

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CHILE - FACULTAD DE
MEDICINA

ARS MEDICA N.º 2

A eutanásia e seus argumentos. Reflexão crítica

Eduardo Rodríguez Yunta
Doutor em Biología Molecular e Professor de Antropología Médica,
Pontificia Universidade Católica de Chile

Introdução

Nos últimos anos houve um considerável debate acerca da eticidade de permitir a eutanásia ativa voluntária e o suicídio assistido para doentes terminais. Existe uma tendência a escrever nas revistas científicas em favor de aceitar a moralidade da eutanásia num esforço de conquistar o consenso público para a sua legalização. De facto, em países como Holanda a eutanásia foi descriminalizada há já algum tempo; apresentaram-se leis para a sua descriminalização na Austrália e nos Estados Unidos no Estado de Oregon, e é motivo de debate em vários parlamentos a nível mundial. O suicídio assistido significa que o médico provê os meios necessários para que o paciente finalize a sua vida. A eutanásia ativa significa que o médico administra pessoalmente uma droga letal. A morte busca-se para finalizar uma vida que chegou a ser intolerável pelo sofrimento e causa de que o paciente não quer continuar a viver ou porque a vida adquiriu tal condição mínima que não merece ser considerada digna.

O considerável avanço da Medicina, nos últimos anos, levou a avaliar se é obrigatório usar todos os meios possíveis para manter a uma pessoa viva ou si se há-de usar toda a terapia disponível, ainda quando exista poucas possibilidades de obter algum progresso. Discute-se a questão do direito a morrer com dignidade. Para alguns, morrer com dignidade significa morrer sem dor por intervenção médica direta ou suicídio assistido. Qualquer morte que seja acompanhada pelo sofrimento é considerada como indigna na mentalidade da sociedade de hoje. Neste contexto, a morte sem dor pode ser provocada pela administração de uma droga com a intenção de finalizar a vida e ao mesmo tempo o sofrimento. Esta intervenção ativa seleciona-se porque acaba rapidamente com a vida do doente e propõe-se fazê-lo quando não existe possibilidade de cura e o doente manifestou o seu desejo de não continuar a viver. Para muitos outros, o direito à morte com dignidade implica a não aplicação ou a interrupção de terapias de suporte vital para doentes terminais, para permitir que o doente sucumba pela doença, desta forma libertando-o da escravidão do chamado “encarniçamento terapêutico”, que consiste em tratar o doente com terapias excessivas por não ter já nenhuma efetividade e submetê-lo a um prolongado sofrimento.

Houve também um debate sobre o alcance do termo eutanásia. O termo foi dividido em eutanásia passiva e eutanásia ativa. No contexto da sociedade norte

americana, com o termo de eutanásia passiva quis-se significar o favorecer o processo da morte ao remover a equipa de suporte vital ou ao terminar com os procedimentos médicos quando estes são considerados vazios. Com o termo de eutanásia ativa quis-se significar ou provocar imediatamente a morte pela aplicação de um agente letal. No entanto, sob o ponto de vista da ética profissional, objetou-se que é irrelevante o terminar a vida do doente por ação ou por omissão de um tratamento que é considerado válido e necessário para que este possa viver, já que a morte é provocada intencionalmente em ambos casos. Para evitar confusões, a definição de eutanásia deve ser entendida mais como o finalizar deliberadamente a vida de um doente que está a sofrer ou tem uma doença incurável, independentemente de que seja por ação ou por omissão¹. No caso de que a eutanásia seja levada a cabo através de uma ação, se trata de eutanásia ativa. No caso de que se trate da privação de uma assistência médica todavia válida e devida, se trata de eutanásia omissiva. Por outro lado, não existir que considerar que existe eutanásia na mal chamada “eutanásia passiva” ao remover sistemas de suporte vital que não são terapêuticos e permitir que o doente sucumba pela doença ou em negar-se a receber um tratamento médico que é considerado inútil, nem há eutanásia na morte provocada pelo “efeito duplo” de drogas que são dadas para aliviar a dor mas podem encurtar a vida. Não existe obrigação de receber ou de prolongar um tratamento que é considerado ineficaz pela profissão médica. Esta prática é considerada como ética e legal sempre que a intenção do médico seja aliviar a dor e outros sintomas e não provocar a morte².

Na presente reflexão vou a analisar os argumentos em favor da eutanásia junto com uma crítica dos mesmos para emitir um juízo ético sobre se existe o direito a cometer suicídio ou de pedir uma ação eutanásica para doentes terminais.

