



PARECER CJ 043/2020

Sobre: Pedido de Parecer sobre alimentação a pessoas em fim de vida e colocação de contenção física

Solicitado por: Digníssima Bastonária na sequência de pedido de membro devidamente identificado.

I – Exposição do membro

“(…) venho por este meio solicitar que me seja concedido parecer sobre uma situação que com que me deparei no âmbito da minha prática profissional, (…).

No serviço onde exerço funções é prática recorrente que os médicos prescrevam a colocação de sonda nasogástrica para alimentação a doentes em fim de vida, ainda que isso implique a colocação de contenções físicas, situação com a qual discordo e que contraria as boas práticas de Cuidados Paliativos, área em que sou pós-graduada. É então comum que as últimas horas dos doentes sejam passadas com contenções físicas. Mais recentemente, esta prática assumiu proporções ainda mais graves. Tratava-se de uma cliente de 92 anos, acamada, com demência, comunicativa, mas confusa e hostil à abordagem (agredindo com beliscões quem lhe prestasse cuidados), caquética (teria aproximadamente 30 quilos) e que, de acordo com o marido de 88 anos com o qual residia sozinha por não terem filhos, nos últimos dois meses ingeria apenas um iogurte em alguns dias. Foi internada pela Medicina Geral e Familiar para hidratação e colocação de Sonda Nasogástrica para alimentação. No Serviço de Urgência no dia anterior tinham sido feitas várias tentativas de entubação, sem sucesso, com regurgitação recorrente da sonda e traumatismo associado, com necessidade de aspiração de secreções hematopurulentas em abundante quantidade. A Sra. deu entrada no internamento com contenções nos membros superiores, que retirei de imediato, e hipodermóclise com Soro Fisiológico 1500cc/dia em curso. Feita tentativa de alimentação por via oral com iogurte, mas a senhora não degluti e expelia esse alimento. Dado conhecimento ao médico assistente, que referiu que se tratava de uma fase final de vida, pelo que não seriam tomadas outras medidas. Informei a sobrinha da situação e expliquei a desproporcionalidade da alimentação artificial em contexto de final de vida e o risco que acarretaria uma nova tentativa de entubação.

No dia seguinte o mesmo médico prescreveu entubação nasogástrica para alimentação, referindo que discutiu o caso com a Medicina Interna e que foi a solução proposta e a solução pretendida pelo marido. Informei o médico de que me recusava a cumprir a prescrição, uma vez que se tratava de uma cliente caquética, com fragilidade física, cuja entubação implicaria a colocação de contenções nos membros superiores (uma vez que se extubaria de imediato), o que seria completamente avesso às boas práticas de Cuidados Paliativos e constituiria um risco para a integridade física da mesma tendo em conta o avançado de caquexia, além de que, na minha perspetiva se tratava de um atentado à dignidade da senhora e que o Código Deontológico que rege a Enfermagem me impede de participar em atos de tortura. Acrescentei ainda



que das tentativas do dia anterior já tinha resultado traumatismo e que tal constituía um risco acrescido para o procedimento, pelo que não era uma prática segura.

De salientar que a senhora apresentava claros sinais de que se encontrava nos últimos dias e horas de vida, com acentuada cianose periférica, sendo a entubação uma medida claramente desproporcionada e causadora apenas de sofrimento.

O médico manteve a sua posição, referindo que a entubação era o desejo da família e uma prescrição médica, pelo que deveria ser cumprida e seguida da colocação de contenções nos membros superiores. Continuei a recusar, pelo que o mesmo fez queixa junto da chefia, referindo que me recusava a cumprir não só uma prescrição médica como a vontade da família. Acrescentou ainda que mesmo que não fosse bem-sucedida seria uma forma de “nos protegermos” da família. A chefia embora reconhecesse que eu me encontrava certa, deu indicação para ser cumprida a prescrição no sentido de evitar conflitos. A prescrição foi cumprida por um colega, com o mesmo resultado do dia anterior: regurgitamento da sonda, sofrimento para a senhora e traumatismo. A senhora veio a falecer menos de 12 horas depois.

Gostaria, portanto, de solicitar um parecer por parte da Ordem dos Enfermeiros em relação à situação exposta e também à obrigação de cumprir prescrições médicas que considero que colocam em causa a segurança e integridade física do doente e a sua dignidade. Solicito ainda parecer no que concerne à colocação de contenções físicas para permitir a alimentação por sonda nasogástrica.”

