



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
FACULDADE DE TEOLOGIA - PORTO

A MORTE:

ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

Dissertação de Mestrado em Bioética Teológica

Cilena do Céu Castro Canastra

Orientação de

Professor Doutor Manuel da Silva Rodrigues Linda

PORTO

2007

A MORTE:

ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

Cilena do Céu Castro Canastra

“ Com a morte de cada homem termina um universo cultural específico, mais ou menos rico mas sempre original e irrepetível. O que o homem deixa quando morre – os seus escritos, os objectos culturais que criou, a memória da sua palavra, dos seus gestos ou do seu sorriso naqueles que com ele viveram, os filhos que gerou – tudo exprime uma realidade que está para além do corpo físico, de um certo corpo físico que esse homem usou para viver o seu limitado tempo pessoal de ser homem.”

(Daniel Serrão)

(www.danielserrão.com)

RESUMO

Desde sempre o homem assistiu aos fenómenos do nascimento e da morte e ao ciclo que ambos assinalam. Nesse ciclo, o fenómeno da doença é frequente, embora o padrão e o tipo de doenças se tenham vindo a modificar ao longo da história da humanidade.

A intensidade da luta pela busca da cura de muitas doenças e a sofisticação dos meios associados a essa luta levaram de algum modo a uma cultura de negação da morte e ao triunfalismo heróico sobre a mesma. A morte passou a ser encarada como derrota e frustração por muitos profissionais de saúde.

O paradigma da morte foi alterado ao longo dos tempos. No passado a morte ocorria em casa, num ritual familiar. Hoje a pessoa morre em instituições hospitalares rodeada de máquinas de solidão, esquecida pela família e pelos amigos.

Foram as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde perante doentes em fase terminal e os medos inadequados junto dos mesmos, que motivaram a realização deste trabalho.

REZUMO

Zde siempre l home ancorou ls fenómenos de l nacimiento i de la muerte i l ciclo que dambos a dous assinálan. Nesse ciclo, l fenómeno de la maleita ye frecuente, ambora l padron i la tipo de maleitas se téngan benido a demudar al lhargo de la stória de l home.

La fuorça de la lhuita por la busca de la cura de muitas maleitas, i ls aperfeizoamientos de las maneiras cumo essa lhuita se fai, lhebórun d'algua maneira a ua cultura de negaçon de la muerte i a la bitória baliente sobre eilha. La muerte passou a ser ancorada cumo derrota i frustraçon por muitos profesionales de la salute.

L paradigma de la muerte fui demudado cun l tiempo. Dantes la muerte acuntecie an casa, nun ritual familiar. Hoije la persona muorre ne ls hospitales cun máquinas de solidon al redror, squecida pula família i puls amigos.

Fúrun las deficuldades sentidas puls profissionales de salute an tratar doentes mui acerca de la muerte, i ls miedos einadequados acerca deilhes, que motibórun la realizaçon deste trabalho.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Manuel da Silva Rodrigues Linda, a minha gratidão pelo estímulo e disponibilidade permanente na orientação deste trabalho.

Aos Professores e Colegas de Mestrado por tudo- pois arranjei bons amigos, este trabalho também vos pertence.

À minha família, amigos e colegas pela paciência e compreensão das minhas ausências.

A todos os que lutam pela dignidade da morte do homem.

“Á MEMÓRIA DA MINHA FILHA SALOMÉ”

Parte desta dissertação foi co-financiada pelo PRODEP III.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL	10
Capítulo I	
AS VISÕES DA MORTE	20
Capítulo II	
VISÃO INTERDISCIPLINAR DA MORTE	38
Capítulo III	
MORTE E DIGNIDADE HUMANA	97
CONCLUSÃO GERAL	144
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
ÍNDICE	165
ANEXO I – QUESTIONÁRIO	168

INTRODUÇÃO GERAL

Desde os primórdios da civilização que o nascimento e a morte despertam no ser humano uma grande curiosidade e inquietação. A morte, assim como a doença e o sofrimento, são partes integrantes da condição humana. Falar da morte é difícil porque, queiramos ou não reconhecê-la, sabemos que nascemos com um corpo para viver e para morrer um dia. Mas a ideia de morte difere ao pensarmos em nós próprios ou nos outros que nos são próximos. Pensar na morte deve conduzir-nos à auto-reflexão, não necessariamente à tristeza ou depressão. Até podemos tornar-nos mais fortes e corajosos, de modo a tornar a nossa vida mais alegre e mais lógica. Quando a morte se anuncia na nossa vida ou na vida dos seres da nossa intimidade através duma doença incurável, ou nas premissas de uma sentença irreversível, ficamos demasiados abalados por tudo aquilo que acontece para nos entregarmos a considerações gerais sobre a morte.

A morte suscita numerosas interrogações, para as quais a ciência, as doutrinas filosóficas, as religiões e a orientação metafísica dos valores, dos costumes, atitudes, práticas e superstições, procuram encontrar respostas, na tentativa de suavizar a angústia, acalmar a ansiedade, compensar a dor ou vencer o temor da morte. O poder da morte é imenso, avassalador, observável em toda a parte, em qualquer ser vivo, e todos nós percebemos que vamos morrer. Que a morte faz parte da constante renovação da vida e é inerente à condição humana, é algo que o homem sempre teve dificuldade em aceitar, sobretudo no que lhe diz respeito.

Confiado no seu poder, o homem moderno quer negar a morte e esta que em tempos ocupava um lugar primordial nas crenças, nos ritos e nas tradições das várias civilizações, foi removida para a periferia da nossa vida, dos nossos hábitos, dos nossos pensamentos, dando-lhe o lugar de

esquecimento. Como dizia Pascal, “*Os homens, como não puderam substituir a morte, tiveram a audácia de não pensarem nela*”.¹ Também Stendhal, no século XIX, escreve: “*...uma vez que a morte é inevitável, esqueçamo-la...*”.²

A busca da imortalidade ou da fonte da juventude são mitos presentes na história da humanidade desde os tempos mais antigos. A fé numa vida para além da morte, presente nas grandes religiões monoteístas, ou a crença em sucessivas reencarnações (típica do Budismo), não deixam de ser modos de ultrapassar a nossa finitude e temporalidade e assim dar um sentido à dor e sofrimentos terrenos. A presença da morte impõe-se-nos ainda mais forte, quando sabemos que morreu uma pessoa da nossa idade ou mais nova, e principalmente quando nós próprios vivemos uma situação de doença grave.³ Porém, é sobretudo quando morre alguém a quem amamos que a morte nos toca e nos afecta profundamente e que até, de certo modo, morremos um pouco com a relação que finda. É nestas ocasiões que emerge mais intensamente o sentimento da nossa própria mortalidade e que a autenticidade da morte se torna evidente, irrefutável, implacável e presente na nossa vida. Com efeito, a reflexão sobre a morte é uma reflexão sobre a vida, não sendo possível analisar o sentido desta sem se deparar com o sentido da morte e vice-versa. Podemos até afirmar que o homem nunca compreendeu que a primeira questão a colocar não seria “a morte”, mas a sua atitude para com a morte. É necessário, segundo Morin, “*revelar as paixões profundas dos homens para com a morte, considerar o mito na*

¹ SOUSA, Paulino – *As Representações da Morte no Ensino de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Porto, 1995, 48.

² SOUSA, Paulino, *O.C.*, 49.

³ Cfr. RENAUD, Isabel – O coração e a razão no acompanhamento dos doentes terminais. *Cadernos de Bioética*, 12, 29 (2002).

*sua humanidade e considerar o próprio homem como guardião inconsciente do segredo. Então, e só então, poderemos interpelar a morte desnudada, lavrada, desmaquilhada e dissecá-la na sua pura realidade biológica”.*⁴

É sobretudo porque estamos vivos e porque pensamos na morte como oposta à vida, que rejeitamos e afastamos aquela como se nos fosse estranha e não nos dissesse respeito. Enquanto viventes nunca experimentamos a nossa própria morte. Esta só acontece uma vez a cada pessoa, e é vivida e sentida apenas pela pessoa que morre.⁵ Nunca podemos pensá-la como uma experiência que já fizemos, mas apenas como a morte dos outros, uma vez que não temos o sentimento nem do morrer nem de estar morto. Toda a morte é única, solitária, pessoal e intransmissível. Tendo em conta a condição do homem como ser mortal, dada a sua condição corpórea, e do ponto de vista biológico, todos estamos condenados à morte. Assim sendo, ninguém duvida da existência da morte, e tão pouco da sua própria morte. O que leva alguém a afirmar: “*se nascer, viver, foi e será o privilégio de apenas alguns biliões de seres humanos, morrer é a certeza de todos quantos nasceram. Uma vez nascidas, todas as criaturas têm uma probabilidade de morrer de 100%*”.⁶ A morte é, por isso, uma experiência que nos acompanha, que nos envolve, mas que ainda não sentimos nem vivemos, o que leva Jankélévith a afirmar poeticamente: “*...onde eu estou, a morte não está, e quando a morte está lá, sou eu que já*

⁴ MORIN, Edgar – *O Homem e a Morte*. Publicações Europa-América. Mem Martins, 2ª edição, 1976, 10.

⁵ Cfr. MAGALHÃES, Pinto – Nós, face à morte do outro. *Cadernos de Bioética*, 12 (2002), 95-96.

⁶ ALMEIDA, Filipe – O morrer dos homens: reflexões de um médico. *Acção Médica*, 61 (1997), 46-50.

*não estou mais. Enquanto eu estou, a morte virá; e quando a morte vem, aqui e agora já não há ninguém... ”.*⁷

Com o progresso científico e tecnológico dos últimos séculos, a par de uma vertiginosa evolução dos conhecimentos técnicos e da ciência no tratamento e na cura de doenças humanas, verificamos que não existe lugar, na vida do homem moderno, para pensar na morte. Pode-se até perguntar se é possível tornarmo-nos super homens capazes de derrotar o espectro da morte ou se ainda podemos criar robôs à nossa imagem e semelhança, mais funcionais que nós próprios nalgum sentido.⁸ Quanto mais progredimos na ciência, mais receamos e negamos a realidade da morte, obrigando-nos por vezes a reformular a pergunta: temos mesmo que morrer? Claro que as respostas são pouco claras e envolvem grandes discussões. O homem moderno sente, regra geral, hostilidade por tudo o que seja transmitido pelo passado e pela tradição, com tendência para rejeitar tudo o que sejam verdades, princípios, ou normas absolutas que não venham de si mesmo ou não possam ser racionalmente compreendidas e experimentalmente verificadas, visto que a ideia de tradição foi substituída pela de evolução e de progresso.

As novas situações, provocadas pelas mutações da tecnociência, têm tido grande impacto sobre a compreensão da realidade humana, do processo da vida e do processo da morte. O homem moderno sente-se um homem livre em todas as manifestações da sua vida, contestando todas as regras que possam ancestralmente regular a sua existência, como sendo capaz de se realizar como quiser, sentindo-se mais atraído pela beleza, pelo

⁷ PACHECO, Susana – *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética*. Loures: Lusociência, 2002, 34.

⁸ Cfr. BORGES, Anselmo – *O Tempo e a Morte: Enigmas do Homem. Igreja e Missão*, 50 (1998), 341.

aspecto saudável e jovem do existir, do que inclinado a considerar os fenómenos como a morte, a doença e o sofrimento. Admite, cada vez menos, a intervenção de Deus na explicação dos acontecimentos que dizem respeito ao mundo e ao homem, substituindo-o pela ciência, pela técnica e pelo progresso sem limites.⁹ É este mesmo homem moderno, este homem pragmático virado para a acção e para a reflexão sobre o concreto, que se sente auto-suficiente e convencido que sem a ajuda de Deus, pode vencer as doenças, a miséria e as injustiças sociais. Porém, ao pressentir a chegada do instante mortal, o homem moderno apercebe-se da impotência humana para o combater, revolta-se contra si mesmo e contra os que o rodeiam, esquece tudo o que o norteou durante a sua vida, virando-se para si próprio e reflectindo sobre o valor da sua própria humanidade e como viver o resto que lhe falta da vida terrena.¹⁰

Habituo-nos a ver na “morte dos outros” um facto incontestável, sem excepção, embora a ciência nos diga que mesmo observando o decesso físico de todos aqueles que nos precedem, não podemos deduzir, inequivocamente, a nossa mortalidade. Qualquer que seja a explicação para iludir o paradigma da morte, é evidente que esta escapa à nossa vontade própria e viola mesmo o mais recôndito desejo da imortalidade.

Como seres humanos temos a capacidade de pensar e algumas vezes ponderar nestas palavras: “*O caminho da morte deve levar-nos mais fundo na vida, como o caminho da vida nos deve levar mais fundo na morte*”.¹¹ Podemos, assim, dizer que o homem ignora a sua própria morte, e até se

⁹ Cfr. COUTO, António – *Como uma dádiva: caminhos de antropologia bíblica*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2002, 64.

¹⁰ Cfr. DOMINGUES, Bernardo (Frei) – Alguns aspectos negativos do nosso tempo -3º milénio – vazão ético e alternativa possível. *Cadernos de Bioética*, 12, 31 (2003), 81.

¹¹ MORIN, Edgar, *O.C.* 1.

deseja imortal, esquecendo-se que ele mesmo é a sua maior e mais perigosa ameaça mortífera. A hipótese do homem morrer parece ser vaga, pouco viável, difusa, obscura e silenciosa.

A morte entra no ritmo da sociedade actual, organizada na luta pelo espaço e tempo, carregada de individualismo, onde as manifestações de solidariedade e partilha raramente se observam, retirando o sentido à imagem e ideia de morte. Todos nós, quando nascemos, crescemos e nos tornamos adultos, construímos um conjunto de sonhos e projectos (uns que se vão realizando, outros que se vão adiando) e queremos que o caminho da vida termine numa morte “boa,” que é a morte por velhice, ou seja, uma morte esperada, depois de termos cumprido um ciclo de “coisas” vividas. Ainda que o homem tenha consciência de que vai morrer, mesmo que a hora e o dia sejam desconhecidos, existe sempre um desejo de atingir a imortalidade. É pela contradição entre a consciência de que um dia morreremos e pelo profundo desejo que existe em cada um de nós de atingir a imortalidade, que somos levados a construir um processo de expectativa de vida, procurando apagar a morte do tempo e do espaço em que se movimenta. Se há algum sentido na morte, tal sentido só pode ser apreendido por um ser dotado de auto-consciência – o homem.¹²

Na época presente, testemunhamos algo especialmente surpreendente, nada igual em épocas passadas, de profundas mutações que vêm transformando as condições da existência do (*Homo Sapiens*). A tecnociência, herdeira da revolução científica moderna, tem tido uma espantosa capacidade de interferência e possibilidade de transformação dos sistemas físicos, orgânicos e do próprio ser humano -ao nível do código genético-, tornando cada vez mais frágil a nossa capacidade de prever a

¹² Cfr. BRITO, Silveira – O que dizer da morte. *Cadernos de Bioética*, 12, 30 (2002), 34.

cadeia das consequências. Assim, se a condição humana pode ser transformada, acontece o mesmo em relação às representações e significados do viver e do morrer.¹³

A representação da morte assume um significado diferente, junto dos modos de interpretar e pensar a realidade quotidiana, apoiada num conhecimento construído a partir de experiências individuais, das informações, dos modelos, dos valores que cada indivíduo adquire e transmite. A morte representa novas características resultantes do avanço científico e tecnológico, implicando o envolvimento cada vez mais dos profissionais de saúde. A morte tornou-se um tabu, e o acto de morrer converteu-se em doença social. O homem moderno, senhor de tudo e auto-suficiente, tem dificuldade em aceitar a inevitabilidade da morte: esta surge como um fantasma a impor-lhe limites, um fim humilhante. A morte deixou de ter expressão social e familiar. Na época actual o morrer em casa, acompanhado pela família, amigos, e assistido pelos últimos ritos religiosos, como acontecia a alguns anos atrás, deixou de existir. Hoje, o homem morre em maior número em instituições hospitalares e outros centros de apoio a doentes e idosos, rodeado de tecnologia, mas em grande solidão afectiva.¹⁴

A convivência com doentes em fase terminal, com o doente que morre, com 'o morrer', torna-se incompatível com a actividade do profissional de saúde, já que a impotência face ao inevitável se traduz na imagem do fracasso da ciência e da tecnologia. A realidade da vivência no quotidiano hospitalar, tem demonstrado que os enfermeiros e os estudantes

¹³ Cfr. MCCOUGHLAN, Marie- A necessidade de cuidados paliativos. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, 27 (2003), 6-14.

¹⁴ ARIÉS, Philippe – *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. Lisboa: Teorema, 1989, 19.

de enfermagem, sentem dificuldade na relação com doentes em fase terminal, adoptando atitudes de distanciamento, evitando-os, muitas vezes argumentando a falta de tempo e de disponibilidade para os ouvir e estar junto deles.¹⁵ A minha vivência hospitalar e a minha responsabilidade no ensino de enfermagem no que respeita ao ‘como lidar com todo o processo de morrer’, fizeram com que desde sempre me tivesse interessado por estes assuntos e escolhesse este tema para a elaboração do presente trabalho.

Dada a complexidade do morrer e da morte, que abrange todas as dimensões da pessoa humana e que não pertence a nenhuma especialidade ou ciência em concreto, pode e deve ser interpretada pelas mais diversas perspectivas complementares, e como o trabalho se enquadra no Mestrado de Bioética Teológica, da Faculdade de Teologia da Universidade Católica Portuguesa, pensei que o objectivo principal deste estudo seria o de conhecer quais as representações que os estudantes finalistas de enfermagem faziam da morte e compará-las com as de outros grupos. Assim, selecionei um grupo de finalistas do curso de Teologia e um grupo de finalistas do curso de Direito, ambos da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional do Porto. A escolha destes grupos baseou-se na pertinência que estes cursos têm em relação à temática da morte. O de Direito, porque todo o direito é a defesa da vida e a afirmação da sua qualidade, concretamente no momento da morte. Quanto ao curso de Teologia, pela perspectiva muito enraizada que as religiões incutiram nas sociedades em relação a todo o processo de morrer. E no que se refere à Enfermagem, como representante do grupo relacionado com a saúde, penso dever-se salientar a convivência diária com situações graves e o papel que

¹⁵ Cfr. MAGALHÃES, Pinto, *O.C.*, 95-96.

estes profissionais desempenham perante alguém que está próximo da morte.¹⁶

Considero este estudo académico desenvolvido em três capítulos. No final de cada capítulo farei uma reflexão pessoal sobre os assuntos abordados em cada um.

O primeiro capítulo aborda a metodologia adoptada, a caracterização da amostra, a estratégia da recolha de dados e o tratamento, análise e apresentação dos dados obtidos através do questionário por mim elaborado e aplicado.

O segundo capítulo procura dar uma perspectiva genérica do sentido da morte humana e das várias concepções de morte. Acho que é um capítulo de leitura indispensável, pois além duma reflexão ética e teológica da morte e do morrer, baseia-se sobretudo na evolução da assistência à pessoa doente por parte dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros. Aborda ainda as atitudes do cuidar e do respeito aos princípios éticos que devem nortear o trabalho de conjunto e articulado de toda a equipa de saúde perante a irreversibilidade da morte. Apela ainda para a evolução das atitudes face à morte e ao morrer ao longo dos tempos, e da assistência ao doente terminal.

O terceiro capítulo centra-se sobretudo na dignidade no morrer e o direito a uma morte digna, enquanto direito da condição humana, tanto a nível pessoal como social.

A temática da eutanásia e dos cuidados paliativos apresentam-se essenciais para a consecução da exigência e do direito a uma morte digna, pelo que são abordados ainda que de forma sucinta alguns aspectos éticos considerados fundamentais relativos aos doentes graves e moribundos face ao problema da eutanásia.

¹⁶ Cfr. MAGALHÃES, Pinto, *O.C.*, 97-98.

Como método de trabalho, procurei documentar os vários assuntos, dando prioridade às fontes primárias, ou seja, a toda a documentação directamente relacionada com o tema em causa, procurando em fontes secundárias outras perspectivas que vieram enriquecer e dar mais consistência ao tema do trabalho.

Todos os documentos estão referenciados em notas de rodapé e na bibliografia final.

Como contributo pessoal e complemento ao trabalho, tentei confrontar as minhas posições pessoais com os diversos estudos e opiniões consultadas.

Capítulo I

AS VISÕES DA MORTE

A morte, assim como a doença e o sofrimento, são parte integrante da condição humana. Há duas décadas, sobretudo nos Estados Unidos da América, falou-se muito de *death education*¹⁷ – educação para aprender a morrer, assumir a morte e acompanhar a pessoa moribunda, criando associações para assistir a pessoa que está para morrer, dispensando a própria família. Tornava-se importante o relevar dessa necessidade pela razão de se ter convertido em tabu o tema da morte. É também de realçar que, ao colocar estas questões sobre a morte e o morrer humano, se colocam algumas premissas antropológicas que condicionam as atitudes éticas perante a morte. Como diz Daniel Serrão:

«É necessário tratar os temas bioéticos do fim da vida humana e da proximidade da morte, a partir de um duplo enfoque e numa perspectiva não pontual: o processo biológico e cultural. Se na actual sociedade técnico-científica é importante ajudar a nascer, não é menos importante aprender a morrer e saber acompanhar a partir da perspectiva processual, biológica, cultural e humana, todos e cada um dos seres humanos que se aproximam do fim da vida.»¹⁸

Embora o termo etimológico ‘Bioética’ signifique ‘ética da vida’, parece contraditório enunciar a bioética do processo de morrer e da morte. Como sabemos, o binómio *morrer/morte* compreende valências

¹⁷ LIMA, António – *Bioética e Antropologia*. Coimbra: Gráfica Coimbra, 2004, 239.

¹⁸ SERRÃO, Daniel – *Os Médicos e o Processo de Morrer*. Comunicação à Academia das Ciências. Texto policopiado para os alunos do Mestrado em Bioética e Ética Médica, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 1-7.

diferenciadas, mas complementares; *morrer* remete para a dimensão processual, que deve ser humanamente necessário e desejável acompanhar, antes e depois do seu momento crítico, o momento mais pontual em que se consuma a possibilidade da impossibilidade da existência humana, temporal e espacialmente considerada, no *terminus* desse processo: a pessoa humana como ser até à morte e indagar sobre o sentido do *thanatos* na vida do Homem.¹⁹ Assim, reflectir sobre o processo biocultural da morte e do morrer da pessoa humana na sociedade actual é uma tarefa árdua mas serena. Árdua, porque a morte é um mistério, pura e simplesmente.

Quem sabe o que é morrer? Estar morto e antever o além? A morte é, em enunciação levinasiana, o mais desconhecido de modo totalmente diferente de todos os desconhecidos.²⁰ Nunca saberemos o que é que a morte significa para o próprio morto. Por isso, é-nos vedada a legitimidade de um possível juízo definitivo sobre a vida e existência de alguém, porque nunca nos é dado penetrar no enigma, problema ou mistério e saber o que foi a sua própria morte. Somos sujeitos de enunciação enquanto vivemos. Só os vivos proferem enunciados sobre a morte. Os mortos, esses calam-se definitivamente para o universo da enunciação. Freud enunciou:

«O facto é que nos é absolutamente impossível representarmos a nossa própria morte, e de todas as vezes que o tentamos, apercebemo-nos de que assistimos a ela como espectadores. Diz a escola psicanalítica que no fundo ninguém crê na sua própria morte ou o que é o mesmo que, no inconsciente, cada um está persuadido da sua própria imortalidade».²¹

¹⁹ SERRÃO, Daniel – A morte da pessoa. *Cadernos de Bioética*, 12 (1996), 36-37.

²⁰ LIMA, António, *O.C.*, 240

²¹ FREUD, Sigmund – *Essais de Psychanalyse*, Paris: Ed. Payoz, 2.

Sendo a pessoa humana um *ser-para-a morte*, põe em questão não só o aquém, mas também o seu além, a outra dimensão.

Acredita-se que o homem seja o único ser vivo que sabe que vai morrer.

Falar da morte humana implica falar ainda das várias atitudes humanas face à vida, que tem como termo a morte, e questionar e perguntar pelo além, ou seja, pelo seu *e depois?* De facto só a pessoa humana, porque é auto-consciente, porque tem uma consciência exterior simbólica, se angustia, tem medo, podendo tornar a morte em tabu, ocultando-a como fenómeno pessoal e social.²²

O conteúdo deste primeiro capítulo dará conta de toda a metodologia aplicada para o estudo e da análise dos conteúdos das respostas às perguntas abertas e fechadas feitas no questionário e as respectivas conclusões.

1. Metodologia

1.1. Técnica de Recolha de Dados

A Metodologia é entendida como um “conjunto de métodos ou caminhos que são percorridos na busca do conhecimento”.²³ Assim, a metodologia relaciona-se com os elementos de análise e indica o que fazer: é uma orientadora geral da actividade. A selecção da metodologia está relacionada directamente com o problema em estudo e com a decisão do

²² Cfr. BORGES, Anselmo – Antropologia do Processo de Morrer, *Brotéria*, 150 (2000), 192.

²³ ANDRADE, Manuel – *Introdução à Metodologia do Trabalho Científico: elaboração de trabalhos na graduação*. São Paulo: Editora Atlas, 1995, 103.

investigador, dado o carácter do estudo. Os passos e os meios que conduzem aos resultados dependem da criatividade do investigador. No entanto, há alguns aspectos que fazem parte de qualquer pesquisa científica, como sejam a selecção da população/amostra, recolha de dados, a sua análise e respectiva interpretação. Dos vários instrumentos que podem ser utilizados para a recolha de informação, escolhi o questionário porque pode ser utilizado pela população em geral. “A *elaboração de um instrumento de colheita de dados consiste basicamente em traduzir os objectivos específicos de pesquisa em itens bem rígidos atendendo a regras básicas para o desenvolvimento, além de ser o utensílio que o investigador utiliza para recolher a informação válida e pertinente à realização do trabalho de pesquisa*”.²⁴ Pareceu-me oportuno utilizar este método (questionário anónimo, de preenchimento individual e voluntário) por considerar mais adequado para atingir os objectivos deste estudo.

O planeamento de um estudo inclui procedimentos, método e técnicas, mediante as quais o investigador selecciona os participantes, recolhe informação, analisa e interpreta os resultados. Nesta investigação, optei por um estudo descritivo simples visa “...*descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta*”.²⁵ Assim, neste estudo, pretendo identificar as representações das atitudes dos alunos face á morte e relacioná-las com o seu percurso e formação.

²⁴ GIL, António – *Como elaborar projectos de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas, 3ªed., 1995, 159.

²⁵ FORTIN, Marie – *O Processo de Investigação: da concepção à realização* – Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Loures, 1999, 343.

1.2. Caracterização da Amostra

A definição da amostragem é uma das etapas da fase metodológica que, por sua vez, é a segunda fase do processo de investigação. Ainda o mesmo autor defende a amostragem como sendo: “...um procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhida com vista a obter informações relacionadas com o fenómeno e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada”.²⁶

A amostra do presente estudo é constituída por 60 alunos finalistas, com idades compreendidas entre os 23 e os 25 anos, de estado civil solteiro, dos cursos de Direito e de Teologia e, como já foi dito, a frequentar o Centro Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa à altura da aplicação do questionário. Além destes, foram questionados mais 30 alunos finalistas do Curso Superior de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Bragança, da mesma faixa etária e com o mesmo estado civil. A amostra é de conveniência (não probabilística), na medida em que o critério de selecção dos inquiridos foi do meu interesse, nomeadamente pela acessibilidade.

2. Apresentação dos Resultados

2.1. Análise de Conteúdo

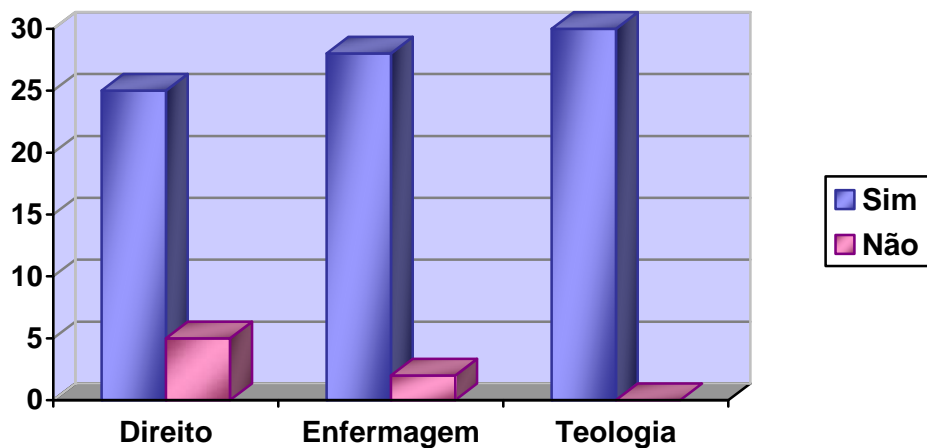
A apresentação dos resultados de uma investigação consiste em acompanhar o texto narrativo de quadros e figuras que ilustram os principais resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas. Desta

²⁶ FORTIN, Marie, O.C, 344.

forma e face ao que os inquiridos disseram da e sobre a morte, foi possível definir um conjunto organizado de opiniões, atitudes, crenças e informações relativas à representação das atitudes face à morte.

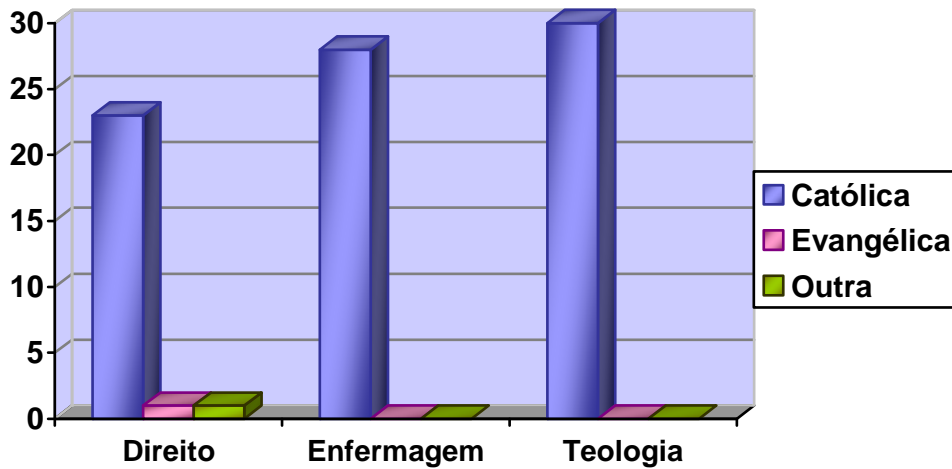
Tendo por base estas noções, passo a expor os resultados do estudo realizado e a efectuar a respectiva análise e discussão dos mesmos.

2.1.1. Religião dos Alunos



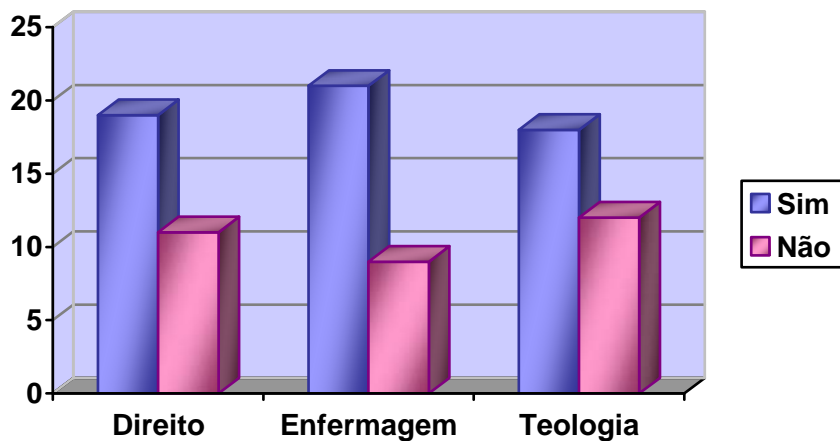
Ao efectuar a análise do gráfico 2.1.1., pode verificar que a maioria dos alunos constituintes da amostra expressaram uma religião (83 alunos), o que corresponde aproximadamente a 92% do total da amostra. De salientar que a totalidade dos alunos do curso de Teologia (30) têm uma religião, enquanto que cinco elementos (17%) de Direito se apresentam sem nenhuma. A maioria dos alunos de Enfermagem (28), que corresponde aproximadamente a 93% dos inquiridos deste curso, respondeu afirmativamente quanto ao facto de ter uma religião, enquanto que somente dois alunos é que deram uma resposta negativa.

2.1.2. Tipo de Religião



De acordo com o gráfico 2.1.2, pode observar que, entre os alunos que se expressaram quanto à sua religião, a maioria referiu-se à Religião Católica, mais concretamente, todos os alunos de Teologia e de Enfermagem, havendo apenas dois elementos da amostra de Direito que se referiram a outra religião. Entre estes dois alunos do curso de Direito, um respondeu ser da Religião Evangélica e o outro, da Religião Hindu.

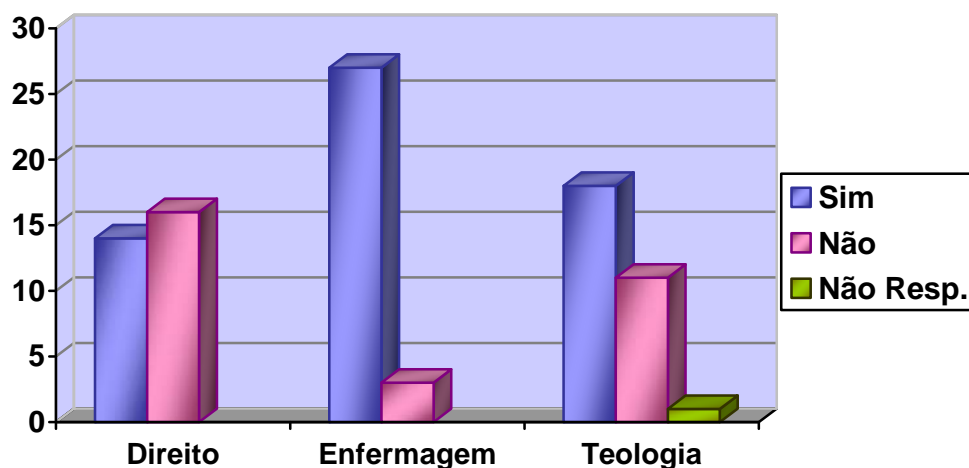
2.1.3. Morte de um Familiar



A análise do gráfico 2.1.3. permitiu-me identificar a vivência da morte de uma pessoa da família numa grande parte dos elementos da amostra, simbolizada por 64% (58 alunos) num total de 90 alunos.

