

IX

A MORTE ADIADA

João Carlos Macedo

1. BENDIÇÃO OU MALDIÇÃO TECNOLÓGICA

Numa era como a que vivemos, em que a tecnologia ocupa um lugar cimeiro na sociedade e mais concretamente no âmbito da saúde, é normal ocorrerem excessos na sua utilização. Nos últimos decénios, o desenvolvimento da tecnologia em saúde foi avassalador e trouxe inúmeros benefícios para a Humanidade. Os ultra-sons, a tomografia e a ressonância magnética são alguns exemplos de inúmeras aplicações no campo da saúde humana. A utilização de técnicas e procedimentos tecnológicos é uma constante e coloca problemas éticos relevantes aos profissionais de saúde, em particular, e à sociedade, em geral. Alguém afirmou que a «tecnologia médica que é uma bênção, pode tornar-se uma maldição», traduzindo a ideia de que, em muitas circunstâncias, a utilização de certos procedimentos tecnológicos no campo da saúde não dignifica a pessoa humana mas, pelo contrário, reifica-a.

Ora, deparamo-nos neste campo com um assunto que, apesar de ser escamoteado, assume um grande relevo bioético: o prolongamento indefinido da vida humana. Julgamos que, mais do que discussão sobre a eutanásia que sobejamente transborda para as manchetes dos jornais, o acto de utilizar todos os meios tecnológicos que existem ao nosso alcance para prolongar vidas por um fio, adiando a morte, é um acto rotineiro nos nossos hospitais. Perdoem-nos a sinceridade, mas os nossos receios não estão alicerçados numa morte a pedido ou por compaixão, mas numa morte adiada, com dor e sofrimento, por não haver uma consciência de não iniciar ou interromper as intervenções invasivas com intuito curativo e substituí-las por actos de cuidar.

No livro da psicóloga Marie Hennezel, *Nós Não Nos Despedimos*, há uma passagem que é significativa sobre esta temática e que ilustra a relação pertinente entre o querer morrer e o uso da tecnologia e da terapêutica desenfreadas que adia a morte inevitável:

Penso também na mulher de 86 anos tomada por um mal-estar cardíaco na rua e que é dirigida para um serviço de reanimação. Durante vários dias impõem-lhe uma luta que ela não queria contra a morte. Literalmente supliciada, já não conseguindo falar, presa à cama, com múltiplos tubos saindo por todos os orifícios do corpo, ela não pára de lançar olhares desesperados e agita-se. Para a família que a rodeia, não há dúvida nenhuma, ela pede que lhe arranquem tudo aquilo e que a deixem morrer em paz. Teremos o direito, sob pretexto de respeitar a vida, de violentar um idoso que deseja morrer e que o manifesta claramente? (Hennezel, 2000, p. 56)

Qual a raiz e a causa de determinadas atitudes de prolongamento de vidas que estão inexoravelmente no fim? Por que razão certos profissionais de saúde não entendem que, em muitas circunstâncias, não iniciar ou interromper determinados meios nos cuidados à pessoa no fim da vida é uma atitude de respeito pela dignidade do outro e não um sinónimo de fracasso? Porque será que certas famílias exigem aos profissionais de saúde todos os esforços (im)possíveis para aumentar a precária sobrevivência dos seus entes queridos?

Julgamos que na base de todas estas atitudes está o afastamento da temática da morte em relação ao contexto comunitário e a assunção da invencibilidade da Medicina, associada a uma idolatria tecnológica.

2. A MORTE NO CONTEXTO ACTUAL

Apesar de já se falar mais sobre a morte humana nos dias de hoje do que no passado, pode dizer-se que ela constitui ainda uma temática tabu. Segundo Barros de Oliveira, «caíram todos os tabus, como o do sexo, mas a morte é hoje, mais do que nunca, proibida de se mostrar, quase como uma coisa obscena ou pornográfica» (Barros de Oliveira, 1998, p. 16).

Esta negação da morte encontra-se inerente à própria actuação de sociedade actual, pois «tecnicamente admite-se que podemos morrer e tomar providências em vida para preservar os nossos da miséria. Ver-

dadeiramente, porém, no fundo de nós mesmos, não nos sentimos mortais» (Ariès, 1989, p. 66).

