



José Augusto Simões

Médico de Família

Eutanásia significa etimologicamente “boa morte” ou morte sem sofrimento. Porém, a palavra é utilizada como sinónimo de “assassinio de misericórdia”. Pelo que alguns autores propõem antes a designação de “morte medicamente ajudada” [3].

Eutanásia é definida como “*intervenção deliberada, realizada com intenção expressa de pôr termo à vida para aliviar sofrimento intratável*” [4] ou “*pôr fim, de forma compassiva, deliberada, rápida e indolor à vida de alguém que sofre de uma doença progressiva incurável*” [5]. Se realizada a pedido ou com o consentimento da pessoa diz-se voluntária, caso contrário diz-se não voluntária, podendo ser, neste último caso, considerado um homicídio, para o qual a lei reconhece circunstâncias atenuantes [1].

Permitir que a natureza siga o seu curso, suspender biologicamente um

tratamento inútil ou fútil, suspender o tratamento quando os seus malefícios ultrapassam os respetivos benefícios, utilizar morfina e outras substâncias para aliviar a dor ou utilizar sedativos para aliviar o sofrimento mental intratável de um doente [6] não deve ser confundido com eutanásia [7], uma vez que estes procedimentos são prática médica de acordo com as “*leges artis*”.

A controvérsia sobre a eutanásia, desencadeada recentemente em Portugal por um movimento de cidadãos com o lançamento do manifesto “Direito a morrer com dignidade” [3,8], deverá ser orientada por ideias pragmáticas, utilitaristas e lógicas, uma vez que a discussão a partir de posições que se excluem mutuamente nunca pode conduzir ao consenso [2].

Afirmações como “*tratamos melhor os animais do que os seres humanos*” [2] e “*se fosse um animal seria eliminado*”

[2] infelizmente surgem com alguma frequência. No entanto, tais críticas refletem um grau de compaixão e de angústia que facilmente podem perder-se ou ser ignoradas numa mera discussão de princípios filosóficos e éticos [2,7].

O argumento fundamental a favor da eutanásia é o direito que a pessoa tem à sua autodeterminação. O contra-argumento fundamental é o carácter sagrado da vida humana, pelo que essa autodeterminação não é extensiva ao direito ao suicídio/eutanásia medicamente ajudados [9]. Estes dois pontos de vista são inconciliáveis [2,7]. Quem é a favor da eutanásia salienta que há um nível de existência no qual a maioria das pessoas, ou mesmo todas, não desejaria estar. Pelo que, enquanto conscientes, devem poder pedir que as ajudem a morrer, quando a sua vida já não possuir ou deixar de ter qualquer interesse ou finalidade. Como por exemplo, o estar em coma irreversível ou em estado vegetativo persistente [10], ou ainda, a esclerose lateral amiotrófica em estágio avançado, a destruição do rosto por uma massa fétida num cancro avançado de cabeça e pescoço, ou um processo semelhante a nível do períneo, provocando uma angustiante e humilhante dupla incontinência [11]. Estas situações são dramáticas e merecem ponderação por aqueles que são contrários à eutanásia/suicídio medicamente ajudado. Na realidade, um médico que nunca tenha sido tentado por um doente a matá-lo, provavelmente tem uma experiência clínica muito limitada. Deixar um doente sofrer intoleravelmente não será moralmente mais repreensível do que optar pela eutanásia? [2]

Os pedidos de ajuda para morrer não são invulgares [12]. Deve notar-se, no entanto, que muitos dos que pedem auxílio para morrer estão na realidade a pedir ajuda para viver [2,7]. Pelo que é da maior importância ouvir o apelo

à vida subjacente ao “lamento” [13] do doente. Sendo necessário identificar a motivação do pedido e dar-lhe a devida resposta.

As razões para esses pedidos são múltiplas: a dor intensa que não é possível aliviar ou outra complicação física grave; o receio de vir a sofrer de dor ou de outra complicação física intolerável; o receio de ser mantido vivo à custa de máquinas e tubos, com uma qualidade de vida inaceitavelmente baixa, uma perturbação de adaptação passageira, por exemplo, desespero transitório ao descobrir que se sofre de uma doença fatal com limitada expectativa de vida; perturbação depressiva, sentindo que não se é desejado pela família, pelos amigos ou pelas pessoas em geral; considerar que se representa um fardo para a família, os amigos ou a sociedade. No entanto, é possível adotar medidas corretivas suficientes para conseguir a mudança de opinião do doente, nomeadamente através de equipas especializadas em cuidados paliativos [2,14]. Uma rara, mas possível exceção será a sensação permanente de desespero com a ideia da morte próxima [2,7].