Todos os cursos apresentaram indivíduos que já haviam vivenciado a morte de um familiar. No entanto, o curso de Enfermagem foi o que revelou a maior percentagem de indivíduos com essa experiência (21 alunos equivalem a 70%), enquanto que os do curso de Teologia apresentaram a menor percentagem (63%), seguindo-se os alunos de Direito, com aproximadamente 66%.

2.1.4. Diálogo com Amigos sobre a Temática da Morte

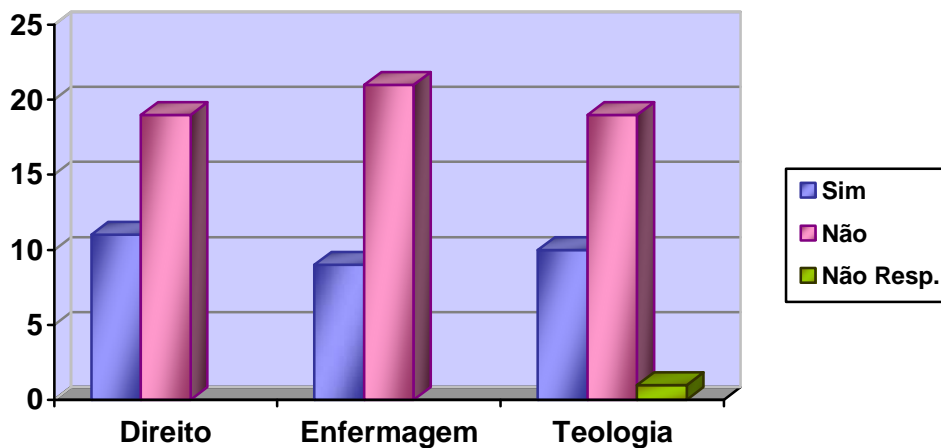


Através do gráfico 2.1.4. pude concluir que não existe uma diferença significativa entre os alunos de Direito que falam ou não com outras pessoas acerca da temática da morte, havendo mesmo uma superioridade numérica por parte daqueles que não falam. No entanto, relativamente à amostra total, pude verificar que existe quase o dobro de alunos a dialogar com amigos sobre a morte, em relação aos que não o fazem.

De realçar que os alunos do curso de Enfermagem contribuem com a maior percentagem dos que dialogam acerca da morte, o que na minha

opinião se pode justificar pelo contacto e experiência com doentes em fase terminal de vida, e pela frequência com que o fazem no decorrer da sua formação académica.

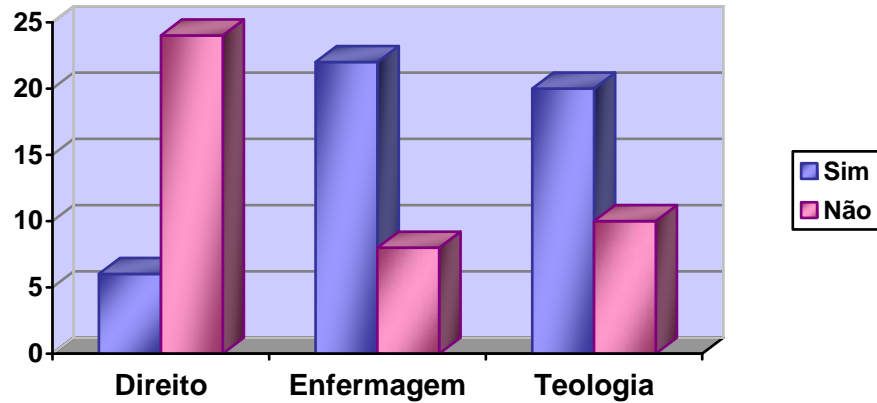
2.1.5. Preocupação com a sua Própria Morte



O gráfico 2.1.5. permitiu-me observar que a maioria dos alunos dos três cursos em estudo demonstra não ter preocupação com a sua própria morte, sendo mesmo que, aqueles que se preocupam, representam uma pequena percentagem, de aproximadamente duas vezes inferior (33%) aos primeiros (66%). Entre os três cursos em análise, pude verificar que os alunos de Direito são, de facto, os que mais se preocupam com a ideia da sua morte (11 alunos equivalem a 37%), apesar dos restantes alunos de Teologia e de Enfermagem, terem fornecido respostas idênticas, totalizando, respectivamente, 10 e 9 respostas afirmativas a esta questão.

Na minha opinião, os resultados que pude observar terão também relação com a faixa etária dos indivíduos inquiridos, na medida em que se encontram no início da vida adulta, centrando a sua atenção e principais preocupações na vida, nos projectos de vida e menos na morte, encarando-a sem dramatismos, ainda que pensem na sua problemática.

2.1.6. Influência da Formação na Representação da Morte

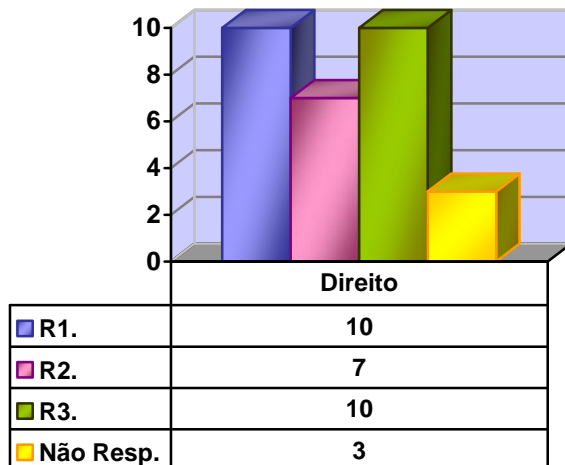


Em relação ao gráfico 2.1.6., posso inferir que dos três grupos em análise, o dos alunos de Direito foi o único em que a maioria dos alunos não sofreu modificações pessoais na representação da morte, no decorrer da sua formação académica. É natural que esta asserção assente no facto dos currículos do curso não vislumbrem qualquer vantagem em fazer os alunos reflectirem na representação da morte, pois pretenderá sobretudo orientá-los para as suas consequências. Verifiquei ainda que, quer nos alunos do curso de Enfermagem, quer nos de Teologia, a formação obtida nos seus percursos académicos contribuiu para alterar o modo de pensar a morte. Este facto pressupõe um estudo muito profundo deste tema. Do exposto, constatei que ambos os ensinamentos mencionados anteriormente (Enfermagem e Teologia) serão, do meu ponto de vista, meios educativos privilegiados para a construção da representação da morte e facilitadores do esclarecimento dos valores criados acerca da vida e da própria morte. Para os alunos de enfermagem, foi fundamental a experiência clínica que nesta fase final do curso os facilitou na relação com os doentes terminais, o

assistir á morte dos doentes e a observação das reacções da família face á morte.

2.1.7. Que pensamento gostaria de ter antes de morrer?

2.1.7.1. Alunos de Direito

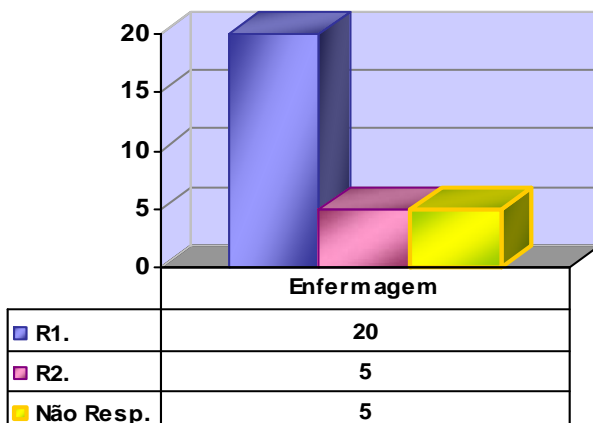


R1. Valeu a pena viver

R2. Não pensar em nada

R3. Fui feliz; fiz os outros felizes

2.1.7.2. Alunos de Enfermagem



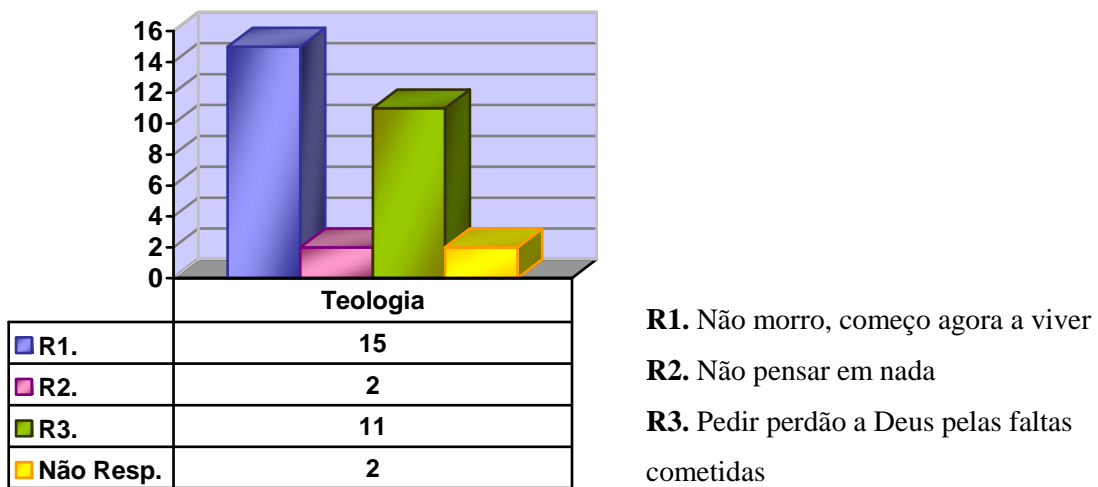
R1. Valeu a pena viver

R2. Não pensar em nada

No que concerne aos gráficos 2.1.7.1. e 2.1.7.2., pude apurar que os alunos dos cursos de Direito e de Enfermagem gostariam que o seu último pensamento antes de morrer fosse o de que “*valeu a pena viver*”. De referir

ainda que ambos os grupos apontaram “*não pensar em nada*” como um último pensamento também desejado. Penso que nos transmitem uma sensação de sentimentos positivos no campo afectivo, incluindo as palavras que do seu aspecto qualitativo se referem a uma configuração estimuladora positiva: “*...valeu a pena viver*”; “*...fui feliz*” e “*... fiz felizes os outros*”.

2.1.7.3. Alunos de Teologia



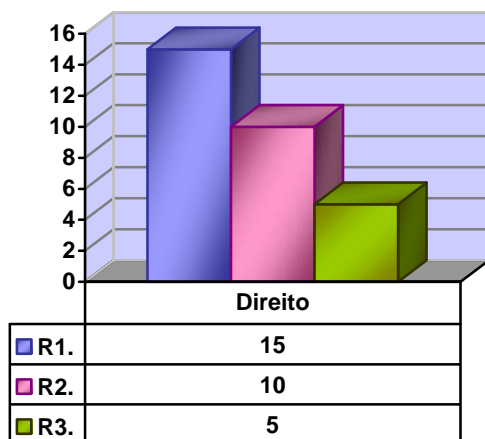
No caso dos alunos do curso de Teologia, como pude aferir pelo gráfico 2.1.7.3., tanto a resposta “*Não morro, começo agora a viver*”, como a resposta “*Pedir perdão a Deus pelas faltas cometidas*”, são relevantes e significativas representando, respectivamente, 50% e 37% do total dos 30 alunos deste curso. Acredito que esta expressão vincada nestes alunos poder-se-á dever ao significado teológico católico do sofrimento e da morte, bem como da crença na ressurreição e na vida, mistérios compreendidos pela Fé e como fundamentais na história da Salvação. Já a resposta “*Não pensar em nada*” como último pensamento antes do momento da sua morte, é irrelevante e pouco significativa quando

comparada com a representação que esta resposta obteve nos outros dois grupos (Direito e Enfermagem).

Aquela é a visão cristã, expressa no texto litúrgico, que nos recorda que a vida não acaba, apenas se transforma. Sendo assim, não há, de facto, que pensar na morte, apenas na vida; e a morte, embora inevitável, perderá o seu terror, o seu carácter aniquilador e final, para constituir apenas um elo necessário, uma porta de entrada na Vida Eterna.

2.1.8. Definição da Morte

2.1.8.1. Opinião dos alunos de Direito



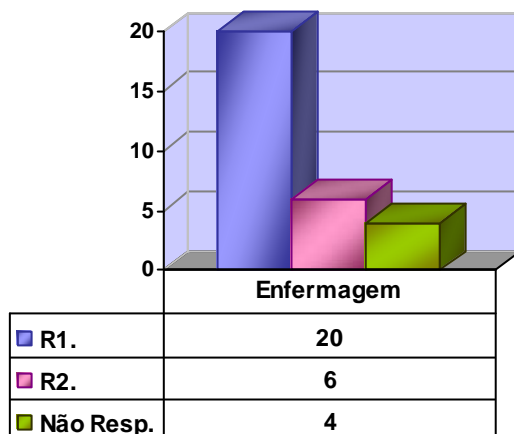
R1. Algo inevitável, contra o qual não podemos lutar

R2. Final da vida, sem possibilidades de ocorrer

mais nada para além dela

R3. Nunca pensei muito nisso

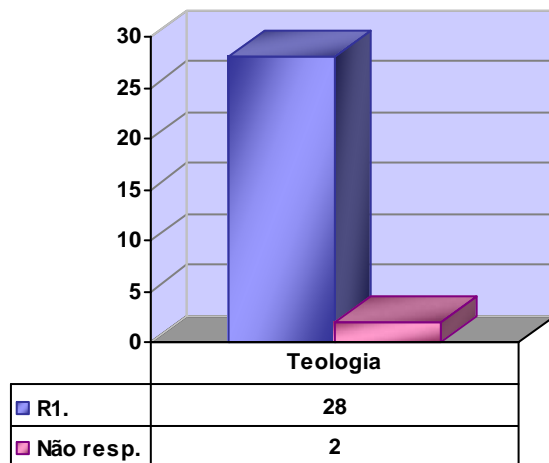
2.1.8.2. Opinião dos alunos de Enfermagem



R1. Passagem para 1 mundo diferente; início de uma outra vida

R2. Fim de tudo

2.1.8.3. Opinião dos alunos de Teologia



R1. O fim de uma caminhada, dum meta, que dá início a uma festa plena de encontro total com o Amor de Deus

Ao analisar os três gráficos acima evidenciados (2.1.8.1/2/3), constato que existe uma certa proximidade e semelhança entre a resposta predominante nos alunos do curso de Enfermagem e de Teologia, na medida em que ambos entendem que a morte significa o início de uma nova vida, embora os primeiros não a relacionem com Deus. Pode-se associar estas respostas como que a existência dum morte com continuidade, ou a eventualidade de existência de algo após a morte...*”inicio doutra vida” ... ”inicio duma festa”...*

A visão dos alunos de Direito será, talvez mais racional do que religiosa, na medida em que encaram a morte como o fim da vida, sempre inevitável, e para lá da qual não haverá mais nada; estes definem a morte como um processo que finaliza num determinado percurso: *“...fim”*; *“...fim da vida”*.

3. Conclusão

No intuito de não dar apenas um contributo teórico ao trabalho a partir duma pesquisa bibliográfica sobre a temática da morte e do morrer, achei pertinente a aplicação de um questionário, de perguntas fechadas e abertas, para sondar as percepções e atitudes perante a morte junto dos jovens alunos finalistas dos três cursos atrás referidos. Assim, segundo as respostas dos mesmos às questões que lhe foram apresentadas e respondidas em conformidade com os gráficos e através da análise do conteúdo das duas perguntas abertas, permitiu-me tirar algumas conclusões.

Em relação à religião dos alunos, pude concluir que a maioria dos indivíduos da amostra expressavam uma religião, que maioritariamente era a Religião Católica, pois só dois elementos do curso de Direito não referiram qualquer religião. No que se refere à “vivência de perto com a morte,” a maior parte dos alunos já tinham vivenciado a morte de um familiar.

Nas respostas dadas à pergunta “*Falar da morte com os amigos*”, na amostra global, verifiquei haver um equilíbrio entre os que responderam afirmativa e negativamente, em relação aos alunos de Direito. Olhando para o gráfico que ilustra essa pergunta, é de realçar a grande percentagem dos alunos de Enfermagem que falam com os outros sobre a morte, o que é natural pois como finalistas, e pela sua experiência durante os estágios em serviços que permitiram maior contacto com doentes em fase terminal, assistindo à morte de alguns desses doentes e observando as reacções dos familiares, o que pode ser considerado um factor positivo, na medida em que funcionou como um desafio para a descoberta do relacionamento com o outro enquanto pessoa saudável, doente e moribundo.

Pela globalidade da amostra, pude verificar que uma maioria dos alunos –quase o dobro– os que falam da morte em relação aos que não o fazem. Daqui posso concluir que os alunos da amostra não se inibem de falar da morte, a qual não representava para eles “tabu” como muitas vezes se pensa. É possível concluir também que a maioria dos alunos dos três cursos, não estão grandemente preocupados com a morte deles próprios. Em relação à pergunta formulada quanto à *influência da formação na representação da morte* é de salientar que, tanto o ensino de Enfermagem como o de Teologia influenciam o comportamento dos alunos face à morte. Presumo que em ambos os cursos, se abordam temas de esclarecimento aos valores da vida e da morte. No que concerne ao sentimento na hora da morte, formulado pela questão ‘*o último pensamento que gostaria de ter antes de morrer*’, pude concluir que a maioria dos alunos expressa pensamentos positivos, particularmente, ‘*que valeu a pena ter vivido*’ e que ‘*fomos felizes*’, sendo este o sentimento mais predominante. É de salientar a expressão da Fé nos alunos de Teologia, que na sua totalidade são Católicos. Referem pensamentos religiosos, como ‘*voltar-se para Deus*’ ou ‘*fazer um acto de Fé na Eternidade*’. Alguns alunos de Direito (sete) e de Enfermagem (cinco), imaginam o último momento sem ter de pensar em nada. Todos os alunos abordam o último momento com pensamentos e sentimentos prevalentemente positivos.

Tentei agrupar as respostas conforme o seu carácter positivo ou negativo, em relação à pergunta aberta para definir a morte, constatando que há uma aproximação das respostas dadas pelos alunos de Enfermagem e Teologia, embora nestes últimos, quase a totalidade (vinte e oito), a resposta dada reflecta uma resposta bem positiva, certamente inspirados pela fé religiosa, realçando o Amor de Deus com os Homens, “...*fésta*

plena de encontro total com o Amor de Deus (...)”²⁷ e também pela adequada preparação académica e experiência profissional. Aqui convém relembrar a teoria de Durrwell, em que ‘o cristão e o teólogo, embora não possam viver antecipadamente a experiência da sua própria morte, têm felizmente uma luz para iluminar esse enigma’. Trata-se de iluminar a morte humana à luz da interposta experiência de Jesus. De facto, o cristão conhece o que foi a morte de Jesus de Nazaré, e mediante ela pode ser iluminada a morte do homem. Como todo o ser humano, o cristão é um ser para a morte, mas mais que os outros, o crente leva em si mesmo, como que por graça a sua morte. Todos se tornam cristãos por uma comunhão de morte com Cristo quando tivermos concluído o processo de morrer com Cristo. A morte é essencial á vida humana, não apenas como uma passagem mas como uma dimensão integrante.²⁸ Quanto aos alunos de Direito, as respostas apresentaram-se mais negativas: “... *final da vida sem possibilidades de ocorrer mais nada para além dela...*”.

Penso que seja difícil tirar conclusões precisas do confronto com a temática da morte; no entanto, ao contrário do que talvez fosse esperado, as respostas expressam na sua maioria, que os alunos levam a sério esta temática e pensam no problema da morte, sem no entanto o dramatizarem em demasia. Será que se passa o mesmo com a maioria dos adultos?

É uma pergunta para a qual só uma amostra recolhida com indivíduos de outras faixas etárias poderá ajudar na resposta, embora pense que os jovens, com uma vida inteira pela frente, se sintam ainda desprendidos e

²⁷ Cfr. BÍBLIA SAGRADA – 2ª Edição revista sob a direcção de Herculano Alves. Lisboa /Fátima: Difusora Bíblica, 2000,1508.

Na teologia do Novo Testamento à luz do acontecimento pascal, a morte perde o significado de catástrofe e, contrariamente torna-se passagem para a glória celeste. O crente não se entrega à morte mas abraça-a serenamente.

²⁸ CUNHA, Teixeira – *Bioética Breve*. Apelação: Editora Paulus, 2002, 108.

mais livres frente à morte e também menos dominados pelo materialismo e pela ambição, sem receio de um dia terem que abandonar tudo o que possuem em algum momento menos esperado.

A morte deverá ser compreendida como um acontecimento natural, que não deve ser esquecida, nem mal compreendida ou negligenciada, aceitando que na vida há tempo para nascer e tempo para morrer.

Esta abordagem simplista e algo superficial não deu azo a interpretações que uma investigação de âmbito diferente suscitaria, mas apesar de tudo possibilitou-me detectar o comportamento dos elementos da amostra perante o fenómeno da morte.

Talvez estes jovens tenham aprendido a domesticar a sua própria morte libertando-os da angústia e do medo que o problema homem/morte suscita.

É necessário dar o devido lugar à morte, na realidade concreta do mundo em que vivemos, e deixar de a tratar como um tema melancólico, ou uma entidade teológica um pouco nebulosa. Acompanhar o tempo de morrer implica, portanto, todo um trabalho prévio de reflexão sobre a nossa própria concepção da morte, mesmo reconhecendo ser difícil de levar a cabo.

Capítulo II

VISÃO INTERDISCIPLINAR DA MORTE

A descoberta da morte foi, porventura, o maior feito da humanidade. Faz parte do conhecimento da vida do ser humano saber que ela é finita. A morte é um mistério, pura e simplesmente. Perante alguém morto, só sabemos que qualquer coisa aconteceu: o fim da existência no mundo, o “*stop*” definitivo e irreversível. Nunca saberemos o que é que a morte significa para a pessoa que morre. Diremos apenas e somente: partiu, deixou de existir! E que *onde* é esse para onde se partiu? Esta linha de pensamento, levou Tolstoi a perguntar: “*onde é que eu estarei quando cá já não estiver?*”²⁹. Epicuro refere-se à morte como “*o mais terrível dos males.*”³⁰ A aproximação da morte é sinal de maturidade psicológica, ela faz parte do ciclo de todos os seres vivos. Na morte permanece um grande mistério para o homem, que prefere ignorá-la, ou até contemplá-la com olhar fixo, hipnótico que se afoga no assombro e cria miragens.³¹

Como todo o ser vivo, o homem está sujeito à morte.

A compreensão da morte depende essencialmente da ideia que temos do homem e da existência humana. Assim, podemos formular a questão, o que é afinal o homem? A formulação da questão fornece-nos por si alguns

²⁹ TOLSTOI, Leão – *A Morte de Ivan Ilich*. Lisboa: Editorial Verbo, 1971, 35.

³⁰ Cfr. BORGES, Anselmo, *O.C.*, 177-178.

³¹ MORIN, Edgar, *O.C.*, 15.

elementos de resposta: o homem é quem se interroga, só ele pode e deve responder.³²

O homem é o único Ser capaz de se interrogar sobre o que ele próprio é. No acto de perguntar revela-se um ser dotado de reflexão e constitui-se um problema para si próprio:

«Isto só o homem pode fazer. A pedra, planta, o animal não são dotados desta capacidade. Vivem mergulhados na apatia de uma existência que não se põe em questão. Nem o animal, apesar de perceber o mundo que o rodeia, é capaz de perguntar. Permanece ligado ao dado concreto de um determinado fenómeno sem conseguir distanciar-se em relação a ele do modo a poder interrogar-se acerca das razões ocultas. Só o homem se encontra imerso na possibilidade e necessidade de interrogar.»³³

O conceito de homem refere as notas específicas da espécie biológica “*Homo sapiens*”, genericamente definido como “*mamífero da ordem dos primatas, dotado de inteligência e da faculdade da linguagem.*”³⁴

O ser humano, fruto de um longo processo de hominização, distingue-se dos outros animais pelos seguintes aspectos: a liberdade, a simbolização, a vida no real, a pergunta e a resposta, o riso, a criação, a inclusão, a sepultura, a imagem de Deus e filho de Deus.³⁵

³² Cfr. BORGES, Anselmo, *O.C.*, 185-202.

³³ ENTRALGO, Pedro Laín – *O que é o Homem*. Lisboa: Editorial Notícias, 2002, 155.

³⁴ DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA – Editora Portuguesa de Livros. Venda Nova, Volume II, 711.

³⁵ Cfr. BORGES, Anselmo, *O.C.*, 11-23.

A liberdade: o animal é conduzido pelo instinto. O homem, porque é capaz de dizer não aos instintos e de optar e escolher, é um ser livre e moral.

A simbolização: o homem e o animal comunicam por signos; mas só o homem comunica por símbolos, sinais cujo significado foi convenientemente estabelecido dentro de um determinado grupo humano, o homem é também um animal que fala.

Só a pessoa humana possuiu capacidade de pensar, sentir, de livre decisão, de ter consciência de si mesmo, de amar e de estabelecer relações inter-pessoais.

Pela diferença da morte humana e da morte do animal Heidegger considera que:

«Os mortais são os homens. Chamam-se mortais porque podem morrer. Morrer significa ser capaz da morte enquanto morte. Só o homem morre. O animal perece. Assim não há a morte enquanto morte nem diante nem atrás de si. A morte é o escrínio do nada. Os mortais, chamamos-lhe assim não porque a sua vida terrena acabe, mas porque eles são capazes da morte enquanto morte.»³⁶

O antropólogo Lucas Lucas, quando se refere à morte da pessoa humana, diz *«não se trata da cessação e decomposição de um organismo vivo, mas da destruição da sua existência humana, isto é, a impossibilidade de exprimir ulteriormente, a sua vida pessoa no mundo. É a presença do*

A vida no real: para o animal, o mundo não passa de um conjunto de estímulos que o atraem ou repela; pelo contrário, o homem distancia-se e vive numa mundo enquanto conjunto de coisas reais.

A pergunta e a resposta: nunca uma animal fez uma pergunta. A conduta do homem revela que é ao mesmo tempo deficiente e indigente; porque é limitada, o homem pergunta em ordem a superar os limites. O facto de obter resposta prova que, ainda de forma ocasional e parcial, é possível superar a sua indigência.

O riso: o animal não ri nem sorri. Esta actividade é exclusiva do género humano.

A criação: o homem cria, não só símbolos mas também artefactos e novidades intelectuais, artísticas e éticas.

A inclusão: o homem nunca está satisfeito; a inclusão das suas acções, e de si mesmo, manifesta que o seu ser tem uma estrutura essencialmente aberta, que faz do homem, simultaneamente animal que projecta, que antecipa, que transcende sempre e que nunca esta concluído.

A sepultura: na história da evolução o sinal da presença do homem são rituais mortuários – o homem é *“animal sepeliens”*. O animal não gasta tempo com os mortos.

A imagem de Deus e filho de Deus: segundo a teologia cristã o homem foi criado por Deus, criado à imagem e semelhança de Deus (Gn 1,27), o que o torna criatura singular entre todos os existentes – só o homem tem dignidade.

³⁶ Cfr. LUCAS, Lucas – Morte cerebral e morte do homem: a recuperação da morte humana. *Brotéria*, 150 (2000), 216.

*espírito que torna a morte humana; se não tivesse espírito, a morte para mim não existiria, seria apenas a corrupção do meu corpo».*³⁷

Sendo verdade que a morte faz parte do ciclo de todos os seres vivos, na opinião de Anselmo Borges,

«Como qualquer animal, o homem também morre, mas é o único que sabe que é mortal e que, por isso mesmo, desde a raiz, recusa ser tratado como gado. O aparecimento dos ritos funerários, que exprimem o respeito e a reverência pela pessoa que morreu, a dor pela sua perda e o temor e a inquietação face à própria morte, constituem, no processo gigantesco da evolução do mundo, sinal inequívoco da consciência da dignidade humana, isto é, do salto qualitativo de *algo* para *alguém* de coisa para pessoa. No homem, há um “mais”, e é o saber da morte, enquanto *minha*, que constituiu o espaço da revelação de uma interioridade pessoal, de um destino único e da consciência de uma identidade.»³⁸

O homem é o único animal que gasta tempo com os mortos. Ao longo da história todo o ritual do enterramento dos mortos reflecte uma preocupação dos vivos associada às crenças da imortalidade, sempre na base do religioso. Os homens primitivos sepultavam os seus mortos de modo a facilitar-lhes a viagem para um outro mundo. Estas formas de sepultar os mortos no seio da terra são reveladoras de um espírito de continuidade entre vivos e os mortos.³⁹

³⁷ LUCAS, Lucas, *O.C.*, 203-222.

³⁸ BORGES, Anselmo, *O.C.*, 185-202.

³⁹ Cfr. OLIVEIRA, Abílio – *O desafio da Morte*. Lisboa: Editorial Noticias, 1ªed., 1999, 254.

1. Morte Humana e Morte Cerebral

1.1. Morte da Pessoa Humana – conceito

Ao longo da história, a pessoa humana tem sido encarada, estudada, sob diversos prismas; desde a estrutura metafísica, à perspectiva fenomenológica sócio-cultural, ética, religiosa e estética.

Perante o conceito de pessoa, ainda que por definir, toda a gente entende estar a referir-se a algo de específico do ser humano, apesar das diferenças culturais e filosóficas.

O termo pessoa traduz em português o substantivo latino “*persona*”, palavra ligada ao teatro com significação de máscara que oculta a face – o termo grego correspondente é “*prósopon*” que vem de “*personare*” que designa a intensificação do som na concavidade da máscara usada no teatro antigo. “*Persona*” era aquele que usava a máscara para se fazer ouvir. O termo refere-se ainda a dignidade da pessoa que está por detrás do actor, uma vez que a máscara, embora seja um disfarce, usava-se sobretudo para representar alguém mais digno – exemplo um deus.⁴⁰

A definição mais usual de pessoa foi a de Boécio no século VI que referiu que a «*pessoa é uma substância individual de natureza racional*».⁴¹

Na linha de pensamento de São Tomás de Aquino, pessoa: «*é todo o indivíduo de natura racional subsistente em si*».⁴² É uma entidade cuja dignidade e propriedade fundamentais são intrínsecas, constitutivas da

⁴⁰ CARDOSO, Mota – Apontamentos das aulas de mestrado de Fé e Psicoterapia. UCP-Faculdade de Teologia do Porto, 2004.

⁴¹ ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter – *Bioética*. Lisboa/ São Paulo: Editora Verbo, 1996, 60.

⁴² VALENTE, Acácio – *Fundamentos da Humanização nos Cuidados de Saúde*. Dissertação de Mestrado. Porto, 2004, 115.

própria entidade. Como ser racional, é-lhe atribuída uma excelência e uma dignidade especiais. Concluiu que o modo de ser da pessoa humana tanto no plano da natureza em geral, como no plano individual é o mais perfeito que se encontra entre as criaturas do mundo.⁴³ Acrescenta que cada indivíduo no plano da essência individualizada, não é exactamente igual ao outro, pois variam as dimensões com que a matéria limita a essência, bem como os outros acidentes concomitantes. A tudo isto, acrescem as particularidades da natureza cultural.

Na linha de pensamento de Kant, pessoa «*é um ser de liberdade e um imperativo ético, assumindo um valor absoluto*».⁴⁴

A filosofia moderna e contemporânea definem *pessoa* em diferentes planos: no plano psicológico, o cartesianismo toma a consciência como característica peculiar do ser pessoa; no plano ético, Kant sublinha a liberdade; no plano social, o personalismo, com Buber e Levinas, vê a pessoa na sua relação com outra. Todos estes elementos não se excluem mas completam-se.

Na reflexão teológica a pessoa humana é um Ser constituído por Deus no acto pró-criativo. Homem e Mulher procriam um indivíduo da espécie humana, porém é Deus com a criação da alma de cada ser humano que o constituiu pessoa.⁴⁵

Para Frei Bernardo, ser pessoa é nomeadamente «*um ser consciente, chamado à liberdade e à respectiva responsabilidade pessoal e social, capaz de perguntar, de responder e de encontrar o sentido englobante de*

⁴³ Cfr. DOMINGUES, Bernardo (Frei) – Aspectos do conceito de Pessoa Humana em São Tomás de Aquino – *Cadernos de Bioética* -12,29 (2002), 83-91.

⁴⁴ ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter, *O.C.*, 59.

⁴⁵ RICOU, Miguel – *Ética e Psicologia: Uma Prática Integrada*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, 37.

*vida psicossomática, espiritual e inserida numa comunidade, pela qual é corresponsável».*⁴⁶

Na perspectiva de Padrão Neves, pessoa é:

«Todo o ser humano capaz de consciência de si (e, por isso, simultaneamente, de consciência do mundo que o transcende), de relacionamento (comunicação) e de participação na comunidade moral dos homens. A pessoa constituiu-se através do exercício de uma vontade consciente e livre que parte do indivíduo mas que se realiza em sociedade. Ser pessoa consiste num contínuo e infinito processo de realização de si, na criação de si próprio.»⁴⁷

Karol Wojtyła (Papa João Paulo II) define a pessoa como um «*sujeito autónomo da existência da acção, ser que conhece racionalmente e ama livremente*».⁴⁸

Em conclusão, podemos dizer que ser pessoa é algo específico do ser humano, com capacidade de colocar a si mesmo objectivos e escolher os meios para os atingir. A liberdade é a possibilidade que o homem tem de auto-realizar-se, dando sentido à sua vida. É a possibilidade que o homem tem de reconhecer e por vezes criar valores, de os assumir e promover. É a liberdade que fundamenta a responsabilidade e nos faz sentir pessoas.

1.2. Morte Humana

A morte do homem é um fenómeno biológico, objectivo e cientificamente abordável. A definição de morte da pessoa humana é um

⁴⁶ DOMINGUES, Bernardo (Frei) – *Tornar-se Pessoa Ética e Saudável*. Porto: Edições do autor, 1996, 15.

⁴⁷ ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter, *O.C.*, 176.

⁴⁸ JOÃO PAULO II (Papa) – *No respeito dos Direitos Humanos o segredo da verdadeira paz*. Mensagem para o Dia Mundial da Paz, 1 de Janeiro de 1999.

dos temas mais relevantes e actuais, entendida como sendo “*a cessação definitiva e irreversível da vida de um organismo vivo*”.⁴⁹

Definir uma pessoa como morta pressupõe que não existe nenhum acto médico que possa reverter a situação de cessação da vida. A forma de diagnosticar a morte é um problema tão antigo como a própria humanidade.

