



Ordem dos Médicos

Eutanásia. Um conflito de valores.

Contributo para o debate

Depois de algumas iniciativas esporádicas, o manifesto 'Direito a morrer com dignidade' lançou definitivamente o debate sobre a eutanásia na Sociedade portuguesa, implicando inevitavelmente a Ordem dos Médicos e os seus valores ancestrais, plasmados no Juramento de Hipócrates e no Código Deontológico (CD).

Duas conclusões sociais se podem já retirar desta iniciativa. Por um lado, os numerosos debates desencadeados evidenciaram as dúvidas, o profundo desconhecimento e uma grande curiosidade sobre o tema, demonstrando a necessidade de manter o debate de ideias e insistir na informação. Por outro lado, o reduzido número de 8500 assinaturas da petição pela eutanásia, muito longe de poder ser considerado um êxito, não obstante a sua enorme politização e mediatização, é, com todo o respeito, um claro sinal de ausência de mobilização da Sociedade para esta fracturante matéria. Como referencial, a petição contra a eutanásia do cão Zico ultrapassou as 83000 assinaturas, enquanto a petição pública recentemente lançada pela Ordem dos Médicos, "PELO DIREITO À REDUÇÃO DO HORÁRIO DE TRABALHO PARA ACOMPANHAMENTO DE FILHOS ATÉ AOS 3 ANOS DE IDADE, EM DUAS HORAS DIÁRIAS, POR PARTE DE UM DOS PROGENITORES", já ultrapassou as 17100 assinaturas.

Naturalmente, a função do Bastonário é defender e fundamentar o CD, disponibilizando-se sempre para todas as trocas de ideias e melhor esclarecimento dos cidadãos e das cidadãs sobre os conceitos em causa e respectivas implicações. É o que tenho feito em variegados e participados painéis e em resposta às múltiplas solicitações da comunicação social.

A base da análise é, inevitavelmente, o texto do manifesto "DIREITO A MORRER COM DIGNIDADE", que suscita sete comentários principais.

O primeiro é o de que a vida e a morte são sempre dignas na sua essência, independentemente dos contextos, pelo que se torna estranha a consideração de que há vidas e mortes que não o serão, necessitando algumas pessoas de antecipar a morte para que a mesma tenha 'dignidade'. Espera-se que o conceito de "morrer com dignidade" não seja indevidamente aprisionado pela 'morte antecipada assistida'. A conceptualização de vidas e mortes com diferentes graus de dignidade

constitui um perigoso sofisma, que já deu e continua a dar origem a muitas formas de eugenia/genocídio.

O segundo é o de que se propugna por uma despenalização quase sem limites de “doentes em grande sofrimento sem esperança de cura”, havendo a consciente preocupação de não referir doentes terminais e aceitando a antecipação da morte em dias, semanas, meses ou anos, inclusivamente de doentes em situação de depressão. O manifesto, embora nos debates se socorra de exemplos de casos absolutamente extremos como justificação para a eutanásia, não a preconiza apenas para doentes terminais mas sim para doentes crónicos, não excluindo os doentes mentais, inspirando-se claramente na legislação do Benelux.

O terceiro é o de que “os cuidados paliativos não eliminam por completo o sofrimento”, como se fosse possível alguém ter uma vida sem sofrimento e como se devêssemos perseguir uma vida sem sofrimento, desde logo uma irreal impossibilidade. Presumimos que os autores não procurarão o sentido bíblico da expressão, mas sim o seu significado mais hedonista e mundano. Não preconizamos o sofrimento na vida ou na morte, que não haja confusões (!), mas a dificuldade em aceitar o sofrimento é causa de inadaptação e depressão, pelo que é perigoso transmitir à sociedade a contraditória mensagem de “eliminar completamente o sofrimento”. Sem aprofundar o tema, recordamos que Marguerite Yourcenar disse que o prazer e a dor são duas sensações vizinhas e Sófocles afirmou que o que nos liberta do sofrimento da vida é o amor, mas sabemos que há pensamentos em todos os sentidos.

