

Bioética e Deontologia

Questões Bioéticas

Caderno Nº2

TEXTO DE APOIO À UNIDADE CURRICULAR



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

CURSO DE LICENCIATURA EM TERAPIA OCUPACIONAL

20 DE FEVEREIRO DE 2019

ELISABETE J.C. ROLDÃO
PROFESSORA ADJUNTA CONVIDADA

ISBN 978-972-8793-96-8

I. LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

DID – Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental

HIV - Vírus de Imunodeficiência Humano

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	5
II. OS SEM ABRIGO	6
III. POPULAÇÕES DESPROTEGIDAS OU VULNERÁVEIS	8
IV. QUESTÕES ÉTICAS	9
4.1 Clonagem.....	9
4.2 Sexualidade em Pessoas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvemental	10
V. QUESTÕES BIOÉTICAS	12
5.1 Início da vida.....	13
5.2 Situações da vida.....	14
5.3 Direito à Maternidade em mães seropositivas	15
5.4 Final da vida.....	17
5.5 Pessoa Humana	23
VI. CONCLUSÕES	24
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

I. INTRODUÇÃO

Este Caderno de Bioética e Deontologia foi criado como texto de apoio e suporte à Unidade Curricular de Bioética e Deontologia, lecionada no Curso de Licenciatura em Terapia Ocupacional, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria. Pretende, em conformidade com o que é preconizado nesta Unidade Curricular, suportar os seguintes objetivos:

1. Compreender os conceitos, categorias, fundamentos e princípios relacionados com a Bioética e a Deontologia no contexto das ciências da vida e, em particular, nos cuidados de saúde.
2. Analisar o estado da arte ao nível nacional e internacional relacionado com diversas temáticas que levantam questões éticas e bioéticas.
3. Capacitar para a identificação e discernimento dos dilemas éticos associados à investigação e à prática da Terapia Ocupacional nos cuidados de saúde.
4. Conhecer as diversas éticas e os princípios mais comuns da bioética a ter em conta nos cuidados de saúde.

De modo a facilitar a sua utilização, o conteúdo deste caderno encontra-se alinhado com o conteúdo programático da Unidade Curricular de Bioética e Deontologia e apresenta os diversos temas a abordar como sendo “Questões Bioéticas” que surgem no âmbito da saúde ao longo do ciclo da vida da pessoa.

A Terapia Ocupacional, tal como outras profissões de saúde, requer uma reflexão e análise que coloca em consideração questões que extrapolam as simples aplicações práticas de conceitos éticos de âmbito profissional. A prática da Terapia Ocupacional depara-se por vezes com dilemas éticos que necessitam ser analisados, pensados e, após este processo, decididos. Por outro lado, o terapeuta ocupacional, como profissional de saúde, deve respeitar e reger-se pelo Código Deontológico do Terapeuta Ocupacional.

Este segundo Caderno tratará questões de carácter ético que são comuns a vários profissionais de saúde.

II. OS SEM ABRIGO

A principal razão pela qual uma pessoa se torna sem abrigo é a situação de pobreza extrema. Contudo existem outras causas, tais como, a ausência de recursos socioeconómicos, patologias psiquiátricas e físicas, problemas familiares (processo de divórcio, rejeição no seio familiar/amigos, entre outros), dependências/vícios (toxicodependência, alcoolismo ou jogo), vulnerabilidade social e precariedade laboral (Castel (1991) citado por Quintas (2010)).

Relativamente às possíveis consequências de ser sem-abrigo, destacam-se a rejeição e o preconceito por parte da sociedade, levando ao isolamento destas pessoas. As condições precárias, como a limitação a condições adequadas de higiene, aquisição de alimentos para satisfazer as necessidades básicas nutricionais, são também consequências que um sem abrigo experiencia. Ser sem abrigo gera ainda, o aumento da instabilidade emocional e comportamental do mesmo. Para além disso, o facto de ser sem abrigo leva a que as preocupações destes passem pela sobrevivência do dia-a-dia (procura de refúgio e alimentação) o que faz com que haja falta de objetivos, sonhos e expectativas de vida, conformando-se com as condições de ser sem abrigo (Castel (1991) citado por Quintas (2010)).

O conceito de sem abrigo está a mudar pois o viver em condições de precariedade mesmo sob um teto começa já a ser enquadrado no conceito de sem abrigo.

A dignidade e os direitos são inseparáveis e intrinsecamente ligados a outros dois conceitos, as obrigações e os deveres. Neste sentido, a dignidade dos sem abrigo tem de ser respeitada como a de qualquer outra pessoa, tendo em conta os direitos humanos. Para tal, a sociedade tem o dever de lhes prestar apoio, de modo a colaborar na reinserção destas pessoas na comunidade, fornecendo os recursos necessários para conceber uma melhoria da sua qualidade de vida.

Por outro lado, os sem abrigo também devem ter consciência dos seus deveres enquanto cidadãos de uma sociedade, afim de respeitar os outros tendo em conta os direitos humanos. Efetivamente, como qualquer outra pessoa, se quer ser respeitado tem de respeitar os outros (Diário da República Eletrónico, 2018).

Será que existem apoios para os sem abrigo? Será que estas pessoas têm uma vida digna? Estas pessoas tornam-se sem abrigo por vergonha de solicitar ajuda? Todas

estas questões se colocam quando se fala na pessoa enquanto cidadão e ser humano. Sim, porque um sem abrigo não deixa de ser pessoa apenas porque, por alguma razão, perdeu o seu lar, a sua casa. É pois necessário realçar os direitos humanos e refletir sobre esse tema.

Segundo o “Artigo 1.º - Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos.” (Diário da República Eletrónico, 2018) e conseqüentemente respeitados e considerados de igual forma perante a sociedade, independentemente do seu estatuto social, condições socioeconómicas, etnia, cor, sexo, género, nacionalidade, religião, credo ou opinião política. Contudo, não é isso que acontece na realidade. No que se refere às grandes cidades (Lisboa e Porto), onde existe um número elevado de sem abrigo, é possível observar que muitas pessoas ignoram a sua existência. Para além disso, evidenciam uma postura indiferente ou uma atitude preconceituosa perante esta situação, fazendo destes “uma pedra da calçada apenas um pouco mais saliente que as outras”. Ainda segundo o Artigo 1.º, “todos os seres humanos devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (Diário da República Eletrónico, 2018). Porém, não é isso que sucede, não existindo o sentimento de amor pelo próximo ou um simples gesto/afeto perante a pessoa desconhecida. Será que isto acontece por terem uma aparência precária, por não vestirem roupa de marca, usarem maquilhagem ou cheirarem mal?

Em relação aos cuidados de saúde, um dos direitos humanos prende-se no facto de todo o ser humano ter direito à saúde, ao bem-estar e à proteção social. Posto isto, será que os profissionais de saúde prestam os cuidados de forma igual a uma pessoa dita normal ou a um sem abrigo? Ou será que nem sequer deixam o sem abrigo entrar na instituição de saúde pelo seu aspeto exterior descuidado e negam o seu direito aos cuidados de saúde? Apesar destas questões, é de conhecimento geral a existência de apoios, associações e instituições que prestam auxílio à comunidade, entre as quais a Cáritas, a Cruz Vermelha Portuguesa, a Médicos do Mundo ou a Santa Casa da Misericórdia. No entanto, a principal causa para não recorrerem a estes serviços é a vergonha e também o preconceito que a sociedade lhes impõe. Muitos deles fazem-no ainda como forma de autopunição por alguma coisa que fizeram de errado na sua vida. Outros por estarem verdadeiramente alheados do mundo que os rodeia.

A pobreza é também um aspeto pertinente para a existência de pessoas sem abrigo, pois deixa de ser possível para estes indivíduos possuírem “um teto” e, conseqüentemente, pagar as despesas inerentes à mesma, bem como satisfazer as

suas necessidades básicas diárias. A condição de sem abrigo torna-se assim uma realidade cada vez mais presente.

Atualmente, quando a sociedade se refere a um sem abrigo, imagina uma pessoa descuidada e com má aparência, criando estereótipos sem conhecer as pessoas em questão. No entanto, existem pessoas sem abrigo que procuram os serviços de apoio de forma a cuidar da autoimagem (higiene, roupa, cuidados pessoais, entre outros).

Aos olhos da sociedade, a existência dos sem abrigo nas cidades é algo nefasto, não só por causa do aspeto que estes transmitem para fora (estrangeiro) como também a violação ou má utilização que estes fazem dos espaços públicos (paragens de autocarros, metro, bancos de jardins, passeios e casas de banho públicas).

Habitualmente, é perceptível que a maioria dos sem abrigo são do género masculino. Contudo, existe também uma minoria do género feminino. As causas principais assentam-se na violência doméstica física ou até mesmo psicológica (Silva, J. A., Mota, A., Gomes, A., Marques, M., Gerivaz, S. & Sena, S., 2009).

III. POPULAÇÕES DESPROTEGIDAS OU VULNERÁVEIS

O significado usual de vulnerabilidade leva-nos aos conceitos de fragilidade, desproteção, desfavor e, até mesmo, de desamparo ou abandono, os quais englobam formas diversas de exclusão ou expulsão de grupos populacionais (Almeida, C., Marques, R., Reis, D., Melo, J., Diemert, D. & Gazinnelli, M., 2009).

O problema, em relação à pesquisa biomédica, é que as pessoas, ou populações desprotegidas, apresentam maior risco de sofrerem danos devido à capacidade reduzida de proteger os seus interesses. Deste modo, são frequentemente alvos de coerção, inadequado consentimento livre e esclarecido, exploração e exclusão da pesquisa e/ou dos seus benefícios (Almeida, et al., 2009). Por outro lado, estas características podem trazer inúmeras situações em que os direitos humanos não se cumpram. Exemplos disso mesmo são o não acesso à saúde, a precariedade habitacional ou a alimentação desadequada.

Existem várias tipos de vulnerabilidade, no entanto, estabeleceu-se uma tipificação básica:

- Vulnerabilidade extrínseca – provocada por circunstâncias externas, tais como a falta de poder socioeconómico, pobreza, falta de escolaridade ou carência de recursos;

- Vulnerabilidade intrínseca – causada por características individuais inerentes a cada pessoa, tais como doença mental, dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID), doença grave ou a idade, nomeadamente os extremos da mesma, as crianças e os idosos. (Rogers & Ballantyne, 2008)

Exemplos de populações desprotegidas, ou vulneráveis, são as mães solteiras, grávidas, minorias étnicas, reclusos, refugiados, sem-abrigos, crianças e idosos, entre outros (Rogers & Ballantyne, 2008).

IV. QUESTÕES ÉTICAS

4.1 CLONAGEM

Segundo Diniz & Costa (2004), a palavra clone, derivada do grego “*Klón*”, que tem como significado “broto da planta que, quando quebrada, pode desenvolver de forma semelhante à da planta-mãe”. Desta forma, é possível considerar o clone como uma forma de reprodução, bem como, a cópia de um ser vivo (Santos, 2008).

Assim, o clone, é geneticamente idêntico ao ser clonado, apresentando o mesmo código genético deste, ou seja, os dois seres (clone e clonado) possuem as mesmas características cromossómicas (Santos, 2008).

Existem dois tipos de clonagem, a clonagem reprodutiva e a clonagem terapêutica (Carvalho & Ferreira, 2008). A Clonagem Reprodutiva tem como objetivo reproduzir uma réplica de um indivíduo já existente. Desta forma, utiliza-se a técnica da “Transferência Nuclear” que promove a remoção do núcleo de um óvulo e substituição por um outro núcleo de outra célula somática. Após a fusão, ocorre a diferenciação das células e posteriormente, a formação do embrião (Freitas, Ruotulo, Gabbi, Silva, & Peron, 2007). É nesta fase que ocorre a implantação do mesmo na cavidade uterina. Após o período de gestação surge um indivíduo com património genético igual ao do doador da célula somática (Freitas et al. , 2007).

A Clonagem Terapêutica é um procedimento cujas fases iniciais são idênticas à Clonagem Reprodutiva, apenas diferem no facto do blastocisto não ser introduzido num

útero. Neste caso, é utilizado em laboratório para produzir células-tronco, com a finalidade de gerar tecidos ou órgãos para transplante. Esta técnica tem como objetivo produzir uma cópia saudável do tecido ou órgão de uma pessoa doente para transplante (Freitas et al., 2007). Tem a vantagem de evitar a rejeição se o doador for a própria pessoa. Seria o caso, por exemplo, de reconstituir a medula numa pessoa paraplégica ou substituir o tecido cardíaco numa pessoa que sofreu um enfarte do miocárdio. Segundo Freitas et al. (2007), a clonagem terapêutica traz a esperança de cura de doenças com a produção de órgãos e tecidos humanos.

Apesar de várias tentativas de clonagem humana, nenhuma foi devidamente fundamentada e provada, no entanto, a investigação sobre as células estaminais para a clonagem permitiu novas possibilidades de aplicação na regeneração de tecidos e órgãos. Médicos e cientistas afirmam que a clonagem humana tem riscos muito elevados, para além da quantidade de tentativas necessárias para que o bebé clonado sobreviva sem quaisquer patologias. (Bionet, 2002)

Segundo o Presidente do Centro de Bioética e Dignidade Humana nos EUA, John Kilner, “Submeter os seres humanos à clonagem não é assumir um risco desconhecido, é prejudicar as pessoas conscientemente” (Bionet, 2002).

Atividade Reflexiva

Concordaria em clonar células suas, por exemplo hepáticas, para que, caso necessitasse lhe fosse substituído um órgão, neste caso o fígado?

E faria o mesmo para ajudar outra pessoa da sua família?

E se fosse um desconhecido?

4.2 SEXUALIDADE EM PESSOAS COM DIFICULDADE INTELECTUAL E DESENVOLVIMENTAL

A sexualidade em pessoas com DID é um tema que causa controvérsias, envolvendo normas, crenças, valores e questões culturais (Amaral, 2004). Nos dias de hoje, a sociedade ainda considera que as pessoas com DID são seres assexuados ou, pelo contrário, hipersexuados. Por isso, não têm direito a usufruir em plenitude da sua sexualidade e dos seus afetos. Alguns pais referem que os seus filhos são “sexualmente

infantis”, enquanto que vários professores revelam que os alunos são “exibicionistas” (Albuquerque & Ramos, 2007; Amaral, 2004). Estas opiniões surgem porque, grande parte da nossa sociedade acredita que os indivíduos com DID não são capazes de analisar a sua vida, nem expressar os seus sentimentos. Desta maneira acredita-se que não têm necessidades nem desejos sexuais e não são capazes de aprender corretamente os comportamentos sexuais adequados a ter. Isto leva a que as suas necessidades e opiniões raramente sejam tidas em conta (Amaral, 2004; Cano, Ferriani & Gomes, 2000).

Num estudo em que foram entrevistadas treze pessoas do género feminino, com dificuldades intelectuais, só uma referiu ter tido relações sexuais e, como consequência, a família optou pela esterilização (laqueação de trompas). A questão do casamento e dos filhos praticamente não foi abordada pelas participantes (Glat, 1992). Estas pessoas raramente têm contacto com as temáticas relacionadas com a sexualidade ou as relações pessoais, sendo a sua experiência praticamente nula (Cano et al., 2000).

Sendo a sexualidade característica do ser humano, as pessoas com DID, apesar das suas limitações, têm necessidades, emoções e experiências que são consideradas normais. Assim sendo são dignas de viver todos os aspetos da sua vida, incluindo a satisfação da sexualidade (Albuquerque & Ramos, 2007; Glat, 1992).

Um estudo com adolescentes e adultos com dificuldades leves e moderadas, demonstrou que estes têm uma adequada noção da sua identidade sexual e adquirem papéis sociais de acordo com a sua cultura (Amaral, 2004). Estes indivíduos têm uma vida amorosa e sexual restrita, não pelas consequências da sua disfunção, mas devido à falta de oportunidades. Por este motivo não têm conhecimentos, nem lhes é cedida praticamente nenhuma informação, acerca das funções corporais, da sexualidade, da reprodução, dos métodos contraceptivos e do nascimento. Como consequência não lhes são dadas condições de desenvolver uma sexualidade plena, saudável e dita normal (Amaral, 2004; Glat, 1992).

Habitualmente as pessoas com esta alteração são proibidas e repreendidas sobre o seu comportamento sexual ou têm uma educação que não é direcionada para as questões da sexualidade, não lhes sendo dadas quaisquer explicações (Glat, 1992). Apesar de, por vezes, se abordar o assunto, as pessoas não têm capacidade nem paciência de transmitir de forma simples, clara e repetida, as informações necessárias sobre o tema. Por conseguinte, estes têm experiências sociais reduzidas, pelo que não conseguem

distinguir facilmente os comportamentos a ter em públicos daqueles a ter em privado (Amaral, 2004).

O pouco conhecimento pode ter como consequência a contração de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não planeada e até eventuais abusos sexuais (Amaral, 2004). Os cuidadores têm um papel fundamental na sua educação sexual, uma vez que são os responsáveis por moldar os valores, as noções e as ações, nomeadamente as palavras utilizadas, gestos, proibições e recomendações (Amaral, 2004).

As pessoas com dificuldades ligeiras ou moderadas sentem necessidades e emoções, tal como os outros seres humanos, tendo uma adequada noção da sua identidade. No entanto, os indivíduos que têm dificuldades graves e profundas não têm capacidade de interpretar o desejo sexual, logo não têm sexualidade ativa. No que diz respeito às dificuldades leves e moderadas, estes indivíduos têm capacidade de interpretar o desejo sexual e a satisfação, e tendo em conta os direitos humanos referentes à sexualidade referidos anteriormente, têm direito à sexualidade ativa e segura. No entanto como não têm muito conhecimento/informação acerca desta temática não agem de forma adequada e apropriada, sendo julgados pela sociedade, que tem como opinião que estas pessoas não têm direito à sexualidade ativa.

Para que estas pessoas tenham um vasto conhecimento acerca da sexualidade ativa e segura, é necessário informar tanto os cuidadores como as pessoas com DID.

ATIVIDADE REFLEXIVA

O que poderá fazer, enquanto terapeuta ocupacional a intervir numa instituição com população jovem/adulta com DID para promover uma sexualidade saudável, e respeitosa em relação aos restantes elementos da equipa e pares?

V. QUESTÕES BIOÉTICAS

O desenvolvimento tecnológico na área da medicina e da biologia, bem como a rapidez com que este sucede, obriga a um constante repensar ético. Desde o nascimento à morte cada vez mais, todos os processos de desenvolvimento são passíveis da

intervenção do próprio homem. Enquanto a ciência traz a possibilidade de poder interferir nestes processos naturais, a ética, em particular a bioética, surge como um instrumento do dever de interferir.

5.1 INÍCIO DA VIDA

A vida humana inicia-se no momento em que uma célula sexual masculina, o espermatozoide penetra a célula sexual feminina, o óvulo, o que acontece no interior da tromba. Ao fim de cerca de sete dias o embrião já efetua trocas com o sistema materno, aos 15 dias já apresenta um esboço do sistema nervoso central e após dois meses, altura em que passa a ser designado por embrião, já tem todos os órgãos formados e a sua forma assemelha-se à figura humana. Durante cerca de nove meses desenvolve-se dentro do corpo da mãe.

Este é o percurso normal do início da vida de muitos de nós. Contudo, muitas questões se podem levantar em torno desta primeira fase da vida humana. Para muitos, uma delas bastante debatida, é o conceito de embrião. Para alguns este não passa de um conjunto de células, para outros o embrião tem potencial e deve ser respeitado como tal, mas muitas vezes é inviável e o próprio organismo elimina-o naturalmente, revelando a sua fragilidade. Por outro lado, questionam a sua individualidade enquanto ser uma vez que este ainda se pode dividir e dar origem a dois seres gémeos. Também não reconhecem dignidade a um embrião gerado por acaso, por falta de discernimento ou contra vontade dos progenitores. Estas questões levam à colocação dos interesses de doentes, da mãe, da sociedade ou mesmo da ciência, em primeiro plano, em detrimento dos interesses do embrião, futura criança. Muitos sugerem que as células dos embriões seriam mais úteis usadas em estudos, em investigações, em prol da ciência ou em doentes.

Outra corrente confere dignidade ao embrião desde o primeiro momento, reconhecendo-o como um ser humano em início de vida e sem qualquer capacidade de defesa própria.

Todas estas questões são debatidas em torno da temática da liberalização do aborto. Muitas são as opiniões, as divergências, os prós e os contras. Outros debates que surgem em torno deste tema prendem-se com a utilização das células estaminais, de determinado tipo de contraceptivos, nomeadamente a pílula do dia seguinte, bem como o processo de clonagem.

Por esta breve exposição podemos antever que o debate destas questões não está encerrado e as opiniões não são consensuais, levantando inúmeros problemas morais, éticos e deontológicos.

5.2 SITUAÇÕES DA VIDA

5.2.1 ABORTO

De acordo com a etimologia, a palavra aborto deriva do latim *abortus*, sendo que *ab-* significa privação e *-ortus* significa nascimento. Assim sendo, aborto é o impedimento do nascimento de um ser vivo (Wiese & Saldanha, 2014).

O termo técnico para aborto é interrupção da gravidez, porém, o termo aborto é o mais empregue e utilizado pela Organização Mundial de Saúde e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Wiese & Saldanha, 2014). A interrupção da gravidez pode ocorrer de duas formas: espontânea ou provocada (Prado, 2017). O aborto espontâneo remete para a perda involuntária do feto antes das 20 semanas de gestação devido a vários fatores, sendo que, no primeiro trimestre da gravidez, em cerca de 50% a 60% dos casos, acontece por anomalias cromossômicas, mais concretamente nos processos de divisão celular (Sousa, T., Sousa, R., Alencar, Paz, Nunes & Cavalcante, 2018). O aborto provocado pode ser realizado por um médico (é receitado um medicamento que irá induzir o aborto) ou através de uma cirurgia devendo esta ser realizada por um médico qualificado para a mesma e em instalações médicas legais (Prado, 2017).

5.2.2 O ABORTO EM PORTUGAL

Em Portugal, o direito ao aborto foi debatido as duas primeiras vezes, pelo Tribunal Constitucional, em meados da década de 80. Nestes dois primeiros debates, ficou aprovado que o aborto em Portugal era legal, sendo este baseado num modelo de indicações. Já em 1998 e 2006, a lei foi ligeiramente alterada, sendo que o aborto continuava legal, mas era necessário ser baseado num modelo de prazos. Posteriormente, em 2010, criou-se uma lei europeia sobre o aborto constitucional, de acordo com o modelo de prazos e existindo um aconselhamento não dissuasivo, exigindo o não comprometimento da reprodutividade da mulher e a proteção da vida fetal (Rubio-Marín, 2017).

Atualmente, a interrupção voluntária da gravidez rege-se de acordo com o Código Penal, atualizado em 2017, no capítulo 2, no artigo 142 do Decreto-Lei Nº 48/95, de 23 de agosto, onde está referenciado que a interrupção indicada pelo médico não é punível quando tem o consentimento da mulher que quer realizar o aborto. No entanto, esta medida só se aplica em algumas situações, tais como: quando é o único meio de interrupção da gravidez de forma segura para a vida da mulher; quando o seguimento da gravidez seja prejudicial à vida da mulher, física ou psicologicamente; quando existem indícios de que o feto sofrerá de doença ou malformação congénita; quando a gravidez resulta de um ato criminoso (violação) ou quando a mulher deseja interromper a gravidez. (Diário da República, 1995)

5.3 DIREITO À MATERNIDADE EM MÃES SEROPOSITIVAS

O direito à maternidade é um direito comum a todas as mulheres, contudo quando estas são portadoras de doenças transmissíveis geneticamente ou sexualmente, surgem diversas questões éticas. Vamos abordar algumas questões relacionadas com o Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

A transmissão desta síndrome ou do seu vírus, o Vírus de Imunodeficiência Humano (HIV), pode ocorrer pela via sanguínea, fluidos corporais e transmissão vertical.

A transmissão vertical do HIV, da mãe para o filho, pode ocorrer durante a gestação, no parto ou no aleitamento (Rachid & Schechter, 2017).

A probabilidade de transmissão do vírus para o filho, aumenta à medida que a infeção progride. No entanto, a infeção pode ser evitada com o uso de antirretrovirais durante toda a gestação e contra-indicação do aleitamento (Rachid & Schechter, 2017).

Existem imensos riscos de contágio (durante a gestação, no parto e no aleitamento, este último o que acarreta mais riscos para o bebé). Se as gestantes, com HIV, seguirem as recomendações de forma a prevenir uma transmissão vertical do vírus, diminuem em cerca de um terço a probabilidade de transmissão materno-infantil do vírus e conseqüente infeção.

No entanto a probabilidade de contágio pode aumentar, mesmo com a toma dos retrovirais, que em casos normais deve ser iniciada entre as 14 e as 24 semanas de gravidez, exceto para tratamento da própria saúde, ou pela elevada carga viral existente. Este aumento da probabilidade de contágio pode ocorrer pelos pais não saberem se são ou não portadores de HIV, por esquecimento da toma regular e controlada dos medicamentos ou pela gravidez não ser detetada a tempo da toma dos medicamentos.

Foi possível perceber, através de alguns estudos que, em países subdesenvolvidos, existe maior vulnerabilidade e suscetibilidade à propagação da infecção pelo HIV. Esta propensão acrescida deve-se maioritariamente ao uso de drogas injetáveis, prática de sexo comercial, poligamia e outras práticas de risco. Nestes países, com camadas sociais mais desfavorecidas, são notificados mais casos, uma vez que o HIV progride rapidamente para o último estágio (Bastos & Szwarcwald, 2000). É igualmente importante ressaltar que o combate ao vírus não é eficaz pelo acesso desigual aos antirretrovirais de alta potência, sendo combatido com medicamentos de menor eficácia, mais baratos e de monitorização mais simples, com consequente aumento da mortalidade da população (Bastos & Szwarcwald, 2000).

O não controlo do vírus torna-se um problema de saúde pública, que quando negligenciado e não monitorizado passa de geração em geração sem controlo, levando à morte prematura da população mais jovem. É ainda de ressaltar que, numa pessoa seropositiva, o vírus ataca os linfócitos, reduzindo a sua contagem, o que faz com que a capacidade de combater doenças seja comprometida gradativamente. Assim, a pessoa infetada não morre de HIV, mas sim por uma infecção podendo esta ser uma simples constipação que o organismo não consegue debelar.

Para que o feto não seja rejeitado espontaneamente pela mãe, durante uma gravidez, têm de ser controladas diversas condições. Os linfócitos T reguladores são os intermediários fundamentais, na adaptação materna durante e após a implantação do embrião. Qualquer déficit neste tipo de linfócito pode provocar falência da implantação ou redução da função placentária e crescimento fetal, infertilidade, aborto e pré-eclampsia (complicação da gravidez, que ocorre devido a problemas no desenvolvimento da placenta, levando a espasmos, alterações na capacidade de coagulação do sangue e diminuição da circulação sanguínea).

As grávidas seropositivas, têm uma grande possibilidade de ter complicações durante a gestação como o aborto espontâneo, morte in útero, parto prematuro ou hipotrofia. Para além destas razões fisiológicas, o estigma da sociedade para com este tipo de mulheres não é de todo o mais favorável, pois prevalece sempre a imagem de seropositiva sobre a de grávida, que é mais desvalorizada.

Outro fator que é contraindicado para as mães seropositivas, é a amamentação, pois o leite materno é um meio de transmissão de anticorpos, incluindo o vírus HIV, aumentando assim, o risco de contaminação pós-natal. É importante referir, que a mãe fica condicionada a realizar esta atividade, prejudicando o vínculo mãe/bebé e o

desenvolvimento psicológico saudável do mesmo. Também é importante salientar o facto da transmissão materno-fetal poder ser fatal para a mãe e para o bebé – o que gera alterações nas vivências da grávida seropositiva. Na mãe surge um sentimento de desvalorização pessoal, incapacidade e culpabilidade face à situação. Para um casal, em que a grávida é seropositiva, também é um dilema decidir interromper ou não a gravidez, devido ao facto de ser apenas possível ter um diagnóstico definitivo para o bebé, alguns meses depois do parto, provocando nos pais incertezas, ansiedade e stress. Assim sendo, é necessário analisar todas as vertentes da mulher seropositiva, antes de ter a criança e, de preferência, antes de engravidar.

5.4 FINAL DA VIDA

A morte assistida é de modo geral identificada por dois conceitos, a eutanásia e o suicídio assistido (Santos, 2011). A palavra “eutanásia” tem origem em duas palavras gregas: “eu” que significa bem ou boa e “thanatos” que quer dizer morte, significando literalmente “boa morte” ou “morte pelo bem (Saraiva, 2016). É descrita como sendo uma morte fácil, sem dor, que tem como objetivo pôr fim ao sofrimento de uma pessoa. Este conceito é ainda conhecido como sendo um procedimento que facilita a antecipação da morte em situações de patologia crónica e incurável, de modo a eliminar o sofrimento atroz em que a pessoa se encontra. Este ato pode ser realizado de modo artificial, por motivos eugénicos, ou com um fim terapêutico, de forma a suprimir ou antecipar sofrimento inevitável (Santos, 2011). Neste caso a morte é provocada por terceiros, quando a doença crónica, degenerativa e/ou incurável está num estado avançado e a pessoa solicita que desliguem os equipamentos que mantém as suas funções vitais ou cessem a medicação que está a ser administrada com o objetivo de lhe prolongar a vida (Motta, 2010).

O termo suicídio surge do latim, “sui” (auto) e “cidium” (assassínio) (Santos, 2011). O suicídio assistido define-se como a morte executada pela própria pessoa, através de meios (incluindo medicamentos) e conhecimentos (nomeadamente as informações sobre as doses) disponibilizados por um médico (Marques, 2016). Esta temática é muito polémica e gera sempre grandes debates, sejam estes em torno de questões filosóficas, sejam em torno de questões morais ou sociais.

A morte assistida é um tema bastante complexo, que tem sido, ao longo do tempo, alvo de diversos debates e reflexões em várias esferas da sociedade. Desde sempre se discutiu e pensou sobre a possibilidade de contribuirmos de forma ativa ou passiva para

a morte antecipada e programada de uma pessoa, para seu próprio benefício (Saraiva, 2016).

5.4.1 TIPOS DE EUTANÁSIA

Ao longo dos anos, a classificação de eutanásia teve diversas propostas (Viana, 2018). Uma das primeiras classificações surgiu em 1928, por Ricardo Royo-Villanova, que subdividiu a eutanásia em: eutanásia súbita, considerada como a morte repentina; eutanásia natural, morte resultante do processo progressivo e natural do envelhecimento; eutanásia estoica, “morte obtida com a exaltação das virtudes do estoicismo”; eutanásia teológica, “morte em estado de graça”; eutanásia terapêutica, prática exercida pelos médicos a fim de proporcionar uma morte suave, à pessoa com patologia incurável e com dor extrema; eutanásia eugénica e económica, morte de pessoas economicamente inúteis para a sociedade; e eutanásia legal, procedimentos consentidos e regulamentados pela legislação em vigor (Santos, 2011; Viana, 2018). Ruy Santos, nesse mesmo ano, definiu a eutanásia tendo em conta a forma com é executada: eutanásia-homicídio, quando um terceiro elemento realiza o procedimento para por término à vida da pessoa; e eutanásia-suicídio, quando a própria pessoa executa o ato (Francisconi & Goldim, 2017 citado por, Viana, 2018).

Atualmente, a classificação de eutanásia mais utilizada é a de Francisconi & Goldim publicada em 2017, que a classifica quanto ao tipo de ação exercida e ao consentimento da pessoa (Viana, 2018). No que diz respeito ao tipo de ação exercida, a eutanásia pode ser classificada como eutanásia ativa, que corresponde ao ato direto de provocar a morte da pessoa que se encontra numa condição terminal e em extremo sofrimento; e eutanásia passiva, que corresponde à morte por suspensão de medidas de suporte de vida, quando se sabe que a morte está próxima, sendo que a decisão pode recair na pessoa, num familiar próximo ou no próprio médico (Saraiva, 2016).

Quanto ao consentimento, a eutanásia pode ser voluntária, quando realizada após o pedido por parte da pessoa que pretende morrer, involuntária, quando a morte é provocada contra a vontade da pessoa e não voluntária, quando a morte é provocada sem que a pessoa tenha manifestado a sua opinião e desejo em relação à decisão (Santos, 2011; Viana, 2018).

5.4.2 PAÍSES QUE PERMITEM MORTE ASSISTIDA

A morte assistida é atualmente permitida por lei na Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suíça, Canadá, Uruguai, Colômbia, França, Japão e nos Estados Unidos da América,

mais especificamente nos estados de Washington, Oregon, Vermont, Novo México, Montana e Califórnia (Diniz, 2018).

O primeiro país a despenalizar a eutanásia foi o Uruguai em 1934, altura em que começou a vigorar um Código Penal que possibilitou a não punição do executor da prática (Santos & Prado, 2017). No entanto, foi a Holanda o primeiro país a legalizar a prática da eutanásia, em 2002 (Saraiva, 2016).

A legalização da eutanásia é constituída por diversos critérios que abrangem aspetos como a maioridade, a existência de uma doença crónica, incurável com sofrimento atroz, sem possibilidade de melhoria e a capacidade de tomar esta decisão em plena consciência (Castro, Antunes, Marcon, Andrade, Rückl & Andrade, 2016). A especificidade e extensão destes ou outros critérios varia de acordo com a legislação de cada país.

Na Holanda e na Bélgica está prevista na legislação a permissão da eutanásia a menores de 12 anos, com consentimento dos representantes legais (Santos & Duarte, 2016).

ATIVIDADE REFLEXIVA

Acha que seria benéfica a regulamentação da eutanásia em Portugal?
Porquê?

5.4.3 MORTE ASSISTIDA EM PORTUGAL

A morte assistida é um tema controverso em Portugal, um país com uma forte ligação à igreja católica, que defende que esta ação é considerada um “assassínio gravemente contrário à dignidade da pessoa humana” e que deve estar implementada uma condenação aos praticantes desta mesma ação (D’Avillez (2010) citado por Diniz, 2018). Aproximadamente 85% da população portuguesa é católica, logo os ideais da igreja têm um peso significativo (Santos, 2011).

A prática da eutanásia é contrária ao defendido no artigo 1º da Constituição da República Portuguesa. No entanto, é um assunto pendente na Assembleia da República, visto que, alguns partidos pretendem definir uma lei relacionada com o direito à eutanásia, com o objetivo de garantir às pessoas uma morte digna e sem sofrimento. (Diniz, 2018)

O programa Atitudes Sociais dos Portugueses promoveu uma pesquisa cujo objetivo foi a análise da opinião da população perante o tema da eutanásia. A resposta que foi

utilizada pela maior parte dos portugueses (54,1%) foi “a eutanásia é um ato aceitável dentro de certos limites”, seguida de 35,5% dos portugueses que responderam “a eutanásia é um ato condenável em qualquer situação” e 8,5% referiram que a “eutanásia é aceitável sem limites” (Santos, 2011).

Embora a eutanásia não seja permitida, atualmente em Portugal, cada cidadão tem o direito de possuir um testamento vital. Este documento permite que cada pessoa expresse a sua vontade antecipada de receber ou recusar tratamentos e cuidados médicos. Este testamento pressupõe vários procedimentos e possui um prazo de eficácia de cinco anos, podendo ser sucessivamente renovado. (Diniz, 2018)

ATIVIDADE DE PESQUISA

Pesquise sobre Testamento Vital e veja como este pode ser efetuado.

Divulgue esta informação aos seus conhecidos e familiares, caso concorde com a sua utilização.

5.4.4 REFLEXÃO

A ação humana, no sentido racional, orienta-se pela bioética, que se representa como uma nova aplicação da ética. Esta abordagem tem como objetivo ajudar os profissionais de saúde a tomar decisões tecnicamente e eticamente aceitáveis, de acordo com os seus valores, o seu contexto e o seu ambiente sociocultural. Ao longo da reflexão sobre este tema, bem como sobre outros constantes neste capítulo, deve-se ter em conta alguns princípios, tais como a não atuação com maleficência, a autonomia e a beneficência (Santos, 2011).

A morte assistida envolve dois conceitos, a eutanásia e o suicídio assistido, que levam à existência de diversas ideias a favor e contra, motivo pelo qual a temática tem sido amplamente debatida (Santos, 2011).

No que diz respeito à eutanásia esta divide-se em dois grandes grupos, eutanásia passiva e ativa, que se referem à ação propriamente dita (Saraiva, 2016). A prática passiva da eutanásia não deve ser realizada, uma vez que envolve o cessar dos tratamentos e da sustentação das medidas de suporte de vida, o que pressupõe uma forma de prolongar o sofrimento psicológico e/ou físico da pessoa, o mesmo refere Vaz (2009) citado por Souza & Maioral (2015). Esta ação vai contra os princípios de não maleficência.

Muitos são os que concordam com a legalização da eutanásia voluntária, desde que se cumpra um conjunto de critérios tais como: a pessoa estar informada sobre o seu diagnóstico, prognóstico e opções de tratamento; ter capacidade para decidir de forma consciente; não ser obrigada ou manipulada por terceiros na sua decisão; e ter uma patologia terminal ou incurável com ou sem dores prolongadas e insuportáveis (Saraiva, 2016 e Santos, 2011). Estes critérios apoiam-se no princípio da autonomia.

Em relação à eutanásia involuntária, muitos não concordam com esta prática, visto que não respeita a autonomia da pessoa pois não permite a tomada de decisão relativamente à sua própria morte (Saraiva, 2016). Desta forma, este tipo de eutanásia é considerado homicídio, pois infringe o artigo 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos: "todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal" (Diário da República Eletrónico, 2018), bem como, o artigo 24º da Constituição da República Portuguesa, que realça o "direito à vida" (Assembleia da República, 2005).

Segundo o pressuposto de que a eutanásia não voluntária é acompanhada de uma opinião medicamente informada, fundada através de exames médicos e diversas formalidades, há quem defenda que os cuidadores devem ter o direito à escolha desta prática, uma vez que são os responsáveis pela pessoa e devem ter a possibilidade de decidir terminar com o sofrimento do mesmo e de todos os envolvidos (nomeadamente familiares, cuidadores ou amigos). Por outro lado, o facto da decisão sobre o fim de vida recair sobre terceiros, realça a dificuldade que existe em validar e assegurar que a eutanásia seja aplicada na procura altruísta dos melhores interesses da pessoa, nomeadamente, assegurando uma morte digna, na ausência de interesses próprios (financeiros ou outros) (Saraiva, 2016 e Santos, 2011). Assim, na impossibilidade da pessoa tomar a decisão de colocar termo à sua vida, esta não deverá ser assumida por terceiros.

Quanto ao suicídio assistido, é por muitos considerado uma prática mais justa a nível emocional e mais vantajosa, tanto para a pessoa como para os profissionais de saúde envolvidos. A pessoa para além de poder decidir a sua morte, tem também o poder de executar o ato em si e ter controlo sobre toda a situação, podendo mudar de ideias e decidir as intervenções a que se quer submeter. Por outro lado, não se torna, para o médico um ato contranatura, terminar com a vida de uma pessoa. De certa forma envolve um maior conforto emocional e um menor incomodo psicológico para o médico. (Santos, 2011)

A legalização da morte assistida em Portugal já foi debatida na Assembleia da República sendo um processo moroso e cauteloso, no entanto, considera-se que uma forma de garantir que a vontade da pessoa é cumprida, passa pelo preenchimento do Testamento

Vital. Este documento é atualmente de caráter facultativo, no entanto, a obrigação legal de preenchimento do mesmo poderia dar resposta a diversas dúvidas que surgem em momentos de decisão de vida ou de morte, respeitando a vontade e a dignidade humana.

5.4.5 A TERAPIA OCUPACIONAL E A MORTE

Todos os seres vivos passam, incluindo os humanos, por processos naturais que incluem o nascimento, crescimento, amadurecimento e a morte. Biologicamente morre-se porque se está vivo. A morte, tal como a vida, faz parte da existência humana (Morais, 2010).

A morte impõe-se à consciência e isso causa sofrimento, vulnerabilidade, separação e sentimento de perda, de acordo com Moraes (2010). Isto explica o medo que existe em relação à morte. Estudos demonstram que os idosos, comparativamente às outras faixas etárias, não têm medo da morte, no entanto têm medo do sofrimento físico e mental que esta pode trazer (Diniz & Costa, 2004).

A morte é um processo que pode ser vivenciado de várias formas, pois cada pessoa é influenciada pelos contextos socioculturais e pelas suas experiências. A pessoa deve ser vista como um todo e é importante ver a morte como um processo natural para conseguir cuidar da pessoa, entendê-la, ouvi-la e respeitá-la no final da vida. (Santana, Pessini & Sá, 2017)

Segundo Santana et al, (2017) os profissionais são vistos como os conselheiros que prestam assistência aos utentes e aos familiares, nos cuidados e no processo de luto. Porém, os profissionais de saúde também necessitam de cuidados, como apoio emocional e psicológico durante a sua prestação de serviços (Santana et al., 2017).

De acordo com Magalhães e Melo (2015) muitos profissionais utilizam mecanismos de defesa de modo a tolerar a dor e o sentimento de impotência. Estes autores referem ainda que a maioria mantém-se na defensiva, no que diz respeito ao luto dos seus utentes, tendo em consideração o cuidar e não o curar, de modo a não se envolverem emocionalmente. No processo de cuidar, o profissional aceita a morte como parte do ciclo da vida, porém na perspetiva do curar o profissional sente-se culpado e fracassado por não conseguir impedir a morte (Magalhães & Melo, 2015).

Tem existido um acréscimo na divulgação e no ensino de estratégias para enfrentar o processo da morte e do luto, com a intenção de promover um maior bem-estar físico e psíquico aos profissionais de saúde (Magalhães & Melo, 2015).

A Terapia Ocupacional exerce um papel preponderante no acompanhamento da pessoa que se encontra numa situação terminal de vida, bem como dos seus familiares, cuidadores e amigos. A aproximação do final de vida, não significa necessariamente que esta tenha de perder sentido. É efetivamente com este intuito, de manter os últimos dias de vida da pessoa com significado, que a intervenção do terapeuta ocupacional se torna especialmente importante para a pessoa, familiares ou cuidadores mais próximos (Costa & Othero, 2014).

A atuação do terapeuta ocupacional no acompanhamento da pessoa ao longo do processo, inicialmente, pode estar relacionada com o conforto físico, ou seja, o terapeuta intervém no sentido de aconselhar posicionamentos adequados e/ou produtos de apoio. As estratégias de organização da rotina e ocupações significativas são também importantes, na medida em que permitem à pessoa continuar a vivenciar o que é significativo para si, sem que isso traga desgaste físico e frustração (Costa & Othero, 2014).

O terapeuta ocupacional atua com o intuito de ajudar a pessoa a manter a sua identidade ocupacional e a redefinir os seus papéis ocupacionais (Othero, 2010 citado por Baltazar, Pestana & Santana, 2016). O resgate de atividades significativas para a pessoa ou o acompanhamento na descoberta de novas atividades significativas, pode ser crucial para o aumento de autoestima e dignidade, fatores que se consideram de extrema importância, especialmente num contexto de final de vida consciente. Pode e deve-se ressignificar o momento de final de vida dando-lhe sentido de plenitude e qualidade de vida (Sartori & Battistel, 2017).

A Terapia Ocupacional exerce ainda um papel fundamental no apoio à família e/ou aos cuidadores mais próximos, podendo o terapeuta ser um elemento de apoio, escuta ativa e orientação ao longo e após todo o processo de acompanhamento (Costa & Othero, 2014).

5.5 PESSOA HUMANA

Boécio, um filósofo do século VI, refere que todos reconhecemos que uma pessoa é um indivíduo, uma substância indivisa, que é capaz de raciocinar, ou seja, um ser racional. Contudo, se seguirmos esta definição as crianças mais pequenas, aqueles com

dificuldades intelectuais, as pessoas com síndromes demenciais ou os doentes em coma, ficam classificados como não pessoas, uma vez que podem não conseguir raciocinar.

Chaves e Bavaresco (2010), analisaram e tentaram estabelecer o conceito de Pessoa Humana à luz de diversos trabalhos desenvolvidos por outros autores. Chegaram à conclusão de que as definições estabelecidas para pessoa humana não satisfazem plenamente às inquietações sugeridas pelo termo. Entretanto apontam caminhos para que pensemos os seres humanos enquanto indivíduos e espécie nos seus diversos momentos de desenvolvimento, sejam estes de carácter biológico ou moral. Nesse sentido, Chaves e Bavaresco (2010), referem que é necessário debater, e com isso construir um conceito de pessoa humana, levando em conta os avanços tecnológicos e a natureza moral dos seres humanos.

VI. CONCLUSÕES

Este caderno não pretende ser “o guia” para a Unidade Curricular de Bioética e Deontologia, mas sim um manual onde podem ser consultados diversos conteúdos sobre temáticas relevantes a serem abordadas nesta Unidade Curricular, criado um caderno onde se encontrem alguns dos aspetos mais relevantes a serem debatidos.

As temáticas aqui expostas não se esgotam com esta informação, pelo contrário. Com elas pretendemos somente levantar um pouco do véu e suscitar a reflexão e interessa por estes temas.

Ao longo deste caderno criámos algumas atividades que pretendem ser reflexivas levando o estudante a elaborar o seu raciocínio e desenvolver opinião própria, tendo em conta a informação que recebeu previamente e que, esperamos, o tenha deixado mais elucidado.

Esperamos ter dado início a um desencadear de uma perspetiva crítica e fundamentada em princípios éticos pessoais, sociais e culturais, suscitando em cada um de vós um sentido ético mais aguçado e um pensamento deontológico mais fundamentado e atento a diversas questões que se colocam no percurso profissional de um Terapeuta Ocupacional.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, M. & Ramos, S. (2007). A Sexualidade na Deficiência Mental Profunda - um estudo descritivo sobre atitudes de pais e profissionais. *Revista Psicologia*, pp. 1-11. Obtido em 13 de novembro de 2018, de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0367.pdf>
- Almeida, C., Marques, R., Reis, D., Melo, J., Diemert, D. & Gazinnelli, M. (2009). A pesquisa científica na saúde: uma análise sobre a participação de populações vulneráveis. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a12>
- Amaral, M. (2004). Sexualidade e Deficiência Mental - Impacto de um Programa de Orientação para Famílias. Universidade Federal de São Carlos. Obtido em 13 de novembro de 2018, de <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/3087/DissMCA.pdf?sequence=1>
- Assembleia da República. (2005). Lei Constitucional n. o 1/2005 de 12 de Agosto. Diário da República - I Série-A, Nº 155. Obtido de <https://dre.pt/application/file/243653>
- Baltazar, H., Pestana, S. & Santana, M. (2016). Contributo da intervenção da terapia ocupacional nos Cuidados Paliativos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 24(2), 261–273. Obtido de doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0692
- Bastos, F.I. & Szwarcwald, C.L. (2000). AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad. Saúde Pública*, 16(1), S65-S76. doi.org/10.1590/S0102-311X2000000700006
- Bionet. (2002). Clonagem Humana - os riscos. Fonte: Células Estaminais: http://www.esas.pt/dfa/enpf/bionet_sc_cont5.htm
- Cano, M., Ferriani, M., & Gomes, R. (2000). Sexualidade na Adolescência: um estudo bibliográfico. *Revista Latin-am. Enfermagem*, 8(2), 18-24. Obtido em 13 de novembro de 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12413>
- Carvalho, W., & Ferreira, V. C. (2008). Clonagem humana: abordagem sociológica e jurídica. *VI CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA*, (pp. 6-8). Lisboa.
- Castro, M., Antunes, G., Marcon, L., Andrade, L., Rückl, S. & Andrade, V.L. (2016). Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. *Revista Bioética*, 24(2), 355–367. doi.org/10.1590/1983-80422016242136

- Chaves, N. & Bavaresco, A. (2010). O Conceito de Pessoa Humana: Abordagens Bioética(s) em Engelhardt Jr e Lucien Sève. *Estudos Filosóficos*, 4, 62-83. DFIME – UFSJ - São João del-Rei-MG.
- Costa, A., & Othero, M. (2014). *Reabilitação em Cuidados Paliativos*. Loures: Lusodidacta.
- Diário da República Eletrónico. (2018, novembro 21). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Lisboa: Estado Português. Obtido de <https://dre.pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>
- Diniz, A. (2018). A Eutanásia no âmbito internacional: Aplicabilidade no Direito Constitucional Português. *Revista das Faculdades Integradas Vianna Júnior*, 9(1). Obtido de <http://www.viannasapiens.com.br/revista/article/view/373/259>
- Diniz, D., & Costa, S. (2004). Morrer com dignidade: um direito fundamental. In *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?*. 205, 121–134. doi.org/10.1192/bjp.205.1.76a
- Freitas, R. T., Ruotulo, D., Gabbi, K. R., Silva, J. B., & Peron, A. P. (2007). Aspectos científicos e sociais da clonagem reprodutiva e terapêutica. *Revista Eletrônica F@pciência, Apucarana-PR*, 1 (1), 41-49.
- Glat, R. (1992). A Sexualidade da Pessoa com Deficiência Mental. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 11, 65-74. Obtido em 13 de novembro de 2018, de http://www.abpee.net/homepageabpee04_06/artigos_em_pdf/revista1numero1pdf/r1_art06.pdf
- Diário da República n.º 63/1995, Série I-A (1995). Código Penal. Lisboa: Estado Português. Obtido em 14 de novembro de 2018, de <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/107981223/201708230200/73474039/diploma/indice>
- Magalhães, M., & Melo, S. (2015). Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. *Psicologia e Saúde Em Debate*, 1(1), 65–77. Obtido em <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/7/5>
- Marques, T. (2016). *A experiência vivida dos profissionais de medicina com pedidos de eutanásia e de suicídio medicamente assistido. (Dissertação para obtenção do grau de mestre em Bioética)*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa.

- Morais, I. (2010). Autonomia pessoal e morte. *Journal Asticle*, 18 (2), 289–309. Obtido em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/565
- Motta, P. (2010). *Suicídio Assistido: Direito de morrer com dignidade*. São Paulo: Fundação Educacional do Município de Assis.
- Prado, D. (2017). *O que é aborto*. Brasiliense. Obtido em 14 de novembro de 2018, de https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=PGkvDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=O+que+%C3%A9+aborto&ots=fjilc8BCrY&sig=81DYPKKbi8p3n6Zh77XFYi1tfbw&redir_esc=y#v=onepage&q=O%20que%20%C3%A9%20aborto&f=false
- Quintas, S. (março de 2010). *A Percepção de técnicos e indivíduos "sem-abrigo" - Histórias ocultas de uma realidade no Porto*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Rachid, M., & Schechter, M. (2017). *Manual de HIV/AIDS* (10 ed.). Rio de Janeiro: Thieme Revinter.
- Rogers, W., & Ballantyne, A. (2008). Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. *RECIIS*, 2(1), 31-41. Doi: 10.3395/reciis.v2.Sup1.207pt
- Rubio-Marín, R. (2017). Aborto em Portugal: novas tendências no constitucionalismo europeu. *Revista Direito GV*, 13(1), 356-379. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6172201714>
- Santana, J., Pessini, L., & Sá, A. (2017). Vivências de profissionais da saúde frente ao cuidado de pacientes terminais. *Enfermagem Revista*, 20(1), 1–12. Obtido de <http://seer.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/download/15410/11790>
- Santos, E. P. (2008). *Clonagem Humana: Possibilidades e Implicações*. Brasil: Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora.
- Santos, J., & Duarte, H. (2016). Eutanásia: o direito de morrer à luz do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. *Âmbito Jurídico*, XIX (148). Obtido de http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=17150
- Santos, J., & Prado, R. (2017). Desafios da legalização da eutanásia infantil na Bélgica. *Percurso*, 1(20), 157–163. Doi: 10.6084/m9.figshare.5873886

- Santos, S. (2011). *Eutanásia e suicídio assistido O direito e liberdade de escolha* (Dissertação de Mestrado em História Contemporânea e Estudos Internacionais). Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Obtido de https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/19198/1/SANDRA_CRISITNA.pdf
- Saraiva, R. (2016). *A prática de eutanásia na Holanda: artigo de revisão*. Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa. Obtido de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/29447>
- Sartori, A., & Battistel, A. (2017). A abordagem da morte na formação de profissionais e acadêmicos da enfermagem, medicina e terapia ocupacional. *Caderno Brasileiro Terapia Ocupacional*, 25(3), 497–508.
- Silva, J. A., Mota, A., Gomes, A., Marques, M., Gerivaz, S., & Sena, S. (21 de junho de 2009). Mulheres sem abrigo são sujeitas a dupla discriminação. *Jornal de Notícias*. Obtido em 20 de novembro de 2018, de <https://www.jn.pt/sociedade/interior/mulheres-sem-abrigo-sao-sujeitas-a-dupla-discriminacao-1269005.html?fbclid=IwAR0jWxMw70HpAIrt9SqSmLOKV9dXhHFpQ5lgsI6470aLkx50GsUDXIS8Ds>
- Sousa, T. C., Sousa, R. A., Alencar, M. V., Paz, M. F., Nunes, A. T. & Cavalcante, A. A. (2018). Estudo citogenético de anormalidades cromossômicas em abortos espontâneos. *Revista Interdisciplinar*, 11(2), 97-101. <http://dx.doi.org/10.17648%2F2317-5079.v11n2.149>
- Souza, C. & Maioral, D. (2015). Reflexões sobre eutanásia. Obtido de www.psicologia.pt
- Viana, D. (2018). A prática da eutanásia com base no princípio da dignidade da pessoa humana e na autonomia da vontade. (Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Direito). Universidade Regional do nordeste do Estado do Rio Grande do Sul. Obtido de <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/5344>
- Wiese, I., & Saldanha, A. (2014). Aborto induzido na interface da saúde e do direito. *Saúde e Sociedade*, 23(2), 536-547. doi.org/10.1590/S0104-12902014000200014