Face ao exposto, compete à Ordem dos Enfermeiros, ter em consideração se existe alguma obrigação em cumprir prescrições médicas que possam eventualmente colocar em causa a dignidade, a segurança e a integridade física da pessoa, nos casos em que não esteja comprovada a sua indispensabilidade. Importa ainda refletir, no sentido de compreender se a prescrição médica em causa representa a melhor solução terapêutica para o contexto clínico daquela pessoa em particular.

II – Conceitos

Para efeitos do presente parecer, entende-se por:

- a) “«Cuidados paliativos» - cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais;
- b) «Obstinação diagnóstica e terapêutica» - procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desproporcionados e fúteis, no contexto global de cada doente, sem que daí advenha qualquer benefício para o mesmo, e que podem, por si próprios, causar sofrimento acrescido;
- c) «Família» - pessoa ou pessoas designadas pelo doente ou, em caso de menores ou pessoas sem



- capacidade de decisão, pelo seu representante legal, com quem o doente tem uma relação próxima, podendo ter ou não laços de parentesco com o doente;
- d) «Integração de cuidados» - conjugação das intervenções de saúde e de apoio psicossocial e espiritual, assente numa avaliação e planeamento de intervenção conjuntos;
- e) «Multidisciplinaridade» - complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais;
- f) «Interdisciplinaridade» - definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados;
- g) «Dependência» - situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença incurável e ou grave em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.”¹
- h) “«Prognóstico vital breve» - À pessoa em situação de últimos dias de vida, é assegurado o direito à recusa alimentar ou à prestação de determinados cuidados de higiene pessoal, respeitando, assim, o processo natural e fisiológico da sua condição clínica.”²
- i) “«Consentimento informado»:
1. As pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm direito a dar o seu consentimento, contemporâneo ou antecipado, para as intervenções clínicas de que sejam alvo, desde que previamente informadas e esclarecidas pelo médico responsável e pela equipa multidisciplinar que a acompanham;
 2. As pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, desde que devidamente informadas sobre as consequências previsíveis dessa opção pelo médico responsável e pela equipa multidisciplinar que as acompanham, têm direito a recusar, nos termos da lei, o suporte artificial das funções vitais e a recusar a prestação de tratamentos não proporcionais nem adequados ao seu estado clínico e tratamentos, de qualquer natureza, que não visem exclusivamente a diminuição do sofrimento e a manutenção do conforto do doente, ou que prolonguem ou agravem esse sofrimento.”³

III – Fundamentação

Para a elaboração do presente parecer, foram tidos em consideração, para além do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro; o Regulamento do Exercício Profissional do

¹ Cf. Base II da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.

² Artigo 8.º, n.º 3 da Lei n.º 31/2018, de 18 de julho - Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida.

³ Artigo 5.º da Lei n.º 31/2018, de 18 de julho - Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida.



Enfermeiro (REPE)⁴; a Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos; a Lei n.º 31/2018, de 18 de julho, que diz respeito a Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, onde se estabelecem direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, consagrando o direito a não sofrerem de forma mantida, disruptiva e desproporcionada; e a Lei n.º 25/2012 - Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16, que regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde.

1. A Ordem dos Enfermeiros (OE) *“é a associação pública profissional representativa dos que, em conformidade com o seu Estatuto e as demais disposições legais aplicáveis, exercem a profissão de enfermeiro.”*⁵, pelo que incumbe à OE representar e regular em exclusivo a profissão;
2. A OE tem como desígnio fundamental a *“defesa dos interesses gerais dos destinatários dos serviços de Enfermagem e a representação e defesa dos interesses da profissão”*⁶. Por esta razão, enquanto entidade reguladora, compete cuidar para que a defesa estrita dos cuidados aos cidadãos não comprometa a profissão, a dignidade da pessoa e a segurança dos cuidados;
3. O Conselho Jurisdiccional, enquanto supremo órgão da Ordem⁷, é o órgão competente para emitir parecer sobre o exercício profissional e deontológico⁸; de onde decorre a apreciação da interpretação que é devida na aplicação dos normativos estatutários e regulamentares, que regem a atuação da OE, através dos seus órgãos;
4. Os membros efetivos da OE estão obrigados a:
 - a. *“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem;*
 - b. *Cumprir as obrigações emergentes do Estatuto, do código deontológico e demais legislação aplicável;*
 - c. *Comunicar os factos de que tenham conhecimento e possam comprometer a dignidade da profissão, ou a saúde dos indivíduos, ou sejam susceptíveis de violar as normas legais do exercício da profissão;*⁹;
5. O enfermeiro orienta a sua atividade baseado pelo princípio da excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais¹⁰;
6. Constituem direitos dos membros efetivos da OE, *“Usufruir de condições de trabalho que garantam*