O próprio sítio ou local onde se morre hoje habitualmente, tão diferente dos tempos de outrora, contribui para este sentimento de não familiaridade com a morte. A morte como acontecimento da vida passou do domínio familiar para o domínio dos técnicos de saúde. Gerações houve em que o moribundo morria em casa, despedia-se da família, resolvia os últimos compromissos em vida e todos assistiam a este acontecimento num ambiente profundamente natural. Actualmente, e desde a década de 60 do século XX, os progressos na área da reanimação e do intensivismo médico conduziram à hospitalização da morte. Em certos países, estas transformações foram tão evidentes que, hoje, dois terços dos Britânicos morrem em hospitais e 80% das mortes nos Estados Unidos da América ocorrem em variadas instituições de saúde (Nuland, 1998). Esta é uma tendência que se verifica em Portugal, onde aproximadamente 80% dos óbitos acontece em unidades hospitalares (Serrão, 1998).

Esta transformação social do local da morte conduziu a um progressivo esquecimento da mesma no contexto comunitário e, inclusive, à sua negação:

O materialismo e hedonismo reinantes não suporta que o pensamento da morte venha a perturbar um crescendo do consumo de bens e prazeres, a morte é vista como um facto unicamente biológico e não como uma realidade profundamente humana. (Barros de Oliveira, 1998, p. 17)

Ora, esta negação social da morte e, com efeitos cumulativos, os avanços tecnológicos especialmente direccionados para o suporte vital (ventiladores e terapêutica vital), o desenvolvimento das unidades de cuidados intensivos para adultos e, posteriormente, as unidades de cuidados intensivos neonatais, a amplitude das técnicas de transplante de órgãos e tecidos humanos e, mais recentemente, os desenvolvimentos da pesquisa genética, são os ingredientes que conduziram o imaginário social ao possível triunfo sobre a morte pela prática de uma obstinação terapêutica.

3. A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA

O termo obstinação terapêutica (*l'acharnement thérapeutique*) foi introduzido na linguagem da Ética europeia pelo francês Jean-Robert

Debray nos anos cinquenta do século passado e apresenta a similaridade com o termo futilidade médica (*medical futility*) que é mais utilizado nos Estados Unidos da América (Pessini, 2001).

Abel refere-se à obstinação terapêutica como termo coloquial utilizado pelos *media* e que é, embora parcialmente, o mesmo que distanásia: «prolongamento do processo do acto de morte por meio de tratamentos que apenas têm o objectivo de prolongar a vida biológica do paciente» (Abel, 2001, p. 314).

Leone refere-se à obstinação terapêutica como a «insistência no recurso a defesas médico-cirúrgicas não incidentes em medida significativa sobre o natural e irreversível percurso da doença nem sobre uma melhor qualidade de vida do paciente» (Leone, 1997, p. 61).

Ora, como já mencionámos, esta atitude é bastante frequente nas nossas unidades de saúde. Esta constatação é provada não só pela nossa experiência de prestação de cuidados em unidades hospitalares como também pela denúncia de alguns autores. Gómez Sancho (1998) refere que, num determinado hospital da Austrália, 55% dos doentes oncológicos que morreram nos dois últimos anos receberam alguma forma de quimioterapia agressiva durante o último mês de vida. Destes, 30% morreram por alguma causa relacionada com o tratamento (*sic*). Relata ainda que, em determinado hospital do estado de Massachusetts (EUA), 18% dos doentes oncológicos receberam terapêutica activa contra o cancro na fase terminal das suas vidas; em Espanha, 37% dos doentes oncológicos receberam tratamento activo contra o cancro mesmo nas fases terminais; em alguns distritos de Londres, da totalidade das pessoas que morre de cancro, 18% encontravam-se em estudo ou tratamento activo quando da sua morte. O mesmo autor refere ainda um outro estudo em que questionaram 40 médicos sobre o tratamento de doentes incuráveis com cancro da cabeça e pescoço; 75% estimava que a percentagem de cura seria inferior a 20% e, no entanto, eram relutantes em retirar tratamentos activos apesar de terem consciência que alguns dos doentes não teriam mais que um ano de vida. Gómez Sancho ainda apontou um outro estudo em que refere que 85% dos oncologistas americanos e 40% dos canadianos utilizam a quimioterapia com o objectivo de cura, mesmo tendo a certeza de que a possibilidade de cura é inferior a 10%.