Argumentos a favor da eutanásia e resposta crítica

1. O argumento da pobre qualidade de vida. Aqueles que defendem a eutanásia, argumentam que nalgumas circunstâncias viver é pior que morrer, já que a dor e o sofrimento causado por uma doença terminal podem fazer a vida tão agonizante e difícil de levar que a morte possa parecer um “ato humanitário” e considera-se racional que o médico ajude ao suicídio como uma forma de morrer com dignidade³. Para o doente terminal, o sofrimento pode ir mais além da dor como resultado das condições nas quais se encontra e estas fazer a vida insuportável, como por exemplo: a progressiva perda de movimento e atividade, a perda de liberdade associada com a dependência de outros, moléstias físicas como náuseas, vômitos ou dispneia, a incapacidade de tragar ou de falar, o medo de morrer, a incontinência, a debilidade, a perda da dignidade pessoal, a

¹ A Congregação para a Doutrina da Fé na sua *Declaração sobre a Eutanásia*, de 5 de maio de 1980, define a eutanásia como “uma ação ou uma omissão que por própria natureza ou em sua intenção, procura a morte, com o fim de eliminar qualquer dor”.

² Ver Emanuel, E. J. “A Phase 1 Trial on the Ethics of Phase 1 Trials”. *Journal of Clinical Oncology* (1995) 13: 1049-1051. Y President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research; *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*. Washington, DC, US Govt Printing Office (1983).

³ Ver Brock, D. W. “Voluntary Active Euthanasia”. *Hastings Center Report* (1992) 22: 10-22.

demência⁴. A vida perde toda qualidade e significado, de forma que a morte é preferível.

Resposta crítica: No argumento da qualidade da vida confunde-se o valor da qualidade da vida com a qualidade que a vida tem. A vida humana tem um valor intrínseco em si mesma. A boa saúde não pode dotar de dignidade a vida humana, já que a saúde não possui vida em si mesma, melhor participa da vida. A saúde é um bem que se há-de desfrutar e cuidar, mas não é um bem absoluto ao qual tenha que subordinar tudo. A saúde é para o ser humano e não o ser humano para a saúde. A dignidade da pessoa não desaparece pela doença. Melhor dito, a perda de dignidade imputa-se ao doente pelas reações dos profissionais da saúde e da família do doente à aparência externa que este oferece. O próprio doente ensina-nos com o seu estado que a saúde, ainda que seja muito importante, não é um valor absoluto. Julgar que qualidade tem uma vida, tem um forte carácter subjetivo. Muito facilmente o profissional de saúde pode substituir sem dar-se conta o seu conceito de qualidade de vida com aquele que tem o paciente. Não é possível julgar que a partir de conceitos existenciais individuais da qualidade de vida se possa decidir o acabar ativamente com uma vida. O morrer com dignidade não há-de entender-se como um direito à eutanásia ativa ou o suicídio assistido, quando um se encontra sobre uma pobre qualidade de vida pela dor e o sofrimento, mas como um direito a morrer num acompanhamento digno do ser humano, recebendo das pessoas próximas contatos humanos simples e o direito a não prolongar a vida por meio de uma tecnologia que não pode curar. O sofrimento não é apenas causado pela dor, à pessoa se há-de ajudá-la atendendo aos valores que expressa que a fazem sofrer.

2. O argumento do respeito da autonomia do doente. Os defensores da eutanásia consideram que o respeito pela autonomia das pessoas requer o reconhecer o seu direito a decidir como viver as suas vidas. Isto inclui o processo da morte e a habilidade de escolher destino próprio. De tal forma que se propõe o direito de evitar o sofrimento intolerável exercendo um controle sobre a forma de morrer. O que está em jogo é ser livre para tomar responsabilidades sobre a própria vida, parte da qual a constitui a morte. Cada pessoa tem um nível de tolerância para o sofrimento e portanto não existe uma resposta objetiva que se possa aplicar a todos acerca de quando a vida se torna insuportável. Por isso, é necessário que o paciente se manifeste exercendo a sua autonomia. Alguns autores creem que existe o direito a cometer suicídio e que não deve haver restrições irrazoáveis sobre a forma na qual alguém possa exercer este direito⁵. O Estado não teria direito a privar o paciente da sua liberdade de tirar a sua vida. Battin argumentou que existe um direito fundamental ao suicídio, mas não há igualdade na sua distribuição⁶. O direito do paciente à auto-determinação foi um argumento central em favor da eutanásia⁷. Mas amiúde se assume, sem argumento, que isto implica o direito

⁴ Ver McKhann, C. F. "Is There a Role for Physician-Assisted Suicide in Cancer? Yes". *Important Advances in Oncology* (1996). V. T. DeVita, S. H. Hellman, and S. A. Rosenberg (eds.). Lippincott Raven Publishers, Philadelphia, p. 271.

⁵ Ver Gunderson, M. "A Right to Suicide does not Entail a Right to Assisted Death". *Journal of Medical Ethics* (1997) 23: 51-54, p. 51.

⁶ Ver Battin, M. P. *The Least Worst Death: Essays in Bioethics on the End of Life*. New York: Oxford University Press (1994), pp. 280-282.

do paciente a pedir que outra pessoa intervenha em sua ajuda para procurar a morte⁸. Um doente terminal pode não ser capaz fisicamente por si só de exercitar a opção do suicídio. Considera-se que os doentes terminais seriam discriminados por causa da sua incapacidade já que as pessoas com capacidade física se teriam opção. Se diminuísse além disso a ansiedade em futuros pacientes se sabem que existe a possibilidade de que um médico lhes assista no suicídio. Por outro lado, há que considerar que ainda com um adequado cuidado paliativo existem casos em que não é possível evitar a dor⁹.

Resposta crítica: O doente terminal encontra-se numa posição extremadamente vulnerável, de tal modo que a sua capacidade de autonomia se encontra comprometida, sofrendo de depressão, ansiedade, medo, recusa ou culpabilidade. O pedir a morte não tem por quê refletir um desejo duradouro, voluntário, passado pela reflexão. Nas condições nas quais se encontra o doente terminal ou quase terminal é muito difícil ter uma consciência clara para tomar decisões, e a tendência é a seguir quase cegamente as indicações e sugestões do médico. O doente poderia desejar a morte por deficiências na atenção médica, como o não poder aliviar a dor, não por uma decisão livre. Por outro lado não é o mesmo cometer suicídio que ajudar a um suicídio. O último é uma forma de homicídio, ainda quando a razão para o que se faça seja por compaixão. Ainda que a tentativa de suicídio se tenha descriminalizado, o Estado continua a ter interesse em prevenir contra o suicídio, incluindo a penalização daqueles que ajudam a que outro se suicide. Por outra parte, nem sequer temos direito a cometer suicídio, simplesmente porque a vida não nos pertence por completo e, por tanto, a nossa autonomia encontra-se limitada. Ninguém pode dizer que se deu a vida a si mesmo. Nem todas as possibilidades acerca da vida de si próprio podem ser consideradas como direitos que devem ser protegidos.

3. O argumento do princípio de beneficência ou ter compaixão pelo que sofre¹⁰. O médico atua sob el princípio de beneficência para aliviar a dor e o sofrimento de pacientes terminais. Sob esta forma de pensar, a eutanásia é considerada um ato virtuoso. O não abandonar o doente tem sido parte do cuidado tradicional exercido pelo médico. Julga-se que o que o médico assista ao doente no seu suicídio é uma forma de exercer o princípio ético de não abandoná-lo¹¹. Hoje em dia, os médicos são considerados os candidatos lógicos para buscar ajuda no morrer, já que para muitos doentes terminais o assistir na morte é considerado como uma extensão do papel do médico de aliviar o sofrimento e como uma forma de exercer o seu cuidado, consistente com a profissão¹².

⁷ Ver Callahan, D. "When Self-determination Runs Amok". *Hastings Center Report* (1992) 22: 52-55. Y Jochemsen, H. "Euthanasia in Holland: An Ethical Critique of the New Law". *Journal of Medical Ethics* (1994) 20: 212-227.

⁸ Ver Gunderson, M. "A Right to Suicide Does not Entail a Right to Assisted Death". *Journal of Medical Ethics* (1997) 23: 51-54.

⁹ Ver Quill, T.E., Cassel, C. K., Meier, D. E. "Care of the Hopelessly Ill: Potential Clinical Criteria for Physician-Assisted Suicide". *New England Journal of Medicine* 327 (1992): 1380-1384.

¹⁰ Ver Lowy, F., Sawyer, D. M. y Williams, J. R. "Canadian Physicians and Euthanasia: 4 Lessons from Experience". *Canadian Association Journal* 148 (1993): 1895-1899.

¹¹ Ver Quill, T.E., Cassel, C. K. "Nonabandonment: A Central Obligation for Physicians". *Annals Internal Medicine* (1995) 122: 368-374.

Resposta crítica: A compaixão de que falam aqueles que defendem a eutanásia reflete uma visão distorcida desta atitude. A verdadeira compaixão não pode ser eliminar o que sofre, mas buscar e aliviar a causa do sofrimento. De outro modo, desvalorizar-se-ia a vida dos doentes. Além disso a compaixão é uma qualidade espiritual que significa “sofrer com”, estar presente ao que sofre, não se trata de um princípio ou uma razão auto-justificante. O escolher o suicídio assistido corta toda possível relação e os laços que nos unem às pessoas que nos acompanham nos momentos difíceis da proximidade da morte. Além do mais procurar a morte por eutanásia não é competência da profissão médica. Assistir ao suicídio não é consistente com o compromisso do médico a curar e tratar a doença, vai contra dos códigos tradicionais de ética médica (promessa hipocrática, Associação Mundial da Saúde). Aceitar isto levaria a uma desconfiança das pessoas em geral para com os médicos. O profissional da saúde também tem a sua autonomia e não deve ser pressionado para atuar contra os valores profissionais.