⁴ Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril.

⁵ Artigo 1.º, n.º 1 do EOE, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro.

⁶ Artigo 3.º, n.º 1 do EOE.

⁷ Artigo 31.º, n.º 1 do EOE.

⁸ Artigo 32.º, n.º 1, alínea h) do EOE.

⁹ Artigo 97.º, n.º 1, alíneas a), i) e j) do EOE, respetivamente.

¹⁰ Artigo 99.º, n.º 3, alínea c) do EOE.



- o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito dos cidadãos a cuidados de enfermagem de qualidade;¹¹;
7. O enfermeiro, nos termos do artigo 96.º, n.º 1, alínea a) do EOE, tem o direito de “exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações, a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da Enfermagem”;
 8. “O título de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais.”¹²;
 9. Relativamente aos deveres deontológicos em geral, o enfermeiro assume o dever de “Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”, bem como “Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional”¹³;
 10. A responsabilidade do enfermeiro justifica-se pela autonomia para decidir a sua intervenção e ser responsabilizado pela mesma, no melhor interesse do destinatário dos seus cuidados, aplicando os seus conhecimentos científicos e técnicos, sustentados por regras e princípios gerais de boas práticas. É através da autonomia profissional e da capacidade em decidir o que fazer em cada momento, que o direito da pessoa a cuidados seguros e de qualidade é assegurado pelo enfermeiro¹⁴;
 11. A OE tem como atribuição “assegurar o cumprimento das regras de deontologia profissional”¹⁵ pelo que, quando o enfermeiro cumpre a prescrição de um profissional habilitado para o efeito está a procurar prestar os melhores cuidados ao cidadão;
 12. De acordo com o REPE:
 - a. “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”¹⁶;
 - b. “Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.”¹⁷;
 - c. “Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo

¹¹ Artigo 96.º, n.º 2, alínea c) do EOE.

¹² Artigo 8.º, n.º 1 do EOE.

¹³ Artigo 100.º, alíneas b) e c) do EOE, respetivamente.

¹⁴ Parecer CJ 251/2010.

¹⁵ Artigo 3.º, n.º 3, alínea b) do EOE.

¹⁶ Artigo 4.º, n.º 1 do REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril).

¹⁷ Artigo 4.º, n.º 2 do REPE.



enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.¹⁸” sendo que a prescrição de intervenções interdependentes pressupõe a assunção de responsabilidades ao nível do conteúdo funcional de cada interveniente do processo, designadamente, quem prescreve e quem executa;

- d. As intervenções de Enfermagem são autónomas e interdependentes, considerando-se interdependentes “... as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.”¹⁹;
- e. Em conformidade com o artigo 8.º, n.º 3, “os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”;
13. No respeito pelo direito da pessoa a cuidados seguros e na procura da excelência do exercício, o enfermeiro deve, nos termos do artigo 109.º, alíneas b), c) e d), do EOE, respetivamente, “procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas”; “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos...” e “assegurar por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia...”;
14. O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de “Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias”; e ainda “Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa”²⁰;
15. Concomitantemente, “o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” e ainda, “Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante”²¹;
16. Ainda no que concerne o direito da pessoa à integridade física, prescreve a Constituição da República Portuguesa que “A integridade moral e física das pessoas é inviolável” e ainda defende que “Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos.”²²
17. Toda a intervenção interdependente carece de análise e validação da prescrição médica pelo enfermeiro, pelo que a execução de qualquer intervenção deve ser feita segundo a *legis artis*,

¹⁸ Artigo 4.º, n.º 4 do REPE.