Com a atitude de prolongar a vida verifica-se nos actos médicos um afincamento terapêutico que apresenta duas facetas: insistência e inutilidade. Constata-se a insistência em medidas médico-cirúrgicas que são de todo inúteis para a pessoa doente e, porventura, poderão acarretar mais dor e sofrimento. Por outro lado, o acto de recusar o uso de terapêuticas que

não irão alterar o curso natural da doença ou melhorar a qualidade de vida da pessoa não significa abandonar a pessoa em estado terminal; esse acto é sinónimo de uma «recusa de prolongar demasiado e com meios exagerados a agonia, uma recusa de atormentar o paciente com meios que não incidem significativamente no seu bem-estar mínimo e aceitável, uma recusa de praticar terapias ousadas com probabilidades mínimas de sucesso» (Leone, 1997, p. 61).

4. ENTRE A MORTE E A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA

Há uma relação muito próxima entre a finitude da pessoa humana e a atitude dos profissionais de saúde ao prolongar o processo de morte. A primeira aproximação é, sem dúvida, a formação, isto é, o profissional de saúde é formado com o objectivo de buscar incessantemente tudo o que pode salvar uma pessoa. Por outro lado, e como já aludimos, há uma séria incapacidade para lidar com a morte do outro.

Abel (2001) apresenta três factores causais da atitude de obstinação terapêutica:

- Convicção médica de que a vida biológica é um bem pelo qual se deve lutar sempre;
- Ignorância ou desprezo pelo direito do doente em recusar o início ou continuação de tratamentos inúteis;
- Angústia médica em relação ao insucesso da terapêutica e dificuldade em aceitar a morte.

Um outro factor a apontar é, sem dúvida, a possibilidade da família desencadear um processo judicial por negligência. Com este receio, o clínico e os profissionais de saúde em geral optam por iniciar todas as terapêuticas possíveis mesmo que desproporcionais numa clara prática de Medicina defensiva, em clara ruptura com o plasmado na deontologia profissional.

O *Código Deontológico dos Médicos* aponta no artigo 49º o dever de abstenção terapêutica sem esperança:

Em caso de doença comportando prognóstico seguramente infausto a muito curto prazo, deve o médico evitar a obstinação terapêutica sem esperança, podendo limitar a sua intervenção à assistência moral ao doente e à prescrição ao mesmo de tratamento capaz de o poupar a sofrimento inútil, no respeito do seu direito a uma morte digna, e conferente com a sua condição de ser humano (Pina, 1998, p. 69).

Também o *Código Deontológico dos Enfermeiros* aponta para uma clara censura da prática do prolongamento inútil da vida da pessoa, assim o afirma o artigo 82.º sobre os deveres à vida e à qualidade de vida:

O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de:

- a) atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;
- b) respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa;
- c) participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;
- d) recusar participar em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano e degradante.

Coloca-se então a questão: que linhas éticas terão de ser observadas com o objectivo de evitar actos de obstinação terapêutica?

5. A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA E OS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

Para um melhor aprofundamento e fundamentação teórica, analisamos a atitude de obstinação terapêutica sob o ponto de vista dos quatro princípios de Beauchamp e Childress (1999): autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O modelo destes autores é um dos mais divulgados do mundo bioético e tem uma expressão larga no campo da prática clínica (Neves, 1996).

5.1 Autonomia

Beauchamp e Childress apontam a autonomia pessoal como a regulação pessoal do próprio, livre, sem interferências externas e sem limitações pessoais. Importa realçar que há neste princípio dois aspectos a atender: «O reconhecimento da capacidade comum a todas as pessoas de tomar as suas próprias decisões baseadas nos seus valores pessoais e crenças ... a promoção efectiva das condições que favorecem o exercício da autonomia» (Neves, 1996, p. 30).

Na obstinação terapêutica constata-se o desrespeito pela autonomia pessoal e o enveredamento pelo paternalismo, isto é, o profissional de saúde substitui o doente na definição do melhor bem.

