

# alameda digital

*actualidades, ideias e cultura*

## O Médico e a Eutanásia

por António Gentil Martins

**O mais grave é o iniciar do abrir das portas porque elas rapidamente ficam escancaradas: assim sucedeu com a questão do aborto, nomeadamente nos Estados Unidos, onde actualmente cerca de 98 % se praticam apenas por razões ditas de natureza psicológica.**

Ao falar de eutanásia a primeira coisa que haverá definir muito claramente são os conceitos. Etimologicamente eutanásia significa morte suave, morte doce ou morte tranquila. No entanto, para o que nos interessa hoje, ela implica necessariamente a intenção expressa de antecipar a morte em relação ao que sucederia pela evolução natural das coisas. Não existindo essa intenção, não existirá eutanásia. É assim que a designação de eutanásia passiva se torna irrelevante e até despropositada, já que a abstenção de uma terapêutica sem esperança, num doente terminal, não pode ser considerada eutanásia. Do mesmo modo, a eutanásia voluntária, mesmo a pedido do doente, não será mais que homicídio a pedido ou ajuda ao suicídio, mas sempre acto ilícito sob ponto de vista moral médica.

Será que algum Ser humano quer ele seja médico ou não, terá o direito de dispor da vida de outros Seres Humanos? Repudiaríamos ver o médico, hoje olhado e venerado com o respeito que a sua actuação merece, passar a ser encarado com sentimentos de receio e perigo, mal estar ou aversão; passar a pesar sobre ele a suspeição de abusos e erros, de comparticipação em interesses materiais ou de ser vítima de conluios de parentes ávidos, empenhados por isso no desaparecimento do parente inepto mas simultaneamente endinheirado.

O que pensaria um doente da possibilidade de ver reunir-se à sua volta um grupo de homens, em princípio sábios e de bom juízo, mas de cuja conferência saísse talvez uma sentença de morte provocada? Seguramente um dos efeitos de tal possibilidade seria a destruição da verdadeira ligação médico - doente, condição essencial para uma assistência eficaz, sobretudo no período que antecede a morte.

A aceitação da eutanásia voluntária aumentaria o número de pedidos e, o que é pior, traria o perigo de uma rápida aceitação da eutanásia não voluntária. À medida que os Estados modernos e sofisticados se tornam cada vez mais poderosos e burocráticos, facilmente poderia surgir mais uma vez uma Eutanásia quase obrigatória para os inválidos, os deformados e os incuráveis, à semelhança do holocausto nazi.

Não podemos esquecer que ainda recentemente nos Estados Unidos se pretendeu que fosse o médico, a pretexto de uma morte mais suave, a fazer a execução da pena capital( por métodos medicamentosos em oposição à clássica cadeira eléctrica), posição claramente rejeitada em documento da Associação Médica Mundial.

Na prática diária acontece observar-se que um doente, nas horas de sofrimento físico intolerável, pede como graça que tudo lhe seja concedido: até a morte. No entanto, dias depois, em momentos de acalmia espontânea ou provocada do seu sofrimento, o doente já se esqueceu do seu pedido anterior e faz projectos do futuro: será que poderá tomar-se à letra o que é dito sob coação de dores físicas aparentemente intoleráveis? Terá o médico o direito de satisfazer esse desejo, ditado pela angústia da continuidade do sofrimento, mas que pode mais tarde não o ser? A resposta para nós é seguramente negativa. O doente poderá, se assim o entender, terminar a própria vida: não deve no entanto é pedir ao médico que o faça por ele.

Infelizmente, nas Sociedades Modernas, o egoísmo tende a imperar e assim numerosos movimentos na Holanda, na Inglaterra e nos Estados Unidos chegam a sugerir que os velhos devem morrer para dar lugar aos novos, dado já terem usufruído da vida o bastante. Ou então, com valorização sobretudo dos aspectos económicos da vida, surge a sugestão de que a Sociedade se desfaça daqueles que já não considere senão um peso morto. Perante a preocupação pelo bem-estar do grupo facilmente a pessoa individual seria sacrificada. O Médico, como defensor natural do doente, não pode nem deve deixar de contrariar tal posição.