O conceito “*plano inclinado*” [2,7] utiliza-se para designar o perigo de a eutanásia voluntária se alargar à eutanásia não voluntária, mas também se demonstra no aumento de mortes por eutanásia e no seu alargamento de doentes oncológicos em fase terminal para doentes sem doença terminal ou mesmo sem doença fatal e em pessoas de qualquer idade, como a experiência da Holanda e Bélgica exemplificam [15,16,17].

Deve ser tido em conta o facto de a maioria dos profissionais de saúde se oporem à eutanásia [18] e ao suicídio [19] medicamente ajudados. Esta posição anti-eutanásia é sustentada em razões pragmáticas, como por exemplo: muitos pedidos terem origem no inadequado alívio de sintomas, mas

quando adequadamente aliviados muitos doentes deixam de pedir a morte [2,7,14]; muitos pedidos estarão relacionados com a sensação de inutilidade ou de se constituir um fardo, mas bons cuidados paliativos restauram a esperança, dando ao doente a sensação de orientação e ligação com as outras pessoas e com o mundo em geral [2,7,14]; muitos pedidos persistentes refletem muitas vezes uma perturbação depressiva, mas a depressão necessita de tratamento específico [2,7]; muitos doentes mu-

como tal) por qualquer pessoa designadamente por decisão médica, ainda que a título de «a pedido» e/ou de «compaixão» [20].

O estabelecimento de objetivos é parte integrante dos cuidados paliativos, através de metas realistas e enquadradas dentro da situação do paciente de modo a restaurar e manter a esperança [2,7,14]. Pode-se começar por perguntar: “qual é o resultado que espera desta consulta?” [2]. Pode então ser necessário transformar um objetivo irrealista numa série de outros

“ser” do que no conquistar, nas relações com os outros e na relação com Deus ou com um ente superior [2,7]. E pode-se aumentar a esperança de quem se encontra à porta da morte, desde que os cuidados e o bem-estar que lhe são proporcionados sejam satisfatórios [21]. Quando pouco há já a esperar, continua a ser realista ter esperança de não morrer sozinho e de ter uma morte serena [2,7].

Concluindo, eutanásia significa etimologicamente “boa morte”, em linguagem comum é sinónimo de “assassinio de misericórdia”, no entanto, considera-se adequada a designação de “morte medicamente ajudada”.

A discussão sobre a eutanásia deve ser orientada por ideias pragmáticas, utilitaristas e lógicas, porque partir de posições que se excluem mutuamente nunca pode conduzir a um consenso. Considera-se que não existem razões suficientes para revogar a proibição social do assassinio intencional, que é pedra angular das relações sociais. Não sendo aceitável que casos individuais estabeleçam o fundamento de uma política que teria sérias e grandes repercussões.

No entanto, os casos das pessoas que se encontram próximas da morte devem ter uma resposta da sociedade, isto é, devem ter bons cuidados paliativos, que proporcionem bem-estar e permitam a esperança de não morrer sozinho e de ter uma morte serena, sem sofrimento.

Referências bibliográficas

- Osswald, W. *Sobre a Morte e o Morrer*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013, p. 54-57.
- Twycross, R. *Cuidados Paliativos*, Lisboa: Climepsi Editores, 2001, p. 28-35.
- Brito de Sá, A. *Morte medicamente ajudada: o debate*. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 32:244-246.
- House of Lords. *Report of the Select Committee on Medical Ethics*. HL Paper 21-I.

Londres:HMSO, 1994.

- Roy, DJ., Rapin, CH. *Regarding euthanasia*. *European Journal of Palliative Care* 1:57-59.
- Kaldjian, LC. et al. *Internists' attitudes towards terminal sedation in end of life care*. *Journal of Medical Ethics* 30:499-503.
- Simões, JA., Morgado, JM. *Ética em Gerontologia*. *Brotéria*; 160:15-27.
- Osswald, W. *Morte a pedido. O que pensar da eutanásia*. Lisboa:Universidade Católica Editora, 2016.
- Nunes, R., Melo, HP. *Testamento Vital*. Coimbra:Almedina, 2011, p. 45-80.
- Simões, JA. *A paragem da alimentação artificial nos doentes em estado vegetativo persistente*. *Ação Médica* 67:69-86.
- Osswald, W. *O suicídio assistido no Estado do Oregon*. *Brotéria* 150:290-292.
- Magnusson, RS. *Euthanasia: above ground, below ground*. *Journal of Medical Ethics* 30:441-446.
- Scott, JF. *Lamentation and euthanasia*. *Humane Medicine* 8:116-121.
- Neto, IG. *Eutanásia? Cuidados Paliativos (Testemunhos)*. Lisboa:Alêtheia Editores, 2016, p. 15-25.
- Twycross, RG. *Euthanasia: going Dutch*. *Journal of the Royal Society of Medicine* 89:61-63.
- Neto, IG. *Eutanásia? Cuidados Paliativos (Testemunhos)*. Lisboa:Alêtheia Editores, 2016, p. 217-221.
- Silva, FM., Nunes, R. *The Belgian case of euthanasia for children, solution or problem?* *Revista Bioética*. 2015; 23:474-482
- Serrão, D. *Ética das Atitudes Médicas em Relação com o Processo de Morrer*. In Serrão, D. Nunes, R. (eds) *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto:Porto Editora, 1998, p. 83-92.
- Serrão, D. *Suicídio assistido*. In Archer, L. et al. (eds) *Novos Desafios à Bioética*. Porto:Porto Editora, 2001, p. 255-257.
- CNECV (Conselho Nacional de Ética as Ciências da Vida). *Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida (11/CNECV/95)*. In: CNECV. *Documentação III (1995-1996)*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, 1996.
- Herth, K. *Fostering hope in terminally-ill people*. *Journal of Advanced Nursing* 15:1250-1259.



darem frequentemente de opinião, porque passam por períodos transitórios de desespero [2,7]; muitas vezes o prognóstico é incerto, porque muitos doentes vivem durante mais anos do que inicialmente previsto [2,7,14]. Além disso, alguns profissionais de saúde alertam para o facto de as restrições orçamentais poderem ser consideradas um incentivo à legalização da eutanásia, reduzindo-se o investimento em cuidados paliativos [2,7,16].

Esta posição encontra-se refletida no parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida: “que não há nenhum argumento ético, social, moral, jurídico ou da deontologia das profissões de saúde que justifique em tese vir a tornar possível por lei a morte intencional do doente (mesmo que não declarado ou assumido

pequenos objetivos mais realistas. Assim, se um doente diz “quero curar-me” [2] ou “quero voltar a andar”, a resposta pode ser “compreendo o que está a dizer... mas isso, parece-me, é o seu objetivo final. Penso que poderia ser útil se concordássemos numa série de objetivos de mais curto prazo. Ao atingi-los teremos todos uma sensação de vitória. Parece-lhe bem?” [2].

Também aumenta a esperança o ter relacionamentos significativos, sentir-se valorizado, sentir alívio da dor e do mal-estar. No entanto, dar a conhecer uma verdade dolorosa não significa destruir a esperança. A esperança na recuperação é substituída por uma esperança alternativa. Nos doentes que se encontram próximo da morte, a esperança tende a focar-se mais no

Euthanasia



The subject of euthanasia has divided Portuguese public opinion (and the medical community) in the last decade and very recently a series of petitions, memorandums and manifests demanding the legalization of euthanasia and assisted suicide have become a reality, fuelling that dispute.

In this article, José Augusto Simões, a practising family doctor and an authority on bioethics and medical ethics, states that “many of those who ask for help to end their lives are, in reality, asking for help to live. It is, thus, of the utmost importance to listen to that life plea that underlines the patient’s lament. It is also necessary to identify the motivation behind the request and provide the most adequate response”.

Eutanasia



El tema de la eutanasia ha dividido a la opinión pública portuguesa (y la comunidad médica) en la última década y muy recientemente una serie de peticiones, memorandos y manifiestos exigiendo la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido se han convertido en una realidad, alimentando esa diferencia.

En este artículo, José Augusto Simões, médico de familia y referencia en Bioética y Ética Médica, afirma que “muchos de los que nos piden ayuda para poner fin a sus vidas nos están, en realidad, pidiendo ayuda para vivir. Es así de la mayor importancia escuchar esta solicitud que expresa el sufrimiento del paciente. También es necesario identificar la motivación por detrás del pedido de eutanasia y responder de la forma más adecuada”.