Desde a Antiguidade e até ao início do século XIX, considerava-se a pessoa morta quando ocorria a paragem da respiração. No ano de 1819, com a invenção do estetoscópio, o diagnóstico de morte passou a efectuar-se com base na cessação dos batimentos cardíacos. O diagnóstico de morte baseava-se apenas na paragem cárdio-respiratória, a forma mais comum de morrer.

Nos países civilizados a verificação do óbito constituiu um acto médico que deve ter lugar logo que possível após o falecimento da pessoa. A confirmação da morte compete ao médico responsável pelo doente ou o que comparece em primeiro lugar no local onde esteja o cadáver.⁵⁰

⁴⁹ DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA – Lisboa: São Paulo. Edições Verbo, 2001, Vol.2, 2530.

⁵⁰ DIÁRIO DA REPÚBLICA – *Princípios em que se baseia a verificação da morte*. I Série A, Decreto-lei nº 141/99, 28 de Agosto, 5955.

Artigo 4º – Do processo de verificação:

1. A verificação da morte compete ao médico a quem, no momento esta cometida a responsabilidade pelo doente ou que em primeiro lugar comparece, cabendo-lhe lavrar um registo sumário de que conste:

a) A identificação possível da pessoa falecida, indicando se foi feita por conferência de documento de identificação ou informação verbal;

b) A identificação do médico pelo nome e pelo número de célula da Ordem dos Médicos;

c) O local, a data e a hora da verificação;

d) Informação clínica ou observações eventualmente úteis;

2. Em estabelecimentos de saúde públicos ou privados o registo da verificação da morte deve ser efectuado no respectivo processo clínico.

3. Fora dos estabelecimentos de saúde o registo pode ser efectuado em papel timbrado do médico, da instituição ou outro, sendo entregue à família ou à autoridade que compareça no local.

Do ponto de vista jurídico, conclui-se que houve um óbito quando existe um cadáver identificável ou se dá um desaparecimento em circunstância que não deixam dúvidas sobre a morte da pessoa.

O médico considera que a pessoa está morta pela ausência ou não de alguns sinais vitais, baseando-se em critérios considerados clássicos para o diagnóstico de morte.⁵¹ Estes critérios permanecem ainda válidos e continuam a ser utilizados pelos médicos, no entanto não podem ser aplicados na situação de morte cerebral, uma vez que a morte do tronco cerebral precede muitas vezes a morte por paragem cárdio-respiratória (exemplo: doentes internados em unidades de cuidados intensivos submetidos a ventilação assistida). Assim, a paragem cárdio-respiratória deixou de ser o único factor decisivo de determinante para a morte da pessoa, pois o que verdadeiramente caracteriza a morte é a destruição irreversível do tronco cerebral, que constituiu o ponto de não retorno a partir do qual a recuperação é humanamente impossível.⁵² Na perspectiva de Daniel Serrão, *«uma pessoa com paragem cardíaca está em estado de morte aparente até que passe o tempo necessário para que haja morte do tronco cerebral e o mesmo acontece na paragem respiratória, por exemplo*

4. Nos casos de sustentação artificial das funções cardiocirculatória e respiratória, a verificação da morte deve ser efectuada por dois médicos, de acordo com o regulamento elaborado pela ordem dos médicos.

⁵¹ NEVES, Maria do Céu – *Comissões de Ética das bases teóricas à actividade quotidiana* -Relações entre os Profissionais de Saúde e o Paciente, Açores: Centro de Estudos de Bioética, 1996, 233-234.

Critérios clássicos de diagnósticos de morte:

1. Ausência de batimentos cardíacos;
2. Ausência de movimentos respiratórios;
3. Ausência de resposta a estímulos;
4. Pupilas fixas, midriáticas e arreactivas à luz;
5. Traçado isoelectrico no electrocardiograma.

⁵² NUNES, Rui – Apontamentos leccionados nas aulas de mestrado Bioética Teológica. UCP – Faculdade de Teologia do Porto, 2002.

nos afogados; por isso se justificam nestas situações todas as manobras de reanimação que só têm êxito se não tiver ocorrido já a morte do tronco cerebral.»⁵³

Os progressos científicos e tecnológicos do século XX, como o desenvolvimento de técnicas de reanimação e respiração artificial, revelaram a insuficiência e desadequação dos critérios de morte tradicionais. Tornou-se possível restaurar e manter artificialmente as funções antes consideradas vitais e determinantes prolongando assim a vida do indivíduo. O centro da questão desloca-se para o domínio do cérebro, pois só quando cessarem as suas funções é que se pode afirmar a morte do indivíduo – *é morte cerebral*.⁵⁴

1.3. Morte Cerebral

Actualmente, prevalece o consenso de opiniões quase generalizadas a nível da comunidade científica internacional quanto ao conceito de morte cerebral. Tomou-se necessário determinar um conjunto de sinais, relacionados com as funções do tronco cerebral, cuja ausência comprove a cessação irreversível da actividade cerebral. Em Maio de 1968, uma comissão nomeada pela Sociedade Alemã de Cirurgia publicou uma declaração sobre sinais de morte e determinação do momento da morte, declarando que com o advento das novas técnicas de reanimação, os critérios clássicos para o diagnóstico de morte com base na cessação da respiração e batimentos cardíacos deixaram de ser suficientes para todos os

⁵³ SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui – *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora, 1998, 35.

⁵⁴ DIÁRIO DA REPÚBLICA – *Princípios em que se baseia a verificação da morte*. I Série A, Decreto-lei nº 141/99, 28 de Agosto, 6110.

casos, e defendiam que outros aspectos da condição clínica do doente teriam de ser tidos em conta para se estabelecer o diagnóstico de morte.⁵⁵

Sendo o cérebro extremamente dependente do aporte de oxigénio e lesado irreversivelmente poucos minutos após a sua privação, a condição deste órgão foi considerada de importância fundamental. Deste modo, foi recomendado que em caso de dúvida, a determinação do momento da morte deverá ser dependente da morte orgânica do cérebro, uma vez que o funcionamento dos órgãos periféricos, ainda que limitado e desarticulado pode continuar.⁵⁶

No mesmo ano, uma comissão *ad hoc* da Faculdade de Medicina de Harvard apresentou uma série de requisitos para se considerar uma pessoa cerebralmente morta – denominados Critérios de Harvard.⁵⁷ A mesma comissão apresentou o conceito de morte cerebral, definindo-a como «*a cessação total e irreversível de todas as funções do cérebro*».⁵⁸ O relatório da Comissão de Harvard fazia duas recomendações importantes, adoptadas posteriormente pela maior dos países. Salientava que o diagnóstico de morte cerebral deveria ser feito por médicos não envolvidos na actividade de transplantação. Por outro lado, afirmava que o doente deveria ser declarado morto antes de ser feita qualquer tentativa para retirá-lo

⁵⁵ DIÁRIO DA REPÚBLICA, *O.C.*, 1961.

⁵⁶ DIÁRIO DA REPÚBLICA, *O.C.*, 10273.

⁵⁷ BEECHER, H.K.- *After the “definition of irreversible coma”*, N Engl J Med, 1969, 1070.

Critérios de Harvard (1968):

1. Ausência de resposta a estímulos externos;
2. Ausência de movimento ou respiração espontâneos;
3. Ausência de reflexos;
4. EEG isoelectrico, avaliado em 2 traços obtidos em 24 horas de intervalo;
5. Exclusão de situações como a hipotermia ($t < 32,2^{\circ} C$) ou a intoxicação por fármacos depressores do SNC.

⁵⁸ BEECHER, H.K. *O.C.*, 1071.

definitivamente do ventilador. Estes critérios foram aceites no mesmo ano pela XXII Assembleia Médica Mundial, dando origem à Declaração de Sidney sobre a morte. Este documento afirma que a determinação do estado de morte de uma ser humano legitima, de um ponto de vista ético, a suspensão das medidas de reanimação e, nos países onde a lei o permite, a colheita de órgão do cadáver sempre que se tenham cumprido os requisitos legais vigentes de consentimento. Recomenda ainda que o diagnóstico de morte deverá ser efectuado por dois médicos, no mínimo, os quais, no caso do doente ser um potencial dador de órgão, deveram ser independentes da equipa de transplantação. Três anos mais tarde verificou-se um novo progresso no desenvolvimento do conceito de morte cerebral, quando dois neurocirurgiões do Minnesota, Mohandas e Chou, os E.U.A. propuseram que o estado de morte cerebral só pudesse ser declarado quando a morte do indivíduo fosse causada por lesão conhecida e irreparável do tronco cerebral, o «ponto de não retorno», conhecidos por Critérios de Minnesota (1971).⁵⁹

Em 1976 e 1979, no Reino Unido, a Conferência dos Reais Colégios e suas Faculdades vêm corroborar os critérios de morte cerebral anteriormente referidos, com a publicação de dois pareceres. No primeiro referem que a morte funcional permanente do tronco cerebral constituiu a morte cerebral, a qual deve ser apenas diagnosticado quando existe lesão estrutural irreversível do encéfalo. No segundo parecer é claramente expresso que a morte cerebral corresponde à morte da pessoa: a morte

⁵⁹ Cfr. ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter, *O.C.*, 372 – 373. Critérios de Minnesota (1971):

1. Lesão intracraniana conhecida e irrecuperável;
2. Ausência de movimentos espontâneos;
3. Apneia (4 minutos);
4. Exclusão de situações metabólicas;
5. Ausência de reflexos do tronco cerebral.

cerebral representa o estádio em que o doente se encontra verdadeiramente morto.⁶⁰

Em Portugal, a Lei n.º 12 /93, de 22 de Abril (colheita e transplante de órgãos de tecidos de origem humana), determina que:

«Cabe à Ordem dos Médicos, ouvido o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, enunciar e manter actualizado, de acordo com os progressos científicos que venham a registar-se, o conjunto de critérios e regras de semiologia médico-legal idóneos para a verificação da morte cerebral.»⁶¹

Deve prevalecer um diagnóstico rigoroso de modo a atestar a irreversibilidade do processo de morte cerebral ou morte clínica. Dando cumprimento ao estipulado na lei anterior, a Ordem dos Médicos fez publicar os Critérios de Morte Cerebral⁶² e elaborou o guia de Diagnóstico

⁶⁰ MOTA, Alfredo – Transplantação de órgãos: Actividade em Portugal e alguns aspectos históricos. *Acção Médica*, 2 (1996), 25.

⁶¹ COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA – Parecer sobre os Critérios da Morte Cerebral. Lisboa, vol.2, (1993-1994), 87-94.

⁶² ORDEM DOS MÉDICOS (Conselho Nacional Executivo) – Guia de Diagnóstico Morte Cerebral. *Acta Médica Portuguesa*, 11 (1998), 595-600.

Critérios de Morte Cerebral: a certificação da morte cerebral requer a demonstração de cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade. Para o estabelecimento do diagnóstico de morte cerebral é necessário que se verifiquem as seguintes condições:

1. Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;
2. Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos;
3. Ausência de respiração espontânea;
4. Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções nos números anteriores.

O diagnóstico de morte cerebral implica a ausência na totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral:

1. Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetros fixo;
2. Reflexos oculocefálicos;
3. Reflexos oculovestibulares;
4. Reflexos corneopalpebrais;
5. Reflexo faríngeo;

da Morte Cerebral⁶³. A certificação da morte, mediante os critérios referidos, constituiu uma obrigação determinada pelo Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

1.4. Sentido Ético da Morte

A reflexão ética é uma das mais altas manifestações do ser humano. Hoje em dia, sem dúvida que a ética está na moda. Fala-se de ética em discursos e comentários ocasionais, fazem-se colóquios e escrevem-se artigos e obras. Os seus temas seduzem os meios de comunicação social e invadem o meio político.

A sociedade, não obstante a crescente globalização, vem despertando para a necessidade de analisar, do ponto de vista ético e moral, as diversas práticas e comportamentos. Merecem especial atenção todos os processos relacionados com a vida do homem, ao longo de todo o seu percurso desde o nascimento até à morte.⁶⁴

São múltiplos e complexos os problemas éticos que vão acompanhando todo este percurso, suscitando e motivando cada vez mais

6. Realização da prova de apneia confirmativa da ausência de respiração espontânea.

A verificação da morte cerebral requer:

1. Realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade;
2. Realização de exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado necessário;
3. A execução das provas de morte cerebral por dois médicos especialistas (em neurologia, neurocirurgia ou com experiência de cuidados intensivos);
4. Nenhum dos médicos que execute as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à unidade ao serviço que o doente esteja internado.

⁶³ MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Declaração da Ordem dos Médicos. O.C.*, 6160.

⁶⁴ Cfr. RENAUD, Michel – A decisão ética: factores particularmente relevantes da problemática contemporânea. *Brotéria*, 144 (1947), 39-57.

discussões, debates, reflexões e algumas tomadas de decisão, em busca de respostas sérias e fundamentadas nestas duas áreas.

O estudo das teorias éticas, a clarificação da variedade de factores que precisam de ser analisados quando se enfrentam os dilemas éticos, assim como a tomada de decisões correctas e aceitáveis, exigem que sejam feitos segundo enquadramentos teóricos, fundamentados em princípios éticos e morais da pessoa humana.

Importa aqui relembrar o significado dos termos ‘ética’ e ‘moral’. O termo ‘ética’ provém do grego ‘*ethos*’, que por sua vez se relaciona com ‘*êthos*’ e ‘*éthos*’. ‘*Êthos*’ redigido com a primeira vogal longa designava o lugar onde se guardavam os animais; depois, o lugar de onde brotam os actos, isto é, a interioridade dos homens, o carácter. O termo ‘*éthos*’ com a primeira vogal breve, refere-se ao hábito, ao agir habitual.⁶⁵ Diz-se que, aquando da tradução, os latinos, talvez inconscientemente, condensaram o sentido dos dois termos, no termo ‘*hábito*’, isto é, o ‘*éthos*’ grego passou a significar o mesmo que ‘*mos, moris*’, de onde provém o termo moral. Esta evolução etimológica levou a uma alteração clara de sentido entre o primeiro termo grego ‘*êthos*’ e o termo do latim ‘*mos, moris*’, de onde provêm as diferenças entre ética e moral. O termo grego sublinha o facto interior de onde provinham os actos do ser humano e o segundo termo focava a dimensão repetitiva dos actos habituais, os quais podiam corresponder a um hábito virtuoso ou vicioso, crescente ou automático e despersonalizado.⁶⁶

⁶⁵ Cfr. ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter, *O.C.*, 34.

⁶⁶ NEVES, Patrão; PACHECO, Susana – *Para uma ética em enfermagem – Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, 149-150.

Assim sendo, a ética procura a fundamentação do agir, isto é, a determinação dos princípios que estão na base da acção humana, à origem e interioridade dos actos.

A moral procura mostrar como as leis morais se formam e se hierarquizam, tendo em conta a especificidade dos casos concretos e os valores em causa a salvaguardar. Neste sentido, a ética aparece como uma metamoral, e a moral como uma ampliação institucional da ética. A ética é a teoria que percorre o caminho desde a interioridade do agir para a compreensão da sua normatividade, ao passo que a moral estuda a relação entre a lei moral e autonomia do agir, apontando para um certo universalismo enquanto que a ética particulariza mais a dimensão ético existencial da vida humana.

Mais do que fazer a diferença entre ética e moral, podemos dizer que existe uma complementaridade e reciprocidade entre ambas.

É nesta linha de pensamento, que o filósofo Michel Renaud afirma: *«um sentido ético que pense poder prescindir da lei moral corre o risco de se fechar mas arbitrariedades de um sentido particular e deste modo, cair na pura subjectividade do egoísmo.»*⁶⁷

Não menos importante que a ética e a moral temos a Bioética. Este termo foi proposto pela primeira vez em 1970 pelo médico cancerólogo, Van Rensselaer Potter. Sob o ponto de vista etimológico, a palavra Bioética resulta da síntese de dois termos gregos: *'bios + ethos'*. A primeira significa vida, a vida em si mesma, o existente vivo, sendo que o termo originariamente era só aplicado à vida humana e não à vida animal. A segunda veio a generalizar-se e a significar a vida como fenómeno, ou seja, o biológico tal como hoje o entendemos, englobando todos os seres vivos,

⁶⁷ RENAUD, Michel, *O.C.*, 39-57.

todos os organismos, desde a sua expressão mais simples à mais complexa (o homem).⁶⁸

A bioética refere-se ao comportamento ou conduta do homem em relação à vida. Ela designa uma ética aplicada à vida, uma ética para as ciências da vida, particularmente atenta aos princípios que fundamentam o agir humano, sem descurar uma função normativa.

Luís Archer define bioética:

«Como o saber transdisciplinar que planeia as atitudes que a humanidade deve tomar ao interferir com o nascer, o morrer, a qualidade de vida e a interdependência de todos os seres vivos. Bioética é decisão da sociedade sobre as tecnologias que lhe convém. É expressão da consciência pública da humanidade.»⁶⁹

A definição de morte da pessoa humana é um dos temas mais relevantes e actuais da Bioética, entendida como: «*o estudo sistemático da conduta humana no campo das ciências da vida e da saúde, enquanto examinada à luz dos valores e dos princípios morais.*»⁷⁰

Com o aparecimento do conceito de morte cerebral, têm suscitado novos e complexos dilemas éticos, que têm sido motivo de controvérsia em todo o mundo, tanto no campo científico como no público em geral.

Para Marciano Vidal, a eticidade da morte está no facto de esta se constituir condição da vida; isolada de si mesma, a morte não tem parâmetro de compreensão. Por isso, toda a interpretação da morte supõe uma interpretação da vida.⁷¹

⁶⁸ NEVES, Patrão – O que é a bioética? *Cadernos de Bioética*, 11 (1996), 23.

⁶⁹ ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter, *O.C.*, 17.

⁷⁰ DOMINGUES, Bernardo (Frei), *O.C.*190.

⁷¹ VIDAL, Marciano – *Eutanásia: um desafio para a consciência*. Aparecida: Editora Santuário, 1996, 5.

A condição mortal da pessoa tem fortes implicações para a compreensão e a *praxis* da moral. No fundo, mais não é que a articulação entre finitude e ética. A certeza da morte põe em causa os imperativos absolutos da moral. A tensão entre finitude humana e a existência funcional de imperativos éticos absolutos, segundo o mesmo autor, passa por uma triangulação: transcendência de Deus, imortalidade do Homem e incondicionalidade ética (imperativos éticos absolutos).⁷²

A incondicionalidade apoia e postula a transcendência e a sobrevida; esta justifica-se pela transcendência e incondicionalidade, e a transcendência teológica é centro, matriz e meta da imortalidade e da incondicionalidade.

É a morte que, quando ocorre, define aquilo que nós fomos, fixando a significação do nosso agir. A consciência da morte ensina-nos a viver diferentemente, o que leva Patrão Neves a afirmar:

«A tomada de consciência de que temos os dias contados, imprime na vida do homem o sentido de missão e de destino, a urgência de nada adiar, mas antes de avançar na construção do seu projecto de vida, coerente e unitário. A tomada de consciência da morte como intrínseca e constitutiva da existência descobre ao homem novos valores, tais como os da humildade, do perdão, da coragem e da esperança. Reporta-nos a uma outra dimensão do existir, em que se diluem as diferenças e se instaura uma verdadeira comunhão entre os homens fundada no seu destino comum.»⁷³

Do ponto de vista moral, o pensamento da morte obriga-nos a equacionar o significado da obra humana, sobretudo na dimensão do ter: crítica ao individualismo e à acumulação exagerada de bens materiais. Na morte todos somos iguais. Pela função social da morte, todos os seres

⁷² Cfr. VIDAL, Marciano, *O.C.*, 15.

⁷³ NEVES, Patrão – O sentido da morte na vida dos homens. *Cadernos de Bioética*, 12,10 (1996), 17.

humanos são iguais: não há fracos nem fortes, ricos ou pobres, títulos, carros, poderes, riquezas, luxos...; só existe homem reduzido à sua natureza e sempre igual ao seu semelhante. É a morte que confere sentido à vida e lhe dá o carácter de prova –na morte reside a última esperança. Cada acção define o nosso ‘*ethos*’ mas não determina a nossa personalidade. Só o instante mortal é definitivo, na medida em que determina a felicidade que fomos construindo. Assim uma existência temporal sem morte seria um absurdo.⁷⁴

A incidência da ética no morrer visa os seguintes valores: o respeito ético pela vida humana e a exigência ética de uma morte digna. Estes valores devem iluminar as decisões que tendem a abreviar ou prolongar a vida humana na sua fase terminal, respeitando sempre os valores da vida humana e da natureza da interacção humana a par do valor do conhecimento científico e da competência.

2. Evolução da Representação da Morte

Ao longo da história, várias foram as maneiras de encarar a questão da morte. As atitudes, os discursos e as praxis do homem face à morte não foram sempre iguais e modificaram-se ao longo dos tempos.

Verifica-se que a morte, hoje, não tem o mesmo lugar que tinha no passado. As culturas primitivas encaravam a morte como um acontecimento natural, que fazia parte da vida, assumindo-a como plenitude dessa mesma vida.

⁷⁴ Cfr. LOURO, Manuel Alves – *Diante da vida – eutanásia, aborto, pena de morte, toxicodpendência*. Águeda: Edições Paulinas, 2004, 31-32.

Acreditavam na perpetuação da vida depois da morte e investiam os mortos de poderes especiais e supra-humanos. As atitudes e rituais cerimoniais que lhe estão associados modificaram-se ao longo do tempo.⁷⁵

Para tratar este capítulo, foi importante o auxílio da obra de Philippe Ariès -um dos grandes nomes da nova história francesa-, que foi um marco incontornável na compreensão destes assuntos, em que ele próprio lança o olhar sobre os dois milénios da cultura ocidental cristã, procurando distinguir a evolução das atitudes perante a morte, como se passou, lenta mas progressivamente da morte familiar “*domesticada, ou domada*” (da primeira Idade Média, ou mesmo antes): “é a morte acrónica dos longos períodos da mais antiga história, até talvez da pré-história”⁷⁶ para a morte repelida, maldita, “*interdita*” de hoje em dia.

O autor esclarece que, ao empregar o termo “*morte domesticada*”, não é por referência a uma morte selvagem anterior, mas face à realidade que o morrer irá ter posteriormente.

Esta morte, “*a morte domesticada, ou domada*” era a morte integrada na vida, entendida num horizonte natural, assente numa convicção fundamental, num determinado modo de morrer, não questionada nem fonte de auto-questionamento de que “*todos morremos*”.⁷⁷

Era a morte que não acontecia nem era querida sem advertência prévia do próprio, mesmo se fosse por interpretação dos sinais naturais dados pelo seu próprio corpo, ou por íntima convicção de que estava para acontecer.

Devido a essa consciência da morte, estruturava-se uma ritualidade

⁷⁵ Cfr. MORIN, Edgar – *As grandes questões do nosso tempo*. Lisboa: Editorial Notícias, 1992.

⁷⁶ ARIÈS, Philippe., *O.C.*, 30.

⁷⁷ ARIÈS, Philippe – *O Homem Perante a Morte – I*. Lisboa: Europa-América, 2000, 13.

que caracterizava o acto de morrer, no qual o moribundo era o actor principal num cerimonial público, onde a família tinha presença dominante. Acontecia no próprio quarto do moribundo, onde estava deitado no leito, fazendo a evocação da sua vida, melancólica e triste, numa atitude de despedida. Pedia perdão aos presentes, entregando-se à oração, confessando os seus pecados, e fazendo encomenda a Deus da sua alma, era dada absolvição pelo padre, aguardando em silêncio pacificamente a morte. Pode-se, assim, dizer que esta era uma atitude do homem perante uma morte perfeitamente integrada no ciclo da vida e no ritmo da natureza. Era a morte, no ritual familiar do morrer, a familiaridade com a morte, própria de um homem socializado e sem poder técnico-científico sobre a natureza. Uma morte em harmonia com a vida, onde a vida era o lugar da morte, onde a vida de cada pessoa viva era o lugar da sua morte e no seu espírito habitava a consciência disso, era também o sono, o descanso que chegava, até ao juízo do último dia.

Este era um modelo de morte e do morrer harmonicamente integrada e familiarizada, onde o autor Philippe Ariès comenta «*estavam tão familiarizados com os mortos como com a sua própria morte*» (sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média).

A época a partir dos séculos XI/XII, a que o mesmo autor classifica como a segunda Idade Média, assiste-se a uma fase algo diferente, com algumas modificações subtis que, pouco a pouco, vão conferir um sentido dramático e pessoal à tradicional familiaridade do homem para com a morte.

É o termo da emergência da consciência de “*a minha morte, ou a morte de si próprio*”(…); “*estabelece-se a partir do século XI, uma*

*relação anteriormente desconhecida entre a morte de cada um e a consciência que possuía da sua individualidade.”*⁷⁸

Começa a difundir-se a ideia de juízo final que, até então, era pouco contemplada, trazida para o momento da morte, como que um julgamento final e individual da vida vivida de cada pessoa, estreitando-se a relação entre a biografia e cada vida particular.

Isto vai afectar a consciência, pois se é imediatamente julgado após a morte, o que o espera não será um pacífico sono. Também a iconografia da morte começa a ter lugar, em que aparece um cadáver em decomposição, em vez do anterior moribundo, onde o rosto do defunto passa a ser velado em vez de exposto, o que traduz a primeira tentativa de dissimulação e ocultação da morte:

“O fenómeno da ocultação do corpo do cadáver e do seu rosto intervêm na mesma época que as tentativas das artes macabras para representar a corrupção subterrânea dos corpo, o contrário da vida, um contrário tanto mais amargo quanto esta vida era amada. Estas tentativas serão passageiras, a ocultação do cadáver será, pelo contrário, definitiva. Os traços do morto, que antes tinham sido tranquilamente aceites, foram a partir daí interceptadas porque arriscavam comover, ou seja, meter medo”.⁷⁹

Do final da Idade Média até ao séc. XVII, ao que o autor considera o período do Renascimento, como tempo de mudança, ele introduz a denominada “*morte distante e próxima*”.⁸⁰

Assiste-se à desvalorização da hora da morte, e ao surgirem novas artes de morrer, com a introdução do sentimento melancólico da brevidade

⁷⁸ ARIÈS, Philippe, *O.C.*, 31-42.

⁷⁹ ARIÈS, Philippe – *O Homem perante a Morte - II*. Lisboa: Europa-América, 1988, 366.

⁸⁰ ARIÈS, Philippe, *O.C.*, 11.

da vida, situando a morte no coração das coisas e sub-valorizando, em relação ao passado, o momento da morte.

Este é o período das *“origens dos medos em relação à morte”*.⁸¹ Surgem jogos perversos que envolvem a morte e esta é associada ao sexo, fascinando e obcecando: *“o medo louco transbordou para fora do imaginário e penetrou na realidade vivida, nos sentimentos conscientes e expressos, sob uma forma contudo limitada, conjurável.”*⁸²

É o problema da morte, que, pela primeira vez, surge situado no domínio do indomável. Ariès chama o tempo da «morte distante e próxima», ao período que coincide com o início da Idade Moderna, onde se viria a concretizar uma enorme mudança de sensibilidade em relação às representações da morte.

Assinala esta fase como que o regresso da morte a uma natureza selvagem, contrária ao controle social, associada ao erotismo, marcante desta fase, perdendo assim a capacidade de harmonia que caracterizava a percepção da morte e a vivência pessoal, familiar e social do processo de morrer anteriores. É a fase do grande medo da morte *“naquilo que antes tinha de próximo, de familiar, afastou-se pouco a pouco, para o lado da selvajaria violenta e dissimulada, que mete medo”*. Este medo que determina e constitui expressão da sua desintegração na vida.

A partir do século XVIII, segundo o autor, surge um período marcado pela chamada *“morte do outro”*, em que o homem das sociedades ocidentais tende a dar à morte um sentido novo, exalta-a, dramatiza-a,

⁸¹ ARIÈS, Philippe, *O.C.*, 133.

⁸² ARIÈS, Philippe, *O.C.*, 134.

quere-a impressionante e dominadora, preocupando-se menos com a sua morte mas com a “morte do outro.”⁸³

A morte é associada ao amor. É o fim da *morte domesticada*, ainda que se mantenha o ritual familiar e comunitário.

No final do século assiste-se à emergência de lutos históricos e desproporcionados, expressão da dificuldade progressiva em aceitar a morte do outro.

Em 1974, Philippe Ariès escreve: “a morte, outrora tão presente, de tal modo era familiar, vai agora desvanecer-se e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objecto de um interdito.”⁸⁴ Classifica esta morte como “morte interdita”.⁸⁵ Noutra sua obra, refere-se à “morte invertida.”⁸⁶ Esta última classificação mostra a maneira como a morte é encarada nas sociedades industrializadas e urbanas ocidentais, em que, refere Ariès, a sociedade expulsou a morte, com excepção da morte dos homens do Estado.

Tudo se passa como se já ninguém morresse, vive-se como se já não se morresse. O morrer perdeu o lugar físico e simbólico de sempre: a casa. Perdeu o seu lugar na imensa teia de relações de sucesso, êxito e felicidade porque a morte é considerada como a sua derrota, não como o seu cumprimento.

Assim, o morrer passa a ser no hospital, ou porque há cuidados que só o hospital pode prestar, ou porque na sua e na da sua família, não há

⁸³ ARIÈS, Philippe, *O.C.*, 43-54.

⁸⁴ ARIÈS, Philippe, *O.C.*, 55.

⁸⁵ ARIÈS, Philippe, *O.C.*, 55-64.

⁸⁶ ARIÈS, Philippe, *O.C.*, 309-358.

condições ou o ritmo da vida actual não permite acompanhar a morte dos seus ou, até, não existe vontade de o fazer.

Estes e outros factos tornaram a morte dos nossos dias um *tabu*, em que os seus vestígios são apagados e a sua ocorrência é feita da forma que menos perturbe o ritmo quotidiano. Posto isto, se a morte é experienciada e vivida como acto de solidão, este autor é levado a afirmar quero “*os dois direitos do enfermo no mundo moderno são: não saber que vai morrer e, se o sabe, agir como se o não soubesse, a morte não deve criar problemas aos sobreviventes. O ideal consiste em desaparecer em bicos de pés, sem que ninguém note. Esta é a morte doce do homem massificado.*”⁸⁷

Tudo se passa como se ninguém morresse. Também a mentira, como Tolstoi observa na *Morte de Ivan Ilich*, causa sofrimento: “*o pior tormento que podiam infligir a Ivan Ilich era a mentira: a mentira de que ele era apenas um doente, mas não morria, o que era preciso era não se afligir, tomar os medicamentos e tudo iria bem!...Sofria porque todos mentiam e forçavam-no a tomar parte nessa mentira...Essa mentira degradava o próprio acto da sua morte...*”⁸⁸

Marie de Hennezel, também este um nome incontornável no contexto destes assuntos relacionados com a morte e com o processo de morrer, psicóloga e terapeuta, assistiu ao longo da sua vida doentes terminais, sendo autora de várias obras sobre cuidados paliativos, sintetiza, significativamente, a morte na nossa sociedade actual:

«A nossa época expulsou a morte. Perdemos os nossos ritos e opomos resistências culturais. Coisas tão simples como velar um moribundo, na paz de um quarto, desapareceram. Já não se usa pronunciar a palavra morte, nem aceitar ver morrer os familiares. Os saudáveis têm aversão em romper o muro

⁸⁷ LIMA, António, *O.C.*, 247.

⁸⁸ TOLSTOI, Leão, *O.C.*, 59.

do silêncio que os separa daqueles que viajam para o último porto. Não se conseguem encontrar as palavras adequadas, os gestos pacificadores que poderiam permitir aos moribundos partirem mais pacificamente. Então, cada vez mais se morre longe de casa, no hospital».⁸⁹

Elisabeth Kubler-Ross é também um dos nomes a destacar quando falamos do processo de morrer, especialmente no decorrer dos anos 60, enquanto investigava como viviam os doentes terminais, quais os seus desejos e expectativas dos doentes próximos da morte. Na sua primeira e mais conhecida obra, *'On Death and Dying'*, Kubler-Ross (1969) relata os resultados mais importantes do seu trabalho junto dos doentes terminais.⁹⁰ Concluiu que a maioria dos doentes próximos da morte precisavam de expor claramente os seus medos, angústias e esperanças, e que valorizavam a disponibilidade de quem o ouvisse.

Concluiu, ainda, que a maioria do pessoal de saúde não sabe ajudar o doente terminal e tem dificuldades em se relacionar abertamente com eles. Aponta, como principal dificuldade para essa relação, o medo e a angústia que estes profissionais têm em relação à morte.

O mesmo acontece, segundo a autora, com a família, que não sabe e sente dificuldade em prestar ajuda ao familiar doente, criando, à volta dele, uma série de mentiras e de meias verdades que o levam ao isolamento.

Um dos aspectos mais importantes da obra de Elizabeth Ross foi o estudo que fez sobre os aspectos emocionais do ser humano que enfrenta a morte, identificando-os como estádios, pelos quais, na opinião dela o doente terminal poderá passar: fase de negação; fase da ira; fase de

⁸⁹ HENNEZEL, Marie – *Nós Não Nos Despedimos*. Lisboa: Editorial Notícias, 2001, 14.

⁹⁰ ROSS, Elizabeth – *On Death and Dying*. New York/Londres: Macmillan, 1969.

negociação; fase da depressão; fase de aceitação.⁹¹ Podemos concluir que a obra de Kubler-Ross, vem reforçar a necessidade que a nossa sociedade tem de desmascarar as atitudes face à morte e estar mais próxima dos que estão para morrer.

Antes da revolução técnico-científica ocorrida nos últimos cinquenta anos, morrer com dignidade era um desejo manifestado pelas pessoas, sãs ou doentes, aos médicos ou aos seus familiares. Morrer com dignidade era, nas doenças com evolução crónica (como a tuberculose e o cancro) -com a abstenção terapêutica por parte do médico logo que a situação clínica era julgada irreversível- significado de morrer em paz, no domicílio, acompanhado dos familiares, apoiados pela prática de rituais religiosos, em que o moribundo consciente participava.

As situações agudas, fulminantes, como o enfarte do miocárdio extenso ou hemorragia cerebral, o coma e a morte quase imediata, eram consideradas também como morte digna, porque o doente não chegava a ter consciência que morria e, ao mesmo tempo, morria sem angústia nem sofrimento.

Nos dias de hoje, a morte deixou de ter expressão familiar e social; a maior parte das vezes, a morte ocorre no hospital, deixando de ser uma morte digna pois é quase sempre uma morte em solidão afectiva, sem a

⁹¹ GAFO, Javier – *10 Palavras Chave em Bioética*. Coimbra:Gráfica de Coimbra, 1996, 154-155.

(1 - Fase de negação: o doente nega a realidade, apesar de ter sido informado sobre a situação; 2 - Fase da ira: o doente fica agressivo, e pergunta porque é que a doença o afecta a ele; 3 - Fase de negociação ou de respeito-o doente assume a proximidade da morte. Nas pessoas religiosas, é frequente a oração a Deus pedindo que lhe mantenha a vida por mais algum tempo. A autora acha esta fase muito importante, pois implica a primeira aceitação da morte, como que um olhar cara a cara para o fim que se aproxima. 4 - Fase de depressão: o doente perde o interesse pelo mundo, sente-se prostrado, sem vontade de comunicar, de falar, de lutar... 5 - Fase de aceitação: fase final do processo, em que o doente aceita em paz a sua situação.)

mão que conforta e sem o olhar que apazigua, mesmo que a enfermagem esteja repleta de pessoas.⁹²

2.1. A Morte e os Profissionais de Saúde

No contexto da profissão médica, a morte sempre foi e continua a ser omnipresente.

A luta dos médicos e outros profissionais de saúde (nomeadamente, os enfermeiros) para manter a saúde, curar a doença e prolongar a vida, tem alguns limites.

Médicos, profissionais de saúde e doentes, encontram-se, por vezes, prisioneiros das novas tecnologias que permitem manter a vida por períodos de tempo prolongados.

É no relacionamento com a pessoa humana, doente e familiares, em diálogo com eles e com consciência moral, que, muitas vezes, têm de tomar decisões e lidar com situações dilemáticas com problemas éticos a nível decisional, às quais é necessário responder com uma recta consciência bioética e biomédica.

Todos estes profissionais devem ter a humildade de aceitar os limites da sua Arte e Ciência, e aceitar com coragem que a sua missão junto de cada pessoa humana doente não termina quando reconhecem a incapacidade da cura.

Perante o doente incurável, essa missão assume uma feição humanizadora, conjuntamente com amigos da pessoa doente e familiares,

⁹² SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui, *O.C.*, 83-92.

ajudando-a a aceitar a sua morte, apoiando-a e confortando-a, eximindo-a a sofrimentos desnecessários.⁹³

Compete aos profissionais de saúde contribuir para a cura do doente e ajudá-lo a suportar o sofrimento e a morrer com dignidade. É a sua missão, a razão de ser de toda a sua vida profissional, visto que estão sempre ao serviço da vida e não para a suprimir.

A destruição da vida não faz parte dos objectivos dos profissionais de saúde, mas sim saberem ajudar o doente na fase terminal, a aproveitar o tempo para dar à sua vida a dimensão da plenitude, na contemplação feliz do caminho percorrido ou na eventual correcção de algum momento do percurso que merece reformulação. Os profissionais de saúde devem tentar redescobrir a morte, como plenitude de uma vida já realizada e simultaneamente princípio de uma vida que dá resposta à esperança.

O processo de morrer é um desafio para a medicina, ou seja, para médicos e enfermeiros. Os doentes terminais, bem como as suas famílias, necessitam de cuidados que só os médicos e os enfermeiros podem dar. Estes cuidados constituem, hoje, um ramo importantíssimo da prática profissional destes profissionais com fundamentos científicos, clínico-terapêuticos, sociológicos, éticos e religiosos.

O objectivo desta equipa de profissionais deve ser o de apoiar o doente a controlar os sintomas de desconforto da doença, de forma a conseguir que a pessoa, em processo de morrer, viva bem até ao instante da morte, respeitando a sua dignidade de pessoa única e irrepetível.

Cabe aos médicos e aos enfermeiros acompanhar os doentes na hora da morte, evitando que morram no sofrimento, na solidão e no desespero.⁹⁴

⁹³ Cfr. HILL, Frank – Cuidar de doentes terminais. *Nursing*, Março, 5 (1992), 18.

⁹⁴ Cfr. SERRÃO, Daniel – O processo de morrer. *Acção Médica*, 62, 3 (1998), 31-39.

É que, na proximidade da morte, como diz Kubler-Ross, há sempre um raio de sol a descobrir e o papel do técnico de saúde é exactamente esse, o de acordar o sol, com os múltiplos recursos existentes; assim, como uma forma de vida demasiado preenchida, tem-se vindo a proporcionar que, ao lado do indivíduo que morre, deixe de estar a família e a típica solidão, para estarem os profissionais de saúde.⁹⁵

Do ponto de vista da própria formação dos profissionais de saúde, é essencialmente explorada a óptica do domínio sobre a doença com técnicas e meios cada vez mais sofisticados. Encarar a morte como fracasso tornou-se vulgar, sendo poucos os profissionais de saúde que a encaram como um processo natural e apenas adiável por um tempo, sempre limitado.

O aparecimento, cada vez mais frequente e descentralizado, de estruturas altamente especializadas, como são as unidades de Cuidados Intensivos, ou da proliferação da noção de que todas as situações de doença são passíveis de intervenção e possível solução, faz muitas vezes esquecer que a morte é como a vida, um processo natural na evolução biológica.

Neste contexto, ser obrigado a encarar a morte como fazendo parte do seu dia-a-dia, pode fazer emergir, nos profissionais de saúde, sentimentos de insegurança, revolta, impotência, entre outros.

É comum, no entanto, encontrar profissionais que, incapazes de se libertarem do seu próprio medo da morte, adoptam uma atitude de defesa ou de identificação com o doente, apresentando dificuldades em se relacionar.

Estas atitudes traduzem-se numa relação distante, fria, desumanizada, constituindo um entrave à motivação e à satisfação face ao trabalho com

⁹⁵ GAFO, Javier, *O.C.*, 154-155.

doentes terminais, assim como à capacidade de planear e de prestar cuidados a estes doentes.⁹⁶

Alguns profissionais de saúde não estão preparados para saberem lidar com a sobrecarga emocional dos doentes em fase terminal, dando mais tempo e atenção ao domínio dos meios técnicos do que a relação humana.

Porém, podem dominar muito bem a tecnologia, mas perdem o que é essencial: descobrir quem é o doente e como o podem ajudar a preparar a morte. É por isso que alguns destes profissionais de saúde adoptam, muitas vezes, mecanismos de protecção e defesa como: negação da situação, distanciamento, manutenção de relações superficiais com os doentes, argumentações de falta de tempo e de disponibilidade para ouvir e estar junto dos doentes, etc..

Apesar da maior motivação que os profissionais de saúde tenham em cuidar de doentes terminais, estes profissionais poderão defrontar-se com situações geradoras de stress, podendo experimentar reacções emocionais de impotência, culpa, frustração, medo, ansiedade, angústia, insegurança, revolta, etc., à medida que são confrontados com a morte. Além destas reacções emocionais, ainda podem surgir alguns comportamentos e atitudes, como a dificuldade de concentração, fadiga, depressão, agressividade, sinais de desmotivação, desânimo, absentismo e comportamentos de fuga.

Para além das capacidades técnicas, os profissionais de saúde devem desenvolver habilidades humanas, no sentido de prestarem mais atenção ao doente que está para morrer.

“A ajuda ao doente em fase terminal deve basear-se numa verdadeira escuta e não num simples ouvir; na empatia, não apenas na simpatia; na congruência e

⁹⁶ Cfr. LAGRÉE, Jacqueline – *O Médico, o Doente e o Filósofo*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 2002, 156.

nunca na falta de autenticidade, devendo consistir, essencialmente, numa verdadeira relação de ajuda, no sentido de o ajudar a viver o mais serenamente possível até ao momento da morte. Na fase terminal da doença, ficar ao lado do doente, mostrar que não o abandonaram, é tão importante como aliviar os pequenos desconfortos”.⁹⁷

Os profissionais de saúde têm muito que fazer perante um doente que aguarda a morte, de um modo digno, respeitoso e individualizado. Deverão considerar a morte tão ou mais importante do que a prevenção, a cura, a reabilitação, o ensino e a investigação, proporcionando a cada ser humano os melhores cuidados e atenção.

Há mais de vinte anos que o Ministério da Saúde Francês tornou público um relatório de especialistas sobre as relações entre o pessoal de saúde e a morte. Parece-me que estas conclusões continuam a ser extraordinariamente valiosas e continuam a pôr o dedo na ferida de um grave problema que aflige as nossas sociedades tecnicamente evoluídas. Algumas das principais conclusões são: “não se deve continuar a escamotear o acto da morte; evitar, a todo o custo, esconder a morte, mas sim devolver-lhe o seu lugar na vida; como o nascimento, a morte faz parte dos acontecimentos naturais;⁹⁸ a sociedade actual não deve continuar a desnaturalizar e a ‘tabuizar’ a morte como se não fizesse parte da vida; a aceitação da morte e a sua reinserção natural na vida social, facilitando a formação social de todos os que devem enfrentá-la.

Mas não é tarefa fácil voltar a reintroduzir a morte na vida social, é um processo longo, pois opõe-se a tendências muito arraigadas.”⁹⁹

⁹⁷ PACHECO, Susana, *O.C.*, 51-55.

⁹⁸ Cfr. BORGES, Anselmo, *O.C.*, 185-202.

⁹⁹ GAFO, Javier, *O.C.*, 162-163.

Até mesmo nos hospitais, a morte pode socializar-se, permitindo ao doente ser acompanhado pelos seus familiares e amigos mais próximos.

Muitas vezes, os profissionais de saúde, com todo o seu saber e competência, tentam fazer o seu melhor, mas parecem mais preocupados com o corpo do doente e o seu funcionamento biológico (como se fosse um objecto), do que com a pessoa, com os seus sentimentos, dúvidas e aflições. Segundo um outro estudioso destes assuntos, poder-se-ia dizer que *“aceitar a morte não significará aceitar antecipadamente a sua própria morte e muito menos, não ter medo de morrer. Cada pessoa experimentará o seu processo de morrer da sua forma, tal como terá experimentado outros processos durante toda a sua vida. A morte é mais uma etapa da vida...”*¹⁰⁰

Na realidade, a morte tem o seu passo e a sua hora reservada para cada ser mortal que nasce. Não compete aos profissionais de saúde, quando todas as possibilidades técnicas e científicas evidenciam que a caminhada final da pessoa doente já se iniciou, tentar acelerar ou atrasar a chegada do momento da morte.

Utilizar os recursos que a ciência e a técnica permitem para prolongar a vida dos doentes à custa do seu sofrimento, seria uma atitude ética irresponsável e condenável (sobre este assunto falaremos mais à frente no capítulo sobre a eutanásia) mas, pelo contrário, deve-se agir perante esses doentes com humanidade, dando-lhes o conforto, não só psicológico, como também espiritual, que eles solicitem.

¹⁰⁰ ANDRÉS, S. – Morir: tabues, miedos, negaciones... *Revista Rol de Enfermeria*, Barcelona Mayo 201 (1995), 17.

Uma atitude perante um doente terminal não é uma atitude improvisada, ela deverá ser consequência de uma atitude normal perante a vida e a morte.¹⁰¹

A última ameaça para a vida não é o fracasso, a doença ou a morte. A pior ameaça é a falta de significado, isto é, de valores absolutos que iluminem a existência, no campo social, espiritual e emocional.

Como já tenho vindo a referir ao longo deste trabalho, cada vez mais o relacionamento actual dos profissionais de saúde com o doente, e também com os que de alguma maneira se aproximam da morte, levantam dilemas éticos, houve necessidade por parte destes profissionais de promover a elaboração de normas que de alguma maneira os pudessem ajudar a resolver alguns dos problemas morais emergentes do grande avanço das novas tecnologias médicas e terapêuticas que se operaram a partir de meados do século XX. Até então, estes problemas iam sendo resolvidos baseando-se numa deontologia de inspiração hipocrática. Mas como esse século trouxe problemas tão graves e delicados para a humanidade, concluiu-se que essa deontologia era impotente para os resolver, levando assim à elaboração duma deontologia cujas premissas se adaptassem à actualidade. Por essa razão, por achar importante a introdução dos códigos deontológicos, assim como também dos direitos dos doentes, vou em seguida, neste trabalho, fazer referência a cada um deles.

2.1.1. Códigos Deontológicos dos Profissionais de Saúde

A palavra *Deontologia* é formada de duas palavras gregas: “*deontos*,” que significa “do dever” e “*logos*”, que significa “discurso” ou “tratado”.

¹⁰¹ Cfr. BREITBART, William – Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, 27,1 (2003) 45-57.

Equivale portanto na sua significação ao “*Tratado do Dever*”, ou seja, o conjunto de deveres que alguém tem a cumprir.

Mas como o homem tem deveres para consigo mesmo e para com os seus semelhantes, a Deontologia divide-se em: “*individual*” e “*social*”. Desta última, um dos ramos mais importantes é aquela que diz respeito ao desempenho das diversas profissões e que é chamada: “*Deontologia Profissional*”.

A Deontologia é uma reflexão sobre as regras, a procura das exigências éticas ligadas ao exercício de uma profissão, ou seja “ *é uma ética profissional que se aplica aos indivíduos apenas na medida em que exercem uma determinada profissão e que têm nesse quadro, obrigações, responsabilidades e direitos*”.¹⁰²

A Deontologia tem uma função normativa, fundamentada pela moral e pelo direito; é o resultado desta reflexão que é muitas vezes reunido em forma de regras nos “*códigos deontológicos*”.

Falar sobre a responsabilidade legal dos profissionais de saúde é falar duma realidade que, embora já antiga, tomou novas facetas nas últimas décadas, em que as relações entre os profissionais de saúde e paciente se alteraram por força da nova configuração em que se encontra a sociedade de hoje.

Para o doente, a morte é temida porque poderá corresponder a um processo de dor, isolamento e dependência física. Neste sentido, torna-se legítimo um esforço de reflexão sobre estas circunstâncias. Perante situações finais de vida, a necessidade de tomar decisões é uma constante. Estas decisões devem exprimir um comportamento responsável, sustentado nos princípios orientadores da prática de cuidados.

¹⁰² NEVES, Maria do Céu; PACHECO, Susana, *O.C.*, 570.

Deverão ser apoiadas em conceitos morais, éticos e deontológicos.

Os Profissionais de Saúde que sentiram em primeiro lugar necessidade de criar um código de normas, foram os médicos. Daí terem sido os primeiros a elaborar uma deontologia própria.

A deontologia médica reconheceu, desde cedo, que era preciso codificar, para além das regras da boa prática clínica, as regras de comportamento que o médico deve ter com o doente e com os restantes profissionais. Inicialmente, a deontologia médica era inspirada no Juramento de Hipócrates¹⁰³ que considerava o doente como a pessoa que confiadamente se entregava nas mãos do médico, uma vez que este possuía a sabedoria, as capacidades técnicas e as exigências éticas que lhe permitiriam devolver a saúde ao doente.

Mas este código esquecia o essencial: o reconhecimento dos direitos do paciente que deviam ser respeitados pelo profissional de saúde. Ignorava-se a autonomia, ou seja, a capacidade de decisão do doente naquilo que lhe dizia respeito. Era um modelo paternalista, em cuja essência estava o protagonismo do médico e a conversão do doente numa pessoa sem vontade própria.

Hoje, com a aplicabilidade dos códigos deontológicos, a relação do médico com o doente tomou uma nova visão, ou seja, o paternalismo deu lugar ao compromisso deontológico, cujos princípios expressos num tipo de contrato social são aceites por ambas as partes.

À semelhança dos médicos, também os enfermeiros, devido à evolução que a enfermagem teve a partir da segunda metade do século XX, com as modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros, tiveram necessidade da existência de regulamentação e controle do

¹⁰³ SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui, *O.C.*, 71-173.

exercício profissional, designadamente os seus aspectos deontológicos e disciplinares.

Foi então que surgiu o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, onde se integra o Código Deontológico, juntamente com o Regulamento do Exercício Profissional (R.E.P.E.), assim como o estatuto disciplinar.¹⁰⁴

Tal como a relação médico/doente tomou uma visão diferente, a relação de caridade, de compaixão, típica da relação enfermeiro/doente, é substituída por uma relação tipo profissional, distinta da relação médico/doente e com características próprias.

O enfermeiro passa a ter uma formação específica e, simultaneamente, com a sua autonomia, torna-se colaborador e membro de uma equipa: equipa de profissionais de saúde.

O próprio Código Deontológico da Ordem dos Médicos consagra o princípio da independência e dignidade profissional do enfermeiro nas suas relações mútuas.¹⁰⁵

Com a publicação do Código Deontológico do Enfermeiro, pela primeira vez em Portugal, esta profissão passa a ter um instituto jurídico, uma implementação legal, que confere à Ordem, no que respeita à violação das normas de natureza deontológica, o poder de instaurar inquéritos ou procedimentos disciplinares (art. 53, n.º 3). De concreto, do Código Deontológico do Enfermeiro, emana um conjunto de princípios e deveres éticos e jurídicos fundamentais (a defesa da dignidade humana, a igualdade, a responsabilidade, entre outros), de acordo com os quais se

¹⁰⁴ CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO. Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Diário da República: I Série – A, n.º 93.

¹⁰⁵ PINA, José-Esperança – *A responsabilidade dos médicos*. Lisboa, Lidel, 2ª edição, 1998, 88.

deve reger a relação do enfermeiro com o doente, com a comunidade, com os colegas de profissão e com os demais profissionais de saúde.

Também fazem parte do elenco dos deveres do enfermeiro, a promoção dos valores humanos, a defesa da vida e da qualidade de vida, baseada não só em princípios éticos como também jurídicos.¹⁰⁶

Também as questões referentes à interrupção da gravidez ou referentes a eutanásia, não são alheios a estes princípios.¹⁰⁷

2.2. A Morte e o Ensino da Enfermagem

A enfermagem registou, entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexidade e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo é o valor do seu papel no âmbito da comunidade científica de saúde, bem como no que concerne à qualidade e eficácia da sua prestação nos cuidados de saúde.

Como já tem vindo a ser dito, o enfermeiro tem um papel fundamental junto do doente em fase terminal, na medida em que é o elemento da equipa de saúde que mais tempo passa junto dos doentes e está mais próximo dele e da sua família.

O enfermeiro não se relaciona propriamente com a morte, mas com um indivíduo concreto que vai abandonar a vida e que está numa situação particular, diferente daqueles que o cercam.

À medida que os enfermeiros aprendem a enfrentar e a aceitar os seus próprios medos, tornam-se cada vez mais sensíveis à pessoa que se encontra à sua frente, podendo, assim, ajudá-la a compreender e a enfrentar

¹⁰⁶ Cfr. RAWLS, J. – *Uma Teoria da Justiça*. Lisboa: Editorial Presença, 1993, 105.

¹⁰⁷ CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO, O.C., subjacente no artigo n.º 82.

os seus medos. Porém, cada um reage de forma diferente segundo o seu temperamento, a sua vivência e a sua espiritualidade.

Como referem Hennezel & Leloup, com os quais estou inteiramente de acordo, “*não podemos ajudar os doentes terminais até termos reconhecido que o seu receio perante a morte nos perturba e faz vir ao de cima os nossos medos incómodos. Trabalhar com eles é como enfrentar o polido e feroz espelho da nossa própria realidade, onde vemos a face crua do nosso pânico e do nosso medo*”.¹⁰⁸

Por vezes, os enfermeiros são confrontados com questões de difícil resposta: “O que vou dizer a quem vai morrer? Vou mentir ou dizer a verdade?”¹⁰⁹, ou “O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde?”.

Apesar das divergências teóricas sobre esta matéria, é um facto que por vezes é muito difícil, para não dizer quase impossível, esconder do doente o diagnóstico de uma doença incurável.

A verdade pode ser transmitida das mais variadas maneiras, não só por palavras, mas igualmente através de gestos, expressões e até mesmo pela hesitação e pelo silêncio.¹¹⁰

A comunicação da verdade ao doente constitui um dos princípios fundamentais da relação clínica, alicerçada num direito do doente.¹¹¹

¹⁰⁸ HENNEZEL, Marie – *A Arte de Morrer*. Lisboa: Ed. Notícias, 1998, 41.

¹⁰⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Carta dos Direitos e Deveres dos Doente*. 1998, ponto 6.

¹¹⁰ Cfr. ROSS, Elizabeth, *O.C.*, 47.

(Na opinião de Elizabeth Kubler-Ross, “os doentes percebem quando se dá uma mudança de atenções, descubrem pelo jeito diferente com que deles se aproximam, pelas vozes baixas, por se evitarem comentários, pelo rosto choroso de um parente...”.)

A verdade é a condição essencial para o bom relacionamento entre doente e o profissional de saúde, colocando o doente em condições para o exercício da sua autonomia e liberdade. A comunicação da verdade é também um requisito para o consentimento informado, pois este só é válido se for verdadeiramente esclarecido.

No passado, os médicos e os códigos éticos silenciavam a informação. A tradição cristã apelava para a informação ao doente quando a morte estava a aproximar-se, para que este se preparasse convenientemente para a receber.

Actualmente existem dois modelos diferentes de informar o doente: o primeiro é o Americano, que fornece toda a informação acerca da doença incurável do doente e o segundo, Ocidental, em que regra geral deixam a resolução do problema para a família. Este último é denominado por Método Paternalista, pela intenção de proteger o doente, para que este não se sinta melindrado pelas más notícias, pois poderão trazer e causar maior sofrimento e angústia, a recusa de alguns tratamentos e em casos extremos o suicídio.

De acordo com o Artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro¹¹², este assume o dever de informar o indivíduo e família no que respeita aos cuidados de enfermagem. O mesmo acontece com os

¹¹² MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Código Deontológico do Enfermeiro*. Artigo 84.º
Do Dever de Informação - No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:

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

médicos, que no Artigo 40º do seu Código Deontológico¹¹³, exprimem o dever de procurar esclarecer o doente e a família relativamente à situação de doença.

Há quem pense que a transmissão da verdade é fundamental, pois poderá eliminar certas indefinições e diminuir a angústia. Outros pensam que ela pode ser problemática, que poderá desencadear situações conflituosas, podendo até alterar a qualidade de vida durante o processo de morte¹¹⁴. Então qual será a atitude que os profissionais de saúde devem adoptar perante estas situações? Esta deverá possibilitar a definição das situações pessoais e sociais, ajudar a assumir a vida e a encarar a eventualidade da morte. Muitas vezes o problema está na comunicação dessa verdade.

Sejam quais forem as estratégias utilizadas, devem ser adequadas a cada doente e a cada situação.¹¹⁵

A atitude não pode ser uma atitude improvisada, mas sim com base no conhecimento que o profissional de saúde tem do doente.

¹¹³ MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Declaração da Ordem dos Médicos*. Decreto-Lei n.º 282/77 de 5 de Julho.

O *Código Deontológico da Ordem dos Médicos*, Artigo 40º (Prognóstico e Diagnóstico) determina:

- 1) O prognóstico e o diagnóstico devem ser revelados ao doente, salvo se o Médico, por motivos que em sua consciência julgue ponderosos, entender não o dever fazer.
- 2) Um prognóstico fatal só pode porém ser revelado ao doente com as precauções aconselhadas pelo exacto conhecimento do seu temperamento, das suas condições específicas e da sua índole moral, mas em regra deve ser revelado ao familiar mais próximo que o Médico considere indicado, a não ser que o doente o tenha previamente proibido ou tenha indicado outras pessoas a quem a revelação deva ser feita.

¹¹⁴ SERRÃO Daniel; ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter, *O.C.*, 361-362.

¹¹⁵ Cfr. LAGRÉE, Jacqueline, *O.C.*, 187.

Deve estar atento às formas de comunicação não verbal, saber escutar com atenção e toda a disponibilidade deixando que o doente coloque as suas dúvidas e receios.

É importante nunca esquecer que o facto de o doente fazer perguntas, nem sempre quer dizer que ele pretende saber a verdade.¹¹⁶ Neste sentido, Frei Bernardo escreve: “*Sem recorrer a mentiras, sem ocultar o que o doente quer e possa saber, o ideal será, comunicar a verdade possível. Os estilos comunicativos devem ser adequados a cada caso*”.¹¹⁷

Cabe ao doente de igual forma o direito de não querer saber a verdade, delegando todas as decisões para a equipa médica e/ou família que o acompanham.¹¹⁸

Em relação a esta questão da verdade dita ao doente, Serrão (1996) escreve:

“A comunicação da verdade aos doentes merece particular atenção, pois que muitas vezes o médico no padrão paternalista tem tendência para guardar para si o essencial do diagnóstico e do prognóstico, dando ao doente uma informação vaga, fundamentando que toda a verdade pode ser prejudicial (nos casos mais graves) ou que o doente não precisa de saber (nos casos sem gravidade) necessitando somente de ser tratado e recuperar a saúde. Algumas vezes, o médico informa a família, mentindo ao doente e, até, dando-lhe falsas esperanças de cura. No padrão autónomo, o médico tem tendência a informar de modo exaustivo o doente e só o doente, para obter o consentimento para o

¹¹⁶ Cfr. SERRÃO, ARCHER, BISCAIA, OSSWALD, O.C, 95

Neste sentido W. Osswald evidencia, “[...] muita pergunta tem por fim obter a anestesia de uma resposta tranquilizadora, embora enganadora. E parece claro que não há o direito de informar quem não deseja ser informado, de revelar a verdade a quem não a solicitar.”

¹¹⁷ DOMINGUES, Bernardo (Frei) – *Bioética e Saúde*. Porto: Edições do autor, 1992, 286.

¹¹⁸ NEVES, Maria do Céu, O.C., 60-61.

*tratamento proposto. Em caso de neoplasia, o doente é informado de todos os pormenores da doença e possíveis tratamentos”.*¹¹⁹

Perante este quadro de dificuldades que, por vezes, os profissionais de enfermagem enfrentam, as Escolas Superiores de Enfermagem, enquanto responsáveis pela preparação dos futuros enfermeiros, têm-se preocupado cada vez mais em dar uma resposta mais adequada às mudanças que se têm feito a nível de currículos dos cursos. Na realidade, nenhuma disciplina permanece estática face à morte, pois neste sentido temos assistido a uma mudança na Enfermagem que, tradicionalmente, reflectia a tendência para uma intervenção mais activa, interdependente e autónoma. Sem dúvida que os desafios colocados no ensino da Enfermagem implicam mudanças significativas, que favorecem oportunidades para a reflexão sobre a morte. Também é verdade que a prática dos cuidados de Enfermagem, a doentes em fase final da vida, coloca aos responsáveis pelo ensino de enfermagem, dúvidas sobre a preparação dos enfermeiros para o contacto com o doente que morre, reforçando o objectivo sobre ‘educar para cuidar de doentes em fase final da vida’. O ensino da enfermagem deve ser um campo educativo privilegiado para aprender a saber lidar com a morte e arte de morrer, para facilitar aos alunos de enfermagem a clarificação dos valores da vida e da morte, que lhe possam permitir a aquisição de estratégias de controlo, para lidarem com as situações dos doentes em fase final da vida; nisto, a escola deve ter uma participação activa. Com a introdução de seminários que proporcionem a reflexão sobre situações concretas (relatos de doentes em fase terminal) e que desenvolvam a capacidade de aprender a ouvir e a falar com estes doentes; com sessões de índole teórica, que possibilitem ao aluno

¹¹⁹ LIMA, António, *O.C.*, 150.

clarificar os valores da vida e da morte.¹²⁰ É muito importante a existência do ensino clínico (estágios) nos planos de estudo dos cursos de enfermagem, que permitam aos estudantes o contacto directo com os doentes em final de vida. É pela passagem em unidades de internamento onde estes doentes se encontram, que o aluno de enfermagem terá a possibilidade de fazer a sua experiência da morte, adquirindo estratégias que o possam ajudar a controlar as situações de crise que realcem a importância do mostrar-se disponível e presente perante o doente que está em final de vida.

Cuidar da pessoa em fim de vida é um processo de interacção de índole vivencial, que leva ao desenvolvimento de uma relação que transcende o aqui e agora, visto tal intervenção implicar o encontro de duas pessoas com as suas experiências e vivências. Para tal, é fundamental que o estudante seja ajudado a desenvolver-se social, intelectual e emocionalmente, criando um clima de confiança, de abertura e de liberdade, de modo a que o ‘cuidar’ assuma o seu significado. Paralelamente às mudanças feitas ao nível dos planos de estudo e respectivos conteúdos, os docentes de enfermagem têm um papel fundamental nas questões morais, éticas e deontológicas sobre a vida e a morte que transmitem aos alunos, ajudando-os na compreensão do fenómeno da morte, facilitando o contacto e o suporte emocional necessário à compreensão dos doentes em fase terminal. Muitas vezes, os enfermeiros mostram descontentamento em prestar cuidados a pessoas em fase terminal, pelo desapontamento entre o que lhes é ensinado durante o curso e o que enfrentam na prática da realidade, tomando consciência,

¹²⁰ Cfr. SOARES, Maria – O doente terminal: a morte anunciada. *Cadernos de Bioética*, 12, 28 (2002), 89-94.

pouco a pouco, que o modelo de formação não dá resposta capaz às necessidades interpessoais para enfrentar essas situações.¹²¹

O ensino de enfermagem procura cada vez mais contribuir para a dignificação da enfermagem, apostando e investindo na formação ética dos enfermeiros, como verdadeiro corolário da competência técnico-científica e da integridade profissional. A notável evolução da enfermagem nos últimos anos, marcada principalmente pela sua profissionalização e exigência de formação superior, criaram uma nova imagem do enfermeiro perante si próprio e perante os outros membros de saúde e da sociedade em geral. O enfermeiro é hoje um profissional especializado, autónomo nas suas competências, desempenhando-as em inter-relação com os restantes membros da equipa de saúde. Para o aumento da sua autonomia, muito tem contribuído o aumento de conhecimentos teóricos e técnicos específicos da sua profissão, conhecimentos esses sobre os quais as Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde têm vindo a interessar-se, nomeadamente através da melhoria dos seus currículos e neles, o ensino da ética, para que estes profissionais contribuam com os seus conhecimentos próprios para um melhor bem-estar da pessoa doente e dos que se aproximam da morte. Também a orientação dos alunos que anteriormente se apoiava no modelo biomédico tradicional, que se baseava em qualificar profissionais aptos para tratar, curar e prolongar a vida numa perspectiva nitidamente técnica, passa a ter uma nova orientação, facilitando o contacto com os doentes terminais numa temática mais humanista e humanizada, permitindo oportunidades para aprender a discutir sobre a problemática da morte.

Ser enfermeiro hoje, significa ser mais do que um simples executor técnico de uma função de aplicação uniforme; esse perfil reflecte-se no

¹²¹ Cfr. GADAMER, George – *O Ministério da Saúde: O cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições, 70, 2002, 39.

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros –já referido neste trabalho no capítulo referente aos códigos deontológicos. O enfermeiro é visto não estritamente como um profissional delimitado às suas horas de trabalho, a espaço exclusivo do exercício da sua profissão, mas dedicado a um papel interactivo mais vasto, interagindo com a sociedade em que está inserido.¹²²

2.3. A Morte e a Teologia

O direito de morrer com dignidade está consagrado em todas as cartas dos direitos dos doentes, sendo o morrer bem mais do que um direito; é um facto universal, como talvez até o acontecimento mais universal da vida humana.

O mundo de hoje está a dar uma nova atenção ao fenómeno da morte. Como já foi referido ao longo deste trabalho, no passado morria-se em casa, no meio dos familiares.

Com a evolução técnica, dissocializou-se a morte, em que a maior parte da população morre nos hospitais, por vezes, na solidão mais atroz.

A incerteza sobre o nosso futuro, após o último suspiro, é um tormento a que a Ciência, a Filosofia e a própria Teologia não sabem responder.

O problema teológico da morte reveste-se duma enorme complexidade, difícil de explicar. As discussões teológicas passam, neste século, a despertar grande interesse, que, partindo da Revelação, tentam compreender todos os outros mistérios, como o é a morte.

Na tradição judaico-cristã a morte é considerada como que uma passagem para um estado diferente. A vida, o sofrimento, a doença e a morte são lugares de passagem, tempo de provações.

¹²² CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO - Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Diário da República: I Série – A, n.º 93 (subjacente no artigo n.º 80).

Esta passagem deve ser acompanhada de muito respeito e confiança. Importa tentar compreender a morte, como um dos aspectos da história da salvação.

A extinção da criatura humana não é, portanto, só o corte da respiração vital (*ruah*), que constitui o ser vivo fenoménico (*nefesbhajjah*); é um acontecimento que revela uma consideração ulterior. Esta presença superior tem uma influência importante em toda a realidade humana, que é compacta como criatura de Deus. A Bíblia é muito cuidadosa ao desmistificar a morte, trazendo-a para o homem e para a sua natureza, e reconduzindo-a ao domínio soberano de um Deus único, o Deus da Vida e da Morte. No «Canto de Moisés» (e em tantos outros), uma ode com elementos arcaicos mas com uma redacção posterior, declara-se: «*Reparai bem: Eu é que sou Deus e não há outro Deus além de Mim! Eu é que dou a Vida e dou a Morte.*»¹²³

Na minha opinião, todo o homem que se diz consciente e responsável pelas suas convicções e pelas atitudes perante si próprio e perante a sociedade, não pode passar despercebido no que concerne ao significado teológico, da universalidade da morte e o sofrimento de quem vai morrer. A Morte, segundo o Concílio Vaticano II, é o centro do enigma humano, e porque se trata de um mistério e não de um problema concreto para o qual existem soluções concretas, não se pode esperar que as reflexões teológicas, por mais profundas e elaboradas que sejam, nos possam trazer soluções.¹²⁴

¹²³ BÍBLIA SAGRADA, O.C., 265.

¹²⁴ PENA, Ruiz – *As Novas Antropologias: um desafio à Teologia*. São Paulo: Edições Loyola, 1988, 120.

Mais do que a dúvida sobre o que é a morte, a dúvida sobre o próprio destino após a vida, será o que faz, de modo invariável, angustiar o homem.¹²⁵

Certamente, alguma coisa a ver com um sentimento de culpabilidade. Apesar do seu carácter universal o morrer humano é, no entanto, irrepetível de pessoa para pessoa.

O morrer humano é personalizado, tornando-se irregular na forma como cada pessoa vive a Fé, os Sacramentos e também na forma como integra, na vida, o seu pensamento do morrer.

Cada homem, embora estando sujeito a leis determinadas pela vida terrena, pode dispor livremente de si próprio, acabando por ser interiormente aquilo que, através da sua liberdade, pretende ser.

De facto, o morrer, para além do seu carácter natural e universal possui, também, um carácter profundamente pessoal.

O mundo em que vivemos não nos ensina a morrer, tendo, assim, como seres humanos e também como cristãos, o dever de aprofundar a espiritualidade e a transcendência do mistério de existir e de morrer e a obrigação de não percorrermos a vida, passando ao lado do essencial, compreendendo que a nossa missão não é passar a vida a *produzir e a consumir*.

A nossa vida, apesar de objectivamente cada vez mais longa, continua a ser subjectivamente muito breve e a passar muito depressa.

É uma vida repleta de ocupações e preocupações materiais, perante as quais a sociedade exige que respondamos prontamente, sem termos tempo de reflectir sobre a nossa própria morte que, inesperadamente, um dia vai chegar. O cristão e o teólogo podem oferecer ao homem de hoje a interpretação dada pela fé sobre a essência e o sentido da morte.

¹²⁵ Cfr. TOLSTOI, Leão, *O.C.*, 60.

Para o cristão, viver na história é caminhar na humildade e na esperança: na humildade de quem sabe que ainda não chegou ao fim, e na esperança de quem aceita a possibilidade real de atingir esse fim em plenitude.¹²⁶

São Paulo caracteriza o cristão como aquele que reproduz na sua carne os mistérios da vida de Cristo, para quem a morte foi de facto o acto supremo da sua história temporal.

O cristão deve viver o momento terminal como o acto total de entrega da vida a Deus, a radicalização última da vida quotidiana.

A mensagem do cristianismo não *'explica'* racionalistamente a morte. O ensino cristão sobre a morte, na realidade, só pode ser compreendido dentro dum contexto de fé em Deus.

Ao longo do corpo textual do Antigo Testamento, o homem encara e aceita resignadamente a morte como fim normal de uma aventura feliz a que, um acto livre, gratuito e amante de Deus, deu início.¹²⁷

Resta-nos saber se o fim da aventura feliz poderá encarar-se como castigo ou maldição de Deus.

No Antigo Testamento proclama-se a vida como um dom, sem se preocupar em demasia com a morte, incutido por Deus para viver a vida com intensidade, sem sombra de morte, embora se afirme que a morte é fruto do nosso pecado, não no sentido de que é sanção do pecado, mas no sentido de que o pecado é atracção, fascínio pela morte, é também um dom de Deus objecto de um acto livre, gratuito e amante de Deus.¹²⁸

¹²⁶ BOFF, Leonardo - *Vida para além da morte*. Petropolis: Vozes, 16ª edição, 1997, 35.

¹²⁷ COUTO, António, *O.C.*, 63.

¹²⁸ BÍBLIA SAGRADA, *O.C.*, 545.

Tentemos imaginar o que seria o nosso mundo sem a graça da morte. Seria uma vida insensata, sem nunca terminar, muito pior do que a vida limitada.

Na realidade, tendo-nos tornado pecadores, é por amor que Deus nos faz morrer, impedindo-nos, assim, por amor, de permanecermos maus ‘*inaeternum*’, abandonados a um fatalismo sem remissão possível, criando-nos de novo à sua imagem.

Ao longo do Antigo Testamento podemos observar que se nos oferece uma visão realista da vida humana, não mudando de tom quando se refere à morte, enfrentando-a com sóbria e sábia objectividade, sem excessos sombrios ou evasões fáceis.

No Segundo Livro de Samuel regista-se: “*todos morremos*”, “*somos como a água derramada na terra que não se pode recolher...*” e “*não pode o homem e pensava o homem que também não podia Deus*”.¹²⁹

Também o profeta Isaías traduz bem este beco sem saída, dizendo que os que descem à sepultura já não esperam na fidelidade de Deus.¹³⁰

Só quem compreende esta vida como o melhor de todos os dons de Deus, saberá saboreá-la intensamente em toda a sua energia, alegria, luminosidade, pois só quem vive assim é certo que saberá também distingui-la da morte.¹³¹

Também Heidegger dizia que o homem bíblico não é um “ser para a morte” mas sim completamente para a vida.¹³²

¹²⁹ BÍBLIA SAGRADA, *O.C.*, 430.

¹³⁰ BÍBLIA SAGRADA, *O.C.*, 1173.

¹³¹ COUTO, António – *Como uma dádiva: caminhos de antropologia bíblica*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2002.

¹³² COUTO, António, *O.C.*, 64-76.

A vida significa sucesso, alegria e felicidade. É assim que o Antigo Testamento narra a morte de alguns dos seus protagonistas, como Abraão, Isaac, Jacob, David, Job..., dos quais diz “*Morrer numa velhice feliz, saciado de dias*”.¹³³

Nunca ao longo do Antigo Testamento encontramos expressa a angústia que porventura estamos à espera de encontrar aquando da morte de um idoso.¹³⁴

Se amarmos apaixonadamente esta vida, vivendo-a com o intenso gosto do viver que Deus incute no coração de cada homem, não sobra tempo para sonhos fáceis da imortalidade ou lúgubres meditações sobre a morte.

Numa sociedade em estado de angústia ou de mesquinhez, deprimida, sem dignidade, em que a vida é nivelada por baixo, a morte não passará dum mero acidente, arrastando consigo naturalmente uma morte também sem dignidade.

E como pergunta Lacocque numa tal concepção da vida, como pode ainda haver lugar para uma verdadeira esperança para além da morte?¹³⁵

Porém, nesta sociedade cada vez mais indiferente, insensível e indolor, sem dom, em que viver e morrer são pouco mais do que acidentes, mais ou menos fruto do acaso, desafia-nos também a ensinar, por todas as maneiras o valor e o amor que a vida e a morte têm.

¹³³ BÍBLIA SAGRADA, O.C., 56-85.

¹³⁴ COUTO, António, O.C., 70.
(S1, 71, 9.18) “...e aí, o velho orante não faz apelo a qualquer sobrevivência depois da morte, mas implora simplesmente: *não me rejeites no tempo da velhice, não me abandones quando o meu vigor desvanece.*”

¹³⁵ LACOCQUE cit. COUTO, António – A Teologia da morte no Antigo e no Novo testamento. *Brotéria*, 150 (2000), 255-265.

Tomando como exemplo a atitude do Bom Samaritano no Novo Testamento, torna-se necessário aprendermos a debruçarmo-nos sobre aqueles que encontramos caídos no caminho, assistindo ao sofrimento do ser também humano, sofrendo com ele, tomando parte da sua dor, ajudando-o a levantar, para assim encontrar a vida Eterna.

Nunca esquecer que a vida é um Dom, uma dádiva de Deus muito para além dos nossos méritos, um destino e nunca uma conquista, e que a morte não é um castigo, mas que é também por amor que Deus nos faz morrer, concedendo-nos a graça do acesso à sua vida divina, ensinando-nos a viver e a morrer também à medida dessa graça. Nesta perspectiva a morte não é um fim último do homem como característica do pecado, mas o fim do tempo de decisão, de provação, de vigilância, de mérito ou demérito e início de uma retribuição definitiva, a passagem para um novo modo de existência definitiva em Jesus Cristo.¹³⁶

A morte é pois a passagem do *homem velho* ao *homem novo*, *deste mundo* ao *outro mundo*, da *miséria humana* ao *paraíso*, *do tempo* à *eternidade*, da *morte* à *vida* junto de Deus, como que seja o verdadeiro nascimento do homem. A morte não é só *fim-fim*, mas sobretudo *fim-plenitude* e um *fim-meta* alcançada.¹³⁷

2.4. A Morte e o Direito

O Direito regula, coercitivamente, a actividade humana em razão do bem comum. A norma jurídica usa favorecer e garantir o bem comum

¹³⁶ Cfr. MARTO, António – *Esperança Cristã e Futuro do Homem*. Porto: Edição do Autor, 1987, 168.

¹³⁷ Cfr. BLANK, Renold – *Reencarnação ou Ressurreição: uma decisão de fé*. São Paulo: Paulus, 1995, 23.

através de regras que tornem possível aos indivíduos e aos grupos exercerem os seus direitos e cumprirem os seus deveres, nas mais variadas áreas da vida social. Visa, ainda, a formulação de normas e princípios jurídicos aplicáveis aos problemas referentes ao campo do Direito Constitucional, do Direito Civil e do Direito Penal. Estas normas e princípios visam salvaguardar os bens jurídicos fundamentais da pessoa humana, tendo como objecto regular a eventual aplicação ao ser humano dos avanços das ciências Biomédicas; daí, a aplicabilidade do Biodireito no domínio destas ciências. Ela visa, pois, formular as normas e princípios jurídicos que sejam aplicáveis aos avanços daquelas ciências à vida humana. Subjacentes às regras jurídicas definidas para o domínio da Biomedicina, encontram-se as normas e os princípios ditados pela Bioética, como sejam o princípio da justiça, o princípio da beneficência, da não-maleficência e da autonomia. Estes princípios visam veicular as ideias de solidariedade, liberdade e responsabilidade. O Biodireito visa assegurar a protecção dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa, perante as alterações decorrentes dos avanços biomédicos. Um dos direitos mais directamente ligados à pessoa humana é, sem dúvida, o direito à vida.¹³⁸ É um direito “*prioritário*” do ser humano, direito sem o qual nenhum outro tem sentido, uma vez que o dano da morte constitui o dano mais grave e irreparável que a pessoa pode sofrer. O direito à vida constitui um direito directamente derivado da dignidade da pessoa humana, inerente à personalidade humana, originário, natural, universal (todos gozam do direito à vida), invariável (é igual para todos e permanece constante em todas as circunstâncias da vida) intransmissível e inalienável. Tem por objecto a protecção da vida humana até à morte; a morte “*como último*

¹³⁸ ANDRADE, Joaquim – *Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa*. Coimbra: Livraria Almedina, 1987, 102.

momento da vida”.¹³⁹ O direito de cada um ‘*morrer a sua morte*’,¹⁴⁰ como um dia afirmou Miguel Torga, pode hoje considerar-se um ponto problemático–jurídico, entre as decisões que hoje recaem sobre o médico no período interliminar da vida à morte (período em alargamento contínuo em virtude da evolução tecnológica). Por detrás de qualquer formulação jurídica a servir-lhes de fundamento, deve permanecer um mesmo e único valor jurídico supremo: a dignidade da pessoa humana. Aliás, é este o valor que em primeiro lugar é referido no articulado da Constituição Portuguesa: «*Portugal é uma República Soberana baseada na dignidade da pessoa humana...*». Este enunciado proclama que, cada pessoa individual, tem de ser considerada, sempre e em todas as circunstâncias, como um fim *em si mesmo* e nunca como um instrumento, seja do que for e para o que for. É, na dignidade da pessoa humana, que reside o fundamento do Direito. O tratamento jurídico do problema do direito de morrer deve ter soluções diferenciadas conforme as situações. Todavia, o processo que se passa da vida à morte, considerado em si mesmo, também levanta questões jurídicas. Também a morte e todo o processo de morrer da pessoa humana, como acontecimento ou fenómeno social que é, assume múltiplas relevâncias no plano jurídico, desencadeando consequências e suscitando problemas, pelos quais se interessam os diferentes ramos do Direito. A morte, tanto se apresenta como passo natural na evolução da vida individual, como surge por obra ou facto humano, pela acção ou omissão de alguém (seja do próprio [suicídio], seja do Estado [pena de morte] ou seja de um terceiro [homicídio]). Estas duas últimas maneiras de morrer são diversamente

¹³⁹ TELLES, I. – *Direito das Sucessões: Noções Fundamentais*. Coimbra: Coimbra Editora, Lda, 5ª edição, 1985, 78.

¹⁴⁰ SEQUEIRA, José – *O sentido da vida no “Diário” de Miguel Torga*. Dissertação de Mestrado em Bioética Teológica. Universidade Católica Portuguesa: Porto, Fac. Teologia, 2004.

captadas pela ordem jurídica, enquanto que a natural pode levantar problemas ao nível da Segurança Social ou Companhias de Seguros. A morte provocada por facto humano, desde sempre, pode fazer entrar em jogo a problemática da responsabilidade civil ou responsabilidade penal. Em todas as sociedades devem existir regulamentos jurídicos que, de algum modo, possam dar resposta a questões como: que deve fazer-se ao cadáver? Como deve ser ele considerado? Que destino têm os bens materiais ou morais pertencentes ao defunto? Que valor reconhecer à vontade que manifestou em vida para reger situações subsequentes à morte? Que vínculos jurídicos, assumidos em vida, subsistem para além da morte?

É no interliminar -terminal da vida e limiar da morte- que, tanto os direitos dos doentes como os deveres dos profissionais que os tratam, levantam questões ligadas com o Direito Penal, cuja resolução jurídica muitas vezes não é fácil. Por exemplo, questões como: até que ponto o médico pode levar o prolongamento artificial da vida, através da “obstinação terapêutica”? Que fazer perante a prática de abreviar a morte a um doente (Eutanásia)? Nesta situação, a responsabilidade jurídica a que se incorre na lei portuguesa, está prevista no Código Penal Português, enquadrável na previsão do artigo 133º, que trata do homicídio privilegiado, e ainda nos artigos 134º, que se refere ao homicídio a pedido da vítima, e no artigo 135º, que trata do incitamento ao suicídio.¹⁴¹ No artigo 133º trata-se do homicídio em que o agente actua «*dominado por compreensível emoção violenta, compaixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral*». Ocorre-se numa pena de 1 a 5 anos.¹⁴²

¹⁴¹ LEONE, Salvino, *O.C.*, 89.

¹⁴² MINISTÉRIO DA JUSTIÇA – Código Penal, Almedina, 5ª edição. Coimbra, 2002.

No artigo 134º, homicídio a pedido, onde: «quem matar outra pessoa determinada por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha feito é punido com pena de prisão até 3 anos» pressupõe, de algum modo, que há direito da própria pessoa *sobre* a vida, ou seja o direito *a morrer*.» E daí o aligeiramento da punição do agente. Finalmente, ter-se-á o ‘*incitamento ao suicídio*’, como refere o artigo 135º, onde «quem incitar outra pessoa a suicidar-se ou lhe prestar ajuda para esse fim, é punido com pena de prisão até 5 anos; se o suicídio vier efectivamente a ser tentado ou a consumar-se». Relativamente ao problema da *distanasia*, é tida como não punível, embora seja eticamente condenável. Pode-se dizer que a *distanasia* está nos antípodas da *eutanásia*, ou seja, esta precipita uma morte; aquela prolonga-a artificialmente. Em respeito ao artigo 150º do Código Penal (*intervenções e tratamento médico-cirúrgicos*) carece, no entanto, de ser entendido em toda a sua projecção dispositiva; ele dispõe: as intervenções e outros tratamentos devem mostrar-se indicados e realizados com a finalidade de prevenir, diagnosticar, debelar ou diminuir os efeitos de uma doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal e perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física. É à luz deste artigo que o problema legal da *distanasia* deve ser enquadrado, na exacta exegese. No que se refere à *ortotanasia* (a omissão ou interrupção de um tratamento inútil) não será nem ética nem legalmente punível, a não ser que com isso o médico contrarie a expressa vontade do doente terminal, transmitida em tempo devido.¹⁴³

A Declaração da Congregação da Doutrina de Fé da Igreja Católica enuncia a que, moralmente, os médicos renunciem à administração de tratamento, que é de mero prolongamento precário e penoso da vida.

¹⁴³ RAPOSO, Mário – Eutanásia: alguns problemas envolvidos. *Brotéria*, 150 (2000), 278-279.

Consagra-se, pois, o direito de morrer com toda a serenidade e com dignidade humana e cristã. Nos casos em que existe estabilidade da vida com o apoio de determinados tratamentos ou meios artificiais, que são utilizados em casos de coma prolongado, em que se utiliza alimentação por gavagem ou alimentação parentérica, não será lícito tomar a iniciativa da omissão dos cuidados ou supressão de meios, sob pena de prática de homicídio por negligência ou por exposição ou abandono.¹⁴⁴ Sem dúvida que todos estes problemas têm preocupado o próprio poder legislativo que, através de comissões consultivas, tem tentado elaborar leis ou regulamentos relacionados com estas situações.

3. Conclusão

Neste capítulo abordei o resultado da revisão bibliográfica realizada, de forma a compreender toda a temática da morte, tanto no sentido pessoal como interdisciplinar.

Tendo em conta os resultados analisados do estudo feito no capítulo anterior, tentei fundamentá-los com pesquisa documental feita para esse fim.

Comecei por fazer uma referência à morte humana e aos aspectos que a distinguem da morte dos restantes seres vivos.

Sendo verdade que a morte faz parte do ciclo de vida de todos os seres vivos, só o homem é o único que sabe que é mortal.

Com os progressos científicos e tecnológicos dos nossos tempos, houve necessidade de pôr em prática novos critérios para a verificação da

¹⁴⁴ IGREJA CATÓLICA – Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé – *Declaração sobre a Eutanásia*, 5 de Maio de 1980.

morte da pessoa, pois que os tradicionais existentes eram insuficientes só por si para certificar quando uma pessoa era considerada morta.

Tornou-se necessário determinar um conjunto de sinais relacionados com as funções do tronco cerebral, surgindo assim o conceito de morte cerebral, que corresponde à verdadeira morte da pessoa.

Todo este percurso é acompanhado de múltiplos e complexos problemas éticos, que devem ser analisados e fundamentados em princípios que estão na base de toda a acção humana.

Com o apoio de algumas obras de vários autores, estudiosos da temática da morte, Phillipe Ariès e outros, tomei conhecimento dos sinais percussores de uma inversão que se consuma hoje na contestação da morte, ou seja, negando o morrer em casa, no seu espaço natural de sempre, para ir morrer numa instituição de saúde, rodeado de técnica, mas, muitas vezes, em grande solidão, em que o morrer se torna drama.

‘O morrer’ perdeu o lugar físico e simbólico de sempre: a casa. A morte tornou-se estranha, perdeu o lugar natural de sempre: a vida, a vida do próprio, a vida da família. Perdeu o seu lugar na imensa teia de relações que constituem a vida. Isto, porque a morte não cabe nos conceitos de êxito, de sucesso e de felicidade que a vida moderna dá, transformando assim a morte nos nossos dias num *tabu*, em que os seus vestígios são apagados e a sua ocorrência é feita de forma a que menos perturbe o ritmo quotidiano.

Encarar a morte, sem iludir, ignorar ou maltratar, sem fugir nem fingir, é dever de todos os profissionais de saúde, tentando encontrar mecanismos para se defrontarem com a morte, em qualquer idade, com maior ou menor sofrimento, com maior ou menor dificuldade, apoiando quer o doente quer a família, em situação de final de vida.

Para isso é necessário preparação nas escolas, com introdução de conteúdos nos currículos escolares que motivem estes profissionais a assumirem essa responsabilidade de acompanhamento no tempo de morrer.

Daqui decorrem as obrigações de natureza deontológica, consagradas nos códigos deontológicos, onde um conjunto de artigos descreve as medidas de salvaguarda e garantia dos direitos e deveres dos utentes, nomeadamente no que se refere ao respeito pelo doente terminal.

Como já referi, e em consideração à formação dos elementos que constituíram a amostra com que iniciei este estudo, fiz também uma abordagem, ainda que sucinta, da teologia e do direito face à morte. Tanto uma como a outra, devem ser guiadas, tanto pela inteligência como, no caso dos cristãos, pela Fé, e atenuadas pelas normas jurídicas no campo do Direito, em vigor no nosso país.

Capítulo III

MORTE E DIGNIDADE HUMANA

O conceito de dignidade humana tem sido relativizado pelas mais variadas correntes de pensamento filosófico, cultural e científico.¹⁴⁵

O desenvolvimento da ciência e da tecnologia alterou os pressupostos ontológicos do ser humano, ao ponto de muitas vezes anular a própria liberdade.

Mas o conceito de dignidade humana, constitui ainda o campo de encontro e de entendimento entre correntes de pensamento que colocam o homem como centro de valor, valor esse que supera a própria estrutura biológica.¹⁴⁶ O reconhecimento da dignidade inerente a todos os homens constitui o fundamento da liberdade, da paz e da justiça no mundo, como consta no preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos do Homem.¹⁴⁷

Pode-se dizer que, no plano internacional, este foi o facto mais relevante do século XX, pois nele se menciona várias vezes a dignidade da pessoa humana, tanto no preâmbulo como ao longo dos vários artigos.

A noção de dignidade constitui a base dos textos fundamentais proclamados na Declaração, através dos quais a noção de dignidade da pessoa humana ganha expressão directa e reconhecimento.

Assim, reconhecer a Dignidade da pessoa humana conduz à obrigação dos Estados de assegurarem o respeito que decorre do próprio

¹⁴⁵ Cfr. RENAUD, Michel, *O.C.*, 18.

¹⁴⁶ VALENTE, Acácio, *O.C.*, 128.

¹⁴⁷ NEVES, Maria do Céu - *Comissões de Ética: Das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana*. Declaração Universal dos Direitos do Homem, Gráfica de Coimbra, 2ª edição, 2002, 504.

reconhecimento dessa dignidade, expressa nos diferentes níveis de direitos económicos, sociais e culturais, indispensáveis à concretização dessa mesma dignidade.¹⁴⁸

A dignidade da pessoa é o bem mais precioso que o homem tem, graças ao qual ele transcende em valor todo o mundo material, tornando-se num valor transcendente, observável a partir das palavras maravilhosas do livro do Génesis, «*cada pessoa criada à sua imagem e semelhança de Deus e por conseguinte orientada para o seu Criador, está em relação constante com quantos se encontram revestidos da mesma dignidade*» (João Paulo II - na Mensagem para a Jornada Mundial da Paz em 1999).¹⁴⁹

Em virtude da sua dignidade pessoal, o ser humano deve ser tratado como tal e nunca como um objecto ou instrumento. A ideia fundamental - difícil de compreender no nosso tempo- é que não somos simples criaturas, como as plantas e os animais, ou melhores criaturas, mas seres radicalmente diferentes, filhos de Deus, à sua imagem e semelhança, maravilha única a seus olhos.

De todas as criaturas terrenas só o homem é pessoa, sujeito consciente e livre, por isso centro e vértice de tudo o que existe sobre a terra.¹⁵⁰

A dignidade da pessoa humana radica na sua criação à imagem e semelhança de Deus. O homem é um ser criado por Deus. A vida não é um engenho humano, mas sim um Dom, que foi concedido ao homem através do mais puro e gratuito acto de Amor.

¹⁴⁸ CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA - *Reflexão ética sobre os direitos humanos*. Documento de trabalho, 26/CNECV/99. Lisboa, 1999.

¹⁴⁹ JOÃO PAULO II (Papa) – *No respeito dos Direitos Humanos o segredo da verdadeira paz*. Mensagem para o Dia Mundial da Paz, 1 de Janeiro de 1999.

¹⁵⁰ Cfr. COUTO, António, *O.C.*, 255-265.

Assim, o valor da vida é um valor supremo e transcendente que em nenhuma situação pode ser reduzido ou preterido.¹⁵¹

Só a pessoa que se diz criada “à imagem e semelhança de Deus”, é portadora duma dignidade ímpar e única.

Porém, quando nos referimos à expressão anterior “imagem e semelhança”, esta semelhança não é física (Deus é puro espírito, não é simples homem para ter um rosto); é da ordem do ser, do valor e da dignidade.

O que quer dizer que cada pessoa, independentemente da situação de saúde, cultura, raça, língua, religião ou outra, é portadora de uma dignidade que não lhe foi outorgada pelos outros, pela sociedade ou pelo Estado, mas que lhe é “congénita”, constitutiva, essencial.

É dela, enquanto pessoa o que, ao nível de direitos e deveres, lhe permite colocar-se em pé de igualdade com todas as outras pessoas.

É também esta dignidade constituinte que gera a prioridade lógica e axiológica da pessoa em relação a todos os organismos (sociais, políticos, económicos) que só a pessoa é o fundamento, o centro e o fim de todas as instituições e dos direitos.

A noção de dignidade encerra em si mesma a visão ética que o ser humano tem em si próprio e que vai construindo e delineando ao longo dos tempos o «mundo ético como o ser humano se vê a si próprio».¹⁵²

A necessidade de reconhecer a dignidade de toda a pessoa humana, agudizou-se através de imagens de inumanidade provenientes dos

¹⁵¹ NOVO CATECISMO DA IGREJA CATÓLICA – Tradução de Albino Mamede Cleto Gabriel Sousa. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1993.

¹⁵² COSTA, Jorge – Os princípios éticos básicos da declaração de Barcelona – Princípio da dignidade. *Cadernos de Bioética*. 12, (2004), 108.

acontecimentos que introduziram na espécie humana o vazio e a ausência de sentido, tais como a violência, a pobreza, a morte e o desespero.

A ‘dignidade’ é a expressão do valor incondicional, é a afirmação do ser humano como ser singular, único e irrepetível, afirmação comum e universal a todos os homens.

Com Kant, o conceito de dignidade converteu-se como categoria central da ética. Para ele, a dignidade constitui-se um valor supremo. A moralidade só está garantida quando se pressupõe a capacidade do homem submeter as suas normas á validade universal de leis naturais e deliberar a determinação das suas acções, motivações e tendências subjectivas. É, portanto, a capacidade de se dar leis a si mesmo, isto é, a autonomia que fundamenta a dignidade humana. Para Kant, a dignidade humana é tanto um enunciado formal sobre a capacidade moral do homem em geral, como um equivalente da exigência de agir de maneira moralmente recta.¹⁵³

A dignidade da pessoa humana surge-nos como o principal fundador dos actos que têm como objectivo a vida humana e deve ser sempre respeitada: “...a dignidade do ser humano repousa sobre o seu real, enquanto esta realidade é capacitada daquilo que ele pode ser, e não apenas sobre o que ele faz efectivamente dessa capacidade...”¹⁵⁴

Tanto a pessoa saudável, como a pessoa doente, não pode ser considerada como uma coisa, não tem preço; tem é uma dignidade inviolável, que não resulta das capacidades que possui nem das funções que desempenha. Ela radica na própria natureza humana.

¹⁵³ KANT, Immanuel – *Crítica da razão prática*. Lisboa: Edições 70, 1985, 70.

¹⁵⁴ COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA – *Reflexão ética sobre a dignidade humana*. 26/99, 19.

A pessoa humana é dotada de uma dignidade original e única, inviolável, indivisa, que não se baseia na funcionalidade do seu organismo, mas na essência da sua natureza.¹⁵⁵

Todo o ser humano é pessoa e por isso o mesmo fundamento para a dignidade, seja qual for o seu desenvolvimento, a sua idade, a sua saúde, os conhecimentos adquiridos e as possibilidades de intervenção na sociedade.

Dignidade da pessoa é uma qualidade de ser inata e uma qualidade presente em todo o ser humano e no ser humano todo, que deve ser fundada em leis universais e imutáveis, que a razão deve por si mesma encontrar.

A dignidade é uma ideia que situa a perfeição moral do homem numa antropologia que permite deduzir obrigações morais. Hoje a palavra dignidade é empregue com sentidos muito diferentes, provocando múltiplas contradições. A expressão dignidade da pessoa impôs-se na nossa própria cultura.

Podemos analisar o significado do termo dignidade no sentido social e moral. No primeiro sentido, designa o posto, a função reconhecida a uma pessoa em função dos seus méritos. Esta conotação de dignidade é informante e não inalienável. Ela pode ser retirada à pessoa ao mesmo tempo que a sua função. O uso do termo em sentido moral, liga-se ao comportamento de uma pessoa diante de uma prova, isto é dizer, que a moral, a dignidade, devem conduzir o comportamento da pessoa.

¹⁵⁵ Cfr. ELIZARI, Javier – Dignidad en el morir, *Moralia*, 25 (2002), 397.

1. O Direito a uma Morte Digna

Em nome da dignidade, invoca-se o direito de morrer condignamente. Mas porquê invocar uma morte digna e não invocar antes uma vida digna, que assim permaneça até ao momento da morte?

Morreremos, possivelmente, da mesma forma como vivemos. Se procuramos o esquecimento da nossa condição, se não nos encararmos como seres para a morte, se negarmos as imensas possibilidades que se nos abrem porque recusamos a responsabilidade de nos construirmos a nós mesmos, dificilmente conseguiremos aceitar a inevitabilidade do nosso fim, e nunca estaremos preparados para a morte.

O direito de morte digna significa o direito que o doente tem de morrer em condições que respeitem a sua dignidade enquanto pessoa, necessitando de cuidados especiais para poder manter a sua dignidade, e precisa acima de tudo de se sentir digna durante esse período de tempo.

Qualquer pessoa quer manter a dignidade até ao final da sua vida, quer morrer dignamente e tem esse direito. No entanto, dizer morte digna é dizer vida digna, pois, só no sentido de defesa e respeito pela vida, ainda que em circunstâncias limite, se permite a expressão morte digna, uma vez que o uso de tal expressão mais não significa do que uma forma de defesa humana, servindo a linguagem para exprimir algo que pura e simplesmente se reduz à ausência ou inexistência de vida.

O direito à vida concretiza-se no doente em fase terminal como “*um direito a morrer com toda a serenidade, com dignidade humana e cristã*”.¹⁵⁶ Na realidade, hoje, o processo de morrer pode prolongar-se pela intervenção da tecnologia médica.

¹⁵⁶ SAGRADA CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ – *Declaração sobre a Eutanásia*, 5 de Maio de 1980.

Assim, o doente tem direito a receber os cuidados apropriados que prolonguem a sua vida de forma humana e com a melhor qualidade de vida, assim como tem o direito de recusar tratamentos que prolonguem artificialmente a vida, sobretudo quando acarretam consigo um sofrimento difícil de suportar, ou se vai reduzir a sua qualidade de vida ou trazer danos incompatíveis com a sua dignidade.¹⁵⁷

Tem, ainda, direito de conhecer a verdade em relação à sua morte, que se aproxima. Tem também o direito de viver a sua morte segundo as suas convicções e crenças religiosas.

É claro que não se deverá cair na tentação da *Eutanásia*, ou então desenvolver um *encarniçamento terapêutico* insensato na condição de irreversibilidade ou mantendo uma sobrevivência de vida sem qualidade.

O respeito pela vida humana exige que esta não possa ser constringida pelo poder de um recurso instrumental quando chega irreversivelmente ao seu termo: o seu fim não deve transformar-se num inútil artifício técnico. A dignidade do ser humano requer respeito extremo.

Se existe um direito à morte (contrapondo ao direito à vida)¹⁵⁸ é um direito a uma morte com dignidade humana, isto é, digna do homem e da sua vida. Não um redutivo poder de vida ou de morte, mas um serviço à vida desde o seu início até ao seu fim natural.

É necessário clarificar a diferença profunda que existe entre a omissão terapêutica que causa, por sua natureza, a morte (e que representa uma forma de eutanásia), e a simples abstenção que não incide significativamente no percurso natural da doença, tratando-se apenas da recusa de afinco terapêutico.

¹⁵⁷ Cfr. LAGRÉE, Jacqueline, *O.C.*, 170.

¹⁵⁸ LEONE, Salvino, *O.C.*, 57-68.

A obrigação moral do médico é de conservar a vida, não de prolongar a agonia.

O pensamento católico mostra abertura a este respeito. Em relação a esta questão, acerca da legitimidade de suspender os meios que sustentam artificialmente a vida dum indivíduo, a Declaração da Congregação da Doutrina da Fé diz o seguinte:

“Na iminência de uma morte inevitável, não obstante os meios utilizados, é lícito tomar a decisão de renunciar a tratamentos que pretendam apenas um prolongamento precário e penoso da vida, sem todavia interromper os curativos normais devidos ao doente em casos semelhantes. Tal decisão de facto não equivale à eutanásia mas significa mais, ou uma simples aceitação da condição humana, ou o desejo de evitar colocar em acto um dispositivo médico desproporcionado aos resultados que se poderiam esperar, ou mesmo a vontade de não impor custos demasiados graves à família e à colectividade”.¹⁵⁹

A moral católica sempre enalteceu com notável ênfase o valor da vida humana; aliás o *Decálogo* é bem a expressão da condenação dos pecados contra este valor: o suicídio e o homicídio.¹⁶⁰

A vida humana, além de ser um Dom recebido de Deus, é um bem pessoal, e tirar a própria vida ou a de outro, é ofender a caridade para consigo próprio e para com o próximo.

Atentar contra a vida supõe uma ofensa à justiça, uma vez que o homem pertence à sociedade e é um ser em comunhão, isto é, vive em conjunto com outras pessoas com as quais entra em relação.

¹⁵⁹ CONSELHO PONTÍFICO PARA A PASTORAL DA SAÚDE – *Carta dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Ed. Paulinas, 1995, 25.

¹⁶⁰ VALENTE, Acácio, *O.C.*, 128.

Contudo, a moral católica não se fica pelo simples ‘*não matarás*’, mas abrange tudo o que possa prejudicar o outro.¹⁶¹

O homem como um ser pessoal, é portador e digno de uma dignidade radical. É alguém que tem um nome e que é absolutamente único, pois a sua existência é insubstituível.

É tão marcante e único, que nem a morte mata a sua personalidade. É, por vezes, também necessário olhar com o coração: o significado da morte humana, o sentido da vida, o significado, o valor intrínseco da vida humana que nunca se extingue.

Daí que Daniel Serrão constate:

*“Com a morte de cada homem termina um universo cultural específico, mais ou menos rico mas sempre original e irrepetível. O que o homem deixa quando morre –os seus escritos, os objectos culturais que criou, a memória da sua palavra, dos seus gestos ou do seu sorriso naqueles que com ele viveram, os filhos que gerou - tudo exprime uma realidade que está para além do corpo físico, de um certo corpo físico que esse homem usou para viver o seu limitado tempo pessoal de ser homem”.*¹⁶²

E assim, enquanto consciência (Re)memoradora e (Re)visitadora, a pessoa humana, perscruta o passado e a tradição, verificando que ao colocar a morte no centro do seu espaço habitável e do seu mundo de representações, os antepassados, faziam com que ela fosse lembrança viva, quando colocados perante situações limite.

Constata, também, que na sociedade actual, face a uma morte inevitável que se recusa, a tendência será para a sua negação, ocultação e apagamento. No entanto, porque é consciência antecipadora, a pessoa humana não pode (ou não deve!) ignorar a morte.

¹⁶¹ VALENTE, Acácio, *O.C.*, 129.

¹⁶² <http://www.danielserrão.com>

Ocultá-la, negá-la e afastá-la do seu horizonte de expectativas de sentido é pretender viver na ignorância do futuro e perder-se sem antever e compreender o sentido do *Elogio de um Vazio Virtual e Virtuoso*, perdendo o seu ser.¹⁶³

Porém, por mais que façamos por esquecê-la, actualmente tem-se exigido que a dignidade da morte seja reconhecida, portanto não pode ser objecto ausente das conversas educadas.

Exige-se o reconhecimento do direito a uma morte digna, pois que todo o ser humano tem direito a viver os seus últimos momentos de uma forma digna, respeitosa e humana.

Questionando-me frequentemente sobre a realidade que se observa nas instituições hospitalares face a este processo, acho que há necessidade de mudança de atitudes face à morte e ao processo de morrer.

Não esquecer que um doente é um ser humano, um ser humano que morre. Assim, o profissional de saúde deve encarar este doente como um ser humano inserido num processo de morrer, passando por várias etapas ao longo deste percurso.

A comunicação é primordial para a compreensão do doente; aceitar falar com o doente acerca da morte pode estabelecer uma relação mais próxima e mais solidária para com o outro que morre.¹⁶⁴

Assim, morrer dignamente significa o desejo que as pessoas têm de querer: amor, ternura, respeito pelo seu corpo, cuidados de limpeza e direito a uma imagem elegante, etc... Só assim é que podemos permitir ao doente a possibilidade de manter a sua dignidade até ao fim.

¹⁶³ LIMA, António, *O.C.*, 254.

¹⁶⁴ Cfr. LAGRÉE, Jacqueline, *O.C.*, 75.

2. Direitos do Doente

Ser pessoa é a marca distintiva da existência humana; é a forma de ser do Homem no Mundo.

O conceito não se limita a um organismo biológico e material, mas pressupõe, simultaneamente, um ser bio-psicossocial, cultural e espiritual.¹⁶⁵

Como qualquer outro ser, a pessoa desenvolve uma história de vida particular e única.

Seguramente, estar doente não é indispensável para se poder viver e crescer, mas em determinada altura da vida a doença pode surpreender-nos, descobrindo assim o significado da vulnerabilidade e de finitude da miséria da condição humana, nas suas múltiplas dimensões.

Conceitos como doença, sofrimento, saúde ou felicidade, aparecem associados e interligados determinando a vida do Homem.

Ninguém está imune a uma ou outra forma de doença e sofrimento.

João Paulo II refere-se ao sofrimento como fazendo parte da vida e essencial à natureza humana:

«O tema do sofrimento [...] trata-se de um tema universal, que acompanha o homem em todos os quadrantes da longitude e da latitude terrestre; num certo sentido, coexiste com ele no mundo [...] aquilo que nós exprimimos com a palavra «sofrimento» parece entender particularmente *algo essencial à natureza humana.*»¹⁶⁶

É algo tão profundo como o homem e, a seu modo, supera-a.

¹⁶⁵ DOMINGUES, Bernardo (Frei) – *É Bom Promover a Saúde e a Ética* – Edição de Autor. 2003.

¹⁶⁶ Cfr. IGREJA CATÓLICA. João Paulo II (Papa) – *Carta Apostólica “Salvifici Doloris”*, de 11 de Fevereiro de 1984, n.º 2.

O sofrimento parece pertencer à transcendência do homem; é um daqueles pontos em que o homem está, em certo sentido, «destinado» a superar-se a si mesmo».

Definida como «*falta ou perturbação de saúde*», a doença constitui uma preocupação constante na medida em que representa um obstáculo que dificulta ou incapacita o desenvolvimento normal da vida humana.¹⁶⁷

Segundo Fernando Sampaio «*o doente seja qual for o seu diagnóstico e prognóstico, é uma pessoa [...] é um homem vivo até ao último momento, com dignidade específica do ser humano, irrepetível, sujeito de opiniões e sentimentos, com uma história*».¹⁶⁸

As sociedades de influência anglo-saxónica e, mais lentamente, os países latinos como Portugal, têm assistido nos últimos anos a uma mudança na relação dos médicos e outros profissionais de saúde com as pessoas doentes.

De notar que até aos meados do século XIX, a maioria da população não tinha conhecimentos acerca das infecções bacterianas e dos meios de propagação da doença, ignorando até as preocupações mais elementares.

Refira-se que os cuidados prestados aos doentes começam a ser redimensionados em meados do século XIX, graças a Florence Nightingale¹⁶⁹ –enfermeira–, intitulada como a «senhora da candeia», que

¹⁶⁷ SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui, *O.C.*, 31.

¹⁶⁸ SAMPAIO, Fernando – *Um Contributo para a Humanização Hospitalar*. Hospitalidade – Abril/Junho.1991, 26-33.

¹⁶⁹ ENCICLOPÉDIA LUSO-BRASILEIRA DA CULTURA, Lisboa: Edições Verbo, Vol.14, 119.

FLORENCE NIGHTINGALE – “Enfermeira iniciadora da enfermagem moderna (Nasceu em Florença em 12 de Maio de 1820 e faleceu em 1910). Oriunda de família abastada, renunciar à vida da alta sociedade para se consagrar aos doentes.” Partiu para a guerra da Crimeia em 1854, onde lhe foi confiada a direcção de um hospital de campanha e acompanhada por um grupo de quarenta enfermeiras, entre elas algumas

se preocupou com os problemas de saúde pública, durante a guerra da Crimeia.

Achou que os cuidados a prestar aos doentes pós-guerra deveriam ser baseados não somente na compaixão, mas também no conforto da pessoa, a manter e a recuperar a saúde, a prevenir as infecções e feridas, a ensinar os modos de vida sã e a controlar as condições sanitárias.

Florence Nightingale considera a pessoa doente segundo a sua componente física, intelectual, emocional e espiritual.

O final do século XIX foi marcado pela expansão do controle das infecções e pela melhoria dos métodos anti-sépticos, transformando a irradicação das doenças transmissíveis como sendo uma prioridade na primeira metade do século XX.

Neste contexto, a saúde passa a ser considerada «*como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade*». ¹⁷⁰

Durante muitos anos e de forma mais acentuada, após o desenvolvimento da medicina científica, com a grande capacidade de

religiosas. Estas tentaram melhorar as condições de higiene, reduzindo a taxa de mortalidade dos feridos de guerra.

Organizou a terapêutica recreativa e educativa. Ficou denominada como «senhora da candeia», sendo hoje o símbolo da Enfermagem, pois era com uma candeia na mão que visitava os doentes durante a noite pelas enfermarias.

Com o seu empenho e dedicação, fundou Londres, em 1860, uma escola de enfermagem e contribuiu para a fundação da Cruz Vermelha. Foi a primeira mulher Inglesa a ser galardoada com a Ordem de Mérito (1907).

Em 1937, tornou-se religiosa, trabalhando como Superiora num hospital de caridade em Londres.

Partiu para a guerra da Crimeia em 1854, onde lhe foi confiada a direcção de um hospital de campanha e acompanhada por um grupo de quarenta enfermeiras, entre elas algumas religiosas. Tentaram melhorar as condições de higiene, reduzindo a taxa de mortalidade dos feridos de guerra.

¹⁷⁰ Cf. PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Código Deontológico do Enfermeiro*. Decreto-Lei n.º 104/98, 21 de Abril, Diário da República: I Série – A, n.º 93, Artigo 82, alínea b.)

intervenção e muita eficácia, o doente não era titular de direitos e a relação médico/doente era intrinsecamente desigual.

Era relevante o poder que o médico exercia sobre as pessoas doentes e também sobre a sociedade em geral. A relação entre médico e doente, num modelo de medicina científica, caracterizava-se por uma transmissão da responsabilidade para o médico, detentor de todo o saber e poder, enquanto que o doente não ia além duma passividade dócil, limitando-se apenas a ser “*objecto*” com intervenção silenciada pela autoridade soberana do médico.

Porém, nos últimos anos, tem-se vindo a assistir a uma mudança de atitudes, em relação a ambos, tanto pela evolução no conceito de dignidade humana, como na reafirmação dos direitos humanos.¹⁷¹

O aparecimento da Declaração Universal dos Direitos Humanos e do novo conceito de autonomia da pessoa humana, criou um novo ‘*ethos*’, o ‘*ethos*’ da autonomia do paciente face ao poder médico.¹⁷²

O perfil do doente como destinatário dos serviços de saúde também se modificou ao longo das últimas décadas.

De passivo o doente passa a intervir mais no seu destino, é chamado a participar e a consentir em ser informado e cada vez mais consciente que tem direitos e deveres, bem como limitações que têm a ver não só com o seu estado particular, mas também com a pluralidade de diagnósticos e a agressividade dos meios de tratamento, a escassez de recursos e a sua gestão.

O médico, ao contrário do anterior, terá que contar com o doente, família e restantes elementos da equipa de saúde nas suas decisões clínicas.

¹⁷¹ Cfr. RENAUD, Michel – A Dignidade Humana. Reflexão Retrospectiva e Prospectiva, *Cadernos de Bioética*, 12, 23 (2000), 18.

¹⁷² ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, Declaração Universal dos Direitos do Homem, 1948.

Seja como for, de uma maneira geral, todos reconhecemos que o doente tem o direito de ser tratado como pessoa humana e que o respeito pelos seus direitos constitui um verdadeiro desafio para a modernidade, pela simples razão de que muitos valores, objectivos e procedimentos actualmente adoptados, são, claramente de difícil conciliação com a observância dos referidos direitos.¹⁷³

¹⁷³ MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Carta dos Direitos e Deveres do Doente*. Decreto-Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, 1997.

Carta dos Direitos do Doente:

Os Direitos:

- O doente tem direito de ser tratado no respeito pela dignidade humana. É um direito humano fundamental que adquire particular importância em situação de doença.
- O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas.
- O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais.
- O doente tem direito à prestação de cuidados continuados. Há doenças que podem evoluir em poucos dias, mas existem outras que exigem cuidados continuados.
- O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados.
- O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde.
- O doente tem direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde. Pode recorrer ao parecer de outro médico acerca do diagnóstico e do tratamento proposto.
- O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensaios.
- O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitem.
- O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico.
- O doente tem direito à privacidade na prestação na preparação de todo e qualquer acto médico.
- O doente tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.

Os Deveres:

- O doente tem o dever de zelar pelo estado de saúde.
- O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento.
- O doente tem o dever de respeitar os outros doentes.
- O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e por si, livremente aceites.
- O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde.

Este documento pretende fomentar a prática dos direitos e deveres dos doentes dentro das organizações de saúde, extensivas aos próprios doentes, aos profissionais e entidades com responsabilidade na gestão da saúde, e ao cidadão em geral, e potencia a sua capacidade de intervenção activa na melhoria progressiva dos cuidados e serviços.

A Carta dos Direitos e Deveres do Doente representa assim mais um passo no caminho da dignificação dos doentes, do pleno respeito pela sua particular condição e da humanização dos cuidados de saúde.¹⁷⁴

Como refere W. Osswald, “...se a comunidade aceitar que os **Direitos do Doente** são justos e necessários ao seu funcionamento harmónico e à sua própria vida, não recusará perante sacrifícios e adaptações ou redefinições de objectivos; ao fim e ao cabo, todos sabemos ser doente em potência e deveríamos tomar interesse pessoal pela consagração de direitos que um dia teremos que invocar”.¹⁷⁵

Ainda conclui que “...são os médicos e os enfermeiros os agentes da mudança, as individualidades que mais se têm batido pelo reconhecimento dos direitos dos doentes, pela sua difusão e pela mudança de mentalidades que a sua implementação pressupõe...”.¹⁷⁶

Independentemente do sistema de saúde consagrado num país, a verdade é que o médico, através destas declarações, compromete-se a respeitar as escolhas, tanto médicas como espirituais do doente, compromete-se no fundo a tratar o seu doente sem se apoderar do seu “eu”,

• O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários.

¹⁷⁴ NEVES, Maria do Céu; PACHECO, Susana – *O.C.*, 545.

¹⁷⁵ OSSWALD, Walter – *Um Fio de Ética*. Coimbra: Instituto de Investigação e Formação Cardiovascular -2001, 33.

¹⁷⁶ OSSWALD, Walter, *O.C.*, 34.

do seu “*sentir*”, da sua forma de encarar a doença e da forma de encontrar conforto para a sua dor.

Mesmo que possam existir dificuldades praticas, éticas ou legais no cumprimento de algumas premissas da Declaração, o médico deverá sempre actuar de acordo com a sua consciência e sempre no melhor interesse do Doente, atendendo à sua dignidade, respeitando-o como pessoa na sua totalidade.

Ter para com o doente uma atitude de respeito significa acreditar que ele é único. A atitude de respeito deve estar presente em todos os actos da prestação de cuidados de saúde.¹⁷⁷

O respeito pela pessoa doente passa por uma relação pessoal, pela afirmação do ‘*eu verdadeiro*’, pela tomada de consciência de si próprio e pela afirmação dos seus direitos como pessoa.¹⁷⁸

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (R.E.P.E), também referencia o dever de respeito, apresentando no seu número um o seguinte:

*«No exercício das suas funções, os enfermeiros deveram adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.»*¹⁷⁹

¹⁷⁷ ENCICLOPÉDIA LUSO-BRASILEIRA DE CULTURA, *O.C.*, 411-412.

«Respeitar é um aspecto fundamental e essencial da prática de cuidados de saúde; significa prestar especial atenção ao outro; terem consideração e dignidade de uma pessoa e os seus direitos, não os condicionando ou não lhes causando qualquer dano; sentimento moral inspirado pela eminente dignidade da pessoa, reconhecida como um valor a salvaguardar e a promover.».

¹⁷⁸ Cf. DOMINGUES, Bernardo (Frei), *O.C.* 188-189.

¹⁷⁹ Cf. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Decreto–Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Diário da República: I Série – A, 2961, artigo 8º.

2.1. Direitos do Doente Terminal

Um pouco na sequência das várias cartas dos direitos dos doentes que têm surgido, começaram também a aparecer documentos onde se referem, mais especificamente, os direitos do doente terminal.

Como escreveu a Dr.^a Isabel Galriça Neto, “*a questão da doença avançada, terminal e da morte é um problema universal, tão universal como os cuidados pré-natais e na infância*” ou ainda “*todos nascemos terminalmente enfermos.*”¹⁸⁰

Os avanços técnicos que no século passado conduziram ao controlo de inúmeras doenças agudas, nomeadamente as infecciosas, contribuíram de igual modo para criar uma certa cultura de “*ilusão de onipotência médica*”, de poder absoluto sobre a morte ou, ao contrário, de derrota face à mesma.

A morte deixou de ocorrer, maioritariamente, após um curto período de doença, mas passou antes a finalizar um período mais ou menos prolongado de doença crónica e incurável.

Os doentes passaram a viver o período final das suas vidas, de uma forma tal que os confronta com a sua mortalidade, com sintomas que oscilam entre mais ou menos intensos, enfim, com múltiplos problemas, representando uma ameaça ao seu bem-estar, repercutindo-se na sua qualidade de vida.

A intensidade da luta em busca da cura de muitas doenças e a sofisticação dos meios associados à mesma levaram de algum modo, a uma

¹⁸⁰ NETO, Galriça; AITKEN, Helena; PALDRÖN, Tsering – *A dignidade e o sentido da vida: uma reflexão sobre a nossa existência*. Cascais: Editora Pergaminho, 2004, 20. (Galriça Neto é Presidente da Associação Internacional dos Cuidados Paliativos – Médica, Assistente Graduada de Clínica Geral, dedica-se aos Cuidados Paliativos desde 1993, fazendo parte da equipa de Cuidados Continuados do Centro de saúde de Odivelas.)

cultura de negação da morte; de triunfalismo heróico sobre o fim da vida; de ilusão de pleno controlo sobre a doença, relegando para segundo plano as intervenções na saúde que, longe de garantir a cura, assegurassem e promovessem um final de vida condigna.¹⁸¹

O ser doente exige dos profissionais de saúde, não somente uma resposta às suas necessidades básicas, mas também uma acção que o respeite na totalidade do ser pessoa.

Entre o profissional de saúde e o doente existe uma relação na qual ambos têm funções bem definidas: no caso do primeiro, a de prestador de cuidados; o segundo, a de beneficência dos mesmos cuidados.

Por isso é que o cuidar¹⁸² implica reconhecer sempre o doente, não só como ser humano, mas sobretudo como pessoa.

Mas, antes de enunciar os direitos do doente terminal, acho pertinente abordar em breves palavras como actualmente se pode considerar que a pessoa humana está em estado terminal. Um grupo de trabalho para o Estudo da Eutanásia, da Associação Médica Britânica¹⁸³, considera uma pessoa humana em estado terminal aquela que:

- padece de doença incurável em fase irreversível;
- se encontra em estado de grande sofrimento (não só físico, como também psicológico e espiritual);
- tem uma esperança de vida, fundamentada nos dados da ciência médica disponíveis, não superior a um ano.

¹⁸² FRIAS, Cidália – *A aprendizagem do Cuidar e a Morte*: Loures – Lusociência, 2003, 56.

(“Cuidar significa prestar atenção; apreciar e amar; ocupar-se dos outros; seguir de perto; zelo ou preocupação; atenção em relação a alguém ou alguma coisa; compreensão ou apreço a uma pessoa....”.)

¹⁸³ LIMA, António, *O.C.*, 270.

Porém, existem outras teorias para diagnosticar o doente em fase terminal:¹⁸⁴

- existência de uma doença crónica ou incurável e de evolução progressiva;
- ineficácia comprovada de tratamentos;
- esperança de vida relativamente curta - as opiniões sobre o que se entende por esperança de vida relativamente curta variam. Não obstante, regra geral, refere-se a uma expectativa de vida inferior a seis meses;¹⁸⁵
- perda de esperança de recuperação.

Além doutras doenças que possam conduzir a estados terminais, são as do foro oncológico que mais frequentemente o fazem, acarretando a maior parte das vezes grande sofrimento para a pessoa doente. Das várias pesquisas que efectuei em relação às várias transcrições das cartas do doente terminal, vou apresentar a que se segue por me parecer bem concebida.¹⁸⁶

¹⁸⁴ PACHECO, Susana, *O.C.*, 52.

¹⁸⁵ Cfr. OLARTE, Nunez - *Control de sintomas en el Enfermo Terminal*. Tratado de Medicina: Paleative y Tratamiento de Soporte en el Enfermo com Câncer, 1115-1123.

¹⁸⁶ Gafo, Javier, *O.C.*, 173-174.

Carta dos Direitos do Doente Terminal:

- Tenho o direito a ser tratado como uma pessoa humana até ao fim da minha vida.
- Tenho o direito a manter um sentimento de esperança.
- Tenho o direito a ser cuidado por pessoas capazes de manter esse sentimento de esperança perante qualquer mudança que me aconteça.
- Tenho o direito a expressar à minha maneira os meus sentimentos e emoções perante a minha própria morte.
- Tenho o direito a participar nas decisões que afectam os cuidados que me vão prestar.
- Tenho o direito a receber a atenção da equipe médica e de enfermagem, mesmo que seja evidente que não me vou curar.
- Tenho o direito a não morrer só.
- Tenho o direito a não ter dor.
- Tenho o direito a que me respondam honestamente às minhas perguntas.

Na opinião de Daniel Serrão, os médicos e outros profissionais de saúde não estão preparados, nos planos científico, técnico, ético, psicológico e afectivo, para enfrentarem a decisão das situações de irreversibilidade. Toda a formação académica, prepara-os para tratar e curar, para salvar vidas e para vencer a morte. Quando esta acontece, origina desconforto e angústia no seio da equipa de saúde, conservando o sabor da derrota e do fracasso. Cada vez é mais necessária uma sólida formação destes profissionais para o cuidado específico aos doentes em situação terminal.

Para o médico Laureano Santos, «*esta formação é tão importante como o treino para a reanimação ou para os cuidados habituais de higiene diária e de manutenção dos doentes.*»¹⁸⁷

A partir do momento que a pessoa recebe a notícia de “*ser portadora de uma doença incurável*”,¹⁸⁸ tende a viver intensamente ligada à ideia de morte iminente. Provavelmente, é o verdadeiro problema ético da doença terminal.

O medo da morte e do desconhecido é frequente, não tanto para além da morte, mas de tudo o que poderá acontecer até ao momento em que ela ocorrerá.

-
- Tenho o direito a não ser enganado.
 - Tenho o direito a receber a ajuda da minha família para aceitar a minha morte.
 - Tenho o direito a morrer em paz e com dignidade.
 - Tenho o direito a conservar a minha individualidade e a não ser julgado pelo facto de que as minhas decisões possam ser contrárias às dos que me assistem.
 - Tenho o direito a discutir e a partilhar as minhas vivências religiosas.
 - Tenho o direito a que se respeite a dignidade do meu corpo depois da minha morte.
 - Tenho o direito a ser cuidado por pessoas compassíveis e sensíveis, competentes na sua profissão, que se esforcem por entender as minhas necessidades.

¹⁸⁷ SANTOS, Alexandre Laureano – O termo da vida humana. Aspectos clínicos e da organização dos cuidados de saúde. *Acção Médica*, 65 (2001), 357.

¹⁸⁸ PACHECO, Susana, *O.C.*, 52.

Também o medo da *dor*, do *sofrimento* e o medo da *solidão*, são frequentes nestes doentes¹⁸⁹. São as atitudes dos profissionais e dos familiares que mais podem contribuir para que o doente supere estes medos, que aterrorizam a maioria das pessoas.

Embora seja difícil para os familiares do doente aceitar a aproximação da morte, é fundamental envolvê-la neste período da doença, pois irá contribuir para que o doente viva com o máximo de bem-estar até ao momento da morte, dando-lhe todo o apoio emocional que for possível, acompanhando-o e evitando que morra na solidão.

Não esquecer que é um direito do doente a assistência religiosa sempre que solicitada na hora da morte.

Compete aos profissionais de saúde -médicos e enfermeiros- apoiar, orientar, informar e, até, proporcionar envolvimento dos familiares nos cuidados a prestar ao doente, para se adaptarem mais facilmente à situação, para eles, também difícil de aceitar. Se assim acontecer, poder-se dizer que se está a contribuir para uma ética de humanização da doença terminal.¹⁹⁰

*«...Diante do mistério da morte sentimo-nos impotentes, vacilam as certezas humanas. Mas é justamente diante de semelhante revés que a fé cristã se apresenta como uma fonte de serenidade e de paz...aquilo que parecia destituído de significado adquire agora sentido e valor...».*¹⁹¹

¹⁸⁹ MELZAEK, R; WALL, P. - *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1982, 349.

¹⁹⁰ LEONE, Salvino – *A doença terminal como problema bioético* in *Ética da vida – vitalidade da ética*. Gabinete de Investigação de Bioética – Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional do Porto, 1997, 68.

¹⁹¹ CONSELHO PONTÍFICO PARA A PASTORAL DA SAÚDE, *O.C.*, 98.

Acima de todos os confortos humanos, ser uma presença de fé e de esperança é, para os médicos e enfermeiros, a mais alta forma de humanização da morte.¹⁹²

Quando nada mais temos a oferecer do que nós mesmos, a crença de que a vida possui um significado e uma finalidade ajudam a amparar alguém que está junto de nós e precisa de nós. Assim:

*“Aqueles que possuem força e amor para se sentarem junto a um paciente moribundo, no silêncio que se estende para lá das palavras, saberão que esse momento não é assustador nem doloroso, mas a cessação pacífica do funcionamento do corpo. Assistir á morte em paz dum ser humano, faz-nos recordar uma estrela cadente, numa de milhões de luzes no céu que brilha durante um curto instante para se extinguir para sempre na noite sem fim”.*¹⁹³

3. Eutanásia – conceito

O acto de promover a morte antes do que seria de esperar, por motivo de compaixão e diante de um sofrimento penoso e insuportável, sempre foi motivo de reflexão por parte das sociedades. Agora, essa discussão tornou-se ainda mais presente quando se discutem os direitos individuais como resultado duma ampla mobilização do pensamento dos sectores organizados da sociedade e quando a cidadania exige mais direitos. Além disso, surgem cada vez mais tratamentos e novas modalidades terapêuticas capazes de prolongar por mais tempo a vida dos pacientes em situações críticas. A medicina actual, na medida em que avança na possibilidade de salvar mais vidas, cria inevitavelmente dilemas éticos mais complexos, que

¹⁹² Cfr. TEIXEIRA, Manuel – Humanização, *Cadernos de Bioética*, 12,33 (2003), 15.

¹⁹³ TWYLCROSS, Robert – Cuidados Paliativos. Lisboa: Climepsi Editores, 1ª Edição, 2001, 173.

permitem maiores dificuldades para um conceito mais afastado do fim da existência humana.

O vocábulo «eutanásia» deriva dos étimos gregos “*eu*” (boa) e “*thánatos*” (morte) e traduz uma boa morte, morte apropriada, morte doce e sem sofrimento.¹⁹⁴ Foi com o filósofo inglês Francis Bacon, no século XVII, que a palavra perdeu parte do seu sentido originário, usada no sentido de humanização do morrer atormentado do homem. No final do século XIX, Friedrich Nietzsche defendeu o direito de se determinar a hora e as modalidades da própria morte, quando a vida é considerada inútil e sufocada por sofrimentos extremos. Com o mesmo pensamento, outros autores, como Binding e Hoche defendiam o direito de a sociedade poder libertar-se do peso económico de uma vida indigna de ser vivida, como acontecia com algumas pessoas doentes.

Na actualidade, designa a acção do médico que fornece ao doente uma morte doce e pacífica, quando já não há esperança de cura.¹⁹⁵

Com o objectivo de evitar a ambiguidade e a confusão e obter uma linguagem mais precisa, alguns autores procedem a uma segmentação do tema com recurso a alguns binómios adjectivais tais como: *eutanásia activa-passiva*, *directa-indirecta*, *positiva-negativa*, *voluntária-involuntária*.¹⁹⁶

¹⁹⁴ DICIONÁRIO DE BIOÉTICA – Editorial Perpétuo Socorro, Editora Santuário – Agosto, 2001, 450.

¹⁹⁵ Cfr. GAFO, Javier, *O.C.*, 96-97.

¹⁹⁶ RAPOSO, Mário – Eutanásia, alguns problemas envolvido -*Brotéria*, 150 (2000), 271.

(Eutanásia **activa**, consiste em realizar actos concretos para ajudar a morrer e assim aliviar o sofrimento. Poderão estes actos ser positivos -eutanásia directa-, ou poderão resultar de medidas que, ao aliviarem o sofrimento, abreviam quase necessariamente a vida do doente –eutanásia indirecta (ex.: a administração em altas doses de morfina com efeitos prejudiciais à função respiratória). A eutanásia activa pode ser voluntária,

Outros pretendem criar novas terminologias para referir as várias situações em torno do final da vida tais como: a *distanásia*, *ortotanásia*, *adistanásia*, *entre outros*.¹⁹⁷

Em 1987, a Associação Médica Mundial definiu eutanásia como sendo “o acto deliberado de dar fim à vida de um paciente, quer seja por sua própria requisição ou a pedido de seus familiares.”¹⁹⁸

A 5 de Maio de 1980 o Magistério da Igreja Católica na *Declaração “Lura et Bona”*, sobre a *Eutanásia*, definindo-a como “sendo uma acção ou omissão que, por sua natureza ou nas intenções provoca a morte, a fim de eliminar toda a dor. A eutanásia situa-se, portanto, ao nível das intenções e ao nível dos métodos empregados.”¹⁹⁹

quando o próprio doente solicita que lhe seja retirada a vida, e involuntária quando a pessoa não possui capacidade de decisão (por demência, alterações da consciência ou menoridade), sendo solicitada, geralmente pelos seus familiares mais próximos.

Eutanásia **passiva** centra-se na omissão do tratamento, no sentido de deixar morrer. A morte acontece sem ser procurada pelo doente nem pelo médico. Acontece em situações em que se faz a administração do medicamento para aliviar as dores e nunca para matar.)

¹⁹⁷ Cfr. MARQUES, Adelino – *Associação dos Médicos Católicos Portugueses – Da Vida à Morte – o direito de morrer – eutanásia: uma doença social*. Coimbra, 1988, 225. (Distanásia consiste no prolongamento da vida quando esta não apresenta qualquer sentido, pelo emprego das novas técnicas e medicamentos, equivalente à obstinação terapêutica.

Ortotanásia como sendo a morte digna nas devidas condições e a seu tempo. Difere da eutanásia no sentido em que não pretende por termo à vida do paciente, pretendendo antes humanizar o seu processo de morrer, aliviando as dores, evitando o abuso do prolongamento da vida.

Adistanásia é o não prolongamento irracional do processo de morte de um paciente.)

¹⁹⁸ Cfr. MARQUES, Adelino, *O.C.* 229.

¹⁹⁹ IGREJA CATÓLICA. Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé – *Declaração “Lura et Bona” sobre a Eutanásia*, 2.

Marciano Vidal define eutanásia, do ponto de vista médico, da seguinte maneira: *é todo o tipo de terapia que supõe, objectiva ou intencional, directa ou indirectamente, o adiantamento da morte.*²⁰⁰

Todas estas definições introduzem duas noções importantes: a de *acção*, gestos ou actos positivos (ou negativos, omissões) para por fim à vida; e a de *intenção*, pôr fim aos sofrimentos ou preveni-los, por compaixão.²⁰¹

Daniel Serrão refere-se à ‘*eutanásia*’ como sendo “*a morte deliberada e intencional de uma pessoa, a seu pedido, executada por outra pessoa, que acolheu o pedido e decidiu dar-lhe satisfação.*”²⁰² É um acto positivo e, por isso, se usa o verbo executar para caracterizar a acção que é voluntária, porque resulta da expressão de uma vontade. É uma morte desejada voluntariamente por uma pessoa e executada activamente por outra pessoa. Refere, ainda, que é uma situação típica do chamado conflito de valores, que se projecta num conflito de deveres, e até num conflito de interesses. Os valores em causa são a vida humana, a autonomia da pessoa, a beneficência como primeiro e principal dever ético dos profissionais de saúde. O conflito de deveres, na pessoa que pede a eutanásia, ocorre entre o dever de conservar a vida e o dever de procurar ser feliz, de sentir-se bem. O conflito de interesses pode ocorrer na relação do doente com os familiares e do doente com a sociedade, e nos sistemas de saúde estatais e gratuitos, do doente com o sistema de saúde. Faz ainda referência à ajuda ao *suicídio assistido*: define-se como uma sequência de acontecimentos

²⁰⁰ VIDAL, Marciano, *O.C.*, 87.

²⁰¹ ISRAEL, Lucien – *A Vida até ao Fim. Eutanásia e outras derivas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994, 149.

²⁰² SERRÃO, Daniel – Eutanásia e suicídio assistido: uma questão pós-moderna, *Cadernos de Bioética*, 33 (2003), 98.

para a qual a pessoa contribui, primariamente, com a sua decisão de se matar, e o profissional de saúde contribui secundariamente ou de forma complementar, disponibilizando meios para que da sequência de acontecimentos decididos livremente pela pessoa, vá resultar a sua pretendida morte.²⁰³ Os valores em causa são a vida e a autodeterminação.

A avaliação ética baseia-se nos mesmos considerandos feitos para a eutanásia, com a diferença de que o agente não realiza um acto positivo de matar, mas dá à pessoa as condições para que ela realize, por si própria, esse acto positivo. A participação é diferente, mas a intenção é a mesma – a morte da pessoa que decidiu terminar com a vida.²⁰⁴

Quando alguém pede a eutanásia revela um esgotamento do projecto de vida, falta de auto-estima e uma exclusão da comunidade humana onde já não pode ou não quer desempenhar qualquer papel. Muitas vezes, a pessoa pede para ser morta por considerar que perdeu a dignidade, dada a situação de sofrimento insuportável em que se encontra, a angústia da morte que se aproxima, o desalento de tantos sonhos e projectos eternamente adiados e que deixam sem sentido a vida que resta. Tem medo da solidão e do sofrimento prolongado.

3.1. Abordagem Histórica

O momento da morte pode ser adiado de acordo com as exigências e possibilidades da ciência e da tecnologia. Assim, disfarçada, enfraquecida e desumanizada pelos rigores da moderna tecnologia médica, a morte vai

²⁰³ SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui, *O.C.*, 86.

²⁰⁴ SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui, *O.C.*, 88.

mudando a sua face ao longo do tempo. A ciência descobriu processos para prolongar a vida existindo cada vez mais controle sobre a vida do doente.

Em todas as épocas da história da humanidade, vamos encontrar vários relatos e testemunhos da prática da eutanásia. Na verdade, podemos constatar que o homem sempre foi sensível a esta questão, sendo-lhe muitas vezes difícil suportar uma vida indigna, que não fosse vivida em pleno gozo das suas faculdades.

*«O instintivo horror pelo sofrimento e pela humilhação levou já na antiguidade o homem a escolher a morte antes do que uma vida ou agonia intolerável. A iniciativa homicida foi transferida do próprio aos outros e chegou-se à suspensão piedosa dos tarados, dos inúteis, dos velhos e dos monstruosos».*²⁰⁵

Algumas sociedades eliminavam os recém nascidos malformados, os ‘aleijados’, os enfermos incuráveis e todos os que eram inúteis e revertiam encargos para a família e sociedade.²⁰⁶

Na Grécia, na era de Hipócrates, as pessoas fartas de viver ou com doenças graves, procuravam os médicos para lhe ministrarem um tóxico fatal que as libertasse da vida; na Índia, os doentes incuráveis eram atirados ao rio Ganges, depois de receberem na boca e no nariz um pouco de lama salgada; em Esparta, os deformados e os cacoplásticos de toda a sorte, eram lançados do Monte Tajeto. As crianças, ao nascer, eram examinadas por membros do senado, para determinarem se as pessoas eram fracas ou se tinham deficiências físicas, ou se possuíam a robustez necessária a um bom militar; nas primeiras, praticavam eutanásia eugénica, e as robustas eram confiadas aos cuidados maternos até aos sete anos de idade. Nos Circos

²⁰⁵ ELIZARI, Javier, *O.C.*, 397.

²⁰⁶ LIMA, António, *O.C.*, 268.

Romanos, os Imperadores, quando voltavam o polegar para baixo, autorizavam a eutanásia dos gladiadores mortalmente feridos nos combates, abreviando o sofrimento dos mesmos, dizendo-se, por compaixão real. Os Índios Brasileiros abandonavam à sorte os filhos com doenças incuráveis e os pais velhos incapazes de trabalhar.

Na tradição bíblica, no Antigo Testamento, o critério moral centra-se na dignidade do homem, criado à imagem e semelhança de Deus e não sujeito à arbitrariedade alheia; toda a prática da eutanásia é claramente desaprovada.²⁰⁷ Saúl, rei de Israel, derrotado e gravemente ferido na guerra contra os filisteus, e a fim de ficar prisioneiro pede ao seu escudeiro amalecita que o trespassasse. Este recusou e o rei Saúl lançou-se sobre a sua espada e morreu.²⁰⁸ Sansão, o celebrado herói da tribo de Dan, fez com que o templo do Deus Dagon caísse sobre si, matando-o, com a intenção de afirmar a primazia de *YHWH*, Deus de Israel.²⁰⁹

Na teologia do Novo Testamento à luz do acontecimento pascal, a morte perde o significado de catástrofe e, contrariamente, torna-se passagem para a glória celeste. O crente não se entrega à morte mas abraça-a serenamente.

Durante a Idade Média, aos soldados feridos de morte era fornecido um punhal muito afiado, chamado '*misericórdia*' com o qual abreviavam a vida, evitando assim o sofrimento.

Na era Moderna, na Prússia, no ano de 1895, durante a discussão do plano nacional de saúde, foi proposto que o estado deveria disponibilizar os

²⁰⁷ Cfr. Gn 1, 26; 9, 6.

²⁰⁸ Cfr. 1 Sam 31, 1-13.

²⁰⁹ Cfr. 2 Sam 1, 1-15.

meios para a prática de eutanásia em pessoas que se tinham tornado incompetentes para a solicitar.

Na Inglaterra, em 1931, o Dr. Millard propôs a legalização da eutanásia voluntária, que foi discutida até 1936, data em que a Câmara dos Lordes a rejeitou. Esta proposta veio mais tarde a servir de base para o modelo holandês. Em 1934, o Uruguai, incluiu a possibilidades da eutanásia no seu Código Penal, através do ‘*homicídio piedoso*’, que ainda se encontra em vigor.²¹⁰

Durante a II Guerra Mundial, Hitler ordenava a “*morte*” de todos os velhos, deficientes físicos e mentais, internados em hospitais e manicómios, alegando a necessidade daqueles estabelecimentos hospitalares para o alojamento de soldados feridos na guerra. Hitler ordena a supressão dos Judeus através das câmaras de gás, originando o maior genocídio da história.

Também nas nossas comunidades tradicionais, eram consentidos os abafadores, homens encarregados de abreviar as penas deste mundo, de que fala Miguel Torga.²¹¹

Actualmente, a Holanda é o país que mais controvérsia tem levantado. A eutanásia activa é abertamente defendida pela respectiva Associação Nacional de Médicos. Em 1984, a Real Associação Médica Holandesa emitiu uma lista de critérios que permitiriam a prática da eutanásia.²¹²

²¹⁰ CUNDIFF, David – *A Eutanásia não é resposta*. Lisboa: Instituto Piaget, 1997, 50.

²¹¹ TORGA, Miguel – *Novos Contos da Montanha*. Lisboa: Visão/Publicações D. Quixote, 2003, 15-24.

²¹² VIDAL, Marciano, *O.C.*, 175.

(Os critérios eram os seguintes:

- a) solicitação voluntária, competente, explícita e persistente, por parte do doente;
- b) solicitação do doente baseado em informações completas;

Em Novembro de 1984, na sequência deste documento, o Supremo Tribunal declarou que, regra geral, a eutanásia é punida por lei; no entanto, quando os médicos estiverem perante um conflito de deveres, poderão invocar, como defesa, a sua necessidade. Convém ainda salientar que, na Holanda, este princípio de conflito de deveres coloca toda a argumentação e poder da eutanásia do lado médico, enquanto que em outros países, como os Estados Unidos da América, a questão é centralizada no doente, e nos direitos destes à privacidade e equidade de tratamento, enquanto cidadãos de pleno direito.

Em 1993 foi criada a base legal para os critérios do exercício da eutanásia, mantendo os que tinham sido enunciados anteriormente (1984), em que a eutanásia foi descriminalizada, embora continuasse ilegal. Em Junho de 1994, o Supremo Tribunal da Holanda reafirmou o apoio à lei anterior que, para além dos critérios já mencionados, enunciou quatro requisitos que o médico deve cumprir quando pratica eutanásia.²¹³

Em Novembro de 2000 foi aprovada, na Holanda, a legalização da eutanásia pela maioria dos deputados do parlamento. Com esta decisão tornou-se o primeiro país do mundo a autorizar oficialmente a morte assistida, desde que se cumpram duas regras fundamentais:

-
- c) situação de sofrimento físico ou mental que seja considerado inaceitável ou insuportável pelo doente;
 - d) inexistência de outras alternativas à eutanásia, tendo já sido tomadas todas as hipóteses aceitáveis para redução da dor ou do sofrimento do doente;
 - e) obrigatoriedade de troca de opinião do médico assistente com, pelo menos um outro médico.)

²¹³ Cf. PESSINI, Léo – *A Eutanásia na visão das grandes religiões mundiais (Budismo, Islamismo, Judaísmo e Cristianismo)*. O Mundo da Saúde. S. Paulo, 1999, 317-331.

(Requisitos enunciados:

- a) ser cuidadoso relativamente à dosagem e administração da medicação;
- b) consultar outros terapeutas envolvidos no cuidado ao doente;
- c) regra geral, informar os parentes do doente;
- d) regra geral, estar presente no caso do suicídio assistido.)

1.^a) assegurar-se que a doença provoca dores insuportáveis no doente, que não há esperança de vida e que o paciente deseja mesmo a morte;

2.^a) a decisão deve ser comunicada às comissões regionais especializadas, encarregues de assegurar que os médicos cumprem as normas. Se houver desrespeito pelas condições impostas as comissões comunicam o caso à justiça.²¹⁴

3.2. A Ética e a Deontologia face à Eutanásia

Há um abismo radical entre «*dar a morte*» e «*aceitar a morte*»: o primeiro é um acto supressivo da vida; o segundo é a sua aceitação. Os profissionais de saúde, fiéis à sua tarefa de estar sempre ao serviço da vida e de assisti-la até ao fim, não devem prestar-se a nenhuma prática de eutanásia, nem mesmo a pedido do interessado, e menos ainda por parte da família. Com efeito, não existe para o indivíduo o direito à eutanásia, pois não existe o direito de dispor arbitrariamente da própria vida. São os doentes incuráveis, em fase terminal da doença, em estado de grande sofrimento, e os doentes em coma vegetativo persistente, que mais colocam os médicos perante situações dilemáticas nas suas intervenções tais como: a hipótese de abreviar a vida da pessoa humana doente, como acto intencional de matar, praticado por uma pessoa a pedido de outra -a eutanásia, e a hipótese de encarniçamento terapêutico com cuidados

²¹⁴ Cfr. COSTA, Pinto J. – *Interface da medicina legal e da bioética*. Selecção de textos do Prof. Doutor J. Pinto da Costa, 2001 (a eutanásia), 42.

(As grandes inovações desta lei são:

- 1) aos 16 anos pode optar-se pela prática da eutanásia, mesmo contra a vontade dos pais;
- 2) entre os 12 e 16 anos também pode ser praticada a eutanásia, desde que os pais dêem o seu aval.)

intensivos, já totalmente desproporcionados em relação aos benefícios que se pretendam obter -a distanásia.²¹⁵

Em Portugal, sendo a eutanásia proibida, é dever dos profissionais de saúde, a nível dos cuidados prestados aos doentes, curá-los, ajudá-los a suavizar os sofrimentos e ainda prestar-lhes assistência até à morte, compreendendo estes os tratamentos médicos ou cirúrgicos, levando o doente a aceitar o fim natural da vida. Além destes cuidados, o doente necessita de afecto, calor humano e sobrenatural. Os doentes que se sentem envolvidos pela presença afectiva humana cristã, não caem na depressão e na angústia, daquele outro que se sente, pelo contrário, abandonado ao seu destino e sofrimento e de morte, pedindo por isso que lhe ponham fim à vida.²¹⁶

A eutanásia transtorna completamente a relação entre médico e doente. Do lado do doente, que se relaciona com o médico, como sendo aquele que pode garantir-lhe a morte. Do lado do médico, uma vez que já não é o garante absoluto da vida, o doente deve temê-lo como ameaça da morte. A eutanásia é pois um crime, com o qual os profissionais de saúde, sempre e só fiadores da vida, não podem de modo algum cooperar. Daniel Serrão, diz que o que é eticamente reprovável é não aliviar de forma correcta as dores físicas, que são causa de sofrimento dos doentes.²¹⁷ A medicina actual dispõe com efeito de meios susceptíveis de retardar artificialmente a morte, sem que o paciente receba com isto nenhum benefício. É simplesmente mantido em vida, à custa de novos e duros sofrimentos. É neste casos que se pratica o chamado ‘encarniçamento terapêutico’, que

²¹⁵ SERRÃO, Daniel; ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter, *O.C.*, 383.

²¹⁶ CONSELHO PONTIFÍCIO PARA A PASTORAL DA SAÚDE, *O.C.*, 119.

²¹⁷ SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui, *O.C.*, 83-92.

consiste no emprego de meios particularmente extenuantes e penosos para o doente, condenando-o a uma agonia prolongada artificialmente.²¹⁸ Isto é contrário à dignidade do moribundo e ao dever moral de aceitar a morte e deixar finalmente que ela siga o seu curso natural.

A morte, sendo um acontecimento inevitável da vida humana, não se pode retardá-la inutilmente, tentando escapar-lhe a todo o custo.²¹⁹ O que também é importante, não é apenas um prolongamento “*encarniçado*” com medidas terapêuticas cada vez mais agressivas, mas a introdução do sentido da paz e tranquilidade possíveis, para que a morte, que está próxima, possa ser encarada com naturalidade possível num processo de caminhada inexorável do homem.

Também a Igreja Católica, na sua Declaração sobre a Eutanásia advoga que “*é admissível utilizar medicação analgésica com o objectivo de reduzir a dor insuportável, mesmo que um efeito colateral não intencional seja a morte do indivíduo. O importante é caracterizar a intenção da acção*”.²²⁰

Ao longo dos séculos, sempre os médicos consideraram como seu imperativo ético iniludível o respeito pela vida dos seus doentes, inscrevendo-o no juramento de Hipócrates, considerado o primeiro código deontológico e explicitando: «*estabelecerei o tratamento dos doentes da maneira que lhes for mais proveitosa segundo o meu critério e as minhas possibilidades e evitando todo o mal e injustiça; não administrarei a ninguém um veneno, mesmo que me peçam para o fazer, nem sugerirei a*

²¹⁸ CONSELHO PONTIFÍCIO PARA A PASTORAL DA SAÚDE, *O.C.*, 95.

²¹⁹ CONSELHO PONTIFÍCIO PARA A PASTORAL DA SAÚDE, *O.C.*, 95.

²²⁰ NEVES, Maria do Céu; PACHECO, Susana., *O.C.*, 457.

*ninguém semelhante procedimento».*²²¹ A Declaração de Genebra de 1948, da Associação Médica Mundial, afirma o seguinte: “*considero em primeiro lugar a saúde do meu doente e terei o maior respeito pela vida humana desde o momento da concepção e, mesmo que seja ameaçado, não usarei os meus conhecimentos médicos de forma contrária às leis da humanidade*”.²²² Em 1950, a Associação Médica Mundial declarou a prática da eutanásia contrária ao espírito da Declaração de Genebra e anti-ética. O mesmo tem sido proclamado por grande número de associações médicas de diversas nações. Feytor Pinto afirma que todos os códigos deontológicos definem a arte e a ciência médica como promoção da saúde, prevenção da doença, cuidado ao doente, alívio no sofrimento e acompanhamento do homem em risco de vida. O médico é um servidor da vida, jamais poderá ser um instrumento de morte.²²³

Na actual sociedade científica e técnica, onde tudo se espera da Biomedicina altamente tecnicizada, a morte humana não é considerada um fenómeno biológico natural e inevitável, pois se não há cura que se mate. Segue-se que uma sociedade em que se despenalize a eutanásia, ninguém jamais estará seguro. Matar não pode ser nunca um acto médico.²²⁴ A condenação generalizada da eutanásia -morte a pedido activa, ou morte por decisão unilateral do médico-, radica na moral natural e é ampliada pela

²²¹ LIMA, António, *O.C.*, 69.

²²² LIMA, António, *O.C.*, 268.

²²³ PINTO, Feytor – *Entre a Vida e a Morte, a Razão da Esperança* (avaliação ética da Eutanásia, Distanásia e ortotanasia) in *Colóquio sobre a eutanásia* – Publicações do II Centenário da Academia de Ciências de Lisboa – Lisboa, 1993, 297.

²²⁴ SERRÃO, Daniel – O doente terminal. *Acção Médica*, (1990), 12.

moral com fundamento religioso.²²⁵ No Código Deontológico da Ordem dos Médicos, inscreve-se: «*em caso de doença comportando um prognóstico seguramente infausto a muito curto prazo, deve o médico evitar a obstinação terapêutica sem esperança, podendo limitar a sua intervenção à prescrição de tratamentos capazes de o poupar a sofrimento inútil, no respeito do seu direito a uma morte digna e conforme à sua condição de ser humano*».²²⁶ Mais ou menos no mesmo sentido, dispõem os códigos deontológicos dos países de matriz ocidental, como por exemplo o Código Deontológico Italiano de 1989, que fixa no seu artigo 20º, que o médico se deverá abster do chamado «*accanimento*» (obstinação) terapêutica; resultando este da irracional escolha por tratamentos de que se não possa fundamentalmente esperar um benefício para o doente ou uma melhoria da sua qualidade de vida. Diz ainda o artigo 43º do mesmo código, (italiano) que em caso algum, mesmo a pedido do doente, poderá o médico administrar tratamentos dirigidos a diminuir a integridade quer física ou psíquica do doente e, por maioria de razão, acções adequadas a abreviar a vida do doente. Qualquer acto destinado a provocar deliberadamente a morte de um doente é contrário à ética médica.²²⁷ Também o Código Deontológico do Enfermeiro, é bem explícito, quando se refere a estes assuntos. Recolhe na sua fonte princípios éticos e também jurídicos fundamentais, como é o caso da defesa da dignidade humana, a igualdade e a responsabilidade, entre outros.²²⁸ Portanto, as questões como a interrupção da gravidez e a eutanásia, que referem o dever do enfermeiro

²²⁵ SERRÃO, Daniel; ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter, *O.C.*, 383.

²²⁶ MARQUES, Adelino, *O.C.*, 230.

²²⁷ RAPOSO, Mário, *O.C.*, 267-281, 274.

²²⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE – Código Deontológico do Enfermeiro. *O.C.*, Artigo 78º.

pelo respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, não são alheias a estes princípios.²²⁹

4. Cuidados Paliativos – conceito

É longa a história de pessoas e grupos, sobretudo religiosos, que, à luz da sua filosofia de vida se dedicaram a cuidar de pessoas mais carenciadas e moribundas, pessoas que frequentemente eram encaradas como “doentes a quem já não havia nada a fazer” – pacientes com doenças incuráveis, progressivas e avançadas.

As condições de prestação dos cuidados de apoio a estes doentes modificaram-se substancialmente nas últimas dezenas de anos. São várias as circunstâncias do exercício actual da medicina que contribuíram para um prolongamento da vida e para uma diminuição do seu sofrimento. Hoje, em pleno século XXI, apesar de todos os progressos da medicina, a morte continua a ser uma certeza para cada ser humano. Todos vamos morrer um dia, uns de morte súbita, outros após uma doença prolongada, na linguagem actual duma doença terminal. Esta acarreta consigo um conjunto de problemas, não só físicos, que determinam sofrimento de intensidade diferente para aqueles que a vivem. A resposta a estes problemas, a este sofrimento, nos seus diferentes cambiantes, passa pelos cuidados paliativos.²³⁰

Ao longo dos tempos, sempre que alguém se ocupava de uma pessoa em que a morte estava próxima, prestando-lhe apoio, conforto, estava já a exercer prática paliativa.

²²⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE – Código Deontológico do Enfermeiro *O.C.*, Artigo 82º.

²³⁰ NETO, Galriça; AITKEN, Helena; PALDRÖN, Tsering, *O.C.*, 15.

Um doente paliativo é geralmente um doente com uma ampla e profunda perturbação psico-emotiva individual, que corre o risco de ser incompreendido e rejeitado, porque é alguém que vai morrer num certo período de tempo.²³¹

Cabe à rede de cuidados paliativos contribuir para a melhoria da qualidade de vida destes doentes.

Mas o que entendemos nos dias de hoje por cuidados paliativos? Em 2002 a Organização Mundial de Saúde definiu-os como:

«Uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso nos problemas não só físicos, como a dor, mas também nos psicossociais e espirituais.»²³²

Vale a pena clarificar que este tipo de cuidados não se destina apenas aos moribundos, aqueles que estão a dias ou a horas de morrer, mas também àqueles com um período mais arrastado de doença, meses, semanas e, mais raramente, anos.

Ainda outra definição de cuidados paliativos entende que compreendem:

«um conjunto de programas de tratamento dirigidos ao alívio de sintomas e à melhoria da comodidade do paciente com doença crónica, avançada e progressiva, que já não responde aos tratamentos curativos, tendo como objectivo obter uma melhor qualidade de vida.»²³³

É de salientar como objectivos dos cuidados paliativos:

²³¹ Cfr. NUNES, Rui – Dimensão ética de abordagem do doente terminal. *Cadernos de Bioética*. 5 (1993), 30.

²³² PIMENTEL, João Carlos – Que formação para as pessoas que lidam com doentes terminais. *Divulgação*, 7 (1993), 25.

²³³ LEONE, Salvino, *O.C.*, 66.

- proporcionar aos pacientes o alívio da dor e de outros sintomas;
- proporcionar um sistema de apoio familiar ajudando as famílias a se adaptarem à doença e ao luto;
- proporcionar um sistema de apoio aos doentes, ajudando-os a viver de forma o mais activa e criativa possível ;
- afirmar a vida, considerando a morte como um processo normal;
- integrar aspectos sociais, psicológicos e espirituais, de forma a que os doentes possam assumir a sua própria morte de forma tão completa e construtiva quanto possível.²³⁴

Todo o processo da prática dos cuidados paliativos envolve uma equipa complexa e multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, assistente religioso, psicólogo, assistente social, voluntários, familiares e amigos.

Na opinião de Daniel Serrão os cuidados paliativos deverão:

«Proporcionar ao doente que está em processo de morrer todo o bem estar a que tem direito aliviando a dor física, prevenindo e tratando as intercorrências não relacionadas directamente com a evolução da doença incurável e criando um clima de confiança no apoio permanente e activo que receberá até ao instante da morte.»²³⁵

Além dos objectivos e para melhor entender a filosofia dos cuidados paliativos, convém ressaltar alguns princípios que os caracterizam:²³⁶

- afirmar a vida e aceitar a morte como um processo natural;
- proporcionar um bem estar e boa qualidade de vida do doente;

²³⁴ PIRES, Ana Maria Lanita – Cuidar em fim de vida – aspectos éticos. *Cadernos de Bioética*, 25 (2001), 85-91.

²³⁵ SERRÃO, Daniel, *O.C.*, 33.

²³⁶ LEONE, Salvino, *O.C.*, 66.

- promover uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes;
- abranger as necessidades das famílias e cuidadores prolongando-se pelo período de luto;
- pretender ser uma intervenção rigorosa no âmbito dos cuidados de saúde.

Como já foi referenciado ao longo do trabalho, os doentes terminais são muitas vezes marginalizados pela família, que os coloca em instituições de saúde à espera muitas vezes do milagre da medicina que lhes permita prolongar a vida, ou para ocultação da morte face à sociedade para que esta chegue de algum modo a não incomodar os vivos. Por sua vez, a maior parte destas instituições de saúde, não oferecem condições necessárias para que sejam proporcionados os devidos cuidados a estas pessoas na última fase da sua vida, colocando-os em salas isoladas, abandonadas entre biombos, à espera que a morte chegue.

4.1. Origem

É longa a história de pessoas e grupos, sobretudo religiosas, que, à luz da sua filosofia de vida, se dedicaram a cuidar de pessoas mais carenciadas e moribundas, pessoas que frequentemente eram encaradas como “*doentes a quem já não havia nada a fazer*”.

A origem dos cuidados paliativos leva-nos até à Civilização Grega ao século IV a.C., em que certa actividade social era denominada de ‘*xenodochium*’, ou seja, hospitalidade. Durante o Império Romano, este

termo foi traduzido para latim como ‘*hospitium*’ em que mantinha o significado de hospitalidade mas também de hospedagem.²³⁷

Na Grécia Antiga, Hipócrates, aconselhava os médicos a não esgotarem a sua arte junto dos moribundos. Os doentes com mal incurável eram entregues aos sacerdotes. Na Idade Média ir ao médico era privilégio dos mais ricos. Surgiram os primeiros albergues, que passavam a cuidar de doentes incuráveis, loucos e mendigos em perspectivas de morte. Essas casas pertenciam na sua maior parte a ordens religiosas (Como exemplo, a Ordem das Hospitaleiras de São João de Deus e outros). Importa referir que os hospícios posteriormente deram lugar a lares para assistência a moribundos que precisavam de paz e dos últimos cuidados.

Mais tarde, no século XVIII, a medicina começa a investir sobre as causas de morte das pessoas, tanto no diagnóstico como na autópsia aos cadáveres para recolha de informações úteis para o diagnóstico de algumas patologias.²³⁸

A partir do século XIX, os médicos começaram a visitar e a interessar-se mais pelos doentes em fase terminal. Em 1889, surgiu em Dublin o St. Vicent Hospice e, em 1900, o St. Joseph Hospice, em Londres, considerados como pioneiros no desenvolvimento dos cuidados paliativos.

Foi em 1968, com Cicely Saunders,²³⁹ em Inglaterra e, mais tarde, Elisabeth Ross nos Estados Unidos da América²⁴⁰, que chamaram a atenção

²³⁷ RODEIA, João Miguel Figueira – O enfermeiro perante o doente terminal. *Servir*, 3, 46 (1998), 15.

²³⁸ FOUCAULT, Michel – *História da Loucura na Idade Média*. São Paulo: Editora Perspectiva, 6.ª Edição, 2000, 78.

²³⁹ TWYLCROSS, Robert, *O.C*, 126.

(Cicely Saunders era enfermeira e trabalhar num “ hospice” nos anos 50 em Dublin. Irlanda, onde os doentes eram acompanhados de uma forma humana e caridosa durante o processo de morrer. Por verificar que havia muito mais a fazer pelos doentes

para o facto, mesmo quando aparentemente já não há nada a fazer, haver sempre qualquer coisa a fazer, uma vez que, quando o tratar já não é possível, torna-se muito mais importante o cuidar.

A filosofia praticada nestes hospícios alargou-se a outros países, Estados Unidos, Canadá e mais tarde no resto da Europa. Na França, em 1986, a Circular Laroque oficializa os cuidados paliativos e, no ano de 1988, foi criada a Associação Europeia de Cuidados Paliativos que marcou o alargamento deste movimento à Europa. Em 1999, o Parlamento Francês votou por unanimidade uma lei que visa a garantia do direito de acesso aos cuidados paliativos para todos os cidadãos. Em Portugal os cuidados paliativos são recentes, encontrando-se ainda em fase de desenvolvimento e implementação. Existem algumas unidades que se dedicam à prestação de cuidados continuados²⁴¹ e, nalgumas instituições hospitalares, existem as unidades de dor que dão apoio a doentes em fase terminal no internamento e no domicílio. Existem ainda instituições particulares de solidariedade social, de índole religioso ou não, e a Santa Casa da Misericórdia que prestam cuidados às pessoas idosas, doentes e dependentes.

terminais, tirou o curso de assistente social e de medicina. Fundou a seguir outro tipo de “hospice” onde pôs em prática técnicas modernas para controle da dor e outros sintomas.)

²⁴⁰ ROSS, Elizabeth – *Encontro com os Moribundos*. Lisboa: Artes Gráficas, 1994, 8. (Elizabeth Ross era médica psiquiatra na Suíça, responsável por um hospital com doentes mentais. Dedicou-se ao ensino da medicina em que ela e os estudantes dedicavam muito tempo aos moribundos.)

²⁴¹ NETO, Galriça; AITKEN, Helena; PALDRÖN, Tsering, *O.C.*, 17. (É frequente acontecerem confusões semânticas, com recurso indiscriminado a expressões como “cuidados continuados” e “cuidados de suporte” como sinónimo de cuidados paliativos. Hoje em dia, entendem-se como cuidados continuados aqueles que se dirigem aos indivíduos com perda de autonomia, de qualquer espécie, que lhes cause dependência de terceiros e limitação na funcionalidade. Este grande grupo de doentes não engloba apenas os doentes em fim de vida, com prognóstico mais limitado: assim, fica claro que as expressões não são sinónimas, embora seja lógico que os cuidados continuados, mais alargados, integrem os cuidados paliativos.)

Em 1995 foi criada a Sociedade Portuguesa de Medicina Paliativa, com o objectivo de promover o desenvolvimento, o estudo e o ensino dos cuidados paliativos prestados aos enfermos com doença crónica avançada e progressiva, com o objectivo de obter a melhor qualidade de vida possível tendo em conta as necessidades da família, tanto em vida como depois da morte do doente.²⁴²

A filosofia dos cuidados paliativos tem vindo progressivamente a ser desenvolvida e hoje é reconhecida como um direito humano. Inicialmente este tipo de cuidados destinava-se apenas aos doentes com cancro, nos estádios terminais da doença. Hoje em dia, com o desenvolvimento crescente da palição e, por questões éticas de equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde, passaram a figurar no leque mais vasto das patologias cujos doentes muito beneficiam dos cuidados paliativos de qualidade.

Os cuidados paliativos são a expressão de um novo posicionamento cultural face à morte e de uma nova atitude ética face aqueles que morrem.

4.2. O Doente e a Família

O doente em fase terminal de vida e a respectiva família têm necessidades acrescidas. A família partilha frequentemente dos problemas dos doentes apresentando, por vezes, necessidades específicas até mais complexas que o próprio doente. Cuidar da família faz parte integrante dos cuidados à pessoa que está a morrer. Não pode haver bons cuidados sem a inclusão da família em todo o processo, pois o doente não vive isolado. Os cuidados paliativos promovem o apoio à família ou aos elementos significativos para o doente, isto é, elementos com quem o doente mantém

²⁴² NETO, Galriça; AITKEN, Helena; PALDRÖN, Tsering, *O.C.*, 40.

muitas vezes ligações mais importantes do que as que mantém com os membros da sua família –por exemplo, vizinhos, amigos, entre outros– e que promovem a sua integração na prestação de cuidados, com os seguintes objectivos:²⁴³

- diminuição da solidão e do isolamento social e afectivo do doente;
- permissão da família manifestar os seus sentimentos em relação ao doente;
- o sentir-se útil;
- o acompanhar de perto a evolução da situação da doença e a proximidade do doente e equipa de saúde, favorecendo o acompanhamento antes e após a morte;
- comunicação com a equipa de saúde, permitindo a esta adquirir uma visão mais real do doente.

Os profissionais que cuidam destes doentes devem dar oportunidade à família de falar dos seus medos, de colocar dúvidas acerca de todo o processo final, e deve ser cuidada tal como o doente. Convém ainda iniciar a preparação para a vivência do luto. Sempre que possível, o doente deve ser enquadrado no seu ambiente familiar, lugar mais indicado para viver os últimos momentos, pois a morte doméstica é a mais humana e mais suave.

Os cuidados paliativos são a única alternativa de um tratamento humano e real esperado pelos doentes em sofrimento e sua famílias. Dirigem-se ao doente enquanto pessoa, à sua família, no domicílio ou em instituições próprias.

Em termos de conclusão pode-se afirmar que doente, família e equipa de saúde constituem os três pilares básicos no proporcionar de cuidados com qualidade, que engloba uma prestação de cuidados personalizados,

²⁴³ TWYLCROSS, Robert, *O.C.*, 50-51.

compreensiva e afectiva e revaloriza o tempo de vida que medeia a passagem para uma nova etapa –a morte.

Por isso, sempre que possível, a família deve estar presente nos últimos momentos, o que certamente é muito benéfico quer para o doente quer para os familiares. Para o doente, sentindo-se acompanhado e não ter sido abandonado a morrer sozinho, fica mais tranquilo. A família, pelo facto de estar presente no momento da morte, vai provavelmente sentir-se com a consciência mais tranquila e facilitar de certa forma a vivência da perda.²⁴⁴

5. Conclusão

Iniciei este capítulo com a abordagem à temática da dignidade humana. A reflexão sobre a dignidade humana assume uma importância crucial no período final da vida, em que o ser humano se confronta de uma forma mais próxima, com a sua finitude.

O conceito de dignidade humana é vasto e difícil de especificar. Contém em si mesmo aspectos objectivos, mas também subjectivos. A dignidade para os doentes envolve aspectos que abrangem o conforto físico, fisiológico, espiritual, cultural e social. Por isso, é um conceito que deve ser abordado de forma holística. Para muitos doentes a noção de dignidade está ligada à noção de que a sua essência permanecerá para além da morte, à ideia de que serão lembrados pelos seus entes queridos e, dessa forma, permanecerão vivos neles e através deles.

Associado ao conceito de dignidade aparece o conceito de morte digna. O direito a uma morte digna significa o direito que o doente tem de

²⁴⁴ Cfr. PACHECO, Susana, *O. C.* 141.

morrer em condições que respeitem a sua dignidade enquanto pessoa. Igualmente ao direito a uma morte digna, cabem ao doente outros direitos e deveres que se encontram referenciados nas cartas dos direitos do doente e do doente terminal, que devem ser respeitadas, tanto pelos profissionais de saúde que deles cuidam, como por outras entidades com responsabilidades na gestão da saúde, como pelo cidadão comum.

Em relação à problemática da eutanásia, algumas conclusões foram anotadas. Se o tema da eutanásia ficou silencioso vários anos após a Segunda Guerra Mundial, à custa dos terríveis actos nazis, nas últimas décadas assistimos ao aumento da simpatia por esta prática, sobretudo face a situações de grande sofrimento. A espantosa evolução das ciências médicas permitiu, também, os excessos da obstinação terapêutica, tornando o processo de morrer penoso e insuportável. Os defensores da eutanásia associam ao direito de viver com dignidade o direito de morrer dignamente ou, de outra forma, a liberdade de optar por pôr termo à vida para ser aliviado do sofrimento.

A procura desenfreada de razões afirmativas da boa morte leva ao esquecimento da exaltação da vida humana. No caso da eutanásia, não existe algum direito ou valor que possa considerar-se superior à vida do indivíduo, nem o alívio do sofrimento do doente, nem muito menos dos seus familiares. A atitude de pôr cobro à vida do homem é contrária à realização pessoal e, na perspectiva cristã, contrária ao projecto criador de Deus. A vida humana é sagrada e inviolável desde a concepção ao seu ocaso natural. Quando o doente pede a eutanásia, está em causa o sofrimento insuportável, medo da solidão, perda de afecto, estorvo para a família, medo de ser esquecido e, sobretudo, medo do sofrimento prolongado.

Em Portugal, sendo a eutanásia proibida, cabe aos profissionais de saúde ajudar a suavizar o sofrimento, dando-lhe afecto, calor humano, para evitar que caiam na depressão e na angústia, evitando assim os pedidos para por fim à vida.

São os doentes portadores duma doença terminal que mais solicitam a eutanásia. Por isso, é de extrema importância a prática dos cuidados paliativos. É seu objectivo, entre outros, evitar os pedidos da eutanásia, ajudando-os a viver com a própria doença e ajudando os seus familiares a aceitá-los como eles são, pois muitas vezes estes doentes sentem que não são desejados pelos familiares, amigos e pelas pessoas em geral.

É possível aumentar a esperança de viver de uma pessoa que se encontra próxima da morte, desde que os cuidados e o bem-estar que se lhes proporciona sejam satisfatórios. Quando pouco há a esperar, continua a ser realista ter esperança de não morrer sozinho e de ter uma morte serena.

CONCLUSÃO GERAL

Chegada ao termo do itinerário que me propus trilhar, uma das principais conclusões que retiro do trabalho desenvolvido é que a temática sobre a morte e o morrer jamais se poderá considerar terminada, pela enorme relevância que o tema apresenta.

A nossa vida, apesar de objectivamente cada vez mais longa, continua a ser subjectivamente muito breve e a passar depressa. É uma vida repleta de ocupações e preocupações materiais, perante as quais a sociedade exige que respondamos prontamente, salpicada por esporádicos e breves reencontros connosco próprios até que um dia, inopinadamente, nos chega o anúncio da nossa própria morte.

É, de facto, perante a iminência da morte, perante a incerteza de que a vida se prolongue, sem ruptura nem descontinuidade ruidosa, que tomamos real consciência que os sonhos de felicidade, adubados na esperança da infância e da juventude, não passaram de sonhos adiados, e que a nossa vida, sem regresso, nos soa a algo de inacabado e que poderia ter sido qualquer coisa de imenso, de prodigioso e de criador.

Enquanto o desenvolvimento e o progresso das ciências biológicas e da biotecnologia em particular reforçam os valores associados à vida, a morte subsiste escamoteada e marginalizada, indiferente ao nosso olhar. Não obstante, a morte constitui um elemento essencial do homem, ela ocupou, como nenhum outro tema, o pensamento humano em todos os tempos.

O homem da cultura moderna procura, como solução alternativa, fugir da preocupação com a morte. Daí que, muito naturalmente, reprimimos o pensamento dela; nunca se morre por finitude, mas sempre por falha de qualquer coisa.

O que, tradicionalmente, era quase impossível, tornou-se fácil – diagnosticar e tratar as doenças–, e o que era simples tornou-se complexo – uma vez que passaram a existir várias opções terapêuticas ou, até mesmo, recuperar a vida, pela existência de maquinaria adaptada para tal.

Podemos afirmar que, vivendo hoje num mundo asséptico e onde a morte não se vê e se considera uma coisa feia, ela nos condena à solidão no morrer, ao abandono e ao desprezo. Por isso, é necessário saber educar para a morte – que ela (a morte) faça parte da nossa educação e convívio.

A sociedade desenvolveu-se, o progresso e a técnica entraram definitivamente na vida do homem, que co-habita mal com a morte, tentando muitas vezes pintá-la de negro. Esta subsiste escamoteada e marginal, indiferente ao nosso olhar. Perdemos os nossos ritos e opomos resistências culturais. Já não se ousa pronunciar a palavra morte nem aceitar ver morrer os familiares. Os saudáveis têm aversão em romper o muro do silêncio quando viajam para o último porto.

Com o avanço da ciência e da tecnologia, a morte troca a casa pelo hospital: *“morre-se aí, no lugar que se apresenta mais como uma oficina de tratamentos do que como local de acolhimento”*.²⁴⁵ No hospital as preocupações aumentam, observam-se angústias na relação e comportamentos desajustados à realidade do doente em fase final de vida: *“o pessoal hospitalar define como estilo aceitável de encarar a morte: a morte daquele que finge que não vai morrer.”*²⁴⁶ Não nos devemos limitar só a dizer que somos humanos com responsabilidades, estas são reais, pertencem-nos, e, como tal, em algum momento da nossa vida, teremos de vencer os maiores “tabus” e reconciliar a morte com a vida.

²⁴⁵ HENNEZEL, Marie, *O.C.*, 14.

²⁴⁶ HENNEZEL, Marie, *O.C.*, 32.

Uma sociedade que não respeita a morte está a marginalizar o próprio homem. Deve-se recuperar o sentido humano da morte, reintegrando-a na sociedade. Na encruzilhada dos caminhos da nossa existência, deparamo-nos frequentemente com dificuldades, porém haverá certamente caminhos de compreensão, respeito, solidariedade, intimidade e redenção que nos conduzam a um ponto onde nos possamos rever e partilhar a percepção da morte.

Talvez admitindo a morte, o ser humano possa atenuar a tristeza, diminuir a dor e o sofrimento, podendo reconhecer um magnífico sentido na vida, entregando-se ao mais sublime desafio, com aptidão, não só para viver e sermos socialmente mais úteis, mas também para morrer dignamente e saudar a morte, tendo assim uma visão mais alargada da nossa razão de “ser” e de “estar”.

O direito a morrer com dignidade é como certo o *primun movens* de qualquer projecto natural de vida. Por isso, a pessoa em estado de confusão, de inconformidade ou de depressão, deve ser decididamente esclarecida para que o seu apelo, muitas vezes de ajuda para a Eutanásia, cesse e que o desejo de morrer desapareça. A meta determinante a atingir nessas situações será dar à pessoa ou doente, o maior conforto e bem-estar, quer físico quer psicológico e afectivo.

Para concluir, a vida é um valor indiscutível, e mesmo atendendo ao princípio da liberdade da pessoa, nunca se poderá consignar um direito sobre a vida, com decorrência extrema, um direito a morrer. Assim, a morte deverá ser compreendida como um acontecimento natural que não deve ser esquecido, nem mal compreendido ou negligenciado.

Convém salientar que o morrer e a morte não podem ser vistos como uma imperfeição da medicina e da técnica. Pois, para além de todas as

explicações médicas das causas de morte, o morrer é um acto humano, que deve ser encarado como um acontecimento natural.

Cabe à sociedade em geral humanizar a morte, assegurando à pessoa a possibilidade de viver conscientemente a sua morte. Para tal, há necessidade de criar estruturas de cuidados (paliativos, continuados e outros) capazes de dar apoio social e humano aos doentes terminais e suas famílias, de modo a que as situações muito graves, em que os doentes angustiados e com falta de afecto pedem a eutanásia, deixem de existir.

É um dever de toda a comunidade humana promover a solidariedade e a equidade perante as pessoas em final de vida, e não só dos profissionais de saúde ou instituições hospitalares, promovendo atitudes que levem o doente terminal a sentir-se estimado e respeitado quando a morte se aproxima.

Também à família, cabe o principal papel na tarefa de humanizar e dignificar a morte. O ambiente familiar constitui o melhor local para viver em dignidade os últimos momentos da vida.

No contexto do meu trabalho e atendendo ao âmbito deste Mestrado e à minha formação de base, importa salientar alguns aspectos éticos em relação à atitude perante a morte e tantos outros que nos podem ajudar a olhar a morte, e todo o processo a ela associado, com uma atenção mais íntegra e com maior respeito por aqueles que se aproximam dessa etapa. Por isso, é necessário, como já foi referido ao longo deste trabalho, educar para a morte, ou seja, que a sociedade adopte novos comportamentos face aos que morrem, aceitando assim a sua própria morte.

Os profissionais de saúde devem estar preparados para encarar a morte como um acontecimento natural e prestar os cuidados necessários ao doente terminal numa atitude de acompanhamento.

Segundo Bresh, uma atitude de acompanhamento do doente em fase final de vida:

“Inscreve-se numa viva ritualização perante o fim da vida e testemunha uma certa evolução das atitudes e mentalidades face á morte...acompanhar uma pessoa perante uma etapa crucial da nossa existência poderá ser uma oferta de escuta, de acompanhamento no seu processo de luto...entender as suas interrogações, o seu sofrimento. Esta solidariedade é fundamental e permite que cada um se sinta sujeito de um encontro, e não como portador de uma doença e objecto de cuidados mundo.”²⁴⁷

A postura que os elementos da amostra referiram ter perante a morte sobressaiu para mim como um alívio, pois, quando escolhi o tema do trabalho pensei que iria ter resultados mais negativos face ao tema.

A valorização positiva está contida nas respostas dadas.

De salientar ainda que poucos se referiram à morte com medo. O ideal seria que todas as pessoas partilhassem destes sentimentos em relação à morte e tudo seria mais sereno. Certamente que os problemas da sociedade actual seriam mais fáceis de superar.

Tomar consciência da inevitabilidade da morte e da fragilidade humana é o primeiro passo para precaver o futuro. A aventura de uma vida assente nos valores humanos tradicionais, à margem de modas e pressões sociais, é o melhor contributo para uma morte digna e verdadeiramente humana, seja a nossa ou a dos outros.

A realização deste trabalho foi para mim uma oportunidade de aprendizagem, uma forte motivação para o prosseguimento da minha actividade profissional como docente ligada ao ensino de enfermagem e outros cursos afins, sentindo cada vez maior empenho na motivação dos

²⁴⁷ LEONE, Salvino, *O.C.*, 68

futuros profissionais para a reflexão acerca dos problemas relacionados com o processo de morrer.

Foi para mim muito valiosa toda a pesquisa feita sobre esta temática, servindo-me sobretudo para a confrontação do o que na realidade é feito, as atitudes que se tomam, tanto nas instituições de saúde como na sociedade em geral, perante aqueles que estão próximos do fim.

Estou consciente que a mudança de comportamentos perante eles não se faz de um dia para outro, mas que o meu contributo vai ser útil para que, ao menos, os que estão perto de mim o façam.

Termino recordando Montaigne, jogando com a ambiguidade do termo francês ‘*sage-femme*’ (que significa parteira): “*se é necessário uma mulher sábia para ajudar o homem a entrar no mundo, é preciso uma pessoa ainda mais sábia para o ajudar a sair desse mundo*”.²⁴⁸

²⁴⁸ HINTON, John – *Experiências sobre el morir*. Corcega: Editorial Seix Barral. S.A. 1.ª Edição, 1996, 1298.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Obras

- ABIVEN, Maurice – *Para uma morte mais humana*, Luso- Ciência, Edições Técnicas e Científicas Lda., 2ªed, 2001.
- ANDRADE, Joaquim – *Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa*. Coimbra: Livraria Almedina, 1987.
- ANDRADE, Manuel – *Introdução à Metodologia do Trabalho Científico: elaboração de trabalhos na graduação*. São Paulo: Editora Atlas, 1995.
- ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter; RENAUD, Michel – dir. – *Novos desafios à Bioética*. Porto: Porto Editora, 2001.
- ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter – *Bioética*. Lisboa/ São Paulo: Editora Verbo, 1996.
- ARIÉS, Philippe – *O Homem perante a Morte - II*. Lisboa: Europa - América, 1988.
- _____*O Homem Perante a Morte - I*. Lisboa: Europa - América, 2000.
- _____*Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. Lisboa: Teorema, 1989.
- ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS CATÓLICOS PORTUGUESES – *Da Vida à Morte*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1988.
- BAYÉS, Ramón – *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca, 2001.
- BEECHER, H.K. - *After the “definition of irreversible coma”*, N Engl J Med, 1969.
- BLANK, Renold – *Reencarnação ou Ressurreição: uma decisão de fé*. São Paulo: Paulus, 1995.

BOFF, Leonardo – *Saber cuidar: Ética do homem, compaixão pela terra*. Petropolis: Vozes, 2000.

_____ *Vida para além da morte*. Petropolis: Vozes, 16º edição, 1997.

_____ *A Ressurreição de Cristo, a nossa Ressurreição na Morte*. Petropolis: Vozes, 7º edição, 1986.

COELHO, António – *Atitudes perante a morte*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1991.

CONSELHO PONTIFICO PARA A PASTORAL DA SAÚDE – *Carta dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Edições Paulinas, 1995.

COSTA, Pinto – *Interface da medicina legal e da bioética*. A Eutanásia, Selecção de textos do Prof. Doutor J. Pinto da Costa, 2001.

COUTO, António – *Como uma dádiva: caminhos de antropologia bíblica*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2002.

CUNDIFF, David – *A Eutanásia não é a resposta*. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

CUNHA, Teixeira – *Bioética Breve*. Apelação: Editora Paulus, 2002.

DICIONÁRIO DE BIOÉTICA – Editorial Perpétuo Socorro Editora Santuário – Agosto-2001.

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA – Lisboa, São Paulo: Edições Verbo, 2001, Vol.2, 2530.

DOMINGUES, Bernardo (Frei) – *É bom promover a saúde e a ética*. Porto: Edições do autor, 2003.

_____ *Bioética. Questões disputadas*. Porto: Edições do autor, 2001.

_____ *Tornar-se Pessoa Ética e Saudável*. Porto: Edições do autor, 1996.

ENCICLOPÉDIA LUSO-BRASILEIRA DE CULTURA – Lisboa: Verbo Editora, 1977, Vol.16.º.

ENTRALGO, Pedro Laín – *O que é o Homem*. Lisboa: Editorial Notícias, 2002.

FEYTOR, Pinto – *O Direito de Morrer: Perspectiva Teológica e Ética, Da Vida à Morte*: Depoimentos, Coimbra, Gráfica de Coimbra, 1988.

FORTIN, Marie – *O Processo de Investigação: da concepção à realização* – Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Loures, 1999.

FOUCAULT, Michel – *História da Loucura na Idade Média*. São Paulo: Editora Perspectiva, 6º Edição, 2000.

FRANKL, Viktor – *El Hombre Doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. Barcelona: Herder, 1994.

FREUD, Sigmund – *Essais de Psychanalyse*, Paris: Ed. Payoz, 2.

FRIAS, Cidália – *A Aprendizagem do Cuidar e a Morte*, Lusociência, 2003.

GADAMER, Georg – *O Ministério da Saúde – o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70., 2002.

GAFO, Javier – *10 Palavras-chave em Bioética*. Gráfica de Coimbra, 1996.

GIL, António – *Como elaborar projectos de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas, 3ª edição, 1995.

HINTON, Jonh – *Experiências sobre el morir*. Corcega: Editorial Seix Barral. S.A. 1ª edição, 1996.

HENNEZEL, Marie – *Nós Não Nos Despedimos*. Lisboa: Editorial Notícias, 2001.

_____ *A Arte de Morrer*. Lisboa: Editorial Notícias, 1998.

_____ *Diálogo com a Morte*. Lisboa: Editorial Notícias, 1977.

- ISRAEL, Lucien – *A Vida até ao Fim. Eutanásia e outras derivas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.
- KUBLER-ROSS, Elizabeth – *La Mort, Dernière Étape de la Croissance*. Mónaco: Éditions Du Rocher, 1985.
- _____. *Sobre a Morte e o Morrer. O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- KANT, Immanuel – *Crítica da razão prática*. Lisboa: Edições 70, 1985.
- KUNG, Hans; JENS, Walter – *Morir com Dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad*. Madrid: Editorial Trotta, 1997.
- LAGRÉE, Jacqueline – *O Médico, o Doente e o Filósofo*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002.
- LEONE, Salvino – *Ética da vida - Vitalidade da Ética*. Gabinete de Investigação de Bioética da U.C.P., Porto. Braga: Editora Correio do Minho, 1997.
- LIMA, António – *Bioética e Antropologia*. Coimbra: Gráfica Coimbra, 2004.
- LOURO, Manuel Alves – *Diante da vida – eutanásia, aborto, pena de morte, toxicodependência*. Águeda: Edições Paulinas, 2004.
- MARTO, António – *Esperança Cristã e Futuro do Homem*. Porto: Edição do Autor, 1987.
- MARQUES, Adelino – *Associação dos Médicos Católicos Portugueses – Da Vida à Morte – O direito de morrer – eutanásia - uma doença social*, Coimbra, 1988.
- MELZAEK, R; WALL, P - *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1982.
- MORIN, Edgar – *O Homem e a Morte*. Publicações Europa – América. Mem Martins, 2ª edição, 1976.

_____*As grandes questões do nosso tempo.* Lisboa: Editorial Notícias, 1992.

NEVES, Maria do Céu – *Comissões de Ética: Das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana.* Declaração Universal dos Direitos do Homem. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2ªedição, 2002.

_____*Comissões de Ética das bases teóricas à actividade quotidiana -* Relações entre os Profissionais de Saúde e o Paciente, Açores: Centro de Estudos de Bioética, 1996.

NEVES, Maria do Céu; PACHECO, Susana – *Para uma ética em enfermagem – Desafios.* Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

NUNES, Rui – *Bioética e Deontologia Profissional.* Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002.

OLARTE, Nunez - *Control de sintomas en el Enfermo Terminal.* Tratado de Medicina: Paleative y Tratamiento de Soporte en el Enfermo com Câncer.

OLIVEIRA, Abílio – *O desafio da Morte,* Ed. Notícias, Lisboa, 1ªedição, 1999.

OSSWALD, Walter – *Um Fio de Ética.* Coimbra: Instituto de Investigação e Formação Cardiovascular, 2001.

PACHECO, Susana – *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética,* Lusociência, 2002.

PAGOLA, António José – *Hacia una Muerte mas Digna,* Editorial Diocesana. Elizbarrutiko Argitaldaria, Urdaneta 10, 2001.

PANGRAZZI, Arnaldo – *Conviver com a perda de uma pessoa querida.* Lisboa: Paulinas, 1999,18.

PEÑA, Juan Luis Ruiz de la – *As Novas Antropologias: um desafio à Teologia.* São Paulo: Edições Loyola, 1988.

- _____. *La outra dimension: Escatologia Cristiana*. Santander: Edições Sal Terrae, 5ª edição, 1994.
- PESSINI, Leo – *Distanásia. Até quando prolongar a vida?* São Paulo: Edições Loyola, 2001.
- PINA, José – *Esperança – A responsabilidade dos médicos*. Lisboa, Lidel, 2ª edição, 1998.
- PINTO, Feytor – *Entre a Vida e a Morte, a Razão da Esperança* (avaliação ética da Eutanásia, Distanásia e ortotanasia) in *Colóquio sobre a eutanásia – Publicações do II Centenário da Academia de Ciências de Lisboa – Lisboa, 1993*.
- PIRES, Ana Maria – *Cuidar em fim – de – vida: aspectos éticos*. Ano XI, 25, 2001.
- QUEIRÓS, Ana – *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- RAWLS, J. – *Uma Teoria da Justiça*. Lisboa: Editorial Presença, 1993.
- RICOU, Miguel – *Ética e Psicologia: Uma Prática Integrada*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.
- ROSS, Elizabeth – *Encontro com os Moribundos*. Lisboa: Artes Gráficas, 1994.
- _____. *On Death and Dying*. New York/Londres: Macmillan, 1969.
- _____. *La Mort, Dernière Étape de la Croissance*. Monaco : Éditions Du Rocher, 1985.
- _____. *Sobre a Morte e o Morrer. O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- SAMPAIO, Fernando – *Um Contributo para a Humanização Hospitalar – Hospitalidade – Abril – Junho, 1991*.

SERRÃO, Daniel; ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter – *Bioética, Eutanásia e Distanásia*, Editorial Verbo. Lisboa, 1996.

SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui – *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora, 1998.

TAGER, Djénane – *Viver a morte*. Lisboa: Editorial Estampa, 2001.

TELLES, I.- *Direito das Sucessões: Noções Fundamentais*. Coimbra: Coimbra Editora, Lda., 5ª edição, 1985.

TOLSTOI, Leão – *A Morte de Ivan Ilich*. Lisboa: Editorial Verbo, 1971.

TORGA, Miguel. - *Novos Contos da Montanha*. Lisboa: Visão/Publicações D. Quixote, 2003.

TWYXCROSS, Robert – *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores, 1ª Edição, 2001.

VIDAL, Marciano – *Eutanásia: um desafio para a consciência*. Aparecida: Editora Santuário, 2000.

_____ *Viver a Morte. Abordagem Antropológica e Psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina, 1998.

2. Revistas

ALMEIDA, Filipe – O morrer dos homens: reflexões de um médico. *Acção Médica*, 61 (1997), 46-50.

ALMEIDA, José – Diante de quem Morre. *Communio*, Fevereiro, 15 (1998), 25-30.

ANDRÉS, S. – Morir – Tabues, miedos, negaciones... *Rol de Enfermería*, Barcelona Mayo, 201 (1995), 17.

ARIÈS, Philippe – O Ocidente e a Morte – *Igreja e Missão* – Março/Outubro 22 (1980), 102-105.

- BISCAIA, Jorge – A criança no ocaso da vida. *Brotéria*, 150 (2000), 283-289.
- BORGES, Anselmo – Antropologia do processo de morrer. *Brotéria*, 150 (2000), 185-202.
- _____ O Tempo e a Morte: Enigmas do Homem – *Igreja e Missão* – Setembro – Dezembro, 50 (1998), 341.
- _____ Transformar a dor. *Brotéria*, 186 (2001), 81-88.
- BREITBART, William – Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, 27 (2003) 1,45-57.
- BRITO, Silveira, – O que dizer da morte – *Cadernos de Bioética* – 12,30 (2002), 34.
- CARREIROS, Elsa; Arraiolos, Narcisa – O Enfermeiro perante o doente que morre – *Nursing* – Julho/Agosto, 14 (2002), 21.
- COSTA, Jorge – Os princípios éticos básicos da declaração de Barcelona – Princípio da dignidade, *Cadernos de Bioética*. 12, (2004), 108.
- COUTO, António – A Teologia da morte no Antigo e no Novo testamento. *Brotéria*, 150 (2000), 255-265.
- DOMINGUES, Bernardo (Frei) – Aspectos do conceito de Pessoa Humana em São Tomás de Aquino – *Cadernos de Bioética* -12,29 (2002), 83-91.
- _____ Alguns aspectos negativos do nosso tempo-3º milénio – vazio ético e alternativa possível. *Cadernos de Bioética*, 12, 31 (2003), 81.
- ELIZARI, Javier – Dignidad en el morir, *Moralia*, 25 (2002), 397.
- GOMES, Clara – O Doente Terminal. Dossier Ética nos Cuidados de Saúde, *Sinais Vitais*. Coimbra: Editora Formasau, 3 (1998), 55-65.
- GONZALO, Miranda -O sentido da vida e aceitação da morte. *Brotéria*, 150 (2000), 157-174.

- HENRIQUES, Marília; Monteiro, Zélia; Ana Lúcia; – O enfermeiro e a morte - *Servir* Janeiro –Fevereiro 43, 1 (1995), 9.
- HILL, Frank – Cuidar de doentes terminais – *Nursing* – Março, 5 (1992), 18.
- LEON, Francisco; Gimenez, Mercedes; Rodrigues, Mercedes - Sobre las concepciones de la muerte - *Rol de Enfermeria*.Noviembre 14(1991), 63.
- LUCAS, Lucas – Morte cerebral e morte do homem: a recuperação da morte humana. *Brotéria*, 150 (2000), 203-222.
- MAGALHÃES, Pinto – Nós, face à morte do outro. *Cadernos de Bioética*, 12 (2002), 95-96.
- MARTÍNEZ, López ; Garcia, Gómez - Síndrome de la muerte súbita del lactante- *Rol de Enfermeria*- Outubro 22 (1999), 73.
- MARTINEZ, Marta Allué-La antropología de la muerte – *Rol de Enfermeria* – Julio-Agosto , 179 -180,16 (1993),33.
- MCCOUGHLAN, Marie- A necessidade de cuidados paliativos. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, 27 (2003) 1,6-14.
- MIRANDA, Gonzalo – O sentido da vida e a aceitação da morte, *Brotéria*, 150 (2000), 159.
- MOTA, Alfredo – Transplantação de órgãos: Actividade em Portugal e alguns aspectos históricos. *Acção Médica*, 2 (1996), 25.
- NEVES, Patrão – O que é a bioética? *Cadernos de Bioética*, 11 (1996), 23
- _____.O sentido da morte na vida dos homens. *Cadernos de Bioética*, 12,10 (1996), 17.
- NUNES, Rui – Dimensão ética da abordagem do doente terminal. *Cadernos de Bioética*, 5 (1993), 13-48.
- PACHECO, Francisco – A Morte a que chegamos – algumas reflexões éticas -*Divulgação* – Julho 23, 6 (1992), 23.

PESSINI, Leo – A Filosofia dos cuidados paliativo: uma resposta diante da obstinação terapêutica. São Paulo: *O Mundo da Saúde*, (2003), 27.

_____ A Eutanásia na visão das grandes religiões mundiais (Budismo, Islamismo, Judaísmo e Cristianismo). *O Mundo da Saúde*. S. Paulo, (1999), 317-331.

PIMENTEL, João Carlos – Que formação para as pessoas que lidam com doentes terminais. *Divulgação*, 7 (1993), 25.

PINTO, Feytor – Entre a Vida e a Morte, a Razão da Esperança - *Servir* – Janeiro-Fevereiro,39,1 (1991) ,8.

_____ O direito de Morrer – Suicídio – Greve de fome até à morte – Eutanásia – *Servir* – Janeiro / Fevereiro, 36,1 (1988), 12.

PIRES, Ana Maria Lanita – Cuidar em fim de vida – aspectos éticos. *Cadernos de Bioética*, 25 (2001), 85-91.

RAPOSO, Mário – Eutanásia, alguns problemas envolvido. *Brotéria*, 150 (2000), 267-281.

_____ O cuidar e o morrer. *Cadernos de Bioética* – Abril 31,12 (2003), 274.

RAVASI, Gianfranco – Para uma teologia da Morte, *Brotéria*, 150 (2000), 241-253.

RENAUD, Isabel – O coração e a razão no acompanhamento dos doentes terminais. *Cadernos de Bioética*, 12, 29 (2002).

RENAUD, Michel – A decisão ética: factores particularmente relevantes da problemática contemporânea. *Brotéria*, 144 (1947), 39-57.

_____ A Dignidade Humana. Reflexão Retrospectiva e Prospectiva, *Cadernos de Bioética*, 12, 23 (2000), 18.

_____ Morte e Eutanásia perante a ética filosófica. *Brotéria*, 150 (2000), 223-239.

- RODEIA, João Miguel Figueira – O enfermeiro perante o doente terminal. *Servir*, 3, 46 (1998), 15.
- SANDRIN, Luciano – Efeitos psicológicos da recusa da morte. *Brotéria*, 150 (2000), 175-184.
- SANTOS, Alexandre Laureano – O termo da vida humana. Aspectos clínicos e da organização dos cuidados de saúde. *Acção Médica*, 65 (2001), 357.
- SERRA, Vaz – Reacções Emocionais à doença grave: como lidar..., *Ed. Clínica Psiquiátrica dos H.U.C.*, Coimbra, (1991), 123.
- SERRÃO, Daniel – A morte da pessoa, *Cadernos de Bioética*, 12 (1996), 36-37.
- _____ Eutanásia e suicídio assistido: uma questão pós-moderna, *Cadernos de Bioética*, 33 (2003), 98.
- _____ O doente terminal. *Acção Médica*, (1990), 12.
- _____ O encontro: “A dignidade da pessoa no ocaso da vida”. *Brotéria*, 150 (2000), 137-140.
- _____ O processo de morrer. *Acção Médica*, 62, 3 (1998), 31-39.
- SOARES, Maria – O doente terminal: a morte anunciada. *Cadernos de Bioética*, 12, 28 (2002), 89-94.
- STEINER, Anna – Morrer. *Servir*. Maio/Junho, 29,3 (1981), 152.
- TEIXEIRA, Manuel – Humanização, *Cadernos de Bioética*, 12,33 (2003), 15.
- TEIXEIRA, Maria Margarida – O Corpo que vai morrer. *Cadernos de Bioética*, 11, 27 (2001), 129-138.
- VAZ, Ana; Campo, Paula – O impacto na família e o papel do enfermeiro – *Nursing*- Abril 176,15 (2003), 23.

3. Documentos Ético – Jurídicos

CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÈDICA – O1/10/83.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA –
Reflexão ética sobre a dignidade humana. 26 (1999), 19.

_____ *Reflexão ética sobre os direitos humanos*. Documento de trabalho.

_____ *Parecer sobre os Critérios da Morte Cerebral*. Lisboa, Vol.2 (1993-1994), 87-94.

_____ *Parecer sobre os aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o fim da vida*, 1995.

CONSELHO DA EUROPA – *Convenção Europeia para a protecção dos Direitos do Homem*, 1950.

_____ *Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina*, 1997.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA, Texto Editora,
Revisão de 1997.

LEI DE BASES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto e no Estatuto Hospitalar – Decreto Lei n.º 48357, de 27 de Abril de 1968.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA – *Código Civil Português*, Almedina, Coimbra, 2001.

_____ *Código Penal*, Almedina, 5ª edição. Coimbra, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Declaração da Ordem dos Médicos*. Decreto-Lei n.º 282/77 de 5 de Julho.

_____ *Declaração da Ordem dos Médicos*. Artigo 12 da Lei n.º 12 de 22/04/93. Diário da República: I Série – B, de 11/10/94. (Critérios de morte cerebral)

_____ *Carta dos Direitos e Deveres do Doente*. Decreto-Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto.

_____ *Código Deontológico do Enfermeiro*. Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril. Diário da República: I Série – A, nº93.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários* – Coimbra: Gráfica de Coimbra 2002.

ORDEM DOS MÉDICOS (Conselho Nacional Executivo) – Guia de Diagnóstico Morte Cerebral. *Acta Médica Portuguesa*, 11 (1998), 595-600.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, 1948.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, *Declaração dos Direitos do Doente*, 1981.

REGULAMENTO do EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS – (REPE) -1996.

UNIÃO EUROPEIA, *Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia*, 2000.

4- Documentos do Magistério

CONSELHO PONTIFÍCIO «COR UNUM» – *Algumas questões éticas relativas a enfermos em estado grave e a moribundos*. 27 de Julho de 1981 – documentos oficiais da Santa Sé, 1980-1981, n. 2.4.1.

IGREJA CATÓLICA – SAGRADA CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ – *Declaração “luta et Bona” sobre a Eutanásia*, 2.

_____ *CONCÍLIO DO VATICANO II. Consejo Pontificio de la Pastoral para los agentes Sanitarios. Carta de los agentes de la Salud*. Madrid: Ética Libros MC, 1985.

_____ *CONSTITUIÇÃO PASTORAL GAUDIUM ET SPES*, nº27.

_____ NOVO CATECISMO DA IGREJA CATÓLICA – *Tradução de Albino Mamede Cleto Gabriel Sousa*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1993.

_____ BÍBLIA SAGRADA – 2ª Edição revista sob a direcção de Herculano Alves. Lisboa/Fátima: Difusora Bíblica, 2000.

_____ JOÃO PAULO II (Papa) – *Carta Apostólica “Salvifici Doloris”* de 11 de Fevereiro de 1984.

_____ JOÃO PAULO II (Papa) – *Encíclica “Evangelium Vitae”*. Lisboa: Rei dos Livros, 25 de Maio de 1995. (Secretariado geral do Episcopado)

_____ JOÃO PAULO II (Papa) – *No respeito dos Direitos Humanos o segredo da verdadeira paz*. Mensagem para o Dia Mundial da Paz, 1 de Janeiro de 1999.

_____ PAULO VI (Papa) – *Encíclica “Humanae Vitae”*, 1968.

_____ SAGRADA CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ – *Actae Apostolicae Sedis*, 1980.

_____ SAGRADA CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ – *Declaração sobre a Eutanásia*, 5 de Maio de 1980.

5-Outros

CARDOSO, Mota – Apontamentos das aulas de mestrado de Fé e Psicoterapia. UCP -Faculdade de Teologia do Porto, 2004.

CONSELHO PONTIFICO PARA A PASTORAL DA SAÚDE – *Carta dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Paulinas, 1995.

CONVENÇÃO ORTOGRAFICA DA LINGUA MIRANDESA – Miranda do Douro / Lisboa. 1999.

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA, Direito à Dignidade Humana e Código Deontológico em Medicina. *Cadernos da FML*, Dezembro, 9 (2001).

GUIA DE DIAGNÓSTICO DE MORTE CEREBRAL – NORMAS CLÍNICAS. *Acção Médica Portuguesa*, 11 (1998), 595-600.

SEQUEIRA, José – *O sentido da vida no “Diário” de Miguel Torga*. Dissertação de Mestrado em Bioética Teológica. Universidade Católica Portuguesa: Porto, Fac. Teologia, 2004.

SERRÃO, Daniel – Os Médicos e o Processo de Morrer. Comunicação à Academia das Ciências. Texto policopiado para os alunos do Mestrado em Bioética e Ética Médica, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 1-7.

SOUSA, Paulino – *As Representações da Morte no Ensino da Enfermagem*, Dissertação de Mestrado, Porto, 1995.

VALENTE, Acácio – *Fundamentos da Humanização nos Cuidados de Saúde*. Dissertação de Mestrado. Porto, 2004.

http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/doc_doc_index_po.html/.

<http://www.cneqv.gov.pt>, Junho 2004.

<http://www.bioética.ufrgs.br/textos.htm>.

<http://www.danielserrão.com>

ÍNDICE

INTRODUÇÃO GERAL	10
-------------------------	----

Capítulo I

AS VISÕES DA MORTE	20
---------------------------	----

1. Metodologia	22
-----------------------	----

1.1. Técnica de Recolha de Dados	22
----------------------------------	----

1.2. Caracterização da Amostra	24
--------------------------------	----

2. Apresentação dos Resultados	24
---------------------------------------	----

2.1. Análise de Conteúdo	24
---------------------------------	----

2.1.1. Religião dos Alunos	25
----------------------------	----

2.1.2. Tipo de Religião	26
-------------------------	----

2.1.3. Morte de um Familiar	26
-----------------------------	----

2.1.4. Diálogo com Amigos sobre a Temática da Morte	27
---	----

2.1.5. Preocupação com a sua Própria Morte	28
--	----

2.1.6. Influência da Formação na Representação da Morte	29
---	----

2.1.7. Último Pensamento Antes da Morte	30
--	----

2.1.7.1. Alunos de Direito	30
----------------------------	----

2.1.7.2. Alunos de Enfermagem	30
-------------------------------	----

2.1.7.3. Alunos de Teologia	31
-----------------------------	----

2.1.8. Definição da Morte	32
----------------------------------	----

2.1.8.1. Opinião dos alunos de Direito	32
--	----

2.1.8.2. Opinião dos alunos de Enfermagem	32
---	----

2.1.8.3. Opinião dos alunos de Teologia	33
---	----

3. Conclusão	34
---------------------	----

Capítulo II	
VISÃO INTERDISCIPLINAR DA MORTE	38
1. Morte Humana e Morte Cerebral	42
1.1. Morte da Pessoa Humana – conceito	42
1.2. Morte Humana	44
1.3. Morte Cerebral	47
1.4. Sentido Ético da Morte	51
2. Evolução da Representação da Morte	56
2.1. A Morte e os Profissionais de Saúde	65
2.1.1. Códigos Deontológicos dos Profissionais de Saúde	71
2.2. A Morte e o Ensino da Enfermagem	75
2.3. A Morte e a Teologia	83
2.4. A Morte e o Direito	89
3. Conclusão	94
Capítulo III	
MORTE E DIGNIDADE HUMANA	97
1. O Direito a uma Morte Digna	102
2. Direitos do Doente	107
2.1. Direitos do Doente Terminal	114
3. Eutanásia – conceito	119
3.1. Abordagem Histórica	123
3.2. A Ética e a Deontologia face à Eutanásia	128
4. Cuidados Paliativos – conceito	133
4.1. Origem	136

4.2. O Doente e a Família	139
5. Conclusão	141
CONCLUSÃO GERAL	144
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
1- Obras	150
2- Revistas	156
3- Documentos Ético – Jurídicos	161
4- Documentos do Magistério	162
5- Outros	163
Anexo I – Questionário.	168

ANEXOS

Anexo I – Questionário.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DO PORTO

FACULDADE DE TEOLOGIA DO PORTO

QUESTIONÁRIO

AUTORA: CILENA DO CÉU CASTRO CANASTRA
ORIENTAÇÃO CIENTÍFICA:
PROFESSOR DOUTOR MANUEL DA SILVA RODRIGUES LINDA

PORTO
MAIO. 2003

Este questionário destina-se a um estudo para elaboração de uma tese de Mestrado em Bioética Teológica com o título: "A MORTE – UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR".

- O Questionário é constituído por questões abertas e fechadas.
- Não existem respostas certas ou erradas, o importante é o que elas traduzem na sua forma de pensar. São absolutamente confidenciais e como tal serão tratadas.
- As respostas fechadas deverão ser assinaladas com X
- As respostas abertas deverão dar a informação mais adequada à sua maneira de pensar
- Agradeço reconhecidamente a sua colaboração. Oportunamente se for do seu interesse, estarei à sua disponibilidade para a divulgação dos respectivos resultados.

1. Género: Masculino Feminino

2. Idade _____ Anos

3. Estado Civil: Casado Solteiro Divorciado União de facto

4. Naturalidade _____

5. Curso que frequenta _____ Ano do Curso _____

6. Religião: Sim Não

Se sim:

Católica Evangélica

Outra _____

7. Há mais de um ano faleceu-lhe algum familiar próximo?

Sim Não

8. Costuma falar da morte com os seus amigos?

Sim Não

9. Pensa frequentemente na sua morte?

Sim Não

10. Gosta de ir a funerais?

Sim Não

11. Não tem receio de visitar os doentes em fase terminal?

Sim Não

12. A morte é algo que o perturba?

Sim Não

13. Considera a morte como o fim de tudo ?

Sim Não

14. Pensa na maneira como gostaria de morrer?

Sim Não

15. A crença religiosa ajuda- o a encarar melhor a morte ?

Sim Não

16. Escreva o último pensamento que gostaria de ter antes de morrer.

17. Defina em duas ou três linhas o que é para si a morte.

18. Considera que a opinião que tinha sobre a morte sofreu alguma modificação durante o curso ?

Sim Não

Se respondeu SIM –Indique quais os aspectos que considere terem sido determinantes para essa mudança .

A - Factores relacionados com o curso

B - Factores externos ao curriculum do curso