Não consultando a pessoa doente, não obtendo o seu consentimento, o profissional de saúde parte do princípio que está a fazer o melhor bem, enveredando por terapêuticas ineficazes, inúteis, desproporcionadas, defendendo a probabilidade de sobrevivência da vida biológica a qualquer custo.

5.2 Não maleficência

O princípio da não maleficência implica, simplesmente, abster-se de realizar intencionalmente acções que possam causar dano.

O princípio da não maleficência não obriga a prolongar a vida biológica, nem a iniciar ou manter um tratamento, sem ter em conta a dor, o sofrimento e o incómodo para o doente. Nesta linha, registamos que a atitude de encarniçamento terapêutico conduz em muitos casos a danos físicos e, até, morais, numa clara não observância da máxima *primo non nocere*.

5.3 Beneficência

O princípio da beneficência obriga moralmente a actuar em benefício de outrem. Alguns autores referem-se em relação a este princípio à ponderação entre benefícios e danos, numa clara indicação da proporcionalidade terapêutica (Cabral, 2000). Neste particular, o profissional de saúde ao lançar mãos de tratamentos ou terapêuticas desproporcionadas não actua de forma benéfica em prol da pessoa doente. O prolongamento da vida à custa de terapêuticas invasivas e dolorosas é uma actuação que não se pauta pela promoção positiva do bem. Muitas são as circunstâncias que nos indicam que fazer o bem é desistir de tratamentos desproporcionados, inglórios e enveredar por cuidados verdadeiramente humanos e obrigatórios à pessoa que está em fase terminal.

5.4 Justiça

Beauchamp e Childress referem-se à justiça distributiva como distribuição igual, equitativa e apropriada na sociedade, determinada por normas

justificadas que estruturam a cooperação social. Cabral questiona pertinentemente:

Tendo em conta a limitação ou escassez de recursos disponíveis, como distribuí-los justamente? ... Dispondo de poucas unidades de cuidados intensivos, a que doentes ou sinistrados atribuí-los, negando-se a outros? Será de manter nelas doentes terminais irrecuperáveis, quando há acidentados com grandes possibilidades de nelas se salvarem? (Cabral, 2000, pp. 265-266)

Nesta perspectiva, torna-se de imediato evidente que a atitude de obstinação terapêutica é um desperdício de recursos humanos e materiais que poderiam ser úteis e altamente benéficos em pessoas com possibilidades de recuperação do seu estado mórbido. É, em termos económicos, o esbanjamento de recursos de saúde que a sociedade tem ao dispor para melhorar a qualidade de vida comunitária e não para prolongar a vida biológica *per se*, conjugando dor e sofrimento.

6. HUMANIZAR O FIM DA VIDA: CONTRIBUTO ÉTICO

Quando o prognóstico é reservado, as perspectivas de cura são quase nulas e a morte está iminente. Teremos que perguntar que objectivos temos de alcançar para promover a dignidade da pessoa em fase terminal. A questão assume particular pertinência na prática clínica em que há várias interrogações na mente dos profissionais, como as seguintes: iniciar ou não iniciar determinada terapêutica ou tratamento? Suspender ou não determinado tratamento ou terapêutica?

Leone afirma que «hoje, portanto, podemos afirmar como critério ético geral que cada um é obrigado a utilizar meios proporcionados à sua situação particular, podendo deixar de lado, com serenidade de consciência, aqueles que parecem desproporcionados» (Leone, 1997, p. 62). A proporcionalidade dos meios de tratamento assume-se como ponto importante a ter em conta na avaliação ética da terapêutica ou tratamento a instituir. A proporcionalidade dos meios coloca a ênfase no resultado terapêutico previsível que se poderá obter (Fasanella, Silvestri e Sgreccia, 2001).

No doente que se encontra na fase terminal, só a utilização dos meios proporcionais, isto é, meios que não prolonguem a agonia, é uma atitude correcta. No que concerne à suspensão de determinados meios,

também «pode renunciar-se com a consciência tranquila a uma terapia, quando a intervenção é de ineficácia comprovada ou não é eficaz e aumenta o sofrimento, ou há uma grandíssima desproporção entre os custos humanos e os benefícios alcançáveis» (Fasanella, Silvestri e Sgreccia, 2001, p. 1074).