¹⁹ Artigo 9.º, n.º 3 do REPE.

²⁰ Artigo 103.º, alíneas a) e b) do EOE, respetivamente.

²¹ Artigo 103.º, alíneas c) e d) do EOE, respetivamente.

²² Artigo 25.º, n.º 1 e 2, da Constituição da República Portuguesa, respetivamente.



- onde se inclui a vigilância de sinais e sintomas que daí possam advir. A tomada de decisão pela execução de uma intervenção baseia-se obrigatoriamente em conhecimentos científicos, devidamente consolidados pela experiência do exercício prático;
18. Os enfermeiros assumem como princípios orientadores *“A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade”*, esperando-se que o enfermeiro detenha um conjunto de conhecimentos científicos, técnicos e humanos que lhe permitam uma prestação de cuidados de excelência, onde se inclui a relação com os restantes profissionais da equipa multidisciplinar, em estrito *“respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados”*²³.
 19. Perante uma prática que, eventualmente, possa colocar em risco a dignidade da pessoa, o enfermeiro, no exercício da sua responsabilidade profissional, deverá desenvolver esforços com o objetivo de melhorar a segurança da pessoa e deve abster-se de colaborar em práticas inseguras ou indignas, registando o facto e comunicando pelas vias hierárquicas o sucedido;
 20. Os enfermeiros devem *“Manter no desempenho das suas atividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão”* e ainda, enquanto integrantes da equipa de saúde, assumem o dever de *“Proceder com correção e urbanidade, abstendo-se de qualquer crítica pessoal ou alusão depreciativa a colegas ou a outros profissionais”*²⁴. Acrescem ainda, a estes ditames, os deveres para com outras profissões, nomeadamente *“Atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma”*; *“Trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde”*; para além de *“Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”*²⁵;
 21. Do estatuído extrai-se que a complementaridade com outras profissões da saúde é um dever, na procura da melhor resposta às necessidades individuais das pessoas, alvo dos cuidados de saúde. Todavia, com a mesma dignidade, o enfermeiro deve ser respeitado na sua autonomia profissional e individual;
 22. A Lei n.º 31/2018, de 18 de julho - Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, fixa os direitos e deveres dos doentes e famílias e consagra o direito da pessoa a *“(…) participar ativamente no seu plano terapêutico, explicitando as medidas que desejam receber, mediante consentimento informado, podendo recusar tratamentos nos termos previstos na presente lei, sem prejuízo das competências dos profissionais de saúde”* bem como *“(…) receber tratamento rigoroso dos seus sintomas, e nos casos em que seja evidente um estado confusional*

²³ Artigo 99.º, n.º 3, do EOE.

²⁴ Artigo 111.º, alíneas a) e c) do EOE, respetivamente.

²⁵ Cf. Artigo 112.º do EOE.



agudo ou a agudização de um estado prévio, à contenção química dos mesmos através do uso dos fármacos apropriados para o efeito, mediante prescrição médica”²⁶;

23. O enfermeiro, ao acompanhar a pessoa em fim de vida, assume o dever de “Defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida”; assim como “Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas”²⁷;
24. Na sua Base VIII, a Lei n.º 52/2012 determina que cabe ao Ministério da Saúde assegurar a prestação de cuidados paliativos através de uma rede pública, no âmbito do SNS - a Rede Nacional de Cuidados Paliativos - a qual tem como objetivo global a prestação de cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva;
25. Os cuidados paliativos representam um aspeto crucial, pois a preferência das pessoas em situação de fim de vida ou com doenças terminais, por vezes, é pouco considerada pelos profissionais de saúde;
26. A respeito deste raciocínio, o exercício atual da autonomia tem um caráter central para as boas práticas de cuidados paliativos, uma vez que o processo decisório é melhor quando parte dos interesses da pessoa nesta fase da vida. Contudo, este caráter pode perder a sua relevância, quando não houver tempo ou condições para apreciar os anseios da pessoa. Assim, numa harmonia entre os mais amplos objetivos da saúde, os cuidados paliativos predominam, isto é, o *primum non nocere*, ou princípio de não maleficência, deve ser considerado em primeira instância, assim como o princípio de beneficência, ou *bonum facere*;
27. A obstinação terapêutica caracteriza-se por um excesso de medidas terapêuticas que impõem sofrimento à pessoa, cujas ações não são capazes de modificar o quadro mórbido. Fazer uso dessas medidas não é o mesmo que dispor dos recursos clínicos para salvar a vida de uma pessoa em risco. Ainda assim, um conjunto de medidas terapêuticas pode ser considerado necessário e desejável para uma determinada pessoa e excessivo e agressivo para outra;
28. A elaboração de uma “diretiva antecipada de vontade” sob a forma de “testamento vital” tem sido um instrumento utilizado na tentativa de aperfeiçoar as ações de saúde em situações particulares, designadamente através de instruções escritas pela pessoa, sobre os cuidados que desejaria que fossem fornecidos, ou não, referentes à sua saúde, numa eventual incapacidade de poder decidir, onde se inclui a designação de alguém, legalmente reconhecido, com poder

