

Da História e do Conceito

de

EUTANÁSIA

por A RAMON DE LA FERIA

(Médico, Cirurgião Geral, Mestrado em Bioética)

Da História e do Conceito

de

EUTANÁSIA

por A. Ramon de La Feria

RESUMO:

EUTANÁSIA é, atualmente, definida como *"...ação iniciada por um profissional de Saúde para pôr termo à Vida de uma Pessoa, a seu pedido..."* sendo *"..a Morte deliberadamente provocada..."* a pedido *"...da Pessoa que solicita a Morte..."* e *"...um Médico a realiza, cumprindo um conjunto de requisitos e procedimentos..."*.

Citando **JOÃO RIBEIRO DA SILVA** *"...o Homem não precisa da Eutanásia, mesmo no momento em que a Medicina vacila e é ineficaz, precisa sim...da compreensão, da inter-ajuda, da presença humana, da palavra humana e de todo o equilíbrio do Saber. Na verdade, a objetividade do diagnóstico e a correção da terapêutica têm de completar-se pelo apoio que se oferece, pela mão que se estende..."*.

A Autonomia do Doente colide com a Autonomia do Médico quando lhe pretende impor algo que é a negação do exercício da sua profissão Médica, isto é, **tratar o Doente, minorar o sofrimento, acompanhá-lo quando precisa e evitar uma Morte por "deficit" da aplicação da Tecnologia disponível hoje em dia.**

Tenhamos SEMPRE presente o **"Compromisso do Médico"**

Como Membro da Profissão MÉDICA:

...

- ...A SAÚDE E O BEM-ESTAR DO MEU DOENTE serão as minhas primeiras preocupações;
- ...RESPEITAREI a autonomia e a dignidade do meu Doente;
- ...GUARDAREI o máximo de respeito pela Vida Humana;
- ...EXERCEREI a minha profissão com consciência e dignidade e de acordo com as boas práticas médicas;
- ...PARTILHAREI os meus conhecimentos médicos em benefício dos Doentes e da melhoria dos cuidados de Saúde

...

...como afirmou **SIMONE DE BEAUVOIR**,

*"...todos os Homens são mortais, mas para
cada Homem a sua morte é um acidente e,
mesmo que ele a conheça e consinta, <é>
uma violência indevida... (1)*

*...nunca esqueçamos que ante a insinuação dum
assassinio piedoso, em nenhuma circunstância,
e sob nenhuma pressão, devem os Médicos "dar
drogas venenosas a alguém, nem jamais sugerir
tal conselho" ... reza o Juramento de HIPÓCRATES... (2)*

*...**Vida Biológica** não se identifica com **Vida Humana**.
Pode haver **Vida Vegetativa** depois de ter desaparecido,
de todo, o rastro de **Vida Humana**... (3)*

Começamos pela “Declaração de GENEBRA da Associação Médica Mundial” revista em Outubro de 2017 na passada 68ª Assembleia - CHICAGO (EUA) .

Aí se afirma, entre outros **compromissos**, que o **MÉDICO** se obriga

“... - a considerar a SAÚDE e o BEM-ESTAR do seu DOENTE como as primeiras preocupações;

... - a RESPEITAR a Autonomia e a Dignidade do seu DOENTE;

... - a GUARDAR o máximo respeito pela Vida Humana;

... - a EXERCER a profissão com Consciência e Dignidade e de acordo com as boas práticas médicas;

... - a PARTILHAR os seus conhecimentos médicos em benefício dos Doentes e da melhoria dos Cuidados de Saúde...” (4).

Definições

LUCÍLIA NUNES recorda-nos o “...significado GREGO de “EUTHANASIA” (morte serena, agradável)...” (5) também chamada de boa morte como nos explica DIEGO GRACIA: “...há situações de tal deterioração, por exemplo física, que o atingimento desse ideal...” o “...da felicidade ou da plenitude vital (a “eudaimonia” de ARISTÓTELES)...” (6) se torna impossível “...pelo que os filósofos antigos, sobretudo os Estóicos, consideraram que nesses casos o dever moral era o de não morrer indignamente...e que o correto era buscar a boa morte (e isso significa “eutanásia”)...” (7).

Mas LUCÍLIA NUNES lembra-nos que “...hoje se define eutanásia como a ação iniciada por um Profissional de Saúde para pôr termo à Vida de uma Pessoa, a seu pedido...” (8) e que “... a Morte é deliberadamente provocada, sendo que a Pessoa solicita a Morte e um Médico a realiza, cumprindo um conjunto de requisitos e procedimentos...” (9).

Mais nos lembra que “...suicídio assistido...define o processo em que uma Pessoa quer pôr termo à <sua> Vida e outra Pessoa põe os meios à <sua> disposição, sendo que <é> o próprio que realiza o ato...” (10).

História antiga

Sabemos que “...ESPARTA se “libertava” dos débeis, que os BRÂMANES abandonavam as Crianças na selva e <que> vários Povos da Polinésia ...”davam a morte” aos anciãos e praticavam infanticídio por hábito quando os filhos excediam um certo número...” (11).

Fica, assim, claro o desprezo pelo Ser Humano quer pela velhice e conseqüente falta de produtividade, quer pelo excesso de filhos e conseqüente falta de capacidade para o seu sustento.

Da mesma forma o uso eugénico da eutanásia “... para “acabar” com os monstros, os Doentes incuráveis e crónicos, os delinquentes graves e os loucos ... e ainda os inúteis e pouco produtivos...” (12) foi prática por este Mundo fora. Sê-lo-á ainda hoje?

Há , também, que ter em conta o conceito de “...*assassinio piedoso*...” (13), isto é, o outrora efetuado em contexto de grande sofrimento do Doente sem que a Medicina ou a logísta da época (técnica e outra) permitissem o seu controle, designadamente em **PORTUGAL** tal como a descrição do “...*ato de “homicídio ritual” praticado por cristãos-novos nos agonizantes*...” (14).

Noutras culturas, como a dos **CELTAS** e a da **BIRMÂNIA**, “...*enforcavam os Doentes sem salvação*...” (15) e na dos “...*Povos ESCANDINAVOS, ESLAVOS ou das Ilhas FIDGI* ... se “punha termo”, além dos *anciãos, ... aos Doentes que os sobrecarregavam*...” (16).

Tudo isto nos leva à Moral e à Ética com o preceito de que “...*não matarás (evocado por MOISÉS no “Decálogo”)*...” (17) ou ainda com a prática dos Princípios da Beneficência e da não-Maleficência, sistematizados nos primórdios da Ética principialista dos anos 70 do século XX.

Séculos XX e XXI

Definido o Conceito de “**eutanásia**” visitemos a sua aplicabilidade atual:

- No **URUGUAI**, em 1934, foi legislado o chamado “...*homicídio piedoso despenalizando-o sob certas condições, incluindo que a Pessoa tivesse feito “súplicas reiteradas”*...” (18);
- Na **HOLANDA**, “...*onde foi despenalizada em 1993 e depois legalizada em 2002 com a “Lei sobre Cessação da Vida a pedido e o Suicídio Assistido”*...” (19);
- Na **BÉLGICA**, onde foi “...*legalizada em 2002 na circunstância de Doente Adulto ou Menor emancipado, com capacidade e consciência na altura da realização do pedido encontrando-se numa situação clínica irreversível que causa um sofrimento insuportável resultando de uma condição accidental ou patológica grave e incurável tendo sido, em 2014, alargada aos Menores de idade*...” (20);
- No **LUXEMBURGO**, legalizada “...*desde 2008, igualmente sob certas condições*...” (21);
- Na **COLÔMBIA**, “...*a Eutanásia foi despenalizada em 1997 e legalizada em 2015*...” (22);
- Na **SUIÇA**, “...*não existe penalização para o Suicídio Assistido...desde que a Pessoa que presta ajuda ao suicida não tenha motivos de interesse próprio e existem, como é sabido, organizações que ajudam na morte voluntária no que já foi considerado “turismo de morte”*...” (23);
- Nos **ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA**, “...*em cinco Estados, a legislação permite aos Médicos prescrever medicação letal em situação terminal como no OREGON desde 1997, em WASHINGTON desde 2009, em VERMONT desde 2013, na CALIFORNIA desde 2016 ou em MONTANA desde 2009*...” (24).

Análise

"...A nossa primeira obrigação moral é fazer com que as Pessoas não cheguem a situações que <as> classifiquem como piores que a morte. Para isso é necessário humanizar as situações ... dos Doentes críticos e terminais..." (25) que é o que "...tentam levar a cabo os chamados "Cuidados paliativos"..." (26). Então "...quando uma Pessoa diz "quero morrer" o que <essa Pessoa> está dizendo é que "quero viver de outra maneira" ... e a nossa primeira obrigação é ajudá-la que viva, por exemplo, sem dor física se for esse o caso ..." (27).

Essa ajuda deverá avaliar *"...qual o significado do sofrimento individual..." (28) através do ato de "...escutar <o doente e permitir-lhe condições para > ... falar à vontade..." (29).*

Há, no entanto, Doentes com quadros clínicos em que a única ajuda possível para controlar os sintomas é a *"...chamada "sedação paliativa"...que consiste em diminuir a consciência do Doente, com o que evitamos que sofra..." (30).*

Liberdade para decidir nos momentos finais?

Condições para a autonomia do Doente?

Vejam, agora, o conceito de *"...eudaimonia (que significa plenitude) de tal modo que, quando ARISTÓTELES diz que o objetivo moral da Vida Humana <é> a elaboração da eudaimonia, o que <ele> está afirmando é que todo o Ser Humano tem obrigação de procurar a plenitude, exercitando os seus dotes naturais de modo que deem de Si tudo <o> que for possível. O problema é que a própria natureza pode alterar-se de tal modo ... que o ideal da eudaimonia já não resulte possível..." (31).*

O Doente, muitas vezes, deve sentir-se *"...obrigado a aprender como <é> estar doente, ...como <é> adaptar a sua vida à doença e como <é> suportar a inquietação, o medo, a apreensão, o incómodo, o sofrimento..." (32) e, nessa altura, "...cabe ao Médico ensinar a paciência num mundo em que não há tempo para nada..." (33).*

Sabemos que o *"...sofrimento e o seu significado variam de pessoa para pessoa..." (34) mas também sabemos que "...do contacto, do Médico e...da Enfermagem, com os males dos Doentes resulta...um outro sofrimento, sentido por aqueles cuja missão é tratar, e que os abala profundamente..." (35).*

Até aqui foram descritos casos em que o sofrimento é muito doloroso fisicamente, podendo ser anulado ou minorado significativamente com o "armamentário" hoje em dia ao dispor dos Médicos. Mas falemos agora do caso *"...das pessoas com secções medulares completas a nível cervical, ou daquelas que padecem de graves doenças neuro-degenerativas; nestas a dor física não existe ... mas pode haver um grande sofrimento psíquico ou espiritual que, embora possa ser melhorado,...haverá sempre casos em que o sofrimento continua apesar dos nossos esforços. São estes os casos em que poderá fazer algum sentido colocar-se o tema do suicídio, do suicídio assistido ou da eutanásia ... mas sempre haverá que vê-los como o que são: situações excepcionais. O que não deve é confundir-se a "exceção" com a "regra"..." (36).*

Encarar a Morte é doloroso não só para o Doente mas também para os seus familiares e amigos. No entanto “...hoje em dia assiste-se a uma medicalização da Vida e da Morte...” sendo “...a forma mais frequente de morrer <sê-lo> sozinho, na frieza do meio hospitalar...” (37). Pode mesmo afirmar-se que a Sociedade atual “...prolonga o mais possível a Vida dos Doentes mas não os ajuda a morrer porque a Morte é considerada humilhante para um mundo com técnicas tão evoluídas...” (38).

Além disso poderá afirmar-se que é “...a solidão da Vida <que> conduz à Morte isolada...” (39) tendo-se passado “...da Morte Solidária <no seio de familiares> para a Morte Solitária...” (40) numa cama hospitalar pois o “...modelo de civilização atual impõe a denegação da Morte e das necessidades culturais de solidariedade e de ritualizações...” (41) como seriam, por exemplo, as “últimas palavras” a entes próximos.

Assim, a “...regra deve ser o dignificar, <com> tudo o que possamos, as situações do Final da Vida, com estratégias como as dos “Cuidados paliativos” ou as das “Unidades de Dor”...” (42) e “...há que legislar isso em vez de <legislar> a eutanásia. O que não quer dizer que não haja razões para despenalizar o chamado suicídio assistido em certos pressupostos. Mas será necessário ir com muito cuidado...pois “não convem pôr o carro à frente dos Bois!”...” (43).

“Erros” de diagnóstico ? “Erros” de prognóstico ?

Atualmente, apesar da Biotecnologia (cada vez mais avançada) de que podemos usufruir para efetuar um diagnóstico correto, nunca poderemos afirmar, contudo, que não venha a existir (no médio ou no longo prazo) uma tal evolução científica que nos leve a ter de corrigir esse diagnóstico e, conseqüentemente, o correspondente prognóstico.

Se, entretanto, “...os Cuidados Paliativos” (nos seus quatro pilares: controlo de sintomas, comunicação, apoio à família e inter-disciplinaridade)...” (44) não forem considerados suficientes e alguém entender colaborar com o suicídio assistido, a morte assistida ou até a eutanásia ficará o colaborador desse ato com o “peso” de ter permitido aquilo que, mais tarde, poderia ter vindo a ser evitado.

É por isso que temos de enfrentar, com muita prudência, a possibilidade dos “erros” de prognóstico que se tornam mais graves à medida que são colocadas, ao dispor das equipas de “Cuidados Paliativos”, mais “ferramentas” no sentido de prolongar a Vida Humana com Qualidade e, principalmente, com Dignidade.

Recordemos agora a “...fórmula de LANDOUZY:

- Curar algumas vezes,
- Aliviar muitas,
- Nunca deixar de consolar...” (45).

Neste pensamento fica clarificado que “...a Medicina é uma esperança indefinidamente repetida, ela é em si mesma uma ideologia otimista e progressista...” (46).

Assim, perante este panorama, “...a **Morte** tornou-se um fenómeno técnico em que o próprio é um protagonista apagado...” o que “...contrasta com as descrições <antigamente> conhecidas em que o moribundo estava em casa, rodeado pela família <e> ditava as <suas> últimas vontades...” (47). O próprio funeral “...tornou-se um acto público e comercialmente organizado...” onde se “...fala de tudo na vigília excepto do morto...” (48).

TOLSTOI escreveu: “...morre-se só e no meio de mentiras...” (49).

Conclusões

“...A Autonomia do Doente colide com a Autonomia do Médico quando lhe pretende impor algo que é a negação do exercício da sua profissão, isto é, tratar o Doente, minorar o sofrimento, acompanhá-lo quando precisa e evitar uma Morte por “deficit” de aplicação da tecnologia disponível hoje em dia...” (50).

“...O Médico não pode deixar de ser sempre o defensor da Vida Humana...” (51) e, “...mesmo se todas as razões dessem consistência e justificação à eutanásia, jamais os Médicos consentiriam em transformar a sua Arte num instrumento homicida...” (52).

A Comissão de Bioética(DH-BIO) do Conselho da EUROPA elaborou um “Guia sobre o processo de decisão relativo a tratamentos médicos em situações de Fim de Vida” onde conclui que:

“prolongar a Vida não tem de ser a finalidade única da prática Médica, esta deve <antes ser>, tanto quanto possível, aliviar os sofrimentos...” (53) e reforça, mais adiante, que “...em situações de Fim de Vida, o objetivo do tratamento e do cuidar é, acima de tudo, melhorar a qualidade de Vida do Doente...” (54) como é o caso dos “...tratamentos da Dor ou de outros sintomas que causam desconforto...” (55),

Termino citando JOÃO RIBEIRO DA SILVA:

“...o Homem não precisa da eutanásia, mesmo no momento em que a Medicina vacila e é ineficaz, precisa sim ... da compreensão, da inter-ajuda, da presença humana e de todo o equilíbrio do Saber. Na verdade, a objetividade do diagnóstico e a correção da terapêutica têm de completar-se pelo apoio que se oferece, pela mão que se estende...” (56).

Referências Bibliográficas

- (1) LUCÍLIA NUNES, *"Ética no FIM DE VIDA – E quando eu não puder decidir?"*, Coleção "ÉTICA para o nosso tempo", nº 1, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016: p 89;
- (2) BARAHONA FERNANDES, *"A EUTANÁSIA"*, Conferência realizada na "Faculdade de DIREITO", Separata de "A MEDICINA CONTEMPORÂNEA", nº 15, 13/Abril/1930: p 27;
- (3) DIEGO GRACIA , *"Entrevista sobre Eutanásia com o Prof. Doutor DIEGO GRACIA"* (conduzida por Jorge Teixeira da Cunha), Revista da "Faculdade de TEOLOGIA"/PORTO "HUMANÍSTICA E TEOLOGIA", tomo XXXVIII, Fascículo 1, Jun 2017: p 15;
- (4) "ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL", <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva> (tradução espontânea de ROSALVO ALMEIDA, feita em 19.10.2017);
- (5) LUCÍLIA NUNES, *"Ética no FIM DE VIDA – E quando eu não puder decidir?"*, Coleção "ÉTICA para o nosso tempo", nº 1, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016: p 70;
- (6) DIEGO GRACIA , *"Entrevista sobre Eutanásia com o Prof. Doutor DIEGO GRACIA"* (conduzida por Jorge Teixeira da Cunha), Revista da "Faculdade de TEOLOGIA"/PORTO "HUMANÍSTICA E TEOLOGIA", tomo XXXVIII, Fascículo 1, Jun 2017: p 14;
- (7) DIEGO GRACIA , *"Entrevista sobre Eutanásia com o Prof. Doutor DIEGO GRACIA"* (conduzida por Jorge Teixeira da Cunha), Revista da "Faculdade de TEOLOGIA"/PORTO "HUMANÍSTICA E TEOLOGIA", tomo XXXVIII, Fascículo 1, Jun 2017: p 15;
- (8,9) LUCÍLIA NUNES, *"Ética no FIM DE VIDA – E quando eu não puder decidir?"*, Coleção "ÉTICA para o nosso tempo", nº 1, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016: p 70;
- (10) LUCÍLIA NUNES, *"Ética no FIM DE VIDA – E quando eu não puder decidir?"*, Coleção "ÉTICA para o nosso tempo", nº 1, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016: p 74;
- (11) BARAHONA FERNANDES, *"A EUTANÁSIA"*, Conferência realizada na "Faculdade de DIREITO", Separata de "A MEDICINA CONTEMPORÂNEA", nº 15, 13/Abril/1930: p 3;
- (12) BARAHONA FERNANDES, *"A EUTANÁSIA"*, Conferência realizada na "Faculdade de DIREITO", Separata de "A MEDICINA CONTEMPORÂNEA", nº 15, 13/Abril/1930: p 3,4;
- (13) BARAHONA FERNANDES, *"A EUTANÁSIA"*, Conferência realizada na "Faculdade de DIREITO", Separata de "A MEDICINA CONTEMPORÂNEA", nº 15, 13/Abril/1930: p 9;
- (14,15,16) BARAHONA FERNANDES, *"A EUTANÁSIA"*, Conferência realizada na "Faculdade de DIREITO", Separata de "A MEDICINA CONTEMPORÂNEA", nº 15, 13/Abril/1930: p 8;
- (17) BARAHONA FERNANDES, *"A EUTANÁSIA"*, Conferência realizada na "Faculdade de DIREITO", Separata de "A MEDICINA CONTEMPORÂNEA", nº 15, 13/Abril/1930: p 15;
- (18,19,20, 21,22) LUCÍLIA NUNES, *"Ética no FIM DE VIDA – E quando eu não puder decidir?"*, Coleção "ÉTICA para o nosso tempo", nº 1, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016: p 73;
- (23) LUCÍLIA NUNES, *"Ética no FIM DE VIDA – E quando eu não puder decidir?"*, Coleção "ÉTICA para o nosso tempo", nº 1, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016: p 74;

- (24) LUCÍLIA NUNES, *"Ética no FIM DE VIDA – E quando eu não puder decidir?"*, Coleção "ÉTICA para o nosso tempo", nº 1, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016: pp 74-75;
- (25) DIEGO GRACIA, *"Entrevista sobre Eutanásia com o Prof. Doutor DIEGO GRACIA"* (conduzida por Jorge Teixeira da Cunha), Revista da "Faculdade de TEOLOGIA"/PORTO "HUMANÍSTICA E TEOLOGIA", tomo XXXVIII, Fascículo 1, Jun 2017: p 20;
- (26,27) DIEGO GRACIA, *"Entrevista sobre Eutanásia com o Prof. Doutor DIEGO GRACIA"* (conduzida por Jorge Teixeira da Cunha), Revista da "Faculdade de TEOLOGIA"/PORTO "HUMANÍSTICA E TEOLOGIA", tomo XXXVIII, Fascículo 1, Jun 2017: p 15;
- (28,29) MADALENA BOTELHO, *"O significado do sofrimento individual e da morte nas diferentes culturas"*, in "Contributos para a Bioética em Portugal" (Coordenação: João Ribeiro da Silva, António Barbosa, Fernando Martins Vale), Centro de Bioética da "Faculdade de MEDICINA"/LISBOA, Edições COSMOS - Bioética 2, 2002: p 329;
- (30,31) DIEGO GRACIA, *"Entrevista sobre Eutanásia com o Prof. Doutor DIEGO GRACIA"* (conduzida por Jorge Teixeira da Cunha), Revista da "Faculdade de TEOLOGIA"/PORTO "HUMANÍSTICA E TEOLOGIA", tomo XXXVIII, Fascículo 1, Jun 2017: p 17;
- (32,33,34,35) MADALENA BOTELHO, *"O significado do sofrimento individual e da morte nas diferentes culturas"*, in "Contributos para a Bioética em Portugal" (Coordenação: João Ribeiro da Silva, António Barbosa, Fernando Martins Vale), Centro de Bioética da "Faculdade de MEDICINA"/LISBOA, Edições COSMOS - Bioética 2, 2002: p 330;
- (36) DIEGO GRACIA, *"Entrevista sobre Eutanásia com o Prof. Doutor DIEGO GRACIA"* (conduzida por Jorge Teixeira da Cunha), Revista da "Faculdade de TEOLOGIA"/PORTO "HUMANÍSTICA E TEOLOGIA", tomo XXXVIII, Fascículo 1, Jun 2017: p 17;
- (37,38) MADALENA BOTELHO, *"O significado do sofrimento individual e da morte nas diferentes culturas"*, in "Contributos para a Bioética em Portugal" (Coordenação: João Ribeiro da Silva, António Barbosa, Fernando Martins Vale), Centro de Bioética da "Faculdade de MEDICINA"/LISBOA, Edições COSMOS - Bioética 2, 2002: p 334;
- (39,40) FERNANDO CATROGA, *"Recordar e Comemorar. A raiz tanatológica dos ritos comemorativos"*, in "Contributos para a Bioética em Portugal" (Coordenação: João Ribeiro da Silva, António Barbosa, Fernando Martins Vale), Centro de Bioética da "Faculdade de MEDICINA"/LISBOA, Edições COSMOS - Bioética 2, 2002: p 308);
- (41) FERNANDO CATROGA, *"Recordar e Comemorar. A raiz tanatológica dos ritos comemorativos"*, in "Contributos para a Bioética em Portugal" (Coordenação: João Ribeiro da Silva, António Barbosa, Fernando Martins Vale), Centro de Bioética da "Faculdade de MEDICINA"/LISBOA, Edições COSMOS-Bioética 2, 2002: p 317);
- (42,43) DIEGO GRACIA, *"Entrevista sobre Eutanásia com o Prof. Doutor DIEGO GRACIA"* (conduzida por Jorge Teixeira da Cunha), Revista da "Faculdade de TEOLOGIA"/PORTO "HUMANÍSTICA E TEOLOGIA", tomo XXXVIII, Fascículo 1, Jun 2017: p 19;
- (44) LUCÍLIA NUNES, *"Ética no FIM DE VIDA – E quando eu não puder decidir?"*, Coleção "ÉTICA para o nosso tempo", nº 1, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016: p 85;
- (45) LANDOUZY (citação in BARAHONA FERNANDES, *"A EUTANÁSIA"*, Conferência realizada na "Faculdade de DIREITO", Separata de "A MEDICINA CONTEMPORÂNEA", nº 15, 13/Abril/1930: p 24);

(46) MADALENA BOTELHO, *"O significado do sofrimento individual e da morte nas diferentes culturas"*, in *"Contributos para a Bioética em Portugal"* (Coordenação: João Ribeiro da Silva, António Barbosa, Fernando Martins Vale), Centro de Bioética da "Faculdade de MEDICINA"/LISBOA de Lisboa, Edições COSMOS - Bioética 2, 2002: p 335;

(47,48) MADALENA BOTELHO, *"O significado do sofrimento individual e da morte nas diferentes culturas"*, in *"Contributos para a Bioética em Portugal"* (Coordenação: João Ribeiro da Silva, António Barbosa, Fernando Martins Vale), Centro de Bioética da "Faculdade de MEDICINA"/LISBOA, Edições COSMOS - Bioética 2, 2002: p 334;

(49) TOLSTOI (citação in MADALENA BOTELHO, *"O significado do sofrimento individual e da morte nas diferentes culturas"*, in *"Contributos para a Bioética em Portugal"* (Coordenação: João Ribeiro da Silva, António Barbosa, Fernando Martins Vale), Centro de Bioética da "Faculdade de MEDICINA"/LISBOA, Edições COSMOS - Bioética 2, 2002: p 334);

(50) A RAMON DE LA FERIA, *"Um MORRER que respeita a VIDA"*, Palestra na "Faculdade de FARMÁCIA", "Licenciatura em CIÊNCIAS da SAÚDE", Universidade de LISBOA, 2016: p 5;

(51) BARAHONA FERNANDES, *"A EUTANÁSIA"*, Conferência realizada na "Faculdade de DIREITO", Separata de "A MEDICINA CONTEMPORÂNEA", nº 15, 13/Abril/1930: p 25;

(52) BARAHONA FERNANDES, *"A EUTANÁSIA"*, Conferência realizada na "Faculdade de DIREITO", Separata de "A MEDICINA CONTEMPORÂNEA", nº 15, 13/Abril/1930: p 26;

(53,54,55) Comissão de Bioética (DH-BIO), *"Guia sobre o processo de decisão relativo a tratamentos médicos em situações de Fim de Vida"*, Conselho da EUROPA, Dezº/2014: p 12;

(56) JOÃO RIBEIRO DA SILVA, *"A ÉTICA na Medicina Portuguesa"*, "Faculdade de MEDICINA"/LISBOA, 1994: p 172.

BIBLIOGRAFIA consultada

A RAMON DE LA FERIA, *"Um MORRER que respeita a VIDA"*, Palestra na "Faculdade de FARMÁCIA", "Licenciatura em CIÊNCIAS da SAÚDE", Universidade de LISBOA, 2016

"ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL", <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva> (tradução espontânea de Rosalvo Almeida, feita em 19.10.2017)

BARAHONA FERNANDES, *"A EUTANÁSIA"*, Conferência realizada na "Faculdade de DIREITO", Separata de "A MEDICINA CONTEMPORÂNEA", nº 15, 13/Abril/1930

Comissão de BIOÉTICA (DH-BIO), *"Guia sobre o processo de decisão relativo a tratamentos médicos em situações de Fim de Vida"*, Conselho da EUROPA, Dezº/2014

DIEGO GRACIA, *"Entrevista sobre Eutanásia com o Prof. Doutor DIEGO GRACIA"* (conduzida por Jorge Teixeira da Cunha), Revista da "Faculdade de TEOLOGIA"/PORTO "HUMANÍSTICA E TEOLOGIA", tomo XXXVIII, Fascículo 1, Jun 2017

FERNANDO CATROGA, *"Recordar e Comemorar. A raiz tanatológica dos ritos comemorativos"*, in *"Contributos para a Bioética em Portugal"* (Coordenação: João Ribeiro da Silva, António Barbosa, Fernando Martins Vale), Centro de Bioética da "Faculdade de MEDICINA"/LISBOA, Edições COSMOS-Bioética 2, 2002

JOÃO RIBEIRO DA SILVA, *"A ÉTICA na Medicina Portuguesa"*, "Faculdade de Medicina"/LISBOA, 1994

LANDOUZY (citação in **BARAHONA FERNANDES**, *"A EUTANÁSIA"*, Conferência realizada na "Faculdade de DIREITO", Separata de "A MEDICINA CONTEMPORÂNEA", nº 15, 13/Abril/1930: p 24)

LUCÍLIA NUNES, *"Ética no FIM DE VIDA – E quando eu não puder decidir?"*, Coleção "ÉTICA para o nosso tempo", nº 1, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016

MADALENA BOTELHO, *"O significado do sofrimento individual e da morte nas diferentes culturas"*, in *"Contributos para a Bioética em Portugal"* (Coordenação: João Ribeiro da Silva, António Barbosa, Fernando Martins Vale), Centro de Bioética da "Faculdade de MEDICINA"/LISBOA, Edições COSMOS - Bioética 2, 2002

SIMONE DE BEAUVOIR (citação in **LUCÍLIA NUNES**, *"Ética no FIM DE VIDA – E quando eu não puder decidir?"*, Coleção "ÉTICA para o nosso tempo", nº 1, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016: p 89)

TOLSTOI (citação in **MADALENA BOTELHO**, *"O significado do sofrimento individual e da morte nas diferentes culturas"*, in *"Contributos para a Bioética em Portugal"* (Coordenação: João Ribeiro da Silva, António Barbosa, Fernando Martins Vale), Centro de Bioética da "Faculdade de MEDICINA"/LISBOA, Edições COSMOS - Bioética 2, 2002: p 334)



BIOÉTICA

Reflexões a propósito

A. RAMON DE LA FERIA



Edições Cosmos



Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial

versão de outubro de 2017 *

Adotada pela 2.ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, Genebra, Suíça, setembro 1948, revista pela 22.ª Assembleia, Sydney, Austrália, agosto 1968, pela 35.ª Assembleia, Veneza, Itália, outubro 1983 e pela 46.ª Assembleia, Estocolmo, Suécia, setembro 1994, revisão editorial no 170.ª Sessão do Conselho, Divonne-les-Bains, França, maio 2005, na 173.ª Sessão do Conselho, Divonne-les-Bains, França, maio 2006, e revista na 68.ª Assembleia, Chicago, EUA, outubro 2017.

Compromisso do Médico

COMO MEMBRO DA PROFISSÃO MÉDICA:

- PROMETO SOLENEMENTE consagrar a minha vida ao serviço da humanidade;
- A SAÚDE E O BEM-ESTAR DO MEU DOENTE serão as minhas primeiras preocupações;
- RESPEITAREI a autonomia e a dignidade do meu doente;
- GUARDAREI o máximo respeito pela vida humana;
- NÃO PERMITIREI que considerações sobre idade, doença ou deficiência, crença religiosa, origem étnica, sexo, nacionalidade, filiação política, raça, orientação sexual, estatuto social ou qualquer outro fator se interponham entre o meu dever e o meu doente;
- RESPEITAREI os segredos que me forem confiados, mesmo após a morte do doente;
- EXERCEREI a minha profissão com consciência e dignidade e de acordo com as boas práticas médicas;
- FOMENTAREI a honra e as nobres tradições da profissão médica;
- GUARDAREI respeito e gratidão aos meus mestres, colegas e alunos pelo que lhes é devido;
- PARTILHAREI os meus conhecimentos médicos em benefício dos doentes e da melhoria dos cuidados de saúde;
- CUIDAREI da minha saúde, bem-estar e capacidades para prestar cuidados da maior qualidade;
- NÃO USAREI os meus conhecimentos médicos para violar direitos humanos e liberdades civis, mesmo sob ameaça;

FAÇO ESTAS PROMESSAS solenemente, livremente e sob palavra de honra;

* Tradução espontânea de R.A. para distribuição livre, sem fins lucrativos, feita em 19.10.2017, a partir do original sito em <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>

A EUTANASIA

TRABALHO REALIZADO NA FACULDADE DE DIREITO

JOSE BARAHOVA FERNANDES

BARAHOVA FERNANDES

SEPARATA DE

DE MEDICINA CONTEMPORANEA

N.º 15, de 11 de Abril de 1930

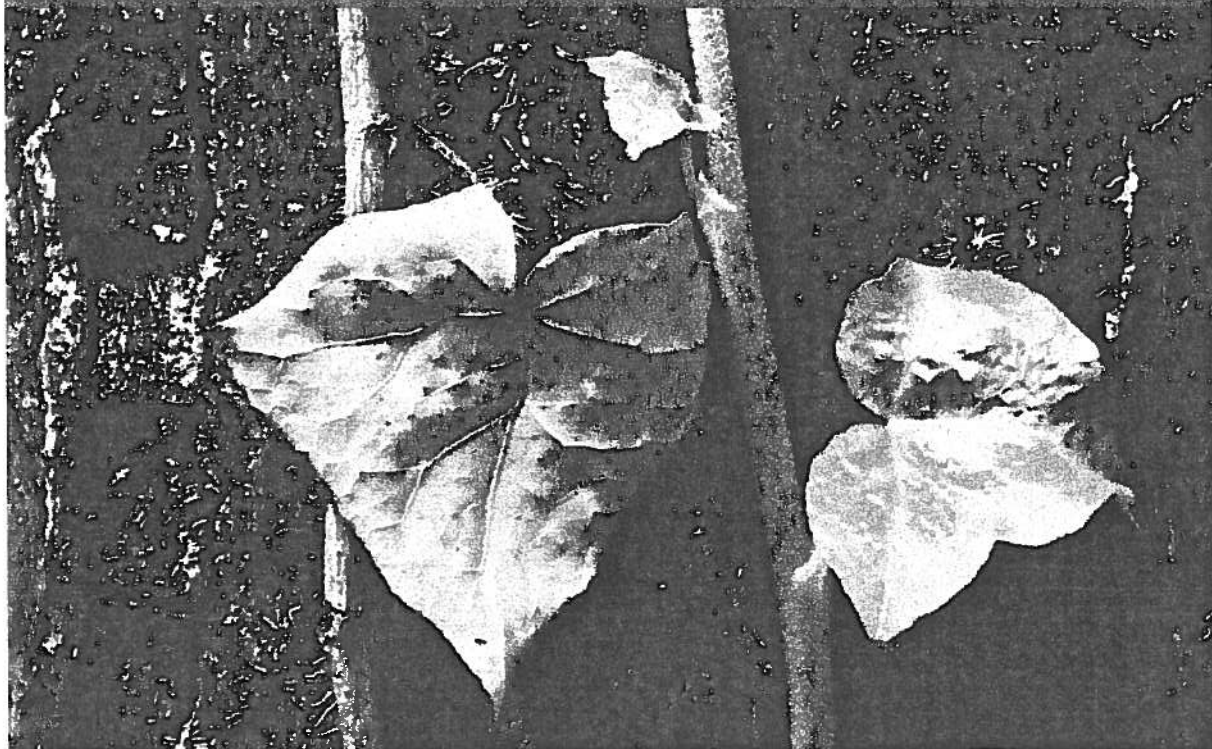
LISBOA

TIPOGRAFIA LARON

Rua de Mexico, C/da 23

1930

Guia sobre o processo de decisão
relativo a tratamentos médicos
em situações de fim de vida



COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

Entrevista sobre eutanásia com o Prof. Doutor Diego Gracia

Eutanásia e suicídio na cultura clássica greco-romana

Da reflexão filosófica sobre a morte à questão da eutanásia

Poderá a morte ser «boa»? A eutanásia à luz da Sagrada Escritura

Um pouco de luz sobre quatro sombras esbatidas – A morte, o martírio, o suicídio e a “eutanásia” nos Padres da Igreja

A morte como lugar de revelação e a esperança cristã

Deus, a morte e um povo suicida – O caso exemplar de Manuel Laranjeira

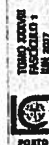
Eutanásia – Fenomenalidade de *O Amor de Si* na relação com argumentos médicos e teológicos

Os cristãos e a eutanásia – Sentido e conteúdo de uma proibição moral



CATOLICA
FACULDADE DE TEOLOGIA

REDAÇÃO - PORTO



HUMANÍSTICA E TEOLOGIA



HUMANÍSTICA
E TEOLOGIA

REVISTA DA FACULDADE DE TEOLOGIA - PORTO

TOMO XXVIII
FASCÍCULO 1
JUN 2017



Entrevista sobre eutanásia com o Prof. Doutor Diego Gracia

JORGE TEIXEIRA DA CUNHA

JORGE TEIXEIRA DA CUNHA – *A compreensão da morte tem mudado na cultura. Como se pode caracterizar essa mudança?*

DIEGO GRACIA – La muerte es un fenómeno natural, pero el determinar el momento en que aparece y el modo de identificarla es complejo y ha ido variando a lo largo de la historia. Los clásicos decían: "mors certa, hora incerta". No se trata sólo de que no sabemos cuándo vamos a morir. Es que además no es fácil determinar el momento de la muerte. El único criterio absolutamente cierto es la descomposición del cuerpo. Pero ninguna cultura ha podido aceptar que los cadáveres se descompongan a la vista de sus seres queridos. De ahí que todas hayan buscado criterios previos de determinación de la muerte, porque es obvio que si el cuerpo se descompone, es porque el organismo ha dejado antes de funcionar, y por tanto el fallecimiento tiene lugar antes de la descomposición. El criterio más tradicional, el que han utilizado la práctica totalidad de las culturas, ha sido el de la parada cardio-respiratoria. Así se ha diagnosticado la muerte durante milenios. Las dudas sobre este criterio comenzaron en el siglo XVIII, y esa es la causa de que las leyes exigieran a partir de entonces retrasar el enterramiento veinticuatro horas tras

CONTRIBUTOS PARA A BIOÉTICA EM PORTUGAL

COORDENAÇÃO:

João Ribeiro da Silva, António Barbosa e Fernando Martins Vale



*Centro de Bioética
Faculdade de Medicina
Universidade de Lisboa*



Edições Cosmos

JOÃO RIBEIRO DA SILVA

PERSPECTIVAS
DA BIOÉTICA
Bioética Contemporânea III



João Ribeiro da Silva

A ÉTICA

NA MEDICINA PORTUGUESA

FACULDADE DE MEDICINA

LISBOA

1994

COLECÇÃO ÉTICA PARA O NOSSO TEMPO

ÉTICA no FIM DE VIDA

E QUANDO EU NÃO PUDER DECIDIR?

Lucília Nunes

Nota introdutória de João Lobo Antunes

Este ensaio aborda questões éticas no final de vida, seguindo uma trajectória reflexiva que parte das escolhas que fazemos no dia-a-dia, das nossas capacidades, incapacidades e limites, para os processos de doença, passando necessariamente pela informação e pelo consentimento; desembocamos nas directivas antecipadas de vontade, não sem antes nos debruçarmos sobre os conceitos mais habitualmente associados ao final de vida, no eixo de

apressar a morte, como sejam a eutanásia e o suicídio assistido, ou retardá-la, nas faces diversas da distanásia e da futilidade, ou procurar que seja natural e digna, nos cuidados paliativos. Assim, o assunto central deste ensaio é a nossa vida humana, nas suas luminosidade e finitude, nas encruzilhadas de escolha e de decisões, conforme os próprios eventos se apresentam, considerando com particular atenção a dignidade no fim da vida.

DUSSIE

Entrevista sobre eutanásia com o Prof. Doutor Diego Gracia

Eutanásia e suicídio na cultura clássica greco-romana

Da reflexão filosófica sobre a morte à questão da eutanásia

Poderá a morte ser «boa»? A eutanásia à luz da Sagrada Escritura

Um pouco de luz sobre quatro sombras esbatidas – A morte, o mártir, o suicídio e a “eutanásia” nos Padres da Igreja

A morte como lugar de revelação e a esperança cristã

Deus, a morte e um povo suicida – O caso exemplar de Manuel Laranjeira

Eutanásia – Fenomenalidade de *O Amor de Si* na relação com argumentos médicos e teológicos

Os cristãos e a eutanásia – Sentido e conteúdo de uma proibição moral



CATOLICA
FACULDADE DE TEOLOGIA

BRAGA-LISBOA-PORTO



TOMO XXXVIII
FASCÍCULO 1
JUN 2017



HUMANÍSTICA E TEOLOGIA



HUMANÍSTICA
E TEOLOGIA

TOMO XXXVIII
FASCÍCULO 1
JUN 2017

REVISTA DA FACULDADE DE TEOLOGIA – PORTO

Da morte evitada

EUTANÁSIA

à morte vivida



} 1.0.

Entrevista sobre eutanásia com o Prof. Doutor Diego Gracia

JORGE TEIXEIRA DA CUNHA

JORGE TEIXEIRA DA CUNHA – *A compreensão da morte tem mudado na cultura. Como se pode caracterizar essa mudança?*

DIEGO GRACIA – La muerte es un fenómeno natural, pero el determinar el momento en que aparece y el modo de identificarla es complejo y ha ido variando a lo largo de la historia. Los clásicos decían: "mors certa, hora incerta". No se trata sólo de que no sabemos cuándo vamos a morir. Es que además no es fácil determinar el momento de la muerte. El único criterio absolutamente cierto es la descomposición del cuerpo. Pero ninguna cultura ha podido aceptar que los cadáveres se descompongan a la vista de sus seres queridos. De ahí que todas hayan buscado criterios previos de determinación de la muerte, porque es obvio que si el cuerpo se descompone, es porque el organismo ha dejado antes de funcionar, y por tanto el fallecimiento tiene lugar antes de la descomposición. El criterio más tradicional, el que han utilizado la práctica totalidad de las culturas, ha sido el de la parada cardio-respiratoria. Así se ha diagnosticado la muerte durante milenios. Las dudas sobre este criterio comenzaron en el siglo XVIII, y esa es la causa de que las leyes exigieran a partir de entonces retrasar el enterramiento veinticuatro horas tras

la comprobación de la parada cardio-respiratoria. Hoy coexisten en nuestra cultura dos criterios de muerte: la muerte encefálica (ausencia total de funciones cerebrales, incluidas las del tronco cerebral) y la muerte cardiopulmonar (ausencia de latido cardíaco y respiración espontánea y no respuesta a maniobras de reanimación). Son criterios mucho más seguros que los de épocas anteriores. En esto, como en tantas otras cosas, la ciencia permite una precisión y da una seguridad que no ha existido nunca antes en la historia de la humanidad.

A socialização e a tecnicização da medicina têm um papel nesta mudança?

Sí, es la tecnificación de la medicina la que ha permitido estos avances. En el caso de la muerte cardiopulmonar, la puesta a punto de las técnicas de reanimación, tanto de las básicas como de las avanzadas. Un ejemplo, cuando yo estudié la carrera de medicina, en la década de los años 60, esas técnicas aún no existían. El caso de la muerte encefálica es distinto, porque este criterio de muerte es él mismo consecuencia de los avances técnicos. El "coma dépassé" se describió por vez primera el año 1959, y en 1968 apareció el artículo en el que el Comité ad hoc de la Universidad de Harvard definió por primera vez los criterios de lo que ellos denominaron "coma irreversible" y acabó llamándose muerte cerebral o encefálica. Esto vino a coincidir con los primeros trasplantes de órganos, por lo que ha sido frecuente criticar la definición de muerte encefálica diciendo que sólo se puso a punto para facilitar la realización de trasplantes. Eso no sólo no fue así, sino que además es falso. De hecho, el criterio de muerte encefálica es más seguro que el de muerte cardiopulmonar.

A axiologia corrente valoriza a possibilidade de o sujeito determinar o seu momento de morrer. Que se passou para que as coisas tenham evoluído nesse sentido?

Por regla general, las personas tenemos gran apego a la vida y no queremos morir. Esto significa que estimamos la vida como un valor positivo y la muerte como valor negativo. Esa es la estimación axiológica normal. Hay veces, sin embargo, en que la vida puede llegar a convertirse en una carga tan pesada, que las personas empiecen a valorarla negativamente, como peor que la muerte. Esto ha sucedido siempre. En la cultura grecorromana antigua, el ideal de la vida era la consecución de la "felicidad" o "plenitud vital" (la "eudaimonía" de Aristóteles). Este era el deber del ser humano, y por tanto el



objetivo de la ética. Pero hay situaciones de tal deterioro, por ejemplo físico, que la consecución de ese ideal resulta ya imposible. Los filósofos antiguos, sobre todo los estoicos, consideraron que en esos casos el deber moral era no morir indignamente, y que como ya no era posible llevar una buena vida, lo correcto era buscar la buena muerte (eso significa "eutanasia"). Es claro que nuestra primera obligación moral es hacer que las personas no lleguen a situaciones que valoran como peores que la muerte. Para eso es necesario humanizar las situaciones, por ejemplo, de los enfermos críticos y terminales. Es lo que intentan llevar a cabo los llamados "cuidados paliativos". Uno de sus lemas fundamentales es que cuando una persona dice "quiero morir", lo que está diciendo es "quiero vivir de otra manera". Y nuestra primera obligación es ayudarle a que viva de otra manera, por ejemplo, sin dolor físico, si es que eso está en nuestras manos.

De que forma o pensamiento fenomenológico de Xavier Zubiri olha a evolução da liberdade para dispor do momento da morte?

Zubiri no trató directamente este tema, pero sí es posible hacer ciertas consideraciones a partir de su filosofía. En primer lugar, sobre la definición de muerte. Zubiri definió al ser humano como "animal de realidades", es decir, como la persona capaz de actualizar las cosas como reales. Para ello necesita una cierta capacidad intelectual, que por ejemplo no se da en los niños recién nacidos, ni tampoco en las demencias totales o en los estados vegetativos permanentes. Vida biológica no se identifica con vida humana. Puede haber vida vegetativa después de que haya desaparecido todo rastro de vida humana. Esto tiene consecuencias de todo tipo, porque nuestras obligaciones morales

no son iguales en ambos casos, por más que sigamos teniendo deberes morales para con las personas que se encuentran en estado vegetativo, o incluso en muerte encefálica. En medicina, la pérdida total de las funciones específicamente humanas permite retirar las llamadas medidas de soporte vital, dejando que sea la naturaleza la que ponga fin al proceso.

Distinta de la anterior es la cuestión de si el ser humano puede disponer el momento de su muerte. Zubiri no ha dejado nada escrito sobre este tema, y por tanto no podemos atribuirle nada que no dijo.

Jacques Derrida diz algures que "ninguém pode dar a morte a ninguém", nem o próprio sujeito pode dar-se a si mesmo a morte. Concorde com a afirmação? O que pode querer ela dizer?

A Jacques Derrida le gustan las paradojas y debe su fama, en buena medida, a ellas. Que las personas "pueden" dar muerte a otras, e incluso a sí mismas, es una constatación empírica cotidiana. En ese punto no puede haber debate. Lo que Derrida quiere decir es, supongo, que no "deben" dar muerte a nadie, ni tampoco a ellos mismos. Lo cual tampoco resulta verificado por la experiencia. ¿Es moralmente reprobable la conducta de quien da la vida por la religión, o por la patria, o por su familia, o por la ciencia, etc.? ¿Es la vida el único valor en juego, o el valor absoluto? ¿Hay otros valores, como los citados, la religión, la patria, la familia, la propia dignidad, etc., que pueden en circunstancias concretas resultar más importantes que la vida? Es difícil negarlo. Hacer de la vida un valor absoluto, de tal modo que cualquier otro tenga que ceder, en caso de conflicto, ante él, es poco razonable. Lo que sí debe quedar claro es que la pérdida de un valor tan importante como la vida es siempre grave, de tal modo que hemos de evitarla al máximo, porque cada vida que se pierde es un valor muy importante que se lesiona, y eso hemos de procurar evitarlo si nos resulta posible.

outros
valores

A sensibilidade para temer uma agonia dolorosa, a dor e o sofrimento tem um grande relevo na opinião de quem é a favor da despenalização da eutanásia. Que valor têm esses argumentos num discurso moral?

El dolor es el síntoma más frecuente en las enfermedades, y es también el que peor resistimos los seres humanos. El dolor nos cambia la valoración de las cosas, de tal manera que cuando es muy fuerte y continuado, podemos llegar a valorar nuestra vida como peor que la muerte. Por eso es muy importante dignificar la vida de las personas enfermas, en especial las que se encuentran en las fases finales de su vida. Es un hecho que la medicina no ha prestado suficiente

atención al tema del dolor. Sólo después de la Segunda Guerra Mundial empezaron a ponerse a punto las estrategias que hoy conocemos con los nombres de "Unidades del dolor" y "Unidades de cuidados paliativos". En la actualidad, la medicina tiene recursos para evitar que los pacientes no sufran nunca, y por tanto para dignificar las situaciones finales de la vida. La llamada "sedación paliativa" es el recurso final, cuando fracasan los otros procedimientos de controlar los síntomas del paciente, en especial el dolor. Consiste en disminuir la conciencia del paciente, con lo cual evitamos que sufra.

"sedación
paliativa"

¿Hay situaciones en las que las técnicas anteriores resultan insuficientes? Sí, hay algunas. El ejemplo paradigmático es el de las personas con secciones medulares completas a nivel cervical, o aquellas otras que padecen graves enfermedades neurodegenerativas. En estas el dolor físico no existe o es poco importante. Sí pueden tener un gran sufrimiento psíquico o espiritual. También este sufrimiento se puede disminuir o anular mejorando su estado de ánimo y sus condiciones de vida. Pero siempre habrá casos en los el sufrimiento continúe a pesar de nuestros esfuerzos. Son aquellos en los que puede tener algún sentido plantearse el tema del suicidio, el suicidio asistido o la eutanasia. Es difícil negar legitimidad a este tipo de demandas. Pero siempre habrá que verlas como lo que son, situaciones "excepcionales". Lo que no cabe es confundir la "excepción" con la "regla".

O mundo clássico greco-romano valorizava a liberdade para dispor dos momentos finais. Lembremos a morte de Sócrates ou de Sêneca. Quer comentar?

No estoy tan seguro de que la muerte de Sócrates o de Séneca sean consecuencia de su valoración de la libertad. De hecho, la idea de libertad, tal como la concebimos hoy, es completamente ajena al pensamiento griego, y muy en especial al de Sócrates y al del Estoicismo. Tanto Sócrates como Séneca tenían claro que su obligación moral era buscar en toda situación lo óptimo. El hecho de que se traduzca el término griego "eudaimonía" por "felicidad" hace que se pierda su verdadero sentido. "Eudaimonía" significa plenitud, de tal modo que cuando Aristóteles dice que el objetivo moral de la vida humana es la consecución de la "eudaimonía", lo que está afirmando es que todo ser humano tiene la obligación de buscar su propia plenitud, ejercitando sus dotes naturales de modo que den de sí todo lo que sea posible.

Eudaimon

El problema es que la propia naturaleza puede alterarse de tal modo y hasta tal punto, que el ideal de la "eudaimonía" ya no resulte posible. Esto sucede en las fases finales de la vida en el caso de muchas enfermedades, pero sucede también cuando la muerte está próxima porque un tribunal ha

sentenciado a una persona a muerte, como es el caso de Sócrates. Entonces caben dos posibilidades. Una es la muerte que podemos llamar "indigna", bien porque supone transgredir las leyes de la ciudad, como en el caso de Sócrates, o bien porque a uno le parece que su propio deterioro orgánico resulta incompatible con su sentido de la dignidad. La otra posibilidad es la "muerte digna", la "euthanasia" de los clásicos. No es un azar que este tipo de muerte se diera sobre todo entre filósofos. No todo el mundo tiene igual sensibilidad para el tema de la dignidad, ni todos consideran indignas las mismas cosas. La filosofía puede ayudar a bien vivir, y también a bien morir.

Muerte
indigna

Muerte
Digna
EUTHANASIA

O cristianismo mudou a mentalidade neste capítulo? Como vê o papel do cristianismo na mudança de atitude perante a morte?

Séneca acuñó la famosa sentencia "homo homini res sacra", el hombre es cosa sagrada para el hombre. Esto lo dijo un autor pagano, pero la religión cristiana lo asumió como propio y empezó a hablar de la "sanidad de la vida". Es preciso señalar que Séneca no habló de "santidad" de vida sino de "sacralidad" de la vida. La vida, en sí, no es santa, al menos en la teología cristiana. Por eso debería tenerse más cuidado en la utilización de esto que se ha convertido en un slogan. La vida es un valor, un valor muy importante, pero no es el único, y puede entrar en conflicto con otros valores. La obligación moral de los seres humanos es promover la realización de valores todo lo que podamos, o lesionarlos lo menos posible. Tenemos que promover la realización de todos los valores, no de uno solo. Tampoco es correcto pensar que realizando uno, el que consideramos más importante, nos justificamos moralmente, a pesar de que lesionemos otro u otros. Nuestra primera obligación moral es no lesionar valores y, si nos resulta posible, buscar la realización de todos los que estén en juego en cada situación concreta. No hay duda de que la vida es un valor muy importante, importantísimo. Pero ni es el único, ni tiene por qué salir siempre vencedor en caso de conflicto con otros valores. Cuando hay conflicto, hemos de buscar el curso de acción que lesione menos los valores en juego o que los promueva en mayor medida. Esto requiere llevar a cabo un complejo ejercicio de "deliberación", a fin de que la decisión que tomemos sea lo más "prudente" posible. Decisión prudente no es decisión cierta. Nos podemos equivocar. En cualquier caso, nuestra obligación moral no es no equivocarnos sino ser prudentes.

Deber
deliberar

Este modo de proceder es el propio de la ética. El adjetivo "cristiana" puesto detrás del sustantivo "ética" no puede cambiar la condición propia de ésta. El cristianismo es una religión, no una ética. No es que la religiosidad no tenga consecuencias morales. Pero una cosa es que tenga consecuencias

morales, y otra que confundamos religión con ética. Esta confusión, que ha sido tan frecuente a lo largo de la historia, es la causa de muchos de los males presentes. Cuando no se tiene claro lo que es la ética, existe mucho peligro de que acabe no teniéndose claro lo que es una religión. Hay defensas de la religión que se convierten en sus mayores ataques.

Em Portugal vamos ter uma iniciativa legislativa para despenalizar a eutanásia. É possível, do ponto de vista médico, determinar que comportamento vamos despenalizar? É fácil clarificar este assunto?

La eutanasia debe verse siempre como una "excepción", no como una "regla". La regla debe ser el dignificar todo lo que podamos las situaciones del final de la vida, con estrategias como las propias de los Cuidados paliativos o las Unidades del dolor. Debería legislarse antes eso que la eutanasia. Lo cual no quiere decir que no haya razones para despenalizar el llamado suicidio asistido en ciertos supuestos. Pero es necesario ir con mucho cuidado, porque, como decimos en España y no sé si también en Portugal, "no conviene poner el carro delante de los bueyes".

Do seu ponto de vista, existe o perigo de, ao despenalizar, deixar de proteger a vida das pessoas em fase terminal?

Creo haber contestado ya esta pregunta. Es preciso tener en cuenta que estas decisiones son "prudenciales", no "apodícticas", y que por tanto siempre cabe el error y la rectificación. Errar es humano, hemos de aceptarlo, y no es correcto que para evitar los posibles errores tomemos posiciones exclusivistas y excluyentes, o absolutistas, que ya son en sí mismas un error. Aquí conviene recordar que, como ya decían Aristóteles y la vieja escolástica, "de singularibus non est scientia", lo que traducido a nuestros idiomas significa que cuando se toman decisiones concretas, como son las morales, no hay posibilidad lógica de formular proposiciones apodícticas. A pesar de que esto lo tenía muy claro la lógica escolástica, la moral escolástica ha sido muy dada a formular preceptos absolutos y sin excepciones, bajo forma de preceptos de ley natural. Es inútil. La mente humana no tiene capacidad de formular leyes absolutas, en cuya aplicación concreta no sea necesario hacer y justificar excepciones. Los errores lógicos, tan frecuentes, acaban convirtiéndose en errores morales. Y estos hacen sufrir mucho a la gente.

Como vê a possibilidade da deliberação sobre as pessoas não autónomas em estado terminal?

La falta de autonomía se sufre en todas las etapas de la vida, no sólo en la terminal. La mayor parte de las personas adultas no son moralmente autónomas, por más que sí lo sean desde el punto de vista jurídico. Los estudios de Kohlberg son bien demostrativos de que más del 70% de las personas no abandonan nunca en su vida el "estadio convencional", completamente incompatible con la autonomía moral, por más que sean autónomos según el Derecho.

→ La función de la ética consiste, precisamente, en hacer que las personas pasen de la heteronomía moral a la autonomía. La primera ética que asumimos todos los seres humanos es heterónoma. Aprendemos lo que es lo bueno y lo malo obedeciendo a nuestros padres, a los maestros, etc. La madurez moral se adquiere cuando uno aprende a hacer las cosas porque considera que "debe" hacerlas, no porque así se lo haya mandado otro, incluida la propia Iglesia.

La autonomía moral exige la "deliberación" como procedimiento para la toma de decisiones prudentes. Esto es lo que tiene que promover el profesor en el alumno, el padre en su hijo, o el médico en el enfermo. Sólo así adquirirá la madurez, y con ello la autonomía moral. En las fases finales de la vida, hay veces que ya no puede llevarse a cabo ese proceso deliberativo con el paciente, debido a su deterioro cognitivo, su pérdida de conciencia, etc. La primera obligación del profesional sanitario es prever esas situaciones y deliberar con el paciente sobre lo que desearía que se hiciera cuando él ya no pueda decidir. Este es un proceso complejo, que pone a prueba la calidad de la relación clínica. El profesional no sólo necesita explorar los valores que tiene el paciente y que quiere que se respeten, sino que además debe deliberar con él sobre esos valores que están en juego, a fin de que el paciente los asuma de forma madura, evitando los muchos sesgos que nos afectan a todos los humanos en nuestras valoraciones espontáneas. Este es un capítulo muy importante de la relación clínica, poco y mal desarrollado.

O Senhor Professor conhece bem as correntes morais do Ocidente. Que sentido tem, do seu ponto de vista, a rígida proibição de qualquer ação que vise diretamente antecipar o momento da morte? Essa posição é tipicamente cristã ou terá outra proveniência?

Todos los seres humanos tenemos tendencia a formular prohibiciones rígidas. Esto no es exclusivo de la moral cristiana. A todos nos gustan las certezas y nos provocan angustia las situaciones de incertidumbre. Esto es normal. Pero constituye un sesgo muy grave, que los seres humanos tenemos obligación de controlar si queremos ser "prudentes" en nuestras decisiones. La ética es práctica, trata de tomar decisiones concretas, y en lógica es un principio elemental que las decisiones concretas nunca pueden ser absolutas, por la

Es la des
de
No 4L 3000

MADEIRA
No 1000

Aquino de
MADEIRA
No 1000

sencilla razón de que nunca podemos agotar el análisis de las circunstancias de cualquier situación. Si quisiéramos estar completamente seguros de que podemos adelantar a un camión cuando vamos conduciendo por una carretera, nunca podríamos adelantarlo. Las decisiones humanas se toman siempre con incertidumbre. Nuestra obligación no consiste en negar ésta, o en ignorarla, sino en ser consciente de ella, reduciendo la incertidumbre a límites razonables y tomando la decisión más prudente posible en el momento oportuno. Esto no puede hacerse sin un proceso educativo previo. La persona que ha aprendido a conducir puede gestionar la incertidumbre propia de la conducción sin angustia, y por tanto tomar decisiones prudentes. Lo mismo le pasa al juez cuando dicta una sentencia, o al médico cuando diagnostica y trata a un paciente. Un profesional es una persona que sabe gestionar la incertidumbre propia de su actividad sin angustia y tomar decisiones prudentes. El profesional puede equivocarse, pero no debe ser nunca imprudente. Pues bien, esto mismo hay que decirlo de la ética. El razonamiento moral no es distinto de estos otros tipos de razonamiento y toma de decisiones. El problema, el grave problema, es que no todos somos jueces, ni médicos, pero sí tomamos todas decisiones morales, lo cual nos lleva a pensar que todos estamos capacitados naturalmente para ello. Y por si este problema no fuera ya en sí grave, se añade otro, y es que hemos confundido con mucha frecuencia la formación en ética con la enseñanza de unos principios absolutos y sin excepciones, ignorando las más elementales reglas de la lógica. Y es que no está dicho que quienes enseñan ética, o teología moral, no estén ellos también llenos de angustia, lo que les lleva a enseñar una ética falsa, plagada de errores. La educación en ética ha sido tradicionalmente y sigue siendo hoy un auténtico desastre.

A tradição hipocrática vê a medicina como restituição da saúde. É possível incluir na arte médica o serviço à boa morte?

La tradición hipocrática fue muy compleja, con varias escuelas distintas, pero no puede decirse que su objetivo único o primario fuera la restitución de la salud. Por ejemplo, el criterio ético que aparece por dos veces en el texto hipocrático más conocido, el "Juramento", es el del "bien o el beneficio del enfermo". Es más, en la tradición hipocrática se distinguían dos tipos de enfermedades, las debidas necesariamente a la naturaleza ("kath' anánken"), y las enfermedades azarosas ("katà tyche"). Ante las primeras, los médicos no actuaban, porque hacerlo supondría ir en contra de los designios superiores de la naturaleza. No es hipocrática, a pesar de lo que tantas veces se dice, la idea de que el médico tiene que hacer todo lo que le resulte posible para prolongar la vida y la salud. En la literatura bioética actual es frecuente apelar a los hipocráticos y a

Aristóteles para defender la tesis de que cada actividad humana viene definida por un "bien interno" propio, y que el de la medicina es la promoción de la salud y de la vida. Esto procede de una lectura muy sesgada de algunos textos aristotélicos. Más que de bienes, yo hablaría en ese caso de valores. No hay duda de que la salud y la vida son valores, y valores muy importantes, que el profesional sanitario debe, en principio, promover y proteger. Pero los valores no se identifican sin más con los deberes. Sobre todo, porque en cualquier situación concreta intervienen varios valores, y el deber no es optar por uno de ellos en detrimento de los demás, sino ver cómo salvamos todos o los lesionamos lo menos posible. Sólo entonces cabe hablar de "bien" (El bien es siempre el resultado de nuestra gestión correcta de los valores. Las profesiones no tienen bienes, sino valores. Los bienes son el resultado de nuestra gestión de los valores, y por tanto no los tienen más que los seres humanos. Es a partir de esto como puede y debe entenderse la expresión "buena muerte").

Que futuro vê para a nossa convivência democrática, se viermos a aprovar a despenalização da eutanásia?

A mí no me preocupan excesivamente las leyes de eutanasia. El problema no está tanto en las leyes cuanto en la educación moral de la sociedad. En un mundo de sujetos heterónomos, las leyes de eutanasia pueden ser muy perjudiciales, pero también lo son las contrarias. Y en un mundo de sujetos autónomos, las leyes de eutanasia no tienen por qué causar muchos problemas, si son prudentes y contienen ciertas garantías que eviten la coacción, la manipulación, etc.

Tampoco veo que las leyes de eutanasia vayan a empeorar la calidad de nuestras democracias. Por las razones que ya he expuesto, opino que nuestras democracias son de una ínfima calidad, debido no sólo a que la inmensa mayoría de las personas se comporta heterónomamente, sino a que las propias instituciones públicas y privadas hacen todo lo que pueden por fomentar la heteronomía. Siempre es más fácil gobernar o vender productos a sujetos dóciles que a personas autónomas y responsables. En la verdadera educación moral no está interesado prácticamente nadie, y los que dicen tener interés en ello no parece que sepan cómo debe educarse en esta materia. En España la enseñanza de la ética está a punto de desaparecer de los planes de estudio de la enseñanza secundaria y el bachillerato. Por cierto, que la Iglesia católica tampoco parece estar interesada en ello. Lo que quiere es que se enseñe religión, que probablemente confunde con la ética. Es un auténtico drama.

O **Testamento Vital (TV)** é uma das formas usadas por “...uma Pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou imobilizada por anomalia psíquica...” (1) para, no âmbito das DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV) “...manifestar antecipadamente a sua vontade, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente...” (2).

Desse Documento (TV, no âmbito das DAV) podem constar “...as disposições que expressem a vontade clara e inequívoca do Outorgante, nomeadamente:

- a) Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais;
- b) Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado... nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de Vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de Morte;
- c) Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada;
- d) Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental;
- e) Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos...” (3).

Há, por outro lado, “Requisitos de Capacidade” exigidos ao Outorgante como o da maioridade, o do consentimento consciente, livre e esclarecido, e o de não se encontrar interdito ou inábil por anomalia psíquica, como já atrás referido.

Esta LEI nº 25/2012 estabelece, também, “limites das DAV” como sejam as disposições consideradas “...contrárias à lei, à ordem pública ou determinam uma atuação contrária às boas práticas...” (4), ou as que possam “...provocar deliberadamente a Morte não natural e evitável...” (5).

Perguntar-se-á, então, se após a assinatura dessa DAV o Outorgante não mais poderá alterá-la? Pode, pois “...o DAV é eficaz por um período de cinco anos a contar da sua assinatura...” (6) sendo esse “...prazo...sucessivamente renovável mediante declaração de confirmação do disposto no Documento de DAV...” (7). Além disso, “...os serviços do RENTEV (Registo Nacional do Testamento Vital) devem informar por escrito o Outorgante...e, caso exista, o Procurador da data de caducidade do Documento, até 60 dias antes de concluído o prazo...” (8).

A LEI nº 25/2012 prevê, então, a possibilidade do Outorgante “...nomear um Procurador de Cuidados de Saúde atribuindo-lhe poderes representativos para decidir sobre os cuidados de saúde a receber, ou a não receber, pelo Outorgante quando este se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente...” (9).

Trata-se duma grande responsabilidade assumida por quem aceita essa nomeação do Outorgante pois as suas “...decisões... dentro dos limites dos poderes representativos que lhe competem, devem ser respeitados pelos profissionais que prestem cuidados de saúde ao Outorgante...” (10). Conforme estipula o Artº 14º (Extinção da Procuração) a Procuração pode ser revogada quer por iniciativa do Outorgante (nº 1 do Artº 14º) quer por renúncia do Procurador (nº 2 do Artº 14º) (11).

Quanto ao RENTEV a Portaria nº 96/2014, de 5/Maio, “...regulamenta a organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital...” (12) através do seu articulado: registo no RENTEV, validação de Dados, conclusão do processo de Registo, consulta do RENTEV, alterações ao Registo, validade e caducidade do Registo, funcionamento do RENTEV e tratamento de Dados Pessoais. O “Modelo de DAV” foi aprovado, por outro lado, através da Portaria nº 104/2014, de 15/Maio, estando em vigor desde 1 de Julho de 2014.

A Direção-Geral de Saúde (DGS) fez publicar a Circular INFORMATIVA nº 05/2014 através da qual se pretende habilitar tanto os eventuais interessados, como os próprios Serviços do Ministério da Saúde, em tudo o que se relacione com o RENTEV colocando-se “...naturalmente, à disposição para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos através do e-mail: rentev@spms.min-saude.pt ...” (13).

FERNANDO CATROGA, Historiador, afirmou: “...*Morre-se sempre “de” e esquece-se de que, afinal, a causa (das causas) da Morte é o incessante morrer da Vida...*” (14). Tal como na VIDA, que se pretende virtuosa, com dignidade, com o respeito devido aos Familiares, aos Outros (em suma, à Sociedade) também na MORTE se reivindica a dignidade e o respeito de quem nos conheceu e connosco partilhou os bons e os maus momentos.

“...*A Morte deve também, tal como a Vida, merecer o respeito e a esta atitude deverá então chamar-se a MORTE em DIGNIDADE...*” (15).

Impõe-se, portanto, que a Sociedade promova e crie os mecanismos legais/normativos de forma a que seja possível, em final de Vida, “montar” uma logística que preserve, no Doente, um conjunto de valores que realcem, com verdade, aquele Ser Humano que muitos conheceram com inteligência, com capacidade de trabalho, com responsabilidades familiares e cuja memória deve ser preservada. A decadência física sem retorno, sem consciência, sem interação com o Outro, com os demais, pode (e deve) evitar-se de acordo com regras bem cimentadas no Conhecimento e no respeito pela Vida Humana.

Mas quem deve, então, intervir?

O Doente tem esse PAPEL quando, em plena capacidade de decidir o faz antecipadamente sobre “...*os cuidados que deseja receber (ou não) quando, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente...*” (16).

Segundo o Médico RUI NUNES “...*o Testamento Vital é uma evolução civilizacional...porque afirma inequivocamente o princípio da liberdade ética da pessoa humana e o seu direito inalienável à autodeterminação...*” (17) considerando-o, até, “...*um instrumento verdadeiramente útil e eficaz no apoio à decisão clínica na terminalidade da Vida, isto é, no “advance care planning”(planeamento assistencial no momento da Morte)...*” (18).

Também a Jurista **STELA BARBAS**, ao abordar a “Autonomia PESSOAL”, entende que, atualmente, se evolui da Autonomia da Vontade para a Autonomia Privada consubstanciada, segundo a Autora, em preceitos jurídicos tão diversos como: “...a Constituição da República Portuguesa, o Código Civil, o Código Penal ou, ainda, a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia ou a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina...” (19).

Outras opiniões, como a do Médico **ROBERTO LUIZ D’ ÁVILA**, salientam que “...a introdução dos cuidados paliativos para Pacientes em fase terminal de doenças crónico-degenerativas foi um avanço contra a obstinação terapêutica com o uso de recursos desproporcionais...garantindo uma Morte com Dignidade...” (20).

Para tal, digo eu, é necessário que no programa de Licenciatura em Medicina (e doutras Licenciaturas na área da Saúde) se reforcem os preceitos éticos da Vida em Sociedade aplicados à Pessoa Doente apesar de já equacionados num ambiente familiar adequado que constitui, sem dúvida, a célula-base duma Sociedade Justa e Solidária. Como afirmou “...o...Médico Catalão do século XIX JOSE LETAMENDI: Aquele que só Medicina sabe, nem Medicina sabe...”(citação de **ROBERTO LUIZ D’ ÁVILA**) ...” (21).

Há que compreender que o sucesso do (atual) desenvolvimento tecnológico ao serviço da saúde dos Cidadãos pode ter uma outra leitura que é “...a utilização desproporcionada de meios de tratamento em Doentes terminais, ou seja, aquilo que se designa por obstinação terapêutica ou Distanásia...” (22).

Aqui chegados há que “...saber se o Doente deve, ou não, poder ser livre para se autodeterminar e fazer escolhas livres, informadas e esclarecidas, nomeadamente quando se trata de Doentes terminais...” (23). “...Há, portanto, que avaliar as atitudes terapêuticas a tomar de forma a evitar o sofrimento do Doente mas também a respeitar a dignificação da Morte...” (24).

Afirmar, em 2008, que “...é clara a necessidade dum conjunto normativo que enquadre a Profissão Médica de forma a que, quer no âmbito do Serviço Nacional de Saúde quer no âmbito da Clínica Privada, os Médicos se sintam com apoio Ético por parte da organização a que pertencem: a Ordem dos MÉDICOS...” (25).

Nos tempos que correm “...a nova Ética Médica deve ter em consideração a aplicação da doutrina do Consentimento esclarecido...” (26) e, por outro lado, que “...o paternalismo médico assente em considerações de Beneficência abre espaço a uma nova relação Médico-Doente implicando, no exercício da medicina, responsabilidades particulares nomeadamente em situações-limite tais como a doença terminal ou o Estado Vegetativo Persistente. O Testamento Vital...não produz efeitos no imediato mas antes no futuro..., isto é, de um modo prospetivo...” (27).

O conceito de Testamento Vital pode ser encarado, também, como possuidor de “...qualidades como: **a)** contribuição para o “empowerment” (capacitação) dos Doentes, reforçando o exercício do seu legítimo direito à autodeterminação em matéria de Cuidados de Saúde... e **b)** facilitação do “advance care planning” (ou seja, do planeamento assistencial no momento da Morte)...” (28).

RUI NUNES considera o Testamento Vital como uma forma de “...cidadania exercida com um profundo sentido da Ética de Responsabilidade...” (29) mas realça a importância “...da generalização dos Cuidados Paliativos, do combate contra a Dor crónica, do combate à Solidão e à exclusão Social e Familiar, do apoio Espiritual e da Humanização dos Serviços de Saúde como fatores igualmente relevantes para uma adequada prestação de cuidados aos Doentes terminais ou a outros Doentes com doenças crónicas incapacitantes que, por alguma razão, não estão em condições de se exprimir...” (30).

Não é esta, no entanto, a opinião do Médico DANIEL SERRÃO ao considerar que “... os Médicos já sabem, hoje, reconhecer os limites do espaço terapêutico...” pelo que “...dão aos Doentes terminais o cuidado paliativo adequado a cada situação...” . Mais afirma que “...as Unidades de Cuidados Intensivos praticam um intensivismo útil, racionalmente avaliado e eticamente ponderado...” (31) e, consequentemente, entende que “...o progresso da Ciência clínica tornou-o (o Testamento Vital) obsoleto, inútil e potencialmente perigoso para os Doentes...” (32).

M^a CÉU PATRÃO NEVES, Filósofa, considera que “...o **Testamento Vital** amplia o princípio da Autonomia e reforça o princípio da Beneficência...” mas que “...pode ser utilizado por médicos e/ou familiares para negligenciar os cuidados devidos, pode “funcionalizar” o médico convertendo-o num mero técnico ou burocrata que cumpre as ações solicitadas...” assim como a sua aplicação pode colocar dificuldades relacionadas com “...condições de validade da sua elaboração, atualização da tomada de decisão, extensão da sua aplicação, nível de exigência...” (33) entre outras.

WALTER OSSWALD, Médico, escreve que a legislação aprovada em 2012 (LEI nº 25/2012) “...representa...um possível compromisso legislativo...” e que “...além de medidas prudenciais respeitantes ao conteúdo e forma do **Testamento Vital** e à capacidade de quem outorga tal documento, a lei prevê uma validade de 5 anos, renováveis por expressa declaração do seu Autor. Também instituiu a figura do Procurador que representará o indivíduo quando este se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal...” (34). Mas adianta que lhe “...parece fundamental a natureza indicativa do...documento...ficando-se a conhecer melhor as escolhas e opções filosóficas e/ou religiosas do Declarante e o médico tê-las-á em conta no seu agir...” (35).

M^a FILOMENA MÓNICA, Filósofa e Socióloga, assume preocupação com o final da sua própria Vida e relatou: “...embora consciente de que o documento não tinha base legal, a 23 de Março de 2005, redigi um “**Testamento Vital**”. Eis, *ipsis verbis*, o que escrevi: “Se ficar paralisada totalmente, se ocorrer uma situação em que os médicos só me possam manter viva através de alimentação por via gastro-nasal ou do estômago, se sofrer de uma doença incurável e estiver em sofrimento, se a minha Vida se tornar vegetativa, isto é, sem possibilidade de voltar a recuperar o meu estatuto de Ser Humano, racional e detentor de memória, não quero que a prolonguem...” (36). E termina com uma citação:

“...Como **MONTAIGNE** afirmou: com o tempo o dilema Vida versus Morte vai-se transformando num outro (dilema) Velhice versus Morte...” (37).

-- Comentários FINAIS

1/ O que foi dito até agora pressupõe uma preocupação de RESPEITO pelo Ser Humano esteja em que *estadio* estiver: com ou sem capacidade, com ou sem consciência;

2/ Aos conceitos ÉTICOS de Beneficência, de não-Maleficência, de Justiça e de Autonomia devemos acrescentar, no contexto do fim de Vida, o de Vulnerabilidade e o de Solidariedade para com o Outro;

3/ O "Guia sobre o processo de decisão relativo a tratamentos médicos em situações de fim de vida", elaborado pela Comissão de Bioética (DH-BIO) do Conselho da EUROPA, realça que "...o processo de decisão...no fim de Vida é um procedimento de qualidade..." para "...garantir o respeito pelos Doentes que possam estar sob especial Vulnerabilidade..." que necessita de "...informação aos utentes..., formação de profissionais de saúde..." e também "...de estudos específicos...sobre os processos de decisão..." para "...fomentar estratégias interdisciplinares associando ciências humanas e medicina." (38);

4/ A Sociedade, ao aplicar estes conceitos no processo de decisão, liberta a *Ética* dos livros de retórica e aplica-a num quotidiano em que *cada Um está com o Outro*.

Disse.

A. Ramon de La Feria

Referências Bibliográficas

- *1,2 LEI nº 25/2012, de 16/Julho, Artº 2º nº 1 (D.R. Iª Série, nº 136)**
- *3 idem *1,2 Artº 2º nº 2**
- *4,5 idem *1,2 Artºs 4º e 5º**
- *6,7 idem *1,2 Artº 7º nºs 1 e 2**
- *8 idem *1,2 Artº 7º nº 4**
- *9 idem *1,2 Artº 11º nº 1**
- *10 idem *1,2 Artº 13º nº 1**
- *11 idem *1,2 Artº 14º nºs 1 e 2**
- *12 Portaria nº 96/2014, de 5/Maio, Artº 1º nº 1**
- *13 Circular INFORMATIVA nº 05/2014, Direção-Geral de Saúde, 24/Junho/2014**
- *14 FERNANDO CATROGA, “Recordar e Comemorar – A raiz tanatológica dos ritos comemorativos”, Mestrado em Bioética, LISBOA, 1999: p 2 (citado por A.RAMON DE LA FERIA, “BIOÉTICA – Reflexões a propósito”, Edições COSMOS, 2005: p 137)**
- *15 A.RAMON DE LA FERIA, “BIOÉTICA – Reflexões a propósito”, Edições COSMOS, 2005: p 139**
- *16 idem *2**
- *17,18 RUI NUNES, “Discurso de ABERTURA”, 11º Congresso Nacional de Bioética/3º Forum Luso-Brasileiro de Bioética, PORTO, Setº/2010**
- *19 STELA BARBAS, “A Autonomia Pessoal na perspectiva Jurídica”, 11º Congresso Nacional de Bioética/3º Forum Luso-Brasileiro de Bioética, PORTO, Setº/2010**

***20,21 ROBERTO LUIZ D' ÁVILA, "Desafios Éticos para a Medicina no século XXI", 11º Congresso Nacional de Bioética/3º Forum Luso-Brasileiro de Bioética, PORTO, Setº/2010**

***22,23 RUI NUNES, "Testamento Vital", 11º Congresso Nacional de Bioética/3º Forum Luso-Brasileiro de Bioética, PORTO, Setº/2010**

***24 A.RAMON DE LA FERIA, "A Bioética e o dia-a-dia dos Médicos", participação em Mesa-Redonda sobre "Código Deontológico dos Médicos", Auditório da Secção Regional do SUL da Ordem dos Médicos, 3/Julho/2008: p 1 (citação de CARLOS NEVES, "BIOÉTICA-Temas elementares", Edições Fim de Século, 2001: p 14)**

***25 A.RAMON DE LA FERIA, "A Bioética e o dia-a-dia dos Médicos", participação em Mesa-Redonda sobre "Código Deontológico dos Médicos", Auditório da Secção Regional do SUL da Ordem dos Médicos, 3/Julho/2008: p 2**

***26,27,28,29,30 idem * 22**

***31,32 DANIEL SERRÃO, "Testamento Vital – o que é?"**

***33 Mª CÉU PATRÃO NEVES, "Diretivas Antecipadas de Vontade: são elas a solução para os problemas do final de Vida? Testamento Vital", Univ. AÇORES**

***34,35 WALTER OSSWALD, "Sobre a Morte e o Morrer", Fundação Francisco Manuel dos Santos (ENSAIOS da Fundação/nº 35), Maio/2013: p 47**

***36 Mª FILOMENA MÓNICA, "A Morte", Fundação Francisco Manuel dos Santos (ENSAIOS da Fundação/nº 18), Julho/2011: p 44**

***37 Mª FILOMENA MÓNICA, "A Morte", Fundação Francisco Manuel dos Santos (ENSAIOS da Fundação/nº 18), Julho/2011: p 80**

***38 Comissão de Bioética (DH-BIO) do Conselho da EUROPA, "Guia sobre o processo de decisão relativo a tratamentos médicos em situações de fim de vida", 2013: p 30**

BIBLIOGRAFIA consultada

- 1/A.RAMON DE LA FERIA, "*BIOÉTICA – Reflexões a propósito*", Edições COSMOS, 2005
- 2/A.RAMON DE LA FERIA, "*A Bioética e o dia-a-dia dos Médicos*", participação em Mesa-Redonda sobre "Código Deontológico dos Médicos", Auditório da Secção Regional do SUL da Ordem dos Médicos, 3/Julho/2008
- 3/Circular INFORMATIVA nº 05/2014, Direção-Geral de Saúde
- 4/Comissão de Bioética (DH-BIO) do Conselho da EUROPA, "*Guia sobre o processo de decisão relativo a tratamentos médicos em situações de fim de vida*", 2013
- 5/DANIEL SERRÃO, "*Testamento Vital – o que é?*"
- 6/FERNANDO CATROGA, "*Recordar e Comemorar – A raiz tanatológica dos ritos comemorativos*", Mestrado em Bioética, LISBOA, 1999
- 7/LEI nº 25/2012, de 16/Julho
- 8/M^ª CÉU PATRÃO NEVES, "*Diretivas Antecipadas de Vontade: são elas a solução para os problemas do final de Vida? Testamento Vital*", Univ. AÇORES
- 9/M^ª FILOMENA MÓNICA, "*A Morte*", Fundação Francisco Manuel dos Santos (ENSAIOS da Fundação/nº 18), Julho/2011
- 10/Portaria nº 96/2014, de 5/Maio
- 11/ROBERTO LUIZ D' ÁVILA, "*Desafios Éticos para a Medicina no século XXI*", 11º Congresso Nacional de Bioética/3º Forum Luso-Brasileiro de Bioética, PORTO, Setº/2010
- 12/RUI NUNES, "*Discurso de ABERTURA*", 11º Congresso Nacional de Bioética/3º Forum Luso-Brasileiro de Bioética, PORTO, Setº/2010
- 13/RUI NUNES, "*Testamento Vital*", 11º Congresso Nacional de Bioética/3º Forum Luso-Brasileiro de Bioética, PORTO, Setº/2010

14/STELA BARBAS, "*A Autonomia Pessoal na perspectiva Jurídica*", 11º Congresso Nacional de Bioética/3º Forum Luso-Brasileiro de Bioética, PORTO, Setº/2010

15/WALTER OSSWALD, "*Sobre a Morte e o Morrer*", Fundação Francisco Manuel dos Santos (ENSAIOS da Fundação/nº 35), Maio/2013