Nesta linha de pensamento, a própria Igreja Católica aponta também linhas de conduta ao afirmar no seu *Catecismo*: «A cessação de tratamentos médicos onerosos, perigosos, extraordinários ou desproporcionados aos resultados esperados pode ser legítima» (Igreja Católica, 2000, p. 558).

Também a Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé declarou a propósito da Eutanásia, a 5 de Maio de 1980:

É também permitido interromper a aplicação de tais meios quando os resultados não correspondem às esperanças neles depositados ... se as técnicas postas em acção impõem ao paciente sofrimento ou contrariedade sem proporção com os benefícios que delas podem receber. Na iminência de uma morte inevitável, apesar dos meios usados, é lícito, em consciência, tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida.

Josen, Siegler e Winstlade (1998) afirmam a este propósito que um tratamento médico é eticamente obrigatório até ao limite em que é provável que proporcione benefícios superiores à sobrecarga para o doente.

A proporcionalidade dos meios será, então, o parâmetro ético a adoptar para não entrar num investimento desumano e degradante da pessoa em fase terminal. Como, por conseguinte, considerar um meio desproporcionado? Apesar de não haver consenso sobre esta matéria, há alguns indicadores que poderão ajudar os profissionais de saúde. Leone (1996), referindo-se a Cronin (1954), apresenta alguns desses indicadores que, no seu conjunto, poderão delinear uma terapia desproporcionada:

- Agravamento da saúde se o tratamento que é proposto piora o nível de saúde da pessoa.
- Grande esforço ou meios excessivamente cansativos quando os meios a empregar exigem grande sacrifício e o resultado é baixo ou quase nulo.
- Dor excessiva quando se atingem níveis que transformam o benefício terapêutico num verdadeiro dano para a existência do paciente, sendo necessário reconsiderar a utilidade dos tratamentos.

- Embora os custos excessivos não sejam um critério de exclusão, é de considerar a proporcionalidade dos meios na utilização de técnicas ou tratamentos onerosos que não atingem objectivos de eficácia para a pessoa.
- Não se está moralmente obrigado a utilizar todos os meios, mesmo os mais sofisticados, se os resultados esperados são baixos e existem várias dificuldades para a sua implementação.

Contudo, tomar a decisão de não iniciar ou interromper determinada terapêutica ou tratamento não é sinónimo de abandonar o doente em fase terminal. Como afirma o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, «é eticamente inaceitável que o doente terminal hospitalizado seja isolado e abandonado até que ocorra a morte na mais completa solidão» (CNECV, 1995, p. 5). Apesar de a atitude de obstinação terapêutica estar ligada a uma fuga à ideia da morte humana e à crença no poder da tecnologia médica, a não adesão a estas atitudes deverá conduzir os profissionais de saúde a um maior investimento na sua prática cuidativa, em detrimento da prática curativa.

Para uma humanização das práticas de cuidar, haverá que implementar políticas de prestação de cuidados de acompanhamento denominados cuidados paliativos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o cuidado paliativo é o cuidado global e activo dos pacientes cuja doença não responde a um tratamento curativo em que é essencial o controlo da dor e de outros sintomas, atender aos problemas psicológicos, sociais e espirituais e alcançar a melhor qualidade de vida do paciente e família (Imedio e Medel, 2004). Os objectivos dos cuidados paliativos propostos pela Organização Mundial de Saúde são linhas éticas orientadoras que assumem a morte como acontecimento natural e promovem a dignidade da pessoa em fase terminal (Astudillo, Mendinueta e Astudillo, 2002). Os objectivos são, em resumo, os seguintes:

- Reafirmar a importância da vida, considerando a morte como um processo normal.
- Estabelecer um processo que não acelera a chegada da morte nem tão pouco a atrasa.
- Proporcionar alívio da dor e de outros sintomas angustiantes.
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais do tratamento do doente.
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar os doentes a levar a vida mais activa possível até que morra.

- Oferecer um sistema de apoio à família para que possa enfrentar a doença do paciente e ultrapassar o período de luto.

A procura de uma proporcionalidade dos meios, em primeira linha, e o cuidado global (em que os cuidados paliativos são um exemplo paradigmático) à pessoa que se encontra próxima da morte constituem um ponto de referência ética para o profissional de saúde respeitar a dignidade intrínseca do homem que ao seu lado está a morrer.

7. IN FINE

Verificamos actualmente uma negação da morte. Como afirma Osswald, «a civilização moderna, se não pode recusar a realidade da morte, oculta-a, suprime-a do seu ideário e imaginário, lança sobre ela o tabu de um quase obscuro acontecimento» (Osswald, 1999, p. 32).

Esta atitude social, em conjugação com a formação dos profissionais de saúde orientada para a cura de todas as maleitas, para a idolatria da técnica e para a invencibilidade da Medicina perante a morte, conduz a um tecnicismo feroz e a um afino terapêutico à mais comum obstinação terapêutica. Outros factores contribuem para esta situação, nomeadamente o pedido dos familiares para que se tente tudo o que é possível e o receio de processos legais *a posteriori*.

É necessário entender-se que a vida é um valor fundamental mas não absoluto. A vida pode ser protegida mas não prolongada a qualquer custo. É também imprescindível perceber-se que há limites do corpo humano e limites das ciência e das técnicas que se ocupam dele. Deve ser o próprio profissional de saúde e, em especial, o médico a consciencializar-se que a sua actuação tem limites e que «a Medicina atinge o seu limite quando tudo aquilo que oferece não passa de um prolongar de uma função que o doente entende ser mais um mero adiamento da morte do que um impulso para viver» (Ventafriidda, 2001, p. 1107).

A avaliação da proporcionalidade do meio terapêutico a utilizar no doente em fase terminal é imprescindível para não se cair na obstinação terapêutica. É imprescindível, contudo, uma humanização do fim de vida, e isso passa inexoravelmente por «colocar o doente no centro do sistema e das atenções, acolher, informar, encaminhar a pessoa doente, que nunca é um caso ou um rótulo» (Osswald, 2000, p. 44). Esta colocação no centro vem ao encontro da necessidade de implementar os cuidados paliativos fundamentais para se respeitar a dignidade da pessoa no fim

de vida. Na realidade, aceitar a morte conduzirá ao acompanhamento da pessoa e não à continuação de técnicas e tratamentos infrutíferos que poderão aumentar ainda mais a dor e o sofrimento.

Defender a dignidade do doente em fase terminal passa pela observância da *Carta dos Direitos do Doente Terminal* (Gafó, 1996):

1. Tenho direito a ser tratado como uma pessoa humana até ao fim da vida.
2. Tenho direito a manter um sentimento de esperança, qualquer que seja a alteração que me sobrevenha.
3. Tenho direito a ser cuidado por pessoas capazes de manter esse sentimento de esperança perante qualquer mudança que me aconteça.
4. Tenho direito a expressar à minha maneira os meus sentimentos e emoções perante a minha própria morte.
5. Tenho direito a participar nas decisões que afectam os cuidados que me vão prestar.
6. Tenho direito a receber a atenção da equipa médica e de enfermagem, mesmo que seja evidente que não me vou curar.
7. Tenho direito a não morrer só.
8. Tenho direito a não ter dor.
9. Tenho direito a que respondam honestamente às minhas perguntas.
10. Tenho direito a não ser enganado.
11. Tenho direito a receber a ajuda da minha família para aceitar a minha morte e a minha família tem o direito a receber ajuda para aceitar a minha morte.
12. Tenho direito a morrer em paz e com dignidade.
13. Tenho 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.
14. Tenho direito a discutir e a partilhar as minhas vivências religiosas, mesmo que sejam diferentes das dos outros.
15. Tenho direito a esperar que se respeite a dignidade do meu corpo depois da minha morte.
16. Tenho direito a ser cuidado por pessoas compassivas e sensíveis, competentes na sua profissão, que se esforcem por compreender as minhas necessidades e que encontrem satisfação pessoal ao prestar-me ajuda quando forem confrontadas com a minha morte.

REFERÊNCIAS

- ABEL, Francisco (2001). «Distanásia», in *Dicionário de Bioética*. Vila Nova de Gaia: Perpétuo Socorro, pp. 314-317.
- ARIES, Philippe (1989). *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. Lisboa: Teorema.
- ASTUDILLO, Wilson; MENDINUETA, Carmen; e ASTUDILLO, Edgar (2002). *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Pamplona: EUNSA.
- ATTARD, Mark V. (2001). «Acompanhamento na Agonia», in *Dicionário de Bioética*. Vila Nova de Gaia: Perpétuo Socorro, pp. 5-9.
- BAYÉS, Ramón (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- BEAUCHAMP, Tom L., e CHILDRESS, James F. (1999). *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson.
- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (1995). *Parcer sobre os Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde Relacionados com o Final da Vida*. (Ver <http://www.cneqv.gov.pt>)
- ELIZARI, Francisco J. (1996). *Questões de Bioética*. Porto: Perpétuo Socorro.
- FASANELLA, G.; SILVESTRI, N.; e SGRECCIA, E. (2001). «Abstenção Terapêutica», in *Dicionário de Bioética*. Vila Nova de Gaia: Perpétuo Socorro, pp. 3-5.
- FASANELLA, G.; SILVESTRI, N.; e SGRECCIA, E. (2001). «Terapia Intensiva», in *Dicionário de Bioética*. Vila Nova de Gaia: Perpétuo Socorro, pp. 1071-1075.
- GAFÓ, Javier (1996). *10 Palavras-Chave em Bioética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- GÓMEZ SANCHE, Marcos (1998). *Medicina Paliativa. La respuesta a una necesidad*. Madrid: Arán Ediciones.
- GONZALEZ BARÓN, M., e MUÑOZ SANCHEZ, J. D. (1996). «Aspectos éticos de la fase terminal III: Preservación de la dignidad. El respeto a la debilidad», in *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 1243-1255.
- HENNEZEL, Marie de (2000). *Nous ne nous sommes pas dit au revoir*. Paris: Robert Laffont.
- IGREJA CATÓLICA (2000). *Catecismo da Igreja Católica*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- IMEDIO, Eulália L.; e MEDEL, José Maria L. (2004). «Filosofia de los Cuidados Paliativos», in Azucena Couceiro, ed., *Ética en Cuidados Paliativos*. Madrid: Tricastela, pp. 19-30.

- JOSEN, Albert R.; SIEGLER, Mark; e WINSLADE, William J. (1998). *Clinical Ethics*. New York: McGrawHill.
- LEONE, Salvino (1997). «O doente terminal como problema bioético», in *Ética da Vida, Vitalidade da Ética*. Porto: Gabinete de Investigação de Bioética da Universidade Católica Portuguesa, pp. 57-68.
- NULAN, Sherwin (1997). *Como Morrimos*. Madrid: Alianza.
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; e GONÇALVES, Rogério (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OLIVEIRA, J. H. Barros (1998). *Viver a Morte: Abordagem Antropológica e Psicológica*. Coimbra: Almeida.
- OSSWALD, Walter (1999). «O Encontro com o Outro no Fim da Vida». *Cadernos de Bioética*, 21, pp. 37-40.
- OSSWALD, Walter (2000). «A Relação Enfermeiro-Doente e a Humanização dos Cuidados de Saúde». *Cadernos de Bioética*, 43, pp. 41-45.
- OSSWALD, Walter (2001). «Progresso da ciência-Sentido e limites», in Luís Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald e Michel Renaud, eds., *Novos Desafios à Bioética*. Porto: Porto Editora, pp. 9-12.
- PESSINI, Leo (2001). *Distanásia: Até Quando Prolongar a Vida?* São Paulo: Editora Centro Universitário São Camilo/Loyola.
- PINA, J. A. Esperança (1998). *A Responsabilidade dos Médicos*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- SERRÃO, Daniel (1998). «Ética das Atitudes Médicas em Relação com o Processo de Morrer», in Daniel Serrão e Rui Nunes, eds., *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, pp. 83-92.
- VENTAFRIDA, Vitorino (2001). «Tratamentos Paliativos», in *Dicionário de Bioética*. Vila Nova de Gaia: Perpétuo Socorro, pp. 1105-1107.