²⁶ Artigo 3.º, n.º 2 e 3 da Lei n.º 31/2018, de 18 julho - Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, respetivamente.

²⁷ Artigo 108.º, alíneas a) e b) do EOE, respetivamente.



- delegado de decidir sobre eventuais intervenções²⁸;
29. Partindo da premissa de que a pessoa (ou legítimo procurador) está devidamente esclarecida e plenamente consciente do seu estado clínico, do seu prognóstico e das opções terapêuticas possíveis, e tendo em consideração as decisões autónomas como fundamento, podem constar do “testamento vital” preferências como *“Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte”*²⁹, exprimindo a vontade clara e inequívoca da pessoa;
30. No que concerne o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde. O Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão define enfermeiro gestor como aquele que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão e *“é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde”*³⁰ pelo que não pode ser demitido das suas responsabilidades.

IV – Conclusão

Os cuidados prestados a pessoas com doenças avançadas e/ou terminais têm suscitado desafios em torno da centralidade da autonomia profissional, enquanto *best practice* em fim de vida, os quais devem ser realizados com a devida ponderação, adequação e razoabilidade.

As questões colocadas pelo membro envolvem a situação de uma idosa, numa situação de dependência, com um quadro clínico aparentemente degenerativo, incurável, a quem se propõem intervenções invasivas para mantê-la viva. Por não se vislumbrar uma mudança no quadro clínico, medidas como a colocação de sonda nasogástrica, são práticas consideradas exageradas, porém, toleráveis para o familiar da pessoa em fim de vida.

O excesso terapêutico, relativamente ao resultado esperado, representa um dos dilemas éticos mais angustiantes no quotidiano dos enfermeiros, servindo apenas para manter a pessoa em sobrevida, jamais se destinando a curá-la ou atenuar a progressão da doença. Esta abordagem não é desejável,

²⁸ Lei n.º 25/2012, publicado em Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16.

²⁹ Artigo 2.º, n.º 2, al. b) da Lei n.º 25/2012, publicado em Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16.

³⁰ Artigo 2.º, al. c) do Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro.



aliás, é eticamente condenável, corresponde a má prática clínica e conduz à chamada distanásia, ou obstinação terapêutica.

Assim, a obstinação terapêutica consiste na aplicação de todos os métodos, através duma atuação terapêutica desproporcionada, com o objetivo de prolongar de forma artificial e inútil a sua vida, o que implica uma agressão à sua dignidade e não visam proporcionar benefício à pessoa.

Nem sempre é fácil estabelecer uma linha clara entre a intervenção terapêutica adequada e a obstinação terapêutica. Ainda assim, o enfermeiro deve intervir sempre que haja uma esperança fundada de salvar a vida, devendo contestar medidas que não servem este propósito e se destinam apenas a prolongar inutilmente a vida da pessoa que se encontra em processo irreversível de morte. Contudo, importa salientar que a interrupção de certas medidas terapêuticas - que correspondam à obstinação terapêutica - não implica a suspensão de outras, destinadas, por exemplo, a proporcionar conforto ou aliviar a dor.