O quarto está relacionado com a concepção de ‘opção’. Se fosse uma verdadeira e livre opção, ela seria decerto pela vida saudável. A ‘opção’ pela morte não é uma opção, mas sim o resultado da ‘exclusão’ externa de todas as outras opções. De igual modo, o suicídio não é um acto de coragem mas sim de desespero ou de pedido de ajuda. Ainda assim, para ser uma genuína opção significaria que, primeiro, todos teriam de ter direito a optar pelos Cuidados Paliativos e acesso a Cuidados Domiciliários e apoios sociais adequados, para não fragilizar e pressionar os mais vulneráveis a recorrer à única ‘opção’ disponível, a antecipação da morte, o que seria profundamente antissocial. Ou seja, antes da despenalização da eutanásia será obrigatório o reconhecimento e efectividade do direito à opção pelos Cuidados Paliativos (pelo menos (!)), um pormenor que o manifesto descarta. Neste momento nem 10% dos doentes que deles potencialmente beneficiariam terão acesso a Cuidados Paliativos, que devem ser de recurso precoce na evolução da doença. Há um longo caminho a percorrer antes que alguém possa falar honestamente em direito de opção pela eutanásia; para isso teria de ter acesso a todas as outras opções, incluindo cuidados paliativos domiciliários. A verdade é que os cuidados paliativos são intrinsecamente centrados nos valores e na dignidade da pessoa, permitem a diminuição do seu sofrimento e uma vida mais confortável, mas são um direito a que a maioria não tem acesso em Portugal.

O quinto reside na opção pelo uso da expressão 'morte assistida' em vez daquela que traduz mais fielmente o que se pretende, 'morte antecipada assistida'. Está provado que a terminologia usada influencia a opinião pública. Não obstante a definição que consta do manifesto, num país em que muita gente pensa que eutanásia é apenas permitir que as pessoas morram naturalmente (ortotanásia) sem intervenções médicas fúteis e artificialmente prolongadoras da vida (distanásia), a retirada do real mecanismo de antecipação permite passar melhor a imagem de 'compaixão'. Note-se que dois em cada três adultos do Quebec pensa que eutanásia é a simples retirada de tratamento (JAMA, 2016; 315: 253-4).

O sexto é o de não considerar a via francesa, da sedação terminal a pedido sem indução deliberada da morte (BMJ, 2016; 352: i576), algo que é diferente dos Cuidados Paliativos, que também responde de modo distinto à questão da 'morte com dignidade e sem sofrimento'. Alguns autores compararam o tempo de sobrevivência entre os pacientes sedados e os não sedados, não encontrando diferença estatística nos resultados (Rev Bras Anestesiologia, 2012; 62: 4: 580-592). Outras estratégias para melhorar o sentido da dignidade têm dado igualmente bons resultados (Current Oncology, 2011; 18 (2): e38).

O sétimo é o de ignorar a experiência de outros países e a verdadeira rampa deslizante a que deu origem a aprovação da eutanásia e a extensão da inerente cultura. Não são especulações ou ilegítimos temores, é a realidade, que a seguir se descreve.

- O médico está sujeito a segredo médico, pelo que terá sempre dificuldade em avaliar se um pedido de eutanásia é uma verdadeira opção ou se foi consequência de pressões familiares ou outras. Por esta razão alguns defendem que a decisão deveria passar pelos tribunais, devido à falta de salvaguardas para o doente potencialmente submetido a *bullying* familiar. Um estudo do Instituto Ricardo Jorge, "Envelhecimento e Violência", estimou que acima de um em cada dez idosos com mais de 60 anos seja vítima de violência por parte de pessoas conhecidas destacam-se a violência financeira e a violência psicológica, ambas com prevalência de 6.3%; do total de vítimas, somente um terço denunciou ou apresentou queixa sobre a situação de violência vivida. Esta matéria é tanto mais sensível quanto se sabe que os idosos têm uma particular dificuldade/inibição em se queixarem (BMJ 2015; 351: h7012).

- Ainda devido ao segredo médico, a família de um doente pode em qualquer altura ser surpreendida pela informação de que um seu familiar foi eutanasiado, sem sequer ter uma hipótese de o ajudar. O caso de Tom Mortier, completamente surpreendido pela morte da mãe, que pediu eutanásia por sofrer de uma depressão, é paradigmático, tendo avançado com um processo contra o Estado belga no Tribunal Europeu dos Direitos do Homem. A senhora Mortier estava a ser tratada por um psiquiatra que lhe tinha dito que não seria uma candidata à eutanásia, por isso foi procurar o Dr. Distelmans, defensor da eutanásia, que a executou

([http://rr.sapo.pt/noticia/52520/eutanasia por depressao na belgica e possivel?utm_source=rss](http://rr.sapo.pt/noticia/52520/eutanasia_por_depressao_na_belgica_e_possivel?utm_source=rss)).

- A experiência do Oregon demonstra como um médico pode falhar na avaliação de uma depressão clínica, não referenciando o doente para um psiquiatra e concordando com o suicídio assistido (BMJ, 2015; 351: h4437). Neste Estado, doentes com depressão obtiveram prescrições de medicação letal para cometerem suicídio (JAMA Intern Med, 2016; 176: 427-8).