Será que se quer voltar aos tempos de Esparta, em que se lançavam pelas rochas do Taigeto as crianças fracas e raquíticas? Ou que na Germânia eram mortos ou enterrados vivos os velhos e doentes crônicos? Ou na Índia se lançavam no Ganges os doentes incuráveis? Na idade Média faziam-se os guerreiros acompanhar de um pequeno punhal muito afiado chamado misericórdia, com que eram mortos quando feridos: era uma decisão da Sociedade civil e de cada indivíduo de *per si*. O carrasco também mata; mas seguramente não competirá ao Médico substituí-lo, nomeadamente neste pouco admirável Mundo Novo.

Em caso de doença prolongada, dolorosa e sem esperança, as sugestões para aproximar o fim não vêm geralmente do doente, ainda lúcido, nem nascem espontaneamente no espírito do médico. Vêm na regra de familiares que junto do médico invocam a inconveniência em prolongar uma vida já condenada. A resposta do médico não pode ser outra que não seja aliviar o sofrimento, apoiar o doente, mas nunca precipitar a sua morte. É comum dizer-se que sedar a dor é obra de Deus: tal foi e continua a ser uma verdade. Porém, daí à aplicação dos mesmos elementos terapêuticos mas em doses acima da resistência do doente, vai um abismo: a diferença entre a defesa da dignidade na morte e o homicídio. É seguramente lícito que o médico use medicamentos que aliviem a dor, mesmo que saiba que com isso poderá encurtar a vida do doente, num processo de duplo efeito. Correr um risco decorrente da terapêutica é seguramente diferente da intenção expressa de provocar a morte.

Por detrás de um pedido de eutanásia, expresso pelo doente, há quase sempre um pedido angustiado de auxílio e afeição, uma necessidade de calor humano e de sobrenatural.

Para que exista uma morte humanizada é importante que a dor seja contida nos limites do suportável. A resistência à dor é uma variável cultural, para além de individual, e depende do nível de motivação, do significado que a ela se atribui e também da atitude da sociedade. O sofrimento humano não é, com efeito, um fenómeno biológico apenas, e assim será fundamental não só combater a dor mas também aquela angústia e ansiedade inerentes à sua situação que se sente ameaçado no seu corpo e na sua integridade. É sobretudo nesta situação que se impõe a necessidade de uma relação personalizada Médico - Doente. Não podemos no entanto esquecer, ao analisar este problema, que esta relação com o doente, grave e moribundo, é também angustiante para a pessoa que o trata; e isso tanto mais quanto a morte se aproxima e o sofrimento se mostre rebelde aos tratamentos.

Se o médico tem o dever de lutar pela vida, tal não implica que se sinta obrigado a usar meios extraordinários de tratamento quando eles, em condições limite e de acordo com os conhecimentos da ciência nesse momento, apenas servem para prolongar a morte ou quando, por outro lado, o doente manifestou, sem sombra de dúvidas, que não deseja que tais meios se lhe apliquem.

A distinção entre meios extraordinários ou desproporcionados e meios normais, ordinários ou proporcionados é aqui fundamental e obviamente varia com a evolução da ciência, com os recursos existentes e com as circunstâncias concretas de cada caso. Se em nenhum momento pode ser posta em causa a utilização de meios normais (que incluem sobretudo os cuidados básicos de conforto humano, a alimentação, a higiene e o apoio psicológico e moral) já a utilização de meios extraordinários só se poderá justificar quando as perspectivas da sua utilização possam dar ao doente um prolongamento considerada útil de vida e não apenas um prolongamento absurdo do seu próprio sofrimento e morte. Nessas últimas circunstâncias, a não utilização de meios extraordinários não é nem nunca pode ser considerada eutanásia, do mesmo modo que o não é desligar uma máquina de respiração artificial num doente já em morte cerebral.

Se a sociedade civil entender um dia, esperamos bem que nunca, que é lícito matar um doente ou um deficiente, então ela deverá escolher um carrasco, mas não poderá pretender que seja o médico a exercer tal papel.

Na Holanda, o Poder Político decidiu despenalizar a eutanásia a pedido e infelizmente a Real Associação Médica Holandesa aceitou subscrever tal princípio, embora com reservas. Isso levou, desde logo e saudavelmente, ao aparecimento de uma outra Associação, respeitadora dos princípios básicos da Ética Médica, tradicional e perene. Infelizmente pode prever-se que, nomeadamente na Holanda, com o correr dos tempos, através da aceitação e alargamento destes conceitos (para nós a despenalização não é mais que uma forma covarde e hipócrita de não querer assumir a legalização e demonstrar concordância) já não será apenas aquele que pede, mas também o familiar incómodo porque incapaz de se bastar de si próprio, ou um parente próximo atingido de cancro, que poderá ser a vítima de uma morte provocada com alegadas boas intenções.

Na legislação Holandesa, pretende-se agora que o médico que, por objecção de consciência, se recuse a executar a Eutanásia a pedido, assuma a responsabilidade de transmitir o seu doente a outro colega, que aceite executá-la. Isto é para nós uma situação chocante e a repudiar com veemência, mas que não pode surpreender todos aqueles que aceitaram tal princípio em relação ao problema do aborto, atitude da qual sempre discordámos, mas de cuja discussão, a nível internacional, saímos vencidos mas não convencidos.

O mais grave é o iniciar do abrir das portas porque elas rapidamente ficam escancaradas: assim sucedeu com a questão do aborto, nomeadamente nos Estados Unidos, onde actualmente cerca de 98 % se praticam apenas por razões ditas de natureza psicológica. Os verdadeiros Médicos, os que se comprometem a defender a Vida e a respeitar os princípios sagrados da sua profissão, terão sempre que dizer não à Eutanásia: o interesse dos Doentes e a salvaguarda dos mais elementares direitos humanos, assim o exigem.

Ao discutir o problema da Eutanásia tem-se levantado o problema da qualidade de vida. É evidente que uma mentalidade de

consumo e uma cultura baseada sobre o lucro, acabam muitas vezes por considerar a qualidade de vida apenas sob critérios quantitativos, medindo o valor de uma existência pessoal somente pela sua eficácia ou valor económico.

Perante tal concepção, a vida dos deficientes e das pessoas de idade, torna-se necessariamente precária, pois dificilmente são utilizáveis para a produção e lucro. A esta mentalidade há que opor a fé inquebrantável na dignidade intrínseca do Homem como fundamento de avaliação da qualidade de vida. Se isto já é válido para aqueles que acreditam numa sociedade laica, mais evidente se torna para aqueles que firmemente acreditam que a Vida é um dom de Deus.

Inclusivamente, a tecnologia da Ciência arrisca-se a deixar na sombra o valor humano único do doente que se trata. A máquina da Saúde com as suas instalações e recursos, de uma eficácia cada vez maior (mas também com as suas torturas...) pode tender a ignorar a personalidade do Doente, que se reduziu a um número ou a uma ficha, composta de índices e factores sem rosto e sem história, sem ligações nem problemas. Será fundamental não esquecer que o doente, antes de ser um organismo perturbado, é uma pessoa deslocada à procura de um equilíbrio perdido. Quantas vezes na vida clínica não se coloca a questão de quando a morte deve ser combatida, mesmo a um custo elevado, ou quando será nosso dever familiarizarmo-nos com ela, confrontarmo-nos com ela e aceitá-la.

O médico que renuncia à obstinação terapêutica porque considera que os meios aos quais pode recorrer são desproporcionados aos resultados e benefícios que poderá alcançar para o doente, encontra-se certamente justificado: na iminência de uma morte inevitável, apesar de todos os métodos postos em acção, é lícito tomar em consciência a decisão de renunciar aos tratamentos que não alcançariam senão um prolongamento precário – e quase que poderíamos dizer artificial, da Vida.

O *Direito à Vida* é seguramente inalienável mas é normal admitir que existe o *Direito à Morte*, concebido como o terminar digno dessa vida. O Direito à Vida e o respeito do Direito à Morte. A possibilidade concreta que a medicina oferece hoje de prolongar a vida coloca o problema de saber quais os limites impostos pela Razão e pela Moral a um tal prolongamento, até onde se terá o direito de ir. Seria retirar qualquer sentido à sua luta, reduzir o Acto Médico a uma simples obstinação terapêutica sem respeito, pela dignidade da pessoa.

A questão desses limites reporta-se também ao respeito da vontade do doente e essa vontade faz parte integrante da Deontologia Médica; e é assim que uma recusa eventual terapêutica aconselhada liberta o Médico de qualquer responsabilidade, não só em relação à sua consciência mas também face à moral ou à lei. Será no íntimo da sua consciência que, em última análise, o médico decidirá pôr fim à luta obstinada contra a morte.

Sendo a Vida um bem primário e o maior que possuímos, é normal que se defenda até ao fim. Porém, preservar em vida um organismo não significa manter apenas as suas funções vegetativas mas sim assegurar, pelo menos a nível basal, a manutenção das funções cognitivas que constituem o ego do indivíduo e por consequência lhe conferem a sua dignidade e personalidade únicas. A cessação da actividade do córtex retira, por definição, à tentativa de prolongar a vida humana, qualquer sentido.

Para além da morte cerebral, a existência de um estado vegetativo persistente, com perda total da função cognitiva mas com manutenção das funções necessárias à vida vegetativa, coloca o problema de suspensão eventual de meios artificiais de suporte vital. A prática demonstra que, após doze meses de tal situação, é praticamente nulo o risco de erro quanto à irreversibilidade da situação, e poderá nessa altura colocar-se o problema de proporcionalidade entre inconvenientes benefícios de manter meios extraordinários de reanimação: daí decorrerá a decisão terapêutica final, sem que a acusação de Eutanásia possa, também neste caso, ser formulada.

A relação personalizada Médico – Doente, que sempre temos defendido, resulta naturalmente da liberdade de escolha que é dada a este último, sendo o melhor garante de que, na situação de doença terminal, não haverá sobressaltos ou dificuldades mais graves. O conhecimento mútuo e a confiança estabelecida, permitirão antecipar as situações e resolvê-las. O doente terá sempre uma palavra a dizer, já que nenhum tratamento poderá ser imposto pelo médico, que é, fundamentalmente, defensor, amigo e conselheiro e não dono ou juiz. Mas também não será o doente nem ninguém que poderá impor ao Médico a violação do Código Ético da sua profissão.

A diferença fundamental entre a Eutanásia e a renúncia a prolongar a morte com tratamentos inúteis, reside fundamentalmente na intenção da atitude e no facto de uma representar um atentado directo à Vida e o outro direito morrer em paz. É a diferença entre o homicídio e a dignidade da Vida, até na Morte. Sabendo que o médico, como ser humano que é, é falível; por tal facto, as decisões deste tipo, embora tomadas com ciência e consciência, devem ser preferencialmente partilhadas (ainda que, nas acções do dia a dia, seja quase sempre o médico isolado que acaba por ter que assumir a responsabilidade total). É pois fundamental, que no seu julgamento, os Médicos não deixem de considerar, acima de tudo, o interesse e respeito da sua Ética profissional.

A frase *Morrer com Dignidade*, terá que reservar-se para descrever a obrigação de dar cuidados aos moribundos, com sensibilidade, compaixão e ética e nunca como um meio de camuflar a Eutanásia. A decisão de matar pelo uso de qualquer agente letal, mesmo quando a morte está iminente, é uma decisão que pode ser feita por qualquer pessoa sem conhecimentos médicos, e o agente letal tanto pode ser uma bala como um choque eléctrico ou veneno. O que não se poderá é querer que seja o médico a ser instrumento de tal actuação.

O doente tem direito a conhecer toda a verdade a respeito do seu estado de saúde real, dos cuidados e das intervenções que

necessita e dos riscos que irá correr, pois só a ele e a ninguém mais pertence dispor da sua pessoa e por consequência exercer a própria liberdade, numa situação vital extremamente crítica. O conhecimento da verdade inspira muitas vezes no Doente o desejo legítimo de cumprir certos deveres religiosos ou morais, de completar certas formalidades civis ou de determinar a sucessão, no melhor interesse dos sobreviventes. No entanto, se o doente tem direito de conhecer a verdade, nem por isso o médico deixa de poder abster-se de dizer ao doente toda a verdade, quando este acredita que sofrerá um choque que poderá ser prejudicial à sua saúde, física ou psíquica. Neste caso o médico deverá dar provas de sensibilidade, intuição e compaixão, revelando a verdade com tacto, progressiva e prudentemente, mas mantendo um pouco de esperança. A atitude do médico não poderá de deixar ter em conta o nível de cultura, a inteligência, o carácter e a personalidade do doente. O médico não será obrigado a dar um curso de medicina a cada doente: tem porém fornecer-lhe os elementos fundamentais indispensáveis que permitam a escolha entre as várias opções possíveis, assinalando-lhe os riscos e as possibilidades de êxito. Só assim o doente estará em condições de pesar os prós e os contras e tomar a decisão que para si entenda ser melhor.

Esta relação personalizada Médico – Doente é uma das melhores barreiras da defesa do Homem, da sua dignidade e da sua sobrevivência como indivíduo, contra o peso cada vez maior daqueles para quem a sociedade é toda poderosa e que pretendem substituir a relação Médico – Doente por uma relação Beneficiário – Estado (na qual o papel do Médico – Funcionário é regulada por critérios burocráticos – administrativos). Fácil é assim compreender que o problema da Eutanásia envolve também uma escolha quanto ao tipo de Sociedade em que desejamos viver.

O Código Internacional da Ética da Associação Médica Mundial, promulgado em 1949 e revisto pela última vez em 1983, reafirma o dever do Médico de ter sempre presente a obrigação de preservar a Vida Humana. Em 1950 a Associação Médica Mundial declarava também que a Eutanásia voluntária era contrária ao espírito da Declaração de Genebra e como tal, não ética. A mesma Associação, na sua Declaração de Tóquio, de 1975, respeitante ao problema da tortura, reafirma no seu preâmbulo que o maior respeito pela Vida Humana deverá ser mantido, mesmo sob a ameaça, e que nenhum uso será feito dos conhecimentos médicos que seja contrário às leis da Humanidade. Explicita ainda que quando um prisioneiro recusar alimentação e for considerado pelo médico como capaz de fazer um juízo consciente e racional em relação às consequências dessa recusa voluntária de alimentação que, ele ou ela, não deverá ser alimentado artificialmente. Esta abstenção do médico, no respeito da vontade do doente, não será também nunca considerada Eutanásia.

Mais recentemente em 1987, a Associação Médica Mundial, constatando a existência de vozes advogando a Eutanásia em casos de doença incurável, entendeu reafirmar firmemente a sua posição ou seja, a de que a Eutanásia activa é um acto de assassinio e, assim sendo, fundamentalmente contra o juramento básico do Médico. Ao mesmo tempo afirma que aquela posição não impede o Médico de respeitar o desejo do doente para que o processo natural da morte siga o seu caminho, nas fases terminais da doença.

O Código Europeu de Ética Médica, na elaboração do qual tivemos a honra de participar, diz no seu Artigo 12º sobre a ajuda aos moribundos, que a medicina implica em todas as circunstâncias o respeito constante da Vida, da autonomia moral e da livre escolha do doente. Contudo o médico pode, em caso de doença incurável e terminal, limitar-se a aliviar os sofrimentos físicos e morais do doente, dando-lhe os tratamentos apropriados e mantendo tanto quanto possível a qualidade de vida que se termina. A Declaração de Lisboa, de 1981, sobre os Direitos do Doente, feita durante a primeira presidência Portuguesa da Associação Médica Mundial, para além de afirmar que o doente tem o direito de aceitar ou recusar tratamentos após ter recebido informação adequada, afirma que o doente tem o direito de morrer com dignidade e de receber ou prescindir de conforto espiritual ou moral, nomeadamente de um Ministro da Religião apropriada. A Declaração de Veneza de 1983, sobre Doença Terminal, diz que é dever do médico curar e sempre que é possível aliviar o sofrimento, bem como actuar na protecção dos melhores interesses do Doente, não havendo excepções a este princípio, mesmo no caso de doença incurável ou malformação. Este princípio implica que o Médico deve seguir certas regras (como aliviar o sofrimento do doente agonizante ou abster-se de empregar meios extraordinários que se demonstrem serem sem de benefício real) e ao mesmo tempo autoriza-o a aplicar meios artificiais, necessários para manter órgãos activos para transplantação (quando o doente está já incapaz de inverter o processo final de cessação de funções vitais).

A Declaração de Sidney, da Associação Médica Mundial, de 1968, respeitante à Certificação da Morte, revista em Veneza em 1983, reforça que a determinação da morte deve ser da responsabilidade do médico, fazendo notar que duas actividades da medicina Moderna vieram tornar necessário estudar a questão do momento da morte mais profundamente: em primeiro lugar, a capacidade de manter, por meios artificiais, a circulação do sangue oxigenado através dos tecidos do corpo ( que pode já estar lesado irreversivelmente) e em segundo lugar, sobretudo no que se refere à rapidez dessa determinação, o problema da colheita de órgãos de cadáver (como o coração ou os rins, para transplantação).

Sendo a morte um processo gradual a nível celular, a importância da determinação da morte reside não no estado de preservação de células isoladas mas no destino da pessoa: daí o conceito de Morte Cerebral hoje universalmente aceite.

O momento da morte das diferentes células e órgãos não é tão importante como a certeza de que o processo se tornou irreversível, sejam quais forem as técnicas de ressuscitação que sejam empregadas. O que é essencial é determinar a cessação irreversível de todas as funções cerebrais (incluindo o tronco cerebral), determinação essa a fazer numa avaliação clínica a suplementar, se necessário, por processos auxiliares de diagnóstico: contudo, no estado actual da Medicina, nenhum critério tecnológico único é inteiramente satisfatório nem pode a tecnologia substituir-se à apreciação global, feita pelo médico.

É constatação corrente que a lei tarda a definir parâmetros e assim não deve, no caso concreto da morte cerebral, fazer mais do que aceitar a existência desse conceito.

Deverá ser a profissão médica (e no caso concreto de Portugal, a sua Ordem, com base em Parecer de Sub-Comissão própria e dependente do Conselho Nacional de Deontologia) a manter em constante actualização os critérios técnico-científicos que permitam definir, em cada época, a existência concreta de morte cerebral.

Reportando-os agora a normas nacionais, verificamos que o Compromisso Deontológico da Ordem dos Médicos, de 1949, recusa a Eutanásia e especifica no parágrafo único do Artigo 12 que a incurabilidade da doença não justifica o abandono do doente e que o médico, se o fizesse, praticaria uma falta grave, dado que iria prejudicar um dos mais belos atributos da profissão: consolar e aliviar, quando não se pode curar. No artigo 19, diz que deve ser evitado, num doente incurável, todo o tratamento que não tenha por fim suavizar-lhe a sua existência. No artigo 20 diz que a sobriedade em terapêutica é uma qualidade sempre apreciável e que a escolha de meios mais simples e económicos constitui uma obrigação moral, quando as condições do doente o permitam.

O actual Código Deontológico da Ordem dos Médicos é bem explícito, no seu artigo 50, quanto ao dever do médico em guardar respeito pela vida humana desde a concepção e reafirma que é expressamente proibida a prática da Eutanásia, não sendo considerada como tal a abstenção de qualquer terapêutica não iniciada quando tal resulta da opção livre e consciente do doente ou do seu representante legal, (salvo o disposto artigo 41, nº 3, onde se diz que, em caso de perigo de vida, a recusa de tratamento imediato que a situação imponha, quando seja possível, só poder ser feita pelo próprio, pessoal e livremente).

Esta mesma posição de repúdio pela Eutanásia se pode encontrar em numerosos Códigos de Ética Médica( Artigo 57 – Conselho Federal de Medicina do Brasil; artigo 45 – Bélgica; Artigo 40 – Itália; Nº 2. 11 – Estados Unidos da América; Artigos 116 e 117 – Espanha; Artigo 222 – França ).

A Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, na sua recomendação 777, de 1976, respeitante aos direitos dos doentes e dos moribundos, convida os Governos dos Estados Membros a tomar todas as medidas necessárias para que os doentes sejam aliviados dos seus sofrimentos tanto quanto o permite o estado actual dos conhecimentos médicos e a assegurar que todos os doentes tenham a possibilidade de se preparar psicologicamente para a morte, prevendo-se a assistência necessária para essa finalidade. Sugere também a criação de Comissões Nacionais, capazes de elaborar regras éticas para o tratamento de moribundos, de determinar os princípios éticos de orientação em matéria de utilização de medidas especiais com a vista a prolongar a vida, e de examinar a situação na qual se podem encontrar os membros da profissão médica quando renunciam a tomar medidas artificiais de prolongamento do processo da morte, em doentes nos quais a agonia já se iniciou e a vida não pode ser salva no estado actual da ciência médica.

Em aparte, gostaríamos de frisar que, quanto a nós, estas Comissões nacionais pouco terão a ensinar aos Conselhos Deontológicos que a profissão médica organizada, desde sempre tem mantido em funcionamento! É curioso constatar que surgiram em 1º lugar em França, quando o Governo Socialista de então pretendeu, sem sucesso, destruir a Ordem dos Médicos, apontamento que aqui faço por pensar que merece reflexão...

A Recomendação 777, a que fizemos referência, atribui ainda às Comissões Nacionais o examinar as declarações escritas, feitas por pessoas juridicamente capazes, autorizando os médicos a renunciar às medidas para prolongar a vida. É caso concreto das Declarações de Vontade Expressa ou *Living-Will* dos autores anglo-saxónicos. Essa Declaração de Vontade Expressa não poderá nunca ser senão mais um factor ou elemento de ponderação para o médico que, acima de tudo, terá acima de tudo, terá de usar o seu julgamento clínico, avaliando toda a complexidade multifactorial das vantagens e inconvenientes para o doente do prognóstico previsível e das circunstâncias concretas em que exerce a sua actividade.

É também importante considerar que regras de reanimação ou não reanimação, não estabelecidas em Unidades de Cuidados Intensivos ( *Do Not Resuscitate* ou DNR, dos autores anglo-saxónicos) nunca poderão ser encaradas de modo rígido, já que o Método Científico é fundamentalmente um método Estatístico e todos sabemos que *não há doenças, há doentes* e que a estatística, como dizia Disraeli, é um dos grandes tipos de mentira. Cada caso individual tem assim que ser tomado nos seus méritos próprios e quaisquer regras básicas estabelecidas, mesmo cientificamente, não podem passar de pontos de apoio a integrar num conjunto mais complexo, que é a apreciação global pelo médico.

A História da Medicina está cheia de problemas difíceis e que exigem normas claras de ética para a sua resolução. Por outro lado é essencial ter consciência das limitações da Ciência Médica e da própria natureza humana. Os defensores da Eutanásia (entre os quais se encontram alguns licenciados em medicina e que não desejamos considerar como verdadeiros médicos) procuram camuflar com palavras atraentes, como Direito e Compaixão, as ideias mais bárbaras, assim tentando dar-lhes um certo tom de respeitabilidade.

Através de um hábil adulteração da linguagem, permite-se a manipulação do conteúdo, dos dados reais e dos preceitos éticos. O manejo astuto de novas formas de persuasão, tornado possível graças à experiência obtida na publicidade comercial e na propaganda política, induz muitas vezes as populações a aceitar de um modo atraumático novas expressões que tornam tolerável, ou estabelecem como necessário, o que anteriormente era repudiado como indigno ou repugnante. Disso é exemplo o que se passou ao ser demolir o conceito de inviolabilidade da vida, para permitir a legalização do aborto.

A aceitação social da nova moralidade é facilitada pela alteração de significado sofrida por grande número de termos, como contracepção, interrupção voluntária da gravidez, morte com dignidade etc. Por simples mutação semântica, as novas palavras apresentam-se não só como eticamente neutras mas também rodeadas de uma aura de inocência. Não se trata porém de simples sinónimos de palavras antigas mas sim de neologismos que traduzem uma ética deliberadamente manipulada. Algum

dia os Filólogos contarão a história deste tremendo erro, a que a boa parte da Sociedade se prestou, com uma cumplicidade certamente não inocente.

Será que não nos lembramos de ter sido proposta uma pílula para acabar com os velhos? (John Goundry – Inglaterra), a criação de uma clínica para ajudar os suicidas a fazê-lo melhor? (Ragnar Toss – Suécia) e ainda aquilo que eufemisticamente se chamou *alimentação a pedido*, ou seja, dar a crianças recém-nascidas medicamentos para dormir e só as alimentar se chorassem? (forma cínica e covarde de matar à fome) (John Lorber – UK).

É importante considerar que situações de degradação não surgem em regra de repente e é muitas vezes a pequena cunha aberta que leva mais tarde às maiores atrocidades.

Uma Sociedade que não sabe ou não consegue manter os seus valores éticos está necessariamente condenada à desumanização. Os médicos, pela sua parte, têm sido sempre intransigentes na defesa dos valores perenes da profissão, entre os quais se conta, seguramente, a defesa da vida. É no fundo valor que se atribui a esta que condiciona a sua posição.

A perspectiva do doente perante a morte e o sofrimento está claramente dependente da visão laica ou religiosa que tenha quanto ao valor do próprio sofrimento e da vida além da morte. Cabe ao médico respeitar também aqui as opções do doente e ajudá-lo directamente ou através de alguém apropriado, amigo, sacerdote, a realizar-se na própria morte.

É comum dizer-se que a Deontologia deve respeitar a lei: diria que a Ética Médica está acima da Lei. Quantas vezes não temos verificado que as *leis dos príncipes* são contra a Ética: são ao casos de amputação das mãos nos Países Islâmicos, do uso da Psiquiatria na União Soviética, da pena de morte nos Estados Unidos, do exanguinamento dos prisioneiros condenados a morte no Irão, etc. Os juristas, com habilidade, encontraram solução para este e outros problemas, numa sociedade pluralista: a objecção da consciência.

Só esta permite hoje ao médico respeitar integralmente o seu código de honra e nomeadamente um dos seus princípios básicos: Não matarás. Mas será que a objecção de consciência chega? Não será necessário também que o médico se comprometa na defesa dos valores em que acredita? A nós não restam dúvidas de que o deve fazer.

O direito a uma morte suave e digna implica necessariamente que, nesses últimos momentos, o doente seja acompanhado pelos seus entes mais queridos, o que é normalmente difícil a nível das Instituições Hospitalares e nomeadamente nas Unidades de Cuidados Intensivos. Deveria ser regra absoluta destas últimas a possibilidade da presença de pelo menos um familiar, sobretudo quando a morte parece iminente.

Apesar da desagregação da família ser muitas vezes uma realidade triste do nosso tempo e de as condições de trabalho não facilitarem também essa assistência, a verdade é que todos os dias verificamos multiplicarem-se actos de solidariedade e de união junto daqueles que a vida vai abandonando. Quantas vezes uma palavra amiga, um gesto de carinho, não valem mais do que uma dose de analgésicos? Morrer na sua cama, junto dos seus, assegurados que sejam os cuidados básicos e sobretudo o alívio da dor, é para nós a melhor solução. E quando isto não é possível, terá de ser em princípio o pessoal de saúde, médicos, enfermeiras ou mesmo voluntários hospitalares quem, no momento da morte, deverá preencher esse vazio.

Se a decisão de suspender o suporte vital deve, em princípio, ser partilhada com quem melhor conhecimento tem dos problemas envolvidos e se a existência de uma cadeia hierárquica justifica o acordo do seu responsável máximo, é sobretudo ao médico do doente que deve competir a responsabilidade de decisão final. É esta consciência individual do Médico, que se deseja bem formada, que, em última análise, tomará a decisão da qual dependerá a vida ou a morte do doente. É ela que consagra a verdadeira grandeza da profissão que a esmagadora maioria dos médicos tem, desde Hipócrates, sabido respeitar e fortalecer.

Não compartilhamos o conceito de que um só parâmetro possa definir prioridades na escolha de uma terapêutica, sobretudo quando os recursos são limitados. Não pode assim, por exemplo, ser a idade a razão simples que leva a ligar ou não ligar um ventilador, a fazer ou a não fazer uma diálise. Nada há que permita ao homem decidir que uma vida é mais válida do que outra. Por isso não será aceitável que se neguem a um doente os meios de suporte vital só porque chega outro doente, talvez em melhores condições de recuperação, mas para quem já não há meios de suporte disponível, excepto se considerar circunstâncias muito particulares e em que, após análise global, se verifique ser manifestamente desproporcionada a perspectiva de sobrevivência e recuperação dos dois Doentes.

Isto leva-nos a uma consideração final sobre aquilo que designaríamos por Eutanásia Política, resultante da insuficiência das verbas atribuídas para a Saúde. Dessas insuficiências resulta com frequência a morte desnecessária de muitos doentes e sem que ninguém pareça notar tal facto... Aos médicos caberá denunciá-lo e lutar para que os recursos existentes cheguem para todos.

A este respeito, vale a pena referir, como exemplo, o que se passou em Inglaterra há muitos anos, no início da diálise para tratamento dos insuficientes renais. Em certa zona foram fornecidas alguns dialisadores, manifestamente insuficientes para as necessidades existentes, surgindo a inevitável lista de espera. Pretenderam os políticos que fossem os médicos a ordenar e a seleccionar essa lista de espera, ou seja na realidade, a decidir quem devia ou não morrer mais precocemente do que os recursos da ciência médica já permitiam.

Declinaram os médicos tal encargo, sugerindo aos políticos que decidissem com base em relatórios por aqueles apresentados.

Foram assim os políticos confrontados com a realidade, tomando consciência directa e pessoal de que uma lista de espera, na diálise, representava uma sentença de morte para muitos doentes, morte essa que eles, políticos teriam de assumir. O resultado prático foi o imediato fornecimento do número de dialisadores indispensáveis, de acordo com as verdadeiras necessidades dos doentes insuficientes renais daquela área.

Este exemplo constitui uma lição importante, que nos deve encorajar na luta por melhores condições de trabalho e permite tornar claro a quem pertence a responsabilidade das insuficiências existentes: se aos Médicos, se à Sociedade.

Esta, representada pelos que elegeu, pareça infelizmente muitas vezes mais inclinada a preferir o prazer e o conforto e a esquecer as necessidades vitais; o que o médico nunca fará.