O progresso tecnológico e científico, associado aos cuidados de saúde, tem contribuído para o tratamento e até a cura de certas doenças, permitindo prolongar a vida média da população. Contudo, o prolongamento da vida, de forma desproporcionada, pode ter como consequência a sua desqualificação, daí a importância de conceber intervenções que proporcionem uma vida digna, mesmo nas condições de fim de vida. Esse é o objetivo dos cuidados paliativos, que pressupõem um acompanhamento psicológico e de assistência social, tanto para a pessoa como para os seus familiares. Por vezes, as pessoas em fim de vida são sujeitas a medidas que prolongam a vida, de forma desproporcionada, devido ao pedido incessante dos familiares para que se apliquem todas as terapias possíveis na tentativa de adiar a morte do ente querido. Simultaneamente, a equipa de saúde, na ausência de contacto prévio com a pessoa, não possui informação acerca dos seus desejos e vontades relativamente às decisões a serem tomadas no final da sua vida. Em consequência, na maioria das vezes, é a família que fornece as informações necessárias para que essas decisões sejam definidas.

Ainda assim, a emoção e o défice de comunicação leva os familiares a nutrirem expectativas não condizentes com a realidade evolutiva da situação clínica. Em consequência, a família exerce uma marcante influência ainda que inconsciente, determinando a atitude dos profissionais de saúde para investir desproporcionalmente no processo de cura, insistindo em intervenções infundáveis, ao invés de empoderar a família na compreensão e aceitação da condição da pessoa em fim de vida.

Por outro lado, os profissionais, por vezes, desconhecem o que é correto, ou até ilícito, do ponto de vista legal e, sob este prisma, a equipa multidisciplinar, nem sempre assume o prognóstico "terminal" da pessoa. Daí que, a obstinação terapêutica explica-se possivelmente, por razões de natureza cultural, que encontram fundamento na dificuldade dos profissionais de saúde, igualmente dotados de sentimentos e convicções enquanto pessoas, de se prepararem positivamente na relação com a morte.



Face à questão relacionada com a **obrigação de cumprir prescrições** médicas que colocam em causa a segurança e integridade física da pessoa e a sua dignidade:

1. À Ordem dos Enfermeiros compete definir e defender cuidados seguros e de qualidade a que os cidadãos têm direito;
2. Os assuntos em análise inserem-se na fronteira entre as intervenções autónomas e interdependentes;
3. O enfermeiro atua responsabilmente na sua área de competência e reconhece a especificidade das outras profissões da saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma, trabalhando em articulação com os restantes profissionais;
4. O enfermeiro é sempre responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega;
5. Compete ao enfermeiro decidir sobre a execução de intervenções de Enfermagem, assumindo a responsabilidade decorrente da tomada de decisão, independentemente de ser uma decisão iniciada por outrem, fundamentando-se no princípio da autonomia profissional;
6. A competência do enfermeiro para executar uma intervenção, pressupõe o conhecimento da sua indicação, eventuais reações e cuidados a ter, e o consentimento livre e esclarecido da pessoa;
7. Neste sentido, será sempre o enfermeiro a decidir, considerando o seu nível de competência, a segurança e o consentimento da pessoa, quando competente para tal, ou no melhor interesse deste, se implementa uma intervenção, assumindo a responsabilidade pela sua implementação, considerando-se consentimento presumido quando se presume que a pessoa consentiria naquela circunstância, mesmo estando inconsciente ou incapaz de o declarar;
8. O enfermeiro exerce livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do Código Deontológico, das leis vigentes e do regulamento do seu exercício profissional, onde estão incluídas a competência e a salvaguarda da segurança das pessoas;
9. Compete aos responsáveis dos serviços de saúde, criar as condições de segurança e qualidade para a justa prestação dos cuidados de Enfermagem;
10. Na prestação de cuidados de saúde, é desejável ponderar, tanto quanto possível, a melhor opção terapêutica face a situações concretas e dilemáticas, mesmo que isso represente a alteração de uma prática clínica aceite e amplamente utilizada em diversos contextos clínicos;
11. Ainda assim, parece incontornável que a recusa do enfermeiro para executar determinadas intervenções será lícita quando, designadamente, não contar com o consentimento informado ou presumido da pessoa; não aportar efeitos benéficos para a pessoa; a decisão do enfermeiro for baseada em evidência científica; existir uma alternativa para aquele estado clínico;
12. A recusa de qualquer ato ou intervenção de Enfermagem como, por exemplo, o cumprimento de uma prescrição iniciada por outro profissional, tem legitimidade quando se fundamenta em princípios científicos ou na falta de condições mínimas para uma prática segura, pelo que, a interdisciplinaridade deve ser definida pela assunção de objetivos comuns, orientadores das



atuações, entre todos os profissionais da equipa de prestação de cuidados;

13. A integração de cuidados pressupõe a conjugação das intervenções de saúde e de apoio psicossocial e espiritual, assente numa avaliação e planeamento de intervenção assentes numa lógica de multidisciplinaridade, onde prevalece a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais.