- No Oregon, as mortes por suicídio assistido aumentaram quase sete vezes desde a introdução da legislação e na Flandres 4,6% do total de mortes são já 'medicamente assistidas'. O mais preocupante é que o maior aumento se deu entre as pessoas potencialmente mais vulneráveis a discriminação e estigma (BMJ, 2015; 351: h4437), um possível efeito antissocial.

- Na Bélgica e na Holanda a eutanásia tem sido aplicada a doentes mentais, incluindo síndrome de Asperger, distúrbios da personalidade, doentes que nunca tiveram sequer uma hospitalização por doença psiquiátrica e casos com forte componente de isolamento social e solidão, sugerindo que a eutanásia foi aplicada como um substituto para um efectivo suporte psicossocial (JAMA Psychiatry, 2016; 73: 325-6). Discute-se agora a extensão da eutanásia às Demências. Progressivamente a eutanásia vai sendo transformada numa 'terapêutica' simples, barata e eficaz...

- Num número significativo de casos a eutanásia foi aplicada apesar da discordância do Psiquiatra. Não é límpido porque é que alguns relatórios não estavam preenchidos ou não foram disponibilizados para avaliação independente (JAMA Psychiatry, 2016; 73: 325-6).

- A motivação primária para a eutanásia não é a dor, até porque actualmente a dor trata-se, mas sim considerações existenciais, como receio de ser um fardo para os outros, medo de perder a autonomia e perda do sentido de dignidade (JAMA, 2016; 315: 253-4). É cruel que as pessoas possam ser induzidas a procurar a morte por receio de serem um fardo, algo particularmente relevante num país pobre como Portugal.

- A sociedade pode desistir de programas de prevenção do suicídio, que representa uma grave problema de saúde pública, e passar até a facilitá-lo. "Evidence also suggests legalizing assisted suicide 'normalizes' suicide and is associated with increases in suicide" (Assisted Suicide and Euthanasia: A Guide to the Evidence. www.bioethics.org.uk).

- Até 47% dos doentes que pedem eutanásia podem sofrer de depressão e inverter o pedido se a depressão, a dor ou o desconforto físico for convenientemente identificado e tratado (World J Psychiatr, 2015; 5: 4-14). O "cansaço da vida" pode ser uma razão cada vez mais comum para as pessoas escolherem o suicídio assistido (Int J Epidemiology, 2014; 43: 614-22).

- A cultura da eutanásia será naturalmente transmitida aos doentes e será mais uma forma de indução do pedido. A aprovação cultural pode servir como um incentivo para o suicídio. Muitos doentes poderão ser avaliados por médicos que não os conhecem e a quem foram referenciados apenas para avaliação da eutanásia, uma decisão simplificada se o médico for favorável à solução. As clínicas da eutanásia passaram a ser um negócio.

- Na Holanda, a eutanásia, uma vez aprovada, tornou-se num tratamento normal, com um progressivo alargamento de justificações e aplicabilidade, de tal forma que haverá cerca de 300 casos por ano de eutanásia involuntária (<http://www.bioedge.org/bioethics/the-netherlands-is-normalising-euthanasia-says-dutch-ethicist/11810>). A eutanásia involuntária está instalada e é mensurável (JAMA Intern Med, 2016; 176: 427-8). "In Belgium ... What is more worrying is that research indicates that more than 1,000 patients a year (1.7% of all deaths) have their lives ended deliberately without having requested it." (Assisted Suicide and Euthanasia: A Guide to the Evidence. www.bioethics.org.uk).

- Uma elevada percentagem de casos de eutanásia não são reportados porque os médicos não os considerarão como verdadeira eutanásia, sendo muitas vezes os fármacos administrados por enfermeiros (BMJ, 2010; 341: c5174). É um tratamento rápido e barato.

- É uma ilusão pensar que salvaguardas e controlos legais evitam abusos e a verdade é que as transgressões identificadas nunca foram julgadas (Current Oncology, 2011; 18 (2): e38). Na prática, atribui-se ao médico o poder de matar. Por todas estas circunstâncias, Tim Harlow considera que "We have even greater concerns about the paucity of safeguards... If society really does wish to legalise Assisted Suicide, against the better judgement of the medical profession, then society must carry the responsibility. Our skill and duty is in healing. It must be a matter for the courts and not for doctors to decide who is to be assisted to take their own life and to implement that decision" (BMJ Supportive & Palliative Care, 2015; 5: 122-3). Recentemente, em assembleia da Associação Médica Britânica, os médicos votaram pela manutenção da oposição à morte assistida (BMJ, 2016; 353: i3486).

- Na Holanda e na Bélgica, o aligeiramento das regras está a ser equacionado para permitir a doação/utilização de órgãos de doentes submetidos a eutanásia (<http://www.bioedge.org/bioethics/everybodys-a-winner-when-euthanasia-combines-with-organ-donation-say-d1/11814>).

- A legalização da eutanásia infantil, que viola todas as regras da ética, devendo a distanásia ser intransigentemente evitada.

- A relação médico-doente pode ser afectada, perturbando a confiança do doente e da família do doente no médico (JAMA, 2016; 315: 247-8).

- "A ideia da medicina como uma profissão que encarna um compromisso comum

para cuidar de pessoas que estão doentes e debilitados, de modo a restaurar sua saúde, vai desaparecer rapidamente da memória” (JAMA, 2016; 315: 247-8).

Resumidamente, as duas razões essenciais do manifesto são o sofrimento intolerável e o direito a dispor da própria vida.

Quanto ao primeiro, a medicina e a sociedade podem reduzi-lo a uma expressão mínima, nomeadamente com o tratamento da dor e outros sintomas, cuidados paliativos e apoios sociais, pelo que perde força como argumento. Para além disso, com a Declaração Antecipada de Vontade, ou o recurso ao (não) Consentimento Informado, o doente tem a tranquilidade de saber que não será submetido a tratamentos ou intervenções que não pretenda ou que possam configurar distanásia.

Quanto ao segundo, ainda que verdadeiramente ninguém possa dispor da sua vida no amplo sentido do termo, porque se tivesse essa opção certamente ela seria pela saúde e jovialidade ‘eternas’, é naturalmente respeitável o direito à liberdade individual de determinar o momento do fim da vida, desde que seja uma decisão puramente livre (nunca o será realmente, pois a pessoa sente-se encurralada) e consciente (o componente depressivo é muito frequente).

Todavia, mesmo considerando o valor da liberdade individual de decisão, que quando não colide com os valores e as regras sociais se deve respeitar por princípio, embora a lei já a constanja de múltiplas formas, a verdade é que, equacionando toda a abundante e profundamente preocupante evidência de uma *slippery slope*, não existe fundamentação suficiente para abrir uma imensa e mui arriscada caixa de Pandora, modificando um dos pilares centrais dos valores da Sociedade, do edifício do Direito e dos princípios milenares da Medicina, esses sim, uma efectiva salvaguarda do direito das pessoas à vida e a uma vida que cumpra os preceitos da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Recorda-se que o CD preconiza no seu artigo 57.º que: 1 - O médico deve respeitar a dignidade do doente no momento do fim da vida. 2 - Ao médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia. Quanto ao Juramento de Hipócrates, segundo a fórmula de Genebra, adoptada pela Associação Médica Mundial, em 1983, nele o médico promete solenemente que “Guardarei respeito absoluto pela Vida Humana desde o seu início, mesmo sob ameaça...”.

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, no seu parecer 11/1995, considerou 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 como tal) por qualquer pessoa, designadamente por decisão médica, ainda que a título de “a pedido” e/ou de “compaixão”.

Também a Associação Médica Mundial, numa declaração adoptada na 39th World Medical Assembly, Madrid, Spain, October 1987, reafirmada na 170th WMA Council

Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005 e pela *200th WMA Council Session, Oslo, Norway, April 2015*, considera que a "Euthanasia, that is the act of deliberately ending the life of a patient, even at the patient's own request or at the request of close relatives, is unethical. This does not prevent the physician from respecting the desire of a patient to allow the natural process of death to follow its course in the terminal phase of sickness". A mesma consideração para o suicídio assistido.

Finalmente, a morte assistida não é compaginável com o conceito de Acto Médico aprovado pela UEMS, que o define da seguinte forma: "The medical act encompasses all the professional action, e.g. scientific, teaching, training and educational, clinical and medico-technical steps, performed to promote health and functioning, prevent diseases, provide diagnostic or therapeutic and rehabilitative care to patients, individuals, groups or communities in the framework of the respect of ethical and deontological value. It is the responsibility of, and must always be performed by a registered medical doctor/physician or under his or her direct supervision and/or prescription" (<http://www.uems-slm.org/uems/index.php?id=26>).

Para concluir este curto texto sobre uma matéria tão vasta e complexa, direi apenas que continuarei a participar nas tertúlias para as quais for convidado, que a Ordem dos Médicos promoveu desde 2012 e continuará a promover debates sobre as múltiplas facetas e envolventes da eutanásia (relativamente aos quais esperamos a máxima participação dos médicos) e que, sem incumprimentos legais, sendo o tema tão sensível e polémico e interferindo com um dos vínculos milenares da medicina, a eventual alteração do CD no que concerne a eutanásia só será possível através de referendo aos médicos.

Sobre que valores iremos construir a Sociedade em queremos viver e que desejamos legar?

José Manuel Silva

Bastonário da Ordem dos Médicos