4. O argumento da experiência positiva da aceitação da eutanásia na Holanda.

As pessoas em geral e a profissão médica nesse país considera positiva a despenalização da eutanásia, de forma que nenhum médico que siga certas regras pode ser penalizado pela justiça por cometer um ato eutanásico. Estas regras são: o doente tem que ser competente e pedir voluntariamente a morte depois de ter sido aconselhado; o seu sofrimento tem que ser insuportável, não pode haver forma de se o tornar suportável ao doente, e o juízo do médico com respeito ao diagnóstico e o pronóstico deve ser confirmado por outro médico.

Resposta crítica: A experiência da eutanásia na Holanda demonstrou a realidade do argumento da “colina deslizante” (*slippery slope*). Deram-se passos sucessivos na relaxação de critérios pelos quais a ação eutanásica é permitida. De aceitar-se apenas para doentes terminais que tenham expressado a sua vontade de terminar com a vida, se estendeu a doentes não terminais, a menores, a pessoas com o síndrome de Down, a pacientes com doenças mentais ou com depressão severa ou demência, e se estendeu a casos de eutanásia involuntária sob certas condições¹³. Esta realidade desvaloriza o efeito positivo que se argumenta tenha a despenalização da eutanásia.

5. O argumento da diminuição do estigma de culpa associado ao suicídio. O estigma público mitigado ao suicídio diminuiu nos últimos tempos. Em muitas jurisdições o suicídio ou a tentativa de suicídio é um ato que não está penalizado. Os estudos de investigação demonstram que a maior parte dos suicídios resultam de doenças mentais transitórias, geralmente a depressão¹⁴. No entanto, argumenta-se que a

¹² Ver McKhann, C. F. “Is There a Role for Physician-Assisted Suicide in Cancer? Yes”. *Important Advances in Oncology* (1996). V. T. DeVita, S. H. Hellman, and S. A. Rosenberg (eds.). Lippincott Raven Publishers, Philadelphia, p. 271.

¹³ Ver *Euthanasia in the Netherlands*, 4th Edition, Royal Dutch Medical Association, Utrecht (1995). Y Netherlands, Rummelink Commission, *Medical Practice with Regard to Euthanasia and Related Medical Decisions in the Netherlands: Results of an Inquiry and the Government's View*. Netherlands: Ministry of Welfare, Health, and Cultural Affairs (1991).

¹⁴ Ver McKhann, C. F. “Is There a Role for Physician-Assisted Suicide in Cancer? Yes”. *Important Advances in Oncology* (1996). V. T. DeVita, S. H. Hellman, and S. A. Rosenberg (eds.). Lippincott Raven Publishers, Philadelphia, p. 269.

razão pela qual os doentes terminais desejam encurtar o processo da morte é terminar com o seu sofrimento. Isto faz surgir o conceito de suicídio racional.

Resposta crítica: O suicídio continua a considerar-se um mal na sociedade e quando se tem notícia de que alguém tenta suicidar-se tomam-se medidas para preveni-lo. Não importa quando uma pessoa esteja enferma, o facto é que todavia se encontra entre os vivos e portanto tem o direito a viver. Os resultados da investigação sugerem que o interesse dos doentes pela eutanásia se deve na maioria dos casos a depressões ou stress psicológico, mais que à dor. Isto sugere que a maior parte do debate acerca da eutanásia está a ser manipulado, já que se foca na dor e se usa a eutanásia como uma forma de libertar-se da dor, quando de facto o motivo principal pelo qual se pede a eutanásia não é a dor¹⁵. O sofrimento de origem psicológico pode ser tratado com o aconselhamento adequado e por intervenção psiquiátrica ou psicológica. Com o suporte adequado, incluindo o alívio da dor, a terapia psicológica e espiritual, e a amizade, o doente pode morrer de forma digna como membro da família humana sem intervenção eutanásica. Nenhuma legislação presente permite o ajudar ao suicídio a uma pessoa que sofre de um período transitório de depressão. Antes pelo contrário, a sua depressão deve ser tratada. O legalizar a eutanásia contribuiria para tornar a sociedade insensível o fato do matar.

6. O argumento da não diferença moral entre matar e deixar morrer. A distinção entre eutanásia “passiva” e “activa” foi criticada por depender de conceções de causas que são consideradas problemáticas e que se baseiam na crença de que a diferença entre matar e deixar morrer é relevante moralmente. O interromper as medidas de suporte vital e a eutanásia voluntária activa são similares sob o ponto de vista do paciente em que o seu desejo fundamental é uma morte mais rápida e mais confortável. São também moralmente similares em que ambas são realizadas com a intenção de acabar com a vida¹⁶. Argumenta-se que a intenção é moralmente irrelevante na avaliação da moralidade da ação. Por exemplo, no caso de deixar de alimentar artificialmente a um doente em coma, claramente se atenta contra a sua vida com a intenção de terminá-la, já que a pessoa morreria de fome. No caso de interromper os mecanismos de suporte vital e permitir que o doente morra, isto ocasiona dias ou semanas de sofrimento. Sob esta forma de pensar, a eutanásia ativa parece ser preferível moralmente¹⁷. Para alguns, interromper a ventilação mecânica não pode ser considerado negar-se a receber um tratamento, mas uma petição de procurar-se a morte¹⁸. Para Patrick Hopkins¹⁹ não existe uma diferença moral intrínseca que seja essencial entre uma máquina que substitua funções orgânicas e órgãos naturais do corpo; assim que omitir um tratamento, no qual

¹⁵ Ver Emanuel, E. J. “Pain and Symptom Control. Patient Rights and Physician Responsibilities”. *Pain and Palliative Care* (1996) 10: 41-55.

¹⁶ Ver McKhann, C. F. “Is There a Role for Physician-Assisted Suicide in Cancer? Yes”. *Important Advances in Oncology* (1996). V. T. DeVita, S. H. Hellman, and S. A. Rosenberg (eds.). Lippincott Raven Publishers, Philadelphia, p. 271.

¹⁷ Ver Rachels, J. “Active and Passive Euthanasia”. *New England Journal of Medicine* (1975) 292: 78.

¹⁸ Ver Lowe, S. L. “The Right to Refuse Treatment is not a Right to Be Killed”. *Journal of Medical Ethics* (1997) 23: 154-158.

¹⁹ Hopkins, P. D. “Why Does Removing Machines Count as ‘Passive’ Euthanasia?”. *Hastings Center Report* (1997) 27: 29-37.

intervenha uma destas máquinas é uma forma de matar, já que priva a pessoa de um órgão que pode apenas funcionar com a ajuda de uma máquina ou de tecnologia médica e, portanto, necessitamos colocar de lado os nossos preconceitos contra o artificial e estender a opção da boa morte (eutanásia ativa) àqueles que foram apanhados pela natureza ao encontrar-se em estado terminal. Se a nossa sociedade foi capaz de reconhecer que a vida pode ser o suficientemente irresistível sob tratamentos de suporte vital, tais como a ventilação mecânica ou as máquinas de diálise, e que estas intervenções médicas podem ser interrompidas ou abster-se delas (o que alguns chamam eutanásia passiva), então também a vida pode ser o suficientemente irresistível como para justificar a eutanásia ativa.

Resposta crítica: Existe uma relação especial entre o médico e o doente. Uma omissão, se resulta em prejuízo, pode trazer responsabilidade legal. Se um doente competente se nega a receber um tratamento ou a continuar com um, o efeito legal é que o médico é absolvido do seu dever de tratar o doente pelo próprio doente. O médico deixa de tratar o doente e a morte resultante é causada pela doença que tem o doente. O médico portanto não mata o doente, mas deixa que se morra. Não pode ser proibida a aceitação voluntária de uma morte que a intervenção médica apenas pode retardar, já que não existe possibilidade de cura. Uma conclusão acerca das causas simplesmente reflita um juízo acerca da forma correta de atribuir responsabilidades. Quando uma pessoa desliga a ventilação mecânica de suporte vital sem autorização, está claro que causa a morte do doente, mas quando um médico segue as orientações do doente de desligar a ventilação mecânica quando não existe esperança de cura, não atua equivocadamente, já que não tem o dever de continuar o tratamento contra o desejo do doente, ainda quando a sua ação está causalmente relacionada com a morte resultante do doente. Além disso, o direito a poder negar-se a um tratamento médico está baseado no direito a resistir-se a invasões físicas que sejam consideradas desproporcionadas, não no direito a acelerar a morte, o qual não existe. Amiúde no diálogo existe uma confusão entre a eutanásia passiva e a eutanásia por omissão. A última leva consigo responsabilidade moral, mas não a primeira, já que a morte natural não é um homicídio e portanto não é nem ilegal nem imoral e não está sujeita a responsabilidade. Aceita-se o interromper a ventilação mecânica depois da morte cerebral total, o não aplicar terapias no caso de um coma irreversível, exceto os cuidados considerados ordinários, a não aplicação e interrupção das "terapias de sustento vital" no caso de doentes terminais, o não empregar técnicas de reanimação quando a sua aplicação é considerada inútil ou onerosa pela profissão médica, o não empregar terapias ineficazes que aumentem a dor ou claramente desproporcionadas em relação aos custos humanos e à utilidade para o doente²⁰. Neste sentido, seria proveitoso que se evitasse o termo de eutanásia passiva enquanto que se retém o conceito de eutanásia omissiva, que implica um ato de negligência. Um exemplo de que a intenção tem o seu lugar na vida moral é que quando a pessoa não morre depois de parar el tratamento, a esta se deixa continuar a viver. Isto não ocorre com o suicídio assistido. Uma coisa é desejar a morte e atuar para que ocorra de forma ativa e outra diferente desejar a morte e permitir que ocorra. Uma coisa é respeitar o desejo do doente de recusar o tratamento e outra o tomar a sua vida. Não é

²⁰ A este respeito se consideram cuidados ordinários a hidratação, a alimentação, a higiene corporal, a medicação e a limpeza das feridas. Estes cuidados devem ser considerados um direito do paciente, assim como o não incrementar o sofrimento do paciente na fase terminal da doença, inclusivamente para pacientes em estado persistente vegetativo, já que todavia são pessoas. Ver a *Declaração do Comité Provida dos Bispos dos Estados Unidos* "Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Considerations" (1998). E discurso do Papa João Paulo II por ocasião da visita *ad limina* dos Bispos da Califórnia, Nevada e Hawai.

simplesmente uma diferença psicológica, mas moral. Matar constitui sempre uma lesão do princípio de não maleficência, mas permitir morrer, sob certas condições, não constitui uma lesão deste princípio. O consentir que alguém morra de uma doença da qual não é responsável e que não pode ser curada, é permitir que a doença seja a causa da morte. A intenção em permitir a morte é por compaixão e não por desejar a morte, enquanto que a intenção da eutanásia ativa é procurar a morte como meio de exercer a compaixão. Continuar o tratamento a um doente quando não existem possibilidades de cura (tratamento ineficaz) é uma forma não necessária de fazer sofrer o doente e por tanto vai contra a sua dignidade²¹. Um tratamento ineficaz já não produz nenhum benefício ao doente, mas pelo contrário dano²². Não é o mesmo ajudar a viver a alguém que está a viver que prevenir morrer a quem está a morrer. Um tratamento é considerado ineficaz se apenas preserva a inconsciência ou não permite acabar com a dependência da unidade de cuidados intensivos. Quantitativamente, um médico pode considerar infrutuoso um tratamento para o que os dados empíricos demonstram que têm menos de um 1% de probabilidade de ser benéfico para o paciente²³. O optar pelo tratamento ou o deixar-se morrer não pode decidir-se com absoluta certeza, simplesmente porque não existe uma relação estrita e específica entre a etiologia e a doença. O nosso conhecimento de uma realidade empírica é sempre aproximado, provável. Não podemos pedir ao médico um grau absoluto de certeza nas suas decisões. Portanto o doente está no seu direito de continuar com um tratamento que é considerado ineficaz, já que não existe uma certeza absoluta. Para que uma ação de omissão seja eutanásica, o tratamento omitido ou interrompido deve ter sido considerado útil pela profissão médica.

7. O argumento de que o princípio do duplo efeito é uma forma de eutanásia ativa. Aos médicos se lhes permite dar doses em aumento de narcóticos quando a dor é severa ou ao menos se presume, sempre que a intenção seja aliviar o sofrimento, com conhecimento de que estas drogas podem afetar a respiração e acelerar a morte²⁴. Se argumenta que se a morte da pessoa que deseja morrer é um mal que se inflige à mesma, então a doutrina do duplo efeito não tem relevância para a permissividade da eutanásia voluntária.

Resposta crítica: Pode prover-se um cuidado ótimo paliativo para aliviar a dor à maior parte dos doentes terminais²⁵. As unidades de cuidados paliativos constituem um exemplo de como é possível prover uma existência o mais confortável possível ao final da vida com cuidados de suporte que incluem uma atenção integral à pessoa. O legalizar a eutanásia desviaria os esforços e os avanços que se obtiveram no manejo da dor e o cuidado paliativo para o caminho fácil de acabar rapidamente com os doentes difíceis por meio da eutanásia. Por outro lado, o acelerar a morte por intervenções paliativas de

²¹ Isto foi confirmado pela *Declaração sobre a Eutanásia*, da Congregação para a Doutrina da Fé.

²² Ver Jonsen, A.R. "Clinical Decisions to Limit Treatment". *Annals Internal Medicine* (1980) 93: 764-768.

²³ Ver Schneiderman, L.J., Jecker, N.S., Jonsen, A. R. "Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications". *Annals Internal Medicine* (1990) 112: 949-954.

²⁴ Ver McKhann, C. F. "Is There a Role for Physician-Assisted Suicide in Cancer? Yes". *Important Advances in Oncology* (1996). V. T. DeVita, S. H. Hellman, and S. A. Rosenberg (eds.). Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, p. 272.

²⁵ Ver Patterson, W.B., Emanuel, E. J. "Ethics Rounds: Euthanasia and the Care of Cancer Patients". *Journal of Clinical Oncology* (1994) 7: 1516-1521.

manejo da dor em pacientes terminais é aceite ética e legalmente sempre que a intenção do médico seja aliviar a dor e outros sintomas e não el produzir a morte²⁶. Os médicos devem ter cuidado de não introduzir drogas como a morfina em grandes doses, sem dar o tempo ao paciente de que desenvolva tolerância, já que pode deprimir a respiração. Uma sedação desproporcionada, além disso, pode causar a interrupção da alimentação e a hidratação do paciente, que morrerá de fome ou sede num estado de inconsciência. Neste caso, a eutanásia pode fazer-se de uma forma escondida e é efetuada por uma ação ou omissão que conduz à morte do paciente. A esta forma encoberta de eutanásia se denomina “criptoeutanásia”. Eticamente, o médico deve buscar o método de alívio da dor que tenha menos risco de abreviar a vida e todavia libertar o paciente de sofrimento desnecessário.

8. O argumento do dever de não impor encargos pesados aos familiares e seres queridos. John Hardwig argumentou que quando a Medicina moderna nos permite sobreviver por muito mais tempo do que podemos cuidar-nos a nós mesmos, existe um dever ou responsabilidade de morrer em consideração aos seres queridos, em quem recai o peso económico, para não impor-lhes cargas pesadas²⁷. Numa sociedade na qual a disponibilidade de recursos para a prática médica se encontra muito restringida, pode não ser ético o embarcar-se em tratamentos extremamente caros para doentes terminais. David Thomasma considera que poderia chegar-se a considerar ético o pedir suicídio assistido ou eutanásia por amor aos familiares próximos, considerando que na doutrina cristã existem instâncias em que matar está justificado e a que se pode considerar que a aceitação de Cristo da cruz, ou a aceitação da morte dos mártires, é um ato equivalente ao suicídio, já que podendo evitar a morte, a aceitaram, dando a sua vida pelos outros²⁸.

Resposta crítica: Permitir que o médico assista ao suicídio de doentes terminais deixará um impacto noutras pessoas que sofrem por doença, idade ou debilidade. Isto desvalorizaria as vidas destas pessoas, que poderiam ver-se pressionadas a que exerçam o suicídio assistido. Maior pressão é exercida se existem dificuldades económicas, mas o simples facto de sugerir isto ao doente é um sinal de falta de generosidade. Os doentes terminais perderiam os laços com as pessoas que os acompanham nos últimos momentos da vida, teriam que justificar a sua decisão de manter-se vivos, em vez de aceitar que a família e a comunidade têm o dever de cuidar a pessoa até ao final, ainda que resulte uma carga e um sacrifício. O gesto de solidariedade que se pede às pessoas que acompanham o doente é libertá-lo de pressões extras, já que tem suficiente com a doença. Ajudar a descobrir, através do sofrimento, o significado da vida na sua condição presente, pode libertar o doente do sentimento de abandono e desespero que significa encarar a morte. Para que um doente se sinta tratado com dignidade, deve ter confiança em que as pessoas que o acompanham vão a estar com ele até ao final e proteger o seu direito à vida. Muito menos se pode interpretar a aceitação voluntária da morte de Cristo como um ato de suicídio. Como assinalou Tristram Engelhardt²⁹, Cristo ensinou-nos que

²⁶ Ver Emanuel, E. J. “A Phase 1 Trial on the Ethics of Phase 1 Trials”. *Journal of Clinical Oncology* (1995) 13: 1049-1051. Y President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research; Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment. Washington, DC, US Govt Printing Office (1983). Isto foi também afirmado pelo Magistério (*Evangelium Vitae* III, 65).

²⁷ Hardwig, J. “Is There a Duty to Die?”. *Hastings Center Report* 27, no 2 (1997): 34-42.

²⁸ Ver Thomasma, D. C. “Assisted Death and Martyrdom”. *Christian Bioethics* (1998) 4: 122-142.

²⁹ Ver Engelhardt Jr., H. T., “Physician-Assisted Death: Doctrinal Development vs. Christian Tradition”. *Christian Bioethics* (1998) 4: 115-121.

a vida tem como meta a união com Deus e a sua cruz foi uma forma de oferecimento a Deus. O suicídio, pelo contrário, é um ato no qual a pessoa se volta sobre si mesma e busca a morte sem perseguir dita união. Os mártires nunca aceitaram a morte sob a premissa de evitar uma carga sobre eles mesmos ou sobre os seus familiares ou irmãos na fé. Pelo contrário, aceitaram com humildade a indignidade e o sofrimento de sua morte por uma causa superior, a união com Deus. Este critério não tem nada que ver com a eutanásia ou o suicídio.

Reflexão ética

Praticamente todas as tradições religiosas consideram a vida como um dom de Deus, que nos é dado e retirado no momento que Ele elege; o suicídio não pode ser nunca uma opção ética. Já Aristóteles afirmou³⁰ que o suicídio é um ato injusto e não pode ser permitido, não porque vá contra o indivíduo, mas porque vai contra a comunidade. Por outro lado, a vida humana tem um valor e dignidade em si mesma por causa de que se trata da vida de uma pessoa. A vida física é constitutiva da pessoa e condição para a sua existência, é o valor fundamental da pessoa e portanto não pode ser valorizado com critérios que são menores e relativos e nem sequer pode ser declarada à disposição de outros³¹. Por outro lado, como cristãos, cremos que Deus segura as pessoas no sofrimento e, portanto, buscar ativamente o final da vida representa uma falta de fé na promessa Divina. O tirar a vida é usurpar a prerrogativa que Deus tem sobre a vida de cada um. Também como cristãos temos a obrigação de apoiar e estar com aqueles que sofrem e cremos que o sofrimento nos aproxima a Cristo, identificando-nos com a sua cruz e participando na redenção. Parte do problema com o debate atual sobre a eutanásia está em que não se dá nenhum valor al sofrimento, quando este pode ser ocasião para que a pessoa aprofunde na sua própria existência, se reconcilie e encontre um sentido transcendente para a sua vida. A dor e o sofrimento é algo que nos interessa, que não convém, do que é melhor não falar. O homem de hoje tem muita pouca tolerância perante a dor, melhor dito, teme-a. Este temor se deve colocá-lo numa excessiva preocupação no corpo, esquecendo-se do ser espiritual, a pôr como meta prazeres momentâneos da vida, e ao progresso da técnica, em que graças ao tratamento da dor por analgésicos e pelo uso da anestesia, o homem de hoje está muito menos familiarizado com a dor que os seus antecessores e, portanto, a teme mais. Chegou a recusar-se tanto a dor, que se aceita mais a morte que a dor ou o sofrimento. O processo contemporâneo de não-aceitação do sofrimento está dando como resultado a aceitação social da eutanásia. O sofrimento, no entanto, dá lugar a uma experiência espiritual e se pode encontrar significado para a vida que fica quando alguém se enfrenta com uma doença que não tem cura³². A espiritualidade fortifica a pessoa que sofre e capacita-a para aceitar a condição em que se encontra. O dar sentido ao

³⁰ *Ethics to Nicomachus*, V, 11: 1138a 12-15.

³¹ O Magistério valorizou a eutanásia como “uma grave violação da Lei Divina, já que matar deliberadamente é inaceitável moralmente para a pessoa humana” (*Evangelium Vitae*, N.º 65).

³² “O sofrimento é uma chamada a manifestar a grandeza moral do homem, a sua maturidade espiritual” (Carta Apostólica *Salvifici Doloris* VI, 28).

sofrimento dá sentido a uma vida que sofre que tem pouca capacidade para relacionar-se.

Ainda considerando que a vida possa chegar a ser irresistível, a questão final é que a vida não pode ser tomada e el suicídio não é ético. A questão que surge é se os crentes têm o direito de difundir as suas próprias crenças pessoais a toda a população, incluindo ateus, agnósticos e aqueles que se regem pelo secular. O meu argumento é que neste caso os crentes se têm este direito porque se trata de algo que compete à própria vida, independentemente da religião e, portanto, é possível encontrar uma solução racional. Tanto os crentes como os não crentes estarão de acordo em que a vida e a morte não nos pertencem por completo, nos foram dadas. Nem tudo é autónomo no ser humano. Não nos damos a vida a nós próprios, recebêmo-la dos nossos pais e devemos a eles e à sociedade à qual pertencemos. Por isso, não temos um domínio absoluto sobre a nossa vida e não podemos tomá-la. Este argumento reforça todos os argumentos críticos contra a eutanásia, já que a qualidade da vida não pode ter maior valor que a mesma vida, a autonomia do doente não pode ser absoluta enquanto se refere a sua própria vida, a verdadeira compaixão não pode consistir em eliminar o que sofre, o sofrer não pode ser razão suficiente para aceitar o suicídio, o deixar morrer está no contexto de aceitar a morte como um processo da própria vida, e aliviar al dor e o sofrimento é ajudar à vida. Tratar o corpo como se fosse um objeto que pode ser destruído viola a dignidade intrínseca da pessoa. Temos a responsabilidade e o dever de cuidar-nos uns aos outros até ao final da nossa vida. Devemos distinguir entre possuir algo como a vida e o facto de poder assumi-la. A nossa vida recebemo-la, não é um objeto que possamos possuir, melhor dito, somos responsáveis do que fazemos com nossa vida, somos capazes de tomar opções e esta possibilidade torna-nos capazes de assumir a nossa vida. Somos seres pessoais viventes mas não possuímos a nossa vida como se fosse um objeto.