No que concerne a **colocação de contenções físicas** para permitir a alimentação por sonda nasogástrica importa refletir:

1. A pessoa em situação de "Prognóstico vital breve", isto é, *"nos últimos dias de vida, tem o direito de lhe ser assegurada a recusa alimentar ou a prestação de determinados cuidados de higiene pessoal, respeitando, assim, o processo natural e fisiológico da sua condição clínica."*³¹;
2. As organizações prestadoras de cuidados de saúde, através dos seus órgãos de gestão, e em particular os enfermeiros gestores, são responsáveis por garantir a segurança e a excelência dos cuidados. Os enfermeiros têm ainda o dever de *"Comunicar os factos de que tenham conhecimento e possam comprometer a dignidade da profissão ou a saúde dos indivíduos ou sejam suscetíveis de violar as normas legais do exercício da profissão;"*³², assim como, o direito de *"Solicitar a intervenção da Ordem na defesa dos seus direitos e interesses profissionais, para garantia da sua dignidade e da qualidade dos serviços de enfermagem"*³³;
3. Quando o uso incessante e persistente de medidas que suportam a vida de pessoas com doenças avançadas, prolongando a manutenção dos sistemas vitais biológicos e conseqüente adiamento da morte, configura uma moldura de futilidade clínica no qual as intervenções revelam pouca utilidade funcional e pode definir-se como obstinação terapêutica;
4. A distanásia é um sinónimo de obstinação terapêutica, determinando o prolongamento da vida de uma pessoa em fase terminal, com recurso a tratamentos desproporcionados. Trata-se de uma má prática, que, no caso de ter origem numa prescrição médica, importa constatar que se encontra vedada pelo Código Deontológico dos médicos³⁴;
5. A ortotanásia pode considerar-se o oposto da distanásia e significa a suspensão ou minimização de tratamentos que prolongam a vida de uma pessoa em estado terminal, sem que se traduzam numa melhoria do estado de saúde. Ou seja, trata-se de não realizar procedimentos invasivos para prolongar artificialmente a vida;
6. A Lei n.º 31/2018, de 18 de julho, que diz respeito a Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, consagrando o direito a não sofrerem de forma mantida, disruptiva e desproporcionada, esclarece que a contenção física com recurso a imobilização e

³¹ Artigo 8.º, n.º 3 da Lei n.º 31/2018, de 18 de julho - Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida.

³² Artigo 97.º, n.º 1, al. j) do EOE.

³³ Artigo 96.º, n.º 2, al. j) do EOE.

³⁴ Artigo 65.º, n.º 2 do Regulamento n.º 707/2016 - Regulamento de Deontologia Médica, Diário da República n.º 139/2016, de 21 de julho.



restrição físicas só deve ocorrer em circunstâncias excecionais, de forma não prolongada e, apesar de carecer de prescrição médica, depende da decisão da equipa multidisciplinar que acompanha a pessoa doente³⁵.

Em síntese, não se deve impor a pessoas em fim de vida, tratamentos que já não podem reverter o curso da doença e que só causam sofrimento desnecessário, desmesurado e desproporcionado. Contudo, quando já não podemos curar a doença, temos de continuar a cuidar da pessoa. Por vezes a pessoa não quer mais tratamentos... tem esse direito e deve ser respeitado.

Foi relator Helder Teixeira de Sousa.

Aprovado no plenário de 06 de novembro de 2020 - Serafim Rebelo (presidente), Helder Sousa, José Luís Santos, Cláudia Ligeiro, Carlos Pais, Valter Amorim, Teresa Gouveia, Miguel Vasconcelos e Miguel Correia.

Pe'l O Conselho Jurisdiccional

Serafim Rebelo
(Presidente)

³⁵ Artigo 3.º, n.º 4 da Lei n.º 31/2018, de 18 de julho - Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida.