

## Índice

Os especialistas em cuidados paliativos não apoiam a eutanásia .....	1
A American Medical Association não apoia o suicídio assistido.....	3

### Os especialistas em cuidados paliativos não apoiam a eutanásia

Converter a eutanásia e o suicídio medicamente assistido num direito, choca com o que pedem os que têm a experiência diária do atendimento a doentes terminais, para os quais o que se tem de fazer é generalizar os cuidados paliativos. Resumimos as tomadas de posição de organizações e especialistas de vários países, aos quais se juntou a American Medical Association.

Com a eutanásia acontece algo curioso. Os políticos que defendem a sua legalização apresentam-na como a resposta a um pedido da sociedade para garantir uma “morte digna” que atualmente não estaria assegurada. Pelo contrário, os especialistas em cuidados paliativos, aqueles que têm a experiência diária do atendimento dos doentes terminais, são os mais relutantes a este tipo de atuação; para eles, o que se tem de fazer é formar os médicos em cuidados paliativos e dedicar recursos a este setor, porque quando um doente é bem cuidado, não pede a eutanásia.

As solicitações para legalizar a eutanásia alegam, antes de tudo, a necessidade de evitar sofrimentos intoleráveis no final da vida. Por seu lado, os especialistas em cuidados paliativos asseguram que hoje é possível aliviar a maior parte dos sofrimentos e, se necessário, sedar o doente terminal, como já permitem as leis atuais. Então, por que será que nas sondagens se manifestam tantos a favor da eutanásia, quando na realidade tão poucos doentes a pedem?

A isto respondeu [Anne de la Tour](#) (“La eutanasia y la manzana de Blancanieves”, “Aceprensa”, 12.3.2018), presidente da Société Française d’Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), em resposta a 156 deputados franceses que tinham pedido que fosse legalizada “uma ajuda ativa para morrer”. De acordo com a sua experiência, nessa situação os doentes sentem-se divididos, vulneráveis. Por vezes desejam a morte, depois dizem o contrário.

Para a grande maioria, diz De la Tour, despenalizar a eutanásia “não constituiria mais um direito, mas mais alguns conflitos internos, tensões familiares, sentimentos de culpa, de desconforto e de angústia”.

“Seria uma lei escrita para osãos, para apaziguar o seu medo de um sofrimento longínquo e potencial, quando os que se encontram na situação real e imediata aquilo que reclamam é que se cumpra a promessa de aliviar o sofrimento, de um final de vida que continua a ser vida até ao fim e de uma morte humana que nunca lhes retire a sua dignidade”.

“Despenalizar a eutanásia obrigaria cada doente, cada família, a tê-la em consideração”. Implicaria “perturbar o contrato de confiança entre o cuidador e o doente, e transgredir o código de deontologia médica: matar a pessoa que sofre, mesmo que se faça com a maior compaixão, não é um cuidado”.

### Os cuidados paliativos são outra coisa

A ideia de que a eutanásia e o suicídio medicamente assistido fazem parte dos cuidados paliativos foi rejeitada igualmente pela International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC), a principal organização do setor.

Numa [declaração](#) publicada no ano passado (“Cuidar hasta el final”, “Aceprensa”, 7.6.2017), a IAHPC analisa as razões que costumam motivar os pedidos de eutanásia por parte dos doentes: desde o sofrimento físico provocado por uma doença atual, até à angústia antecipada por “ideias erradas” ou “imagens aterradoras” acerca da evolução da doença, passando pelo medo da perda de controlo, que costuma estar relacionado com o temor de ser uma “carga” para os familiares.

Cada uma destas situações requer uma resposta concreta, com “estratégias médicas e não médicas”. A primeira coisa a fazer é a escuta atenta para compreender o que há por detrás dessas solicitações: “Na discussão destes desejos com os doentes, torna-se evidente que raras vezes este desejo é um pedido para ser levado a cabo. Os profissionais de saúde devem reconhecer estes desejos e pedidos, e interpretá-los como o ponto de partida do atendimento integral, com um controlo adequado dos sintomas para aliviar o sofrimento, o atendimento psicossocial e espiritual adequado, e a comunicação exaustiva para entender melhor as motivações e atitudes subjacentes do doente”.

Em relação aos doentes, o objetivo do atendimento paliativo é ajudá-los “a viver com dignidade até à sua morte”. O que inclui, além do alívio da dor, o controlo dos sintomas e o bem-estar psicológico e espiritual, mas em nenhum caso a eutanásia e o suicídio assistido, por muito que alguns setores queiram fazê-los passar por “morte digna”.

A Associação considera que a eutanásia e o suicídio assistido vulnerabilizam a ética médica, minam a relação de confiança entre médico e doente e, em qualquer caso, não se devem integrar na prática dos cuidados paliativos.

### Mais médicos com formação

A Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) pensa igualmente que o atendimento médico no final da vida não tem nada a ver com a eutanásia. Como neste tema existe muita confusão terminológica, a SECPAL e a Organización Médica Colegial elaboraram uma declaração sobre o “[Atendimento médico no final da vida](#)” (“Para entendernos sobre la atención al final de la vida”, “Aceprensa”, 4.11.2015) que precisa os conceitos (morrer com dignidade, cuidados paliativos, obstinação terapêutica, sedação, eutanásia...).

Álvaro Gándara, que foi presidente da SECPAL, criticava numa [entrevista](#) em 2015 (“Si no garantizamos una muerte sin

sufrimiento, habrá peticiones de eutanasia”, Luis Luque, “Aceprensa”, 29.10.2015), a associação entre “morte digna” e eutanásia. Na sua opinião, “não se deveria falar de ‘morte digna’: a dignidade é uma qualidade inerente ao ser humano, e no momento da morte cessa essa dignidade, logo assenta no contrassenso. Poderia chamar-se ‘boa morte’, ‘boa qualidade de morte’, e nada mais”.

O importante para melhorar os cuidados paliativos é que os médicos tenham mais formação nesta matéria. “Temos este assunto pendente: que todas as faculdades de Medicina, como acontece no Reino Unido, na Austrália e no Canadá, transmitam os cuidados paliativos como matéria obrigatória e fundamental”, e que se reconheça uma especialidade neste campo.

O esforço dos políticos, segundo Gándara, deve orientar-se para assegurar os recursos necessários de modo a que todos os doentes possam receber cuidados paliativos, algo que ainda não foi conseguido por completo. Afirma: “O problema é que os partidos políticos continuam a jogar com a ‘morte digna’ e com os conceitos errados”.

### Pode-se morrer bem

Para saber o que significa uma boa morte nada melhor do que examinar a experiência dos centros médicos especializados em cuidados paliativos, como o Hospital Laguna de Madrid. O seu diretor-geral, Eduardo Hernández de Armijo, advertia [numa entrevista](#) (“Morir con dignidad no es darse muerte”, Luis Luque, “Aceprensa”, 5.11.2014), para a corrupção da linguagem que muitas vezes acontece a propósito do tema da “morte digna”: “A dignidade é inerente à pessoa. Não à que é útil ou produtiva, mas à pessoa simplesmente. E um dos seus direitos fundamentais é o direito à vida, um direito digno de ser protegido. Portanto, quem diz: ‘Vou ajudar uma pessoa no seu suicídio, pela sua dignidade’, teria de dizer melhor: ‘pela sua indignidade, pois não a considero digna de viver’. A dignidade já não é associada à pessoa, mas à crença particular de que um ser humano que não se pode mover, ou que está a sofrer, ou que não produz, ou que constitui uma carga para outros, passa a ser indigno. Logo sinto-me no direito de poder eliminá-lo.”

A sua experiência no atendimento a doentes terminais e às suas famílias permite-lhe garantir: “A medicina avançou muito em todos os terrenos, e hoje uma pessoa pode viver o que lhe resta de vida com dignidade, sem dores, acompanhada, e também a família pode receber assistência psicológica, espiritual. Existem todos os apoios necessários para poder desfrutar dessa vida, desses últimos dias, semanas ou meses. Há pessoas que antes de entrarem neste hospital, mal assessoradas, teriam querido dar a sua vida por terminada.”

## Os deficientes querem viver

Muitas vezes apresenta-se a eutanásia e o suicídio assistido como medidas de compaixão para responder às solicitações de pessoas com grave deficiência. Em Espanha, o caso emblemático foi o do tetraplégico Ramón Sampedro, que não era um doente terminal. Todavia, a realidade é que nenhum grupo de pessoas deficientes apoia o suicídio assistido. Já aquando do suicídio de Sampedro, as organizações de grandes deficientes espanhóis publicaram um [comunicado](#) ("Los tetraplégicos españoles desean vivir con dignidad", "Aceprensa", 21.1.1998), no qual esclareciam que "a grande maioria dos deficientes não só não as partilham [as opiniões de Sampedro], como mostram uma atitude totalmente contrária ao seu pensamento", que é "a favor da vida e da normalização sociofamiliar do nosso coletivo". O que pedem é ajuda para viver, não para morrer.

No mesmo sentido se manifestou Juliet Marlow, representante da Not Dead Yet UK ("Ningún grupo de personas con discapacidad apoya el suicidio asistido", Luis Luque, "Aceprensa", 2.2.2018), organização britânica que coordena os esforços dos deficientes do seu país contra as tentativas de legalizar a eutanásia ou o suicídio assistido. Marlow advertia que o público deveria ter em conta que "nenhum grupo dirigido por pessoas com deficiência apoia os pedidos para legalizar o suicídio assistido".

E pedia aos políticos que, antes de legislarem sobre a eutanásia, falassem com os deficientes, pois são as pessoas a quem a lei mais pode afetar. Além disso, no caso de ser legalizada, "também estarão a enviar a mensagem, a todos os seus compatriotas deficientes, de que as suas vidas são de algum modo menos valiosas e de que não merecem proteção por lei. É um passo muito perigoso, e qualquer sociedade civilizada deve evitá-lo."

## A American Medical Association não apoia o suicídio assistido

A American Medical Association (AMA) decidiu não modificar o Código de Ética Médica para aceitar o suicídio medicamente assistido. Esta prática foi legalizada em vários estados, e tinha sido pedido à AMA para que a aceitasse ou pelo menos adotasse uma posição neutra

A [tomada de posição do Council on Ethical and Judicial Affairs](#) (CEJA, "Report 5-A-18") da Associação não se debruça sobre os argumentos éticos dos defensores e dos opositores do suicídio medicamente assistido (SMA), o que já havia exami-

nado e sido objeto da sua comunicação em 1991, e que substancialmente não se alteraram. Aquilo que tem em consideração são as implicações da legalização do SMA em diversos estados norte-americanos.

O tom do relatório é sereno e respeitador das diferentes tomadas de posição, mas ao mesmo tempo clarificador em diversos aspetos.

### Ser-se claro com a terminologia

O CEJA adverte que a terminologia é importante neste debate. Enquanto que os defensores do SMA falam de "morrer com dignidade" ou de "ajuda para morrer", os adversários pensam que estes são eufemismos a tentar encobrir ou medicalizar um ato eticamente inaceitável.

O CEJA inclina-se para utilizar o termo *physician assisted suicide*, que "descreve a prática com a maior precisão" e a distingue da eutanásia. Pelo contrário, os termos "ajuda para morrer" ou "morrer com dignidade" podem servir também para descrever a eutanásia ou os cuidados paliativos no final da vida, "pelo que este grau de ambiguidade é inaceitável para proporcionar uma orientação ética".

### Terreno comum e divergências

Acima das divergências, o CEJA deteta que existe uma visão partilhada sobre o que importa no final da vida: "Uma visão que se caracteriza pela esperança de que a morte preserve a dignidade, um sentido da sacralidade da assistência ao doente no final da vida, o reconhecimento do alívio do sofrimento como um objetivo importante da medicina, e a participação plenamente voluntária do doente e do médico nas decisões sobre como enfrentar o final da vida".

As diferenças aparecem nas decisões e ações concretas que derivam destes princípios. "Para um doente, morrer 'com dignidade' pode significar aceitar o final da vida tal como vier com tanta dignidade quanto se puder; para outro, pode significar ser capaz de exercer um controlo sobre as circunstâncias nas quais ocorre a morte. Para alguns médicos, a sacralidade da assistência ao doente terminal e o dever de não abandonar o doente exclui a possibilidade de acelerar a sua morte. Para outros, não prescrever um fármaco letal em resposta à sincera solicitação de um doente viola esse mesmo compromisso e esse dever".

Perante estas divergências, algumas organizações médicas adotaram uma posição de "deliberada neutralidade". Mas esta posição, afirma o Comité, pode ser um modo de ignorar o debate, ou pode ser entendida como "aquiescência com a prática questionada".

O Comitê pensa que os médicos devem ser capazes de explicar os valores e princípios que justificam as suas ações neste tema. Enquanto que os defensores e os oponentes do SMA concordam no seu compromisso com a compaixão e o respeito pela dignidade humana, chegam a diferentes conclusões morais a partir deste princípio.

### **Consequências não procuradas**

O CEJA constata que, apesar dos limites colocados ao suicídio assistido, os adversários afirmaram que a sua prática se alargaria para lá das fronteiras legais, desde os doentes terminais com sofrimento físico aos doentes com transtornos psíquicos ou sem vontade de viver; que comprometeria a integridade da profissão médica; que prejudicaria a confiança nos profissionais de saúde. Pelo contrário, outros afirmam que a evidência apresentada é tendenciosa ou não é adequada. Segundo o CEJA, a questão de se as salvaguardas adotadas nos estados norte-americanos que permitem o SMA podem proteger o doente e manter a integridade da medicina, “continua a ser muito discutida”.

Embora as comparações com outros países sejam problemáticas, o CEJA considera que “os dados atuais da Europa justificam uma posição cautelosa”. “Recentes dados de estudos sobre a Bélgica e a Holanda, países que permitem a eutanásia e o suicídio medicamente assistido, mitigam alguns receios e sublinham outros”. Na Holanda, entre os doentes aos quais se aplicaram a eutanásia ou o SMA, quase 4 % alegavam somente sofrimento psíquico.

Outros estudos assinalaram também que a revisão retrospectiva das decisões de eutanásia na Holanda deixa a desejar. Os comitês encarregados de revê-las geralmente limitam-se a aceitar o juízo do médico que praticou a eutanásia. “Na medida em que a informação e a recolha de dados nos estados [norte-americanos] que permitem o suicídio assistido têm limitações similares, a supervisão desta prática pode não ser adequada”.

Por outro lado, adverte o CEJA, “a Medicina deve reconhecer que, por mais sólidas que sejam as provas de que não houve consequências adversas, nada garante que não possam ocorrer no futuro. Como fez notar um comentarista, ‘parte do problema da ladeira escorregadia é que nunca se sabe quando se entrou nela’”.

### **Falar profundamente com o doente**

A declaração convida os médicos a falar profundamente com os doentes terminais. “Os doentes e os médicos muitas vezes não têm as conversas que deveriam ter sobre a morte e o

modo de morrer, e poucos doentes estão conscientes do leque de opções em termos de cuidados a prestar no final da vida. Por isso, muitos doentes podem pedir o suicídio assistido porque não conhecem o grau de alívio do sofrimento que os cuidados paliativos atuais oferecem”.

Este diálogo entre médico e doente “oferece a oportunidade de explorar os desejos e as preocupações do enfermo, de saber o que é que considera intolerável na sua situação e de responder com criatividade às necessidades do paciente com meios que não sejam acabar com a vida, meios como uma melhor gestão dos sintomas, apoio psicossocial e espiritual, tratamento da depressão e ajuda para compreender com mais clareza o que pode suceder no futuro”.

Em resumo, o CEJA conclui que, na sua forma atual, o Código de Ética Médica da AMA “oferece suficiente orientação para que na intimidade da relação médico-paciente se adotem decisões sobre as opções legalmente disponíveis para os cuidados no final da vida”. Portanto, recomenda que o Código não seja emendado.