutanásia, a função dos enfermeiros se restringir à prestação de cuidados ao doente e aos seus entes próximos; a pergunta 31 também tem correlação com o sexo; a idade está correlacionada com a pergunta 29, onde é feita alusão aos cuidados paliativos, na medida em que estes podem prevenir muitos pedidos de eutanásia, se

forem de boa qualidade. Quanto às características laborais, nenhuma das características em estudo apresenta correlação de Pearson com as respostas obtidas. Deste modo, a hipótese é aceite para as características laborais, mas rejeita-se para as características individuais.

De modo geral, existem poucos casos em que haja correlação de Pearson entre características, individuais ou laborais, e as respostas obtidas. Particularmente, no que diz respeito às características laborais, apenas se verifica uma situação em que  $p < 0,05$ . Portanto, conclui-se, com este estudo, que as atitudes dos enfermeiros perante decisões de fim de vida não dependem das suas características individuais nem laborais.

Considera-se que se atingiu o objectivo geral do estudo, bem como os objectivos específicos. Através da aplicação deste questionário ficou-se a conhecer as atitudes e opiniões dos enfermeiros acerca dos temas relacionados com o fim de vida e conseguiu-se identificar alguns factores individuais e laborais que podem influenciar mais as atitudes dos enfermeiros, apesar não se ter identificado uma relação de causa-efeito entre nenhum desses factores e as respostas obtidas.

#### IV. CONCLUSÕES

Este trabalho que agora termina consistiu na validação de um questionário belga intitulado “Attitudes van verpleegkundigen over beslissingen aan het levenseinde bij patiënten”.

Foi necessário atravessar diversas fases. Primeiro, fez-se uma pesquisa acerca da eutanásia, do fim de vida e assuntos relacionados. Entretanto, após surgir a ideia de validar um instrumento oriundo de outro país, e tendo já a autorização dos autores, foi necessário iniciar o processo das traduções, da criação da versão portuguesa, da retroversão e comparação com o instrumento original. Mais tarde, foi a fase da validação, através de um teste de compreensão. Apto a ser aplicado à população escolhida, iniciou-se o processo de pedidos de autorizações e colaborações para fazer chegar o questionário a quem era pretendido. Posteriormente, passou-se à fase de tratamento de dados e análises dos resultados, que nos permitiu inferir algumas conclusões.

Os enfermeiros querem estar envolvidos em todos os processos de decisões acerca dos doentes, nomeadamente no que toca às decisões de fim de vida. Parecem dispostos a colaborar em procedimentos que acelerem o fim de vida dos doentes. O alívio do sofrimento dos doentes é o principal motivo para eutanásia que os enfermeiros aceitam, contudo, a opinião de que uma aposta em cuidados paliativos de qualidade evitaria muitos pedidos de eutanásia, é consensual.

O trabalho não revelou que hajam características pessoais ou laborais com uma

estreita relação com as atitudes e opiniões dos enfermeiros acerca das decisões relacionadas com o fim de vida, contudo a religião e a importância que se dá à religião salientou-se de entre os outros factores. Enfermeiros católicos parecem menos dispostos que os outros a colaborar com procedimentos que ponham fim à vida.

Sugere-se que investigações deste tipo sejam alargadas a outros grupos profissionais e, até mesmo, a doentes e familiares.

Questões relacionadas com o fim de vida têm vindo a ganhar espaço no mundo, principal após o caso mundialmente conhecido de Ramón Sampedro. Também Portugal tem vindo a preocupar-se com temas relacionados. Talvez a possibilidade de fazer o testamento vital, e de este ter validade jurídica, seja o próximo passo do país.

Fica aqui este humilde contributo para chamar a atenção para questões tão complexas como as que dizem respeito ao fim de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABE, Aline e GUERRA, Tâmara (2006) “Eutanásia: morte digna ou homicídio?” *II Encontro de iniciação científica e I encontro de extensão universitária*. Vol. 2:Nº2, <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/view/1126/1078> [2 Dezembro 2009].

Alcorão sagrado [http://www.arresala.org.br/not\\_vis.php?op=84&data=0&cod=136](http://www.arresala.org.br/not_vis.php?op=84&data=0&cod=136) [12 Setembro 2010].

“Andaluzia aprova Lei da Morte Digna” (18/03/2010) Euronews <http://pt.euronews.net/2010/03/18/andaluzia-aprova-lei-da-morte-digna/> [10 Set. 2010].

BARBOSA, Edgley “Eutanásia” (2007) Campina Grande. Universidade Estadual da Paraíba-UEPB <http://br.monografias.com/trabalhos3/eutanasia/eutanasia2.shtml> [3 Janeiro 2010].

BETANCOR, Juana (1995) “El testamento vital” *EGUZKILORE*. San Sebastián Nº 9. p. 97-112. [http://www.ehu.es/p200-content/es/contenidos/boletin\\_revista/ivckeie\\_guzkilore\\_numero9/es\\_numero9/adjuntos/betancor.pdf](http://www.ehu.es/p200-content/es/contenidos/boletin_revista/ivckeie_guzkilore_numero9/es_numero9/adjuntos/betancor.pdf). [3 Janeiro 2010].

CAMPOS, Alexandra (17/02/2009) “Associação Portuguesa de Bioética quer legalizar testamento vital até ao Verão” *Jornal Público*

[http://www.publico.clix.pt/Sociedade/associacao-portuguesa-de-bioetica-quer-legalizar-testamento-vital-ate-ao-verao\\_1365515](http://www.publico.clix.pt/Sociedade/associacao-portuguesa-de-bioetica-quer-legalizar-testamento-vital-ate-ao-verao_1365515) [3 Janeiro 2010].

CHERRY, Mark (2003) “Why Physician-Assisted Suicide Perpetuates the Idolatry of Medicine” *Christ Bioeth.* Vol.9:Nº 2-3. p. 251  
<http://cb.oxfordjournals.org/cgi/reprint/9/2-3/245> [2 Dez. 2009].

COELHO, Milton (2000) “Eutanásia: uma análise a partir de princípios éticos e constitucionais” <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2412&p=3> [2 Dez. 2009].

CORREIA, Maria Efigénia “O direito de morrer – a eutanásia e o suicídio assistido” Instituto Viana Júnior. Curso de direito das faculdades integradas Viana Júnior. p. 8.  
[http://www.viannajr.edu.br/site/menu/publicacoes/revista\\_direito/artigos/edicao4/art\\_40003.pdf](http://www.viannajr.edu.br/site/menu/publicacoes/revista_direito/artigos/edicao4/art_40003.pdf) [2 Dez. 2009].

DIAS, Jorge de Figueiredo (1999) *Comentário Conimbricense do Código Penal – Parte Especial Tomo I*. Coimbra: Coimbra Editora. ISBN 972-32-0854-7.

ELIAS, Norbert (2001) *A solidão dos moribundos – seguido de "envelhecer e morrer"* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Lda.  
[http://books.google.pt/books?id=pHS6Q0TRocAC&printsec=frontcover&dq=elias+a+solid%C3%A3o+dos+moribundos&hl=pt-PT&ei=CKqPTNyOJliLswafvaT0Cw&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q=elias%20a%20solid%C3%A3o%20dos%20moribundos&f=false](http://books.google.pt/books?id=pHS6Q0TRocAC&printsec=frontcover&dq=elias+a+solid%C3%A3o+dos+moribundos&hl=pt-PT&ei=CKqPTNyOJliLswafvaT0Cw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q=elias%20a%20solid%C3%A3o%20dos%20moribundos&f=false) [27 Nov. 2009] ISBN 85-7110-616-9.

ENGELHARDT, Tristram and ILTIS, Ana Smith (2005) “End-of-life: the traditional Christian view” *Lancet*: USA, Vol. 366 p. 1045-1049. <http://www.asu.edu/clubs/bioethics/christian.pdf> [6 Jan. 2009].

“Eutanásia legalizada quinta-feira em Washington” (03 MAR 09) TSF rádio notícias internacional [http://tsf.sapo.pt/PaginaInicial/Internacional/Interior.aspx?content\\_id=1159444](http://tsf.sapo.pt/PaginaInicial/Internacional/Interior.aspx?content_id=1159444) [28 Nov. 2009].

FERREIRA, Aurélio (1986) *NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO DA LÍNGUA PORTUGUESA*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. ISBN 85-209-0411-4.

FIGUEIREDO, António (1828) “A Santa Bíblia: contendo o Velho e o Novo Testamento”. Paralipomenos, Liv. I Cap. X. Universidade de Ghent: Na Typographia de Bagster e Thoms. [http://books.google.pt/books?id=no08AAAACAAJ&pg=PA345&dq=biblia+sagrada+a+morte+de+Saul&hl=pt-PT&ei=3vKRTMWzNI2MswbeoKT4CQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=9&ved=0CE8Q6AEwCA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=no08AAAACAAJ&pg=PA345&dq=biblia+sagrada+a+morte+de+Saul&hl=pt-PT&ei=3vKRTMWzNI2MswbeoKT4CQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=9&ved=0CE8Q6AEwCA#v=onepage&q&f=false) [10 Set. 2010].

FILHO, Fernando Guerra (2005) “Eutanásia: Direito à "boa" morte e despenalização da piedade médico-homicida consentida”. *Direito Net*. <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/2342/Eutanasia-Direito-a-boa-morte-e-despenalizacao-da-piedade-medico-homicida-consentida> [29 Nov. 2009].

FORATO, Diana Maciel (2003) “Eutanásia: o direito de matar e morrer com

dignidade” Faculdades integradas “Antônio Eufrásia de Toledo”. Faculdades de direito de Presidente Prudente. <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Juridica/article/viewPDFInterstitial/167/168> [29 Nov. 2009].

GIMENES, Nilson Roberto da Silva (2005) “O Direito à Objecção de Consciência às Transfusões de Sangue” Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Direito. Mestrado em Direito Público. Salvador [http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=596](http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=596) [29 Nov. 2009].

GODOY, Gabriel e DIAS, Rebeca (1999) “Paradoxos do Direito de viver e de morrer” Revista da Faculdade de Direito da UFPR. p. 109-124. <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/direito/article/viewPDFInterstitial/9418/6510> [29 Nov. 2009]. ISSN: 0104-3315.

GOGLIANO, Daisy (2009) “Pacientes terminais – morte encefálica” Revista de Bioética. Vol. 1:Nº 2 [http://www.jovensmedicos.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/493/310](http://www.jovensmedicos.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/493/310) [29 Nov. 2009].

GOLDIM, José Roberto (1997) “Eutanásia – Uruguai” <http://www.bioetica.ufrgs.br/eutanuru.htm> [25 Nov. 2009].

GOLDIM, José Roberto (2000) “Breve histórico da eutanásia” <http://www.ufrgs.br/bioetica/euthist.htm> [25 Nov. 2009].

GOLDIM, José Roberto (2000) “Oregon: suicídio assistido”  
<http://www.ufrgs.br/bioetica/eutanore.htm> [25 Nov. 2009].

GOLDIM, José Roberto (2003) “Eutanásia - Holanda”  
<http://www.ufrgs.br/bioetica/eutanol.htm> [26 Nov. 2009].

GOLDIM, José Roberto (2007) “Caso Ramón Sampedro - Suicídio Assistido”  
<http://www.ufrgs.br/bioetica/sampedro.htm> [26 Nov. 2009].

HENRIQUES, Eiras e FORTES, G. (2010) *Dicionário de Direito Penal e Processo Penal*. 3ª Edição. Lisboa: Quid Turis sociedade editora. ISBN 978-972-724-427-4.

HIPÓCRATES “Juramento de Hipócrates”  
<http://www.esquilamedica.hpg.ig.com.br/Juramento.htm> [3 Janeiro 2009].

HOLLAND, Stephen (2008) “Bioética: enfoque filosófico” São Paulo: Edições Loyola  
<http://books.google.pt/books?id=8FaKO8RoJ8gC&pg=PT125&dq=eutanásia+origem&lr=&cd=12#v=onepage&q=&f=false> [2 Dezembro 2009]. ISBN 978-85-15-03473-4.

INGHELBRECHT, Els [et al] (2009) “Nurses’ attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium” *Palliative Medicine*, Vol.23:Nº7 p. 649-658 <http://pmj.sagepub.com/content/23/7/649.full.pdf+html> [2 Dezembro 2009]. Doi: 10.1177/0269216309106810.

ITURRI, Róger Rodríguez (1997) *El derecho a amar y el derecho a morir “entre la vida y la muerte”* Perú: Fondo Editorial PUCP. p. 221-234

[http://books.google.pt/books?id=8TEY-QY6mCkC&printsec=frontcover&source=gbs\\_navlinks\\_s#v=onepage&q=&f=false](http://books.google.pt/books?id=8TEY-QY6mCkC&printsec=frontcover&source=gbs_navlinks_s#v=onepage&q=&f=false)  
[28 Novembro 2009]. ISBN 9972-42-083-3

KOVÁCS, Maria Júlia (2008) *A morte e o desenvolvimento humano*. 5ª Edição. Brazil: Casa do psicólogo livraria e editora limitada  
<http://books.google.pt/books?id=wxyNzUNR2gIC&pg=PP1&dq=Kovács,+Maria+Júlia.+A+morte+e+o+desenvolvimento+humano.&cd=1#v=onepage&q=Kov%C3%A1cs%2C%20Maria%20J%C3%BAlia.%20A%20morte%20e%20o%20desenvolvimento%20humano.&f=false> [28 Novembro 2009]. ISBN 85-85141-21-2.

LAGAY, Faith (2003) “Physician-Assisted Suicide: The Law and Professional Ethics” American Medical Association. Vol.5:Nº1 <http://virtualmentor.ama-assn.org/2003/01/pfor1-0301.html> [28 Novembro 2009].

LEWIS, Penney (2007) “Assisted Dying and Legal Change”. U.S.A. Oxford University Press Inc. <http://fds.oup.com/www.oup.com/pdf/13/9780199212873.pdf>. ISBN 978-0-19-921287-3 [25 Novembro 2009].

LIMA, Cristina (2006) “Medicina Higt Tech, Obstinação terapêutica e a distanásia” Medicina interna – revista da sociedade portuguesa de medicina interna. Vol.13:Nº 2 p.79-82.

[http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:afmRbRpVjIYJ:www.spmi.pt/revista/vol13/vol13\\_n2\\_2006\\_079\\_082.pdf+Medicina+Higt+Tech,+Obstinação+terapêutica+e+a+distanásia&hl=pt-](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:afmRbRpVjIYJ:www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_079_082.pdf+Medicina+Higt+Tech,+Obstinação+terapêutica+e+a+distanásia&hl=pt-)

[PT&gl=pt&sig=AHIEtbS7XfgAoxNLDBRCS\\_v3dOE4ScwEHA](http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_079_082.pdf) [2 Dezembro

2009].

LOUREIRO, João Carlos (2008) “Saúde no fim de Vida: entre o amor, o Saber e o Direito” *Revista Portuguesa de Bioética*. Nº 4 p. 38-83.  
<http://estudogeral.sib.uc.pt:8080/dspace/bitstream/10316/2526/1/Saude%20no%20fim%20da%20vida.pdf> [2 Dezembro 2009].

LOWE, Marines (2007) “Eutanásia” Central de inteligência académica.  
<http://marineslowe.blogspot.com/2007/08/eutansia.html> [2 Dezembro 2009].

MACIEL, Corintha (2000) *Mitodrama: o universo mítico e o seu poder de cura*. São Paulo: Editora Ágora Lda.  
[http://books.google.pt/books?id=SzUScG3TNCYC&dq=MACIEL,+Corintha.+Mitodrama:+o+universo+mítico+e+o+seu+poder+de+cura.+Editora+Ágora+Lda.+São+Paulo.+2000.+p.+71&source=gbs\\_navlinks\\_s](http://books.google.pt/books?id=SzUScG3TNCYC&dq=MACIEL,+Corintha.+Mitodrama:+o+universo+mítico+e+o+seu+poder+de+cura.+Editora+Ágora+Lda.+São+Paulo.+2000.+p.+71&source=gbs_navlinks_s) [2 Dezembro 2009]. ISBN 8571837201

MARÔCO, João (2010) *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number, Lda. ISBN 978-989-96763-0-5.

MIR, Luís (2004) *Guerra Civil: estado e trauma*. São Paulo: Geração Editorial.  
<http://books.google.pt/books?id=XDVGUR9dpcwC&pg=PA833&dq=eutanasia&lr=&cd=11#v=onepage&q=&f=false> [2 Dezembro 2009]. ISBN 85-7509-112-3.

MORACHE, Georges Auguste (1904) *Naissance et mort* Paris : Alcan,. p. 33.  
<http://books.google.pt/books?id=OiA1Fa0DRgEC&q=Morache,+Georges+Auguste.+Naissance+et+mort.+Alcan,+1904&dq=Morache,+Georges+Auguste.+Naissance+et+mort.+Alcan,+1904&hl=pt->

[PT&ei=drGUTKCDKIrAswa7i5Vk&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCgQ6AEwAA](http://www.apriori.com.br/cgi/for/eutanasia-emerson-wendt-t283.html) [4 Dezembro 2009].

NUNES, Rui (2009) “Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais”. Revista de Bioética: Vol.17:Nº1 p.29-39  
<http://www.apriori.com.br/cgi/for/eutanasia-emerson-wendt-t283.html> [25 Novembro 2009].

PALACIOS, Marcelo (2009) *Soy mi dignidad: Eutanasia y suicidio asistido*. LibrosEnRed.

<http://books.google.pt/books?id=ijgjtPE8n4IC&pg=PT114&dq=budismo+eutanasia&lr=&cd=36#v=onepage&q=budismo%20eutanasia&f=false> [25 Novembro 2009].

ISBN 1597544752, 9781597544757

PESSINI, Leo (2005) “Dignidade Humana nos limites da vida: reflexões éticas a partir do caso de Terri Schiavo”. Bioética, V.13:Nº 2 p. 69-70.  
<http://www.apriori.com.br/cgi/for/eutanasia-emerson-wendt-t283.html> [25 Novembro 2009].

PESSINI, Leo (1996) “Distanásia: até quando investir sem agredir”  
<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:vxHULB84fHYJ:www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/DISTAN%25C1SIA%2520-%2520AT%25C9%2520QUANDO%2520INVESTIR%2520SEM%2520AGREDIR.PDF+distanásia+até+qd+investir+sem+agredir+pessini&hl=pt-PT&gl=pt&id=bl&srcid=ADGEEShn7ixQsOVIqtYtQsk13ksxwjMd4e4XfbHusP2C4qbNPSVVoholMOBSVp0qYJ->

Houvr\_7aRWj1LfRCsxhUe68zX2L23dU7pK7eCkFmFWKC-  
ugAeV3y3nLSnSMu4GXomXs8KW8L&sig=AHIEtbQrXntpmeHhBOzQA48Pg6M  
j\_3RN7w [2 Dezembro 2009].

PITTELLI e OLIVEIRA (2009) “Eutanásia e a sua Relação com Casos Terminais, Doenças Incuráveis, Estados Neurovegetativos” *Saúde, Ética e Justiça*, Vol.14: Nº 1 p. 32-39 [http://www.fm.usp.br/gdc/docs/iof\\_89\\_10artigo52009-1.pdf](http://www.fm.usp.br/gdc/docs/iof_89_10artigo52009-1.pdf) [13 Dezembro 2009].

RAWLS, John (1987) *Théorie de la justice*. Tradução de Catherine Audard. Paris: Éditions du Seuil. ISBN 2-02-014601-0.

SÁ, Maria de Fátima da (2005) *Direito de morrer – eutanásia, suicídio assistido*. 2ª Edição. Belo Horizonte: Ed. Del Rey. <http://books.google.pt/books?id=tyAN2aiadMUC&pg=PA150&dq=S%C3%81,+Maria+de+F%C3%A1tima+de.+Direito+de+morrer+%E2%80%93+eutan%C3%A1sia,+suic%C3%ADdio+assistido.+Belo+Horizonte:+Ed.+Del+Rey.+2005..&client=firefox-a&cd=4#v=onepage&q=S%C3%81%2C%20Maria%20de%20F%C3%A1tima%20de.%20Direito%20de%20morrer%20%E2%80%93%20eutan%C3%A1sia%2C%20suic%C3%ADdio%20assistido.%20Belo%20Horizonte%3A%20Ed.%20Del%20Rey.%202005..&f=false> [13 Dezembro 2009]. ISBN 85-7308-837-0.

“Sagrada congregação para a doutrina da fé. Declaração sobre a eutanásia” (1980) Roma. [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_d](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_d)

[oc\\_19800505\\_euthanasia\\_po.html](#) [2 Dezembro 2009].

SCHERAMM, Fermin (2002) “Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino nos cuidados paliativos”. Revista Brasileira de Cancerologia, Vol. 48:Nº1 p. 18 [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v01/pdf/opiniaio.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/opiniaio.pdf) [28 Novembro 2009].

SERRÃO, Daniel (2005) “Eutanásia: Moralmente condenável, juridicamente inaceitável” Universia <http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?id=6629> [3 Janeiro 2010].

SEUTÓNIO, Caio Tranquilo - *A vida dos doze Césares: a vida pública e privada dos maiores imperadores de Roma*. Traduzido por Sady-Garibaldi (2003) 5ª Edição. São Paulo: Ediouro Publicações.  
[http://books.google.pt/books?id=3Q44\\_b4Vx34C&printsec=frontcover&dq=A+vida+dos+doze+cesares+suetonio&cd=1#v=onepage&q=&f=false](http://books.google.pt/books?id=3Q44_b4Vx34C&printsec=frontcover&dq=A+vida+dos+doze+cesares+suetonio&cd=1#v=onepage&q=&f=false) [3 Dezembro 2009]. ISBN 85-00-00974-8.

SILVA, Anabela (2007) “Eutanásia: prós e contras de uma legalização em Portugal”. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7280/2/Tese%20Anabela%20Silva%20%20icbas.pdf> [3 Dezembro 2009].

SILVA, António e RUIZ, Eramos (2003) “Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de Enfermagem” Estud. psicol. (Campinas). Campinas vol.20: Nº1. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2003000100002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2003000100002&script=sci_arttext&tlng=pt) [26 Novembro 2009]. ISSN

0103-166X.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo e SCHRAMM, Fermin Roland (2004) “Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia”. *Ciência & Saúde Colectiva* [online]. Vol.9: N°1. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100004&script=sci\\_arttext&tlng=pt%20/t\\_blank](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100004&script=sci_arttext&tlng=pt%20/t_blank) [3 Dezembro 2009]. ISSN 1413-8123.

SOUZA, Maria de Lourdes de [et al] (2005) “O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica”. *Texto & Contexto – Enfermagem*. Vol.14: N°2 p. 266-270. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000200015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000200015&script=sci_abstract&tlng=pt) [25 Novembro 2009]. ISSN 0104-0707

WENDT, Emerson (2004) Eutanásia. <http://www.apriori.com.br/cgi/for/eutanasia-emerson-wendt-t283.html> [25 Novembro 2009].

WHITNEY, Simon [et al] (2001) “Views of United States Physicians and Members of the American Medical Association House of Delegates on Physician-assisted Suicide”. *JGIM*. Vol.16 p. 290-296. <http://www.springerlink.com/content/u50047w542804736/fulltext.pdf?page=1> [2 Dezembro 2009].

## Legislação consultada

Andaluzia. Projecto de Lei de Direitos e Garantias da Dignidade das Pessoas no Processo da Morte.

[http://static.diariomedico.com/docs/documentos/20090610\\_ley\\_muerte\\_digna\\_andalucia.pdf](http://static.diariomedico.com/docs/documentos/20090610_ley_muerte_digna_andalucia.pdf) [10 Setembro 2010].

Austrália - Rights of the Terminal III Act 1995.

<http://www.nt.gov.au/lant/parliament/committees/rotti/rotti95.pdf> [28 Novembro 2009].

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.805, de 28 de Janeiro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Diário Oficial da União, Brasília, 2006 Nov. 28, secção I, p. 169 <http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp> [28 Novembro 2009].

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Art.º 5.

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) [3 Março 2010].

Brasil. Código penal Brasileiro. Art.º 121. Matar alguém.

<http://edutec.net/Leis/Gerais/cpb.htm> [28 Novembro 2009].

Declaração universal dos direitos do Homem. 10 de Dezembro de 1948  
[http://www.cne.pt/dl/1\\_declaracao\\_universal\\_direitos\\_homem.pdf](http://www.cne.pt/dl/1_declaracao_universal_direitos_homem.pdf) [28 Novembro 2009].

Portugal. Decreto-Lei nº 104/98. D.R. Nº 93, Série I-A de 1998-04-21. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo estatuto. p. 1756

Portugal. Decreto-Lei nº 161/96. D.R. Nº 205, Série I-A de 1996-09-04. Aprova o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. p. 2959- 2962

Portugal. Decreto-Lei Nº 400/82. D.R. Nº221, Suplemento, Série I de 1982-09-23 (Código Penal) no seu artigo 131º Homicídio. p. 3006 (26)

Portugal. Lei 65/78. D.R. Nº 236. Série I de 1978-10-13 no seu artigo 9º Convenção para a protecção dos direitos do Homem e das liberdades fundamentais. p. 2136.

Portugal. Lei nº 3/84. D.R. Nº 71, Série I de 1984-03-24. Educação Sexual e Planeamento familiar.

Portugal. Lei nº 6/84, nº 109, Série I de 1984-05-11. Exclusão de ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez.

Portugal. Lei 65/98 D.R: nº 202. Série I-A de 1998-09-02. Altera o código penal.

Portugal. Lei 32/2006. D.R. Nº 143. Série I de 2006-07-26. Procriação medicamente assistida.

Portugal. Lei nº 16/2007. D.R. Nº 75. Série I de 2007-04-17. Exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez.

Portugal. Lei 59/2007. D.R. Nº170, Série I de 2007-09-04 (Código Penal) no seu artigo 133º Homicídio privilegiado.

Portugal. Lei 59/2007. D.R. Nº170, Série I de 2007-09-04 (Código Penal) no seu artigo 134º Homicídio a pedido da vítima. p. 6222

Portugal. Lei 59/2007. D.R. Nº170, Série I de 2007-09-04 (Código Penal) no seu artigo 135º Incitamento ou ajuda ao suicídio. p. 6222

Portugal. Lei 59/2007. D.R. Nº170, Série I de 2007-09-04 (Código Penal) no seu artigo 35º Estado de necessidade desculpante.

Portugal. Lei 59/2007. D.R. Nº 170, Série I de 2007-09-04 (Código Penal) no seu artigo 156º Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários. p. 6225

Portugal. Lei nº 111/2009. D.R. Nº 180, Série I de 2009-09-16. (p. 5649) Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril.

Portugal. Lei Constitucional nº 1/2005. D.R. Nº 155, Série I-A de 2005-08-12. Liberdade de consciência, de religião e de culto. p. 4648-4649

Portugal. Resolução da Assembleia da Republica nº 1/2001. D.R. nº2. Série I-A de 2001-01-03. Aprova, para ratificação, a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, aberta à assinatura dos Estados membros do Conselho da Europa em Oviedo, em 4 de Abril de 1997, e o Protocolo Adicional Que Proíbe a Clonagem de Seres Humanos, aberto

à assinatura dos Estados membros em Paris, em 12 de Janeiro de 1998. Artigo 9º (Página 15) – Vontade Anteriormente Manifestada.

Oregon. Measure 16 - Death with Dignity Act.  
<http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/ors.shtml> [2 Dezembro 2009].

Uruguai - Código Penal. Lei 9414, de 29 de junio de 1934 Art. 37. (Del homicídio piadoso) - Los Jueces tiene la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicídio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima [http://www.google.pt/#hl=pt-PT&q=C%C3%B3digo+Penal+Uruguai+%22homic%C3%ADdio+piadoso%22%2C+no+art.+37&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs\\_rfai=&fp=c406fd2c29a8cdf0](http://www.google.pt/#hl=pt-PT&q=C%C3%B3digo+Penal+Uruguai+%22homic%C3%ADdio+piadoso%22%2C+no+art.+37&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=&fp=c406fd2c29a8cdf0) [28 Novembro 2009].

Washington Death with Dignity Act- Initiative 1000.  
<http://www.compassionwa.org/initiative.html> [12 Setembro 2009].

57/CNECV/09. Parecer sobre o projecto de lei nº 788/X – Direito dos doentes à informação e ao consentimento informado. Julho de 2009  
[http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273053812\\_P057\\_CNECV.pdf](http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273053812_P057_CNECV.pdf) [3 Janeiro 2010].

## **ANEXOS**

**Anexo I – Questionário belga “Attitudes van verpleegkundigen over beslissingen  
aan het levenseinde bij patiënten”**



	Helemaal oneens					Helemaal eens				
	-2	-1	0	+1	+2	-2	-1	0	+1	+2
9	Elke patiënt heeft het recht om te beslissen over het bespoedigen van zijn levenseinde.									
10	Indien een ongeneeslijk zieke patiënt ondraaglijk lijdt en niet in staat is om zelf beslissingen te nemen, dan is het de arts toegelaten om levensbeëindigende middelen toe te dienen.									
11	Indien nodig moet een patiënt medicatie tegen pijn en lijden kunnen krijgen, zelfs indien deze medicatie het levenseinde van de patiënt kan bespoedigen.									
12	Het wettelijk toestaan van het gebruik van levensbeëindigende middelen op expliciet verzoek van de patiënt leidt tot een toename in het gebruik van levensbeëindigende middelen zonder expliciet verzoek van de patiënt.									
13	Het toestaan van het gebruik van levensbeëindigende middelen op expliciet verzoek van de patiënt, schaadt de relatie tussen arts en patiënt.									
14	Het is goed dat elke patiënt, vooraleer hij niet meer in staat is om zelf beslissingen te nemen, iemand anders kan aanwijzen om in zijn plaats beslissingen aan het levenseinde te nemen.									
15	Artsen moeten er naar streven hun patiënten in leven te houden, zelfs indien die patiënten vragen om hun levenseinde te versnellen.									

ATTITUDES T.O.V. DE VERPLEEGKUNDIGE BIJDRAGE IN BESLISSINGEN AAN HET LEVENSEINDE	Helemaal oneens					Helemaal eens				
	-2	-1	0	+1	+2	-2	-1	0	+1	+2
16	Patiënten spreken vaker verpleegkundigen aan over beslissingen aan het levenseinde dan dat ze artsen erover aanspreken.									
17	Wanneer bij een patiënt wordt beslist niet verder te behandelen, moet dat vooraf met de betrokken verpleegkundige(n) besproken worden.									
18	Ikzelf zou in geen enkel geval bereid zijn medicatie toe te dienen om de patiënt tot aan overlijden buiten bewustzijn te brengen.									
19	Indien een ongeneeslijk zieke patiënt ondraaglijk lijdt, dan mag een verpleegkundige zelf beslissen pijn- en/of symptoomverlichting op te drijven, zelfs indien deze medicatie het levenseinde van de patiënt kan bespoedigen.									
20	Ikzelf zou in geen enkel geval bereid zijn middelen toe te dienen met het uitdrukkelijke doel het levenseinde van de patiënt te bespoedigen.									
21	De kern van het verplegend beroep is om het welzijn van de patiënt te bevorderen. Beslissingen met een levensverkortend effect horen daar ook bij.									
22	Wanneer bij een patiënt levensbeëindigende middelen zullen toegediend worden, moet dat vooraf met de betrokken verpleegkundige(n) besproken worden.									
23	Ikzelf zou nooit deelnemen aan enige vorm van levensbeëindiging bij een patiënt.									
24	Omwille van hun centrale rol in de zorg voor een patiënt, moeten verpleegkundigen betrokken worden bij het hele proces m.b.t. levenseindebeslissingen.									
25	Verpleegkundigen zijn beter in staat dan artsen om de levenseindewensen van een patiënt in te schatten.									
26	Na het uitvoeren van levensbeëindiging bij een patiënt, is het de taak van de verpleegkundige om de naaste van de patiënt te ondersteunen.									
27	Verpleegkundigen bevinden zich hiërarchisch in een ondergeschikte positie die het hen moeilijk maakt hun meningen over voorgenomen beslissingen aan het levenseinde mee te delen aan de betrokken arts.									
28	Artsen zijn meestal bereid te luisteren naar de mening van verpleegkundigen over terminale patiënten.									

2

**LET OP:**  
Euthanasie hier betekent: het toedienen van levensbeëindigende middelen met het expliciete doel het levenseinde te bespoedigen, op expliciet verzoek van de patiënt.

ATTITUDES T.O.V. EUTHANASIE	Helemaal oneens					Helemaal eens				
	-2	-1	0	+1	+2	-2	-1	0	+1	+2
29	Goede palliatieve zorg voorkomt vele verzoeken om euthanasie.									
30	De arts moet vooraf het verzoek van een patiënt om euthanasie bespreken met verpleegkundigen die regelmatig contact hebben met de patiënt.									
31	Ik vind dat het toedienen van middelen bij euthanasie een taak is die een verpleegkundige zou mogen uitvoeren.									
32	Bij euthanasie beperkt de taak van de verpleegkundige zich tot het verzorgen van de patiënt en zijn naasten.									
33	De meeste verpleegkundigen zijn op de hoogte welke handelingen zij al dan niet mogen uitvoeren bij euthanasie.									
34	De patiënt tot aan overlijden buiten bewustzijn brengen is een goed alternatief voor euthanasie.									
35	De patiënt zal zijn verzoek om euthanasie vaker richten naar de verpleegkundige dan naar de arts.									

ENKELE PERSOONLIJKE GEGEVENS	
36	Wat is uw geslacht? <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
37	Wat is uw leeftijd? _____ jaar
38	Welke opleiding(en) heeft u reeds afgerond? – Meerdere antwoorden mogelijk – <input type="checkbox"/> HO-verpleegkunde (A1) <input type="checkbox"/> Licentiaat in _____ <input type="checkbox"/> BSO-verpleegkunde (A2) <input type="checkbox"/> Bachelor in _____ <input type="checkbox"/> Ziekenhuisassistent <input type="checkbox"/> Master in _____ <input type="checkbox"/> Andere, nl. _____
39	Heeft u ooit een extra opleiding 'palliatieve zorg en/of stervensbegeleiding' gevolgd? – Indien ja, noteer het aantal uren van de opleiding – <input type="checkbox"/> Ja, _____ uren <input type="checkbox"/> Nee
40	Bent u in de afgelopen 12 maanden hoofdzakelijk voltijds tewerkgesteld? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, deeltijds aan _____ % <input type="checkbox"/> Nee, niet tewerkgesteld -> <b>ga naar vraag 44</b>
41	In welke functie bent u in de afgelopen 12 maanden hoofdzakelijk werkzaam geweest? – Slechts 1 antwoord is mogelijk – <input type="checkbox"/> Hoofdverpleegkundige <input type="checkbox"/> Directiefunctie <input type="checkbox"/> Verpleegkundige <input type="checkbox"/> Middenkader <input type="checkbox"/> Docent <input type="checkbox"/> Andere, nl. _____
42	In welke soort instelling bent u in de afgelopen 12 maanden hoofdzakelijk werkzaam geweest? – Slechts 1 antwoord is mogelijk – <input type="checkbox"/> Algemeen ziekenhuis <input type="checkbox"/> Universitair ziekenhuis <input type="checkbox"/> Ander ziekenhuis, nl. _____ <input type="checkbox"/> Psychiatrisch ziekenhuis <input type="checkbox"/> Gehandicaptenzorg <input type="checkbox"/> Rustoord voor bejaarden/Rust- verzorgingstehuis <input type="checkbox"/> Reguliere thuiszorg (in loonverband) <input type="checkbox"/> Reguliere thuiszorg (als zelfstandige) <input type="checkbox"/> Palliatieve thuiszorg <input type="checkbox"/> Andere sector, nl. _____

-&gt; ga naar vraag 44

3

**Anexo II – Versão portuguesa do questionário “Atitudes dos enfermeiros perante  
decisões de fim de vida”**



# ATITUDES DE ENFERMEIROS PERANTE DECISÕES DE FIM DE VIDA



## INSTRUÇÕES:

- Na última página poderá, se assim desejar, esclarecer ou complementar as suas respostas.

## EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

1	Já trabalhou como enfermeiro/a em serviços de cuidados directos aos doentes?	<input type="checkbox"/> Sim, sem interrupções nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Sim, durante um determinado período nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Sim, mas não durante os últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Não, nunca → <i>leia a informação da Tabela 1 e, de seguida, passe para a pergunta 6</i>
2	Na totalidade, durante quantos anos trabalhou em serviços de cuidados directos aos doentes? (No caso de ser menos do que 1 ano, indique 0).	____ anos
3	No exercício das suas funções profissionais, alguma vez prestou cuidados a um doente em fim de vida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, nunca → <i>leia a informação da Tabela 1 e, de seguida, passe para a pergunta 6</i>
4	Durante os últimos 12 meses, prestou cuidados a um doente em fim de vida, que entretanto veio a falecer? (Em caso afirmativo, indique o número de doentes)	<input type="checkbox"/> Sim → Quantos doentes? _____ doentes (fazer uma estimativa) <input type="checkbox"/> Não. → <i>leia a informação da Tabela 1 e, de seguida, passe para a pergunta 6</i>

## DECISÕES DE FIM DE VIDA

**Tabela 1 - Três decisões na fase terminal da vida, com possíveis efeitos ou efeitos reais de redução do tempo de vida do doente**

1.ª decisão	Terminar ou não iniciar um tratamento (incluindo administração de soro e alimentação artificial) que possivelmente aumentaria o tempo de vida de um doente em fase terminal.	
2.ª decisão	Aumentar a medicação para o combate da dor e/ou sintomas, com o possível efeito de reduzir o tempo de vida (incluindo a administração de medicamentos para induzir o estado de inconsciência no doente, até ao seu falecimento).	
3.ª decisão	A administração ou facultação de substâncias que ponham termo à vida, com o propósito explícito de acelerar o fim da vida do doente.	
5	A quantos doentes mencionados na pergunta 4 foi aplicada, pelo menos, uma das três decisões constantes da Tabela 1? (Em caso afirmativo, indique o número de doentes)	<input type="checkbox"/> Nenhum doente <input type="checkbox"/> _____ doentes (fazer uma estimativa)

## NOTE:

Por favor, responda às seguintes afirmações, somente tendo em conta as suas próprias convicções e sem considerar as disposições ou normas legais existentes. É importante que apenas indique a sua própria opinião a favor ou contra as seguintes afirmações.

ATITUDES PERANTE DECISÕES NA FASE TERMINAL DA VIDA (VER TABELA 1)		Discordo totalmente			Concordo totalmente	
		-2	-1	0	+1	+2
6	A administração de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito do doente, é aceitável quando se trata de portadores de uma doença terminal, com dor ou sofrimento extremos e incontroláveis.	<input type="checkbox"/>				
7	Os médicos devem respeitar as decisões bem ponderadas acerca da rejeição de tratamentos por parte do doente, mesmo quando isto acelere o fim da vida do mesmo.	<input type="checkbox"/>				
8	Induzir o estado de inconsciência no doente até ao seu falecimento representa o processo de morte mais adequado, sobretudo se tal for a única forma de controlar o sofrimento.	<input type="checkbox"/>				

		Discordo totalmente			Concordo totalmente	
		-2	-1	0	+1	+2
9	Cada doente tem o direito de decidir sobre o aceleramento do fim da sua vida.	<input type="checkbox"/>				
10	No caso do sofrimento de um portador de uma doença incurável ser insuportável e não tendo este a capacidade de decidir, os médicos devem estar autorizados a administrar substâncias que ponham termo à vida do doente.	<input type="checkbox"/>				
11	Caso necessário, um doente deve poder receber medicação para a dor e o sofrimento, mesmo quando esta possa acelerar o fim da sua vida.	<input type="checkbox"/>				
12	A autorização legal para o uso de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito de um doente, originará também um aumento do uso destas substâncias, sem ser a pedido explícito do doente.	<input type="checkbox"/>				
13	A autorização do uso de substâncias que ponham termo à vida, a pedido explícito de um doente, prejudicará a relação entre o médico e o doente.	<input type="checkbox"/>				
14	Seria bom que cada doente, antes de já não ser capaz de decidir por si próprio, pudesse nomear uma terceira pessoa para tomar as decisões em seu nome, durante a sua fase terminal.	<input type="checkbox"/>				
15	Os médicos têm de se esforçar para manterem os seus doentes vivos, mesmo quando um doente lhes peça que seja acelerado o fim da sua vida.	<input type="checkbox"/>				

ATITUDES PERANTE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS COM AS DECISÕES NA FASE TERMINAL DA VIDA		Discordo totalmente			Concordo totalmente	
		-2	-1	0	+1	+2
16	Os doentes abordam mais facilmente os enfermeiros do que os médicos acerca de decisões na fase terminal da sua vida.	<input type="checkbox"/>				
17	No caso de se decidir não prolongar o tratamento de um doente, tal decisão deve ser discutida com os enfermeiros assistentes.	<input type="checkbox"/>				
18	Em caso nenhum estaria eu mesmo/a disposto/a a administrar medicação para induzir o estado de inconsciência num doente até ao seu falecimento.	<input type="checkbox"/>				
19	Quando o sofrimento de um portador de uma doença incurável é insuportável, o/a próprio/a enfermeiro/a deve poder decidir aumentar a dose de analgésicos e/ou de substâncias que aliviem os sintomas, mesmo quando esta medicação possa acelerar o fim da vida do doente.	<input type="checkbox"/>				
20	Em caso nenhum estaria eu mesmo/a disposto/a a administrar medicação com a finalidade explícita de acelerar o fim da vida do doente	<input type="checkbox"/>				
21	A essência da profissão de enfermeiro/a é promover o bem-estar do doente. As decisões que conduzam à redução do tempo de vida, fazem parte disso.	<input type="checkbox"/>				
22	No caso de serem utilizados métodos de suicídio assistido, essa opção deve ser discutida com os enfermeiros envolvidos.	<input type="checkbox"/>				
23	Eu mesmo/a nunca colaboraria em qualquer procedimento de pôr termo à vida de um doente.	<input type="checkbox"/>				
24	Em virtude do seu papel central nos cuidados aos doentes, os enfermeiros devem estar envolvidos em todo o processo de tomada de decisões relativas aos doentes.	<input type="checkbox"/>				
25	Os enfermeiros estão mais bem preparados do que os médicos para avaliar os desejos de um doente acerca da fase terminal da sua vida.	<input type="checkbox"/>				
26	Após ter posto termo à vida de um doente, é tarefa do/a enfermeiro/a dar assistência aos seus entes próximos.	<input type="checkbox"/>				
27	Por causa da sua posição na equipa de saúde, é difícil para os enfermeiros exprimirem aos médicos envolvidos as suas opiniões relativas às decisões na fase terminal de um doente.	<input type="checkbox"/>				
28	Os médicos, normalmente, estão dispostos a ouvir a opinião dos enfermeiros relativamente a doentes terminais.	<input type="checkbox"/>				

**NOTE BEM:**

Neste âmbito, entende-se por eutanásia: a administração de substâncias que põem termo à vida, com o propósito explícito de acelerar o fim da vida do doente, a pedido explícito do mesmo.

OPINIÕES SOBRE A EUTANÁSIA		Discordo totalmente			Concordo totalmente	
		-2	-1	0	+1	+2
29	Os cuidados paliativos de boa qualidade previnem muitos pedidos de eutanásia.	<input type="checkbox"/>				
30	Os médicos devem falar previamente com os enfermeiros que mantêm contacto regular com o doente, sobre os pedidos de eutanásia.	<input type="checkbox"/>				
31	Sou da opinião de que a administração de substâncias em casos de eutanásia é uma tarefa passível de ser executada por enfermeiros.	<input type="checkbox"/>				
32	Em casos de eutanásia, a função dos enfermeiros restringe-se à prestação de cuidados ao doente e aos seus entes próximos.	<input type="checkbox"/>				
33	Induzir o estado de inconsciência até à morte é uma boa alternativa para a eutanásia.	<input type="checkbox"/>				
34	O doente terá mais propensão para fazer um pedido de eutanásia aos enfermeiros do que aos médicos.	<input type="checkbox"/>				

**ALGUNS DADOS PESSOAIS**

35	Qual é o seu sexo?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
36	Qual é a sua idade?	___ anos
37	Indique o grau académico mais elevado que possui?	<input type="checkbox"/> Bacharelato em _____ <input type="checkbox"/> Licenciatura em _____ <input type="checkbox"/> Mestrado em _____ <input type="checkbox"/> Outro, a saber _____
38	Já frequentou algum curso complementar de cuidados paliativos e/ou de assistência a doentes terminais? (Se sim, indique o número de horas do curso)	<input type="checkbox"/> Sim ___ horas <input type="checkbox"/> Não
39	Nos últimos 12 meses, teve maioritariamente um horário de trabalho total?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, horário em regime <i>part-time</i> a ___ horas <input type="checkbox"/> Não, não trabalhei → <i>siga para a pergunta n.º 43</i>
40	Em que funções trabalhou nos últimos 12 meses, maioritariamente? (Somente escolher 1 resposta)	<input type="checkbox"/> Enfermeiro/a Chefe <input type="checkbox"/> Enfermeiro/a especialista <input type="checkbox"/> Enfermeiro/a <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Outra função, a saber: _____
41	Em que instituição trabalha? (Se trabalhar num hospital, indique também o respectivo serviço)	_____
42	Em que instituições trabalhou nos últimos 12 meses?	_____ _____ _____ _____



**Anexo III - Autorização da ESEnfC para aplicação do questionário**



MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA  
Rua 1 de Outubro s/nu Avenida Brasília 3016-151 Coimbra 22  
3001 - 901 COIMBRA

E-mail: [esee@esee.ucp.pt](mailto:esee@esee.ucp.pt)

Exmo Senhora  
Ent.ª Cristina Maria Rodrigues Nogueira

(p.m.p)

FORMA RECEÇÃO		FORMA RECEÇÃO	
Processo	324	Processo	18.08.2010
Classif.º		Classif.º	283/Pres.

**Assunto: Aplicação de questionário**

Em resposta ao pedido formulado por V. Exa para a aplicação do instrumento "Atitudes dos Enfermeiros Perante Decisões em Fim de Vida" aos enfermeiros a frequentar os Cursos de Pós-Licenciatura em Enfermagem nesta Escola, no âmbito do Curso de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde que se encontra a frequentar, informo que o mesmo foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

*Fátima Pereira*  
A Presidente

*Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento*  
Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento