

DOCUMENTAÇÃO

www.aese.pt

Eutanásia sem fronteiras

Raphael Cohen-Almagor, da Universidade de Hull (Grã-Bretanha), é um reconhecido especialista mundial na aplicação da eutanásia na Holanda e na Bélgica. De início, também ele era defensor da eutanásia; mas ao ver como foram caindo as barreiras originais, mudou de opinião, embora continue a admitir o suicídio assistido. Nesta entrevista, publicada originalmente em “MercatorNet”, explica algumas das suas preocupações.

– Estarão a crescer os números de casos de eutanásia?

– Os estudos mostram um constante aumento dos casos registados, sobretudo na região flamenga da Bélgica. Cerca de um em cada sete doentes terminais que morrem em casa atendidos por um clínico geral, pedem a eutanásia na fase final das suas vidas. Os dados anuais têm crescido constantemente: 235 em 2003; 495 em 2007; 704 em 2008; 1133 em 2011; 1432 em 2012; 1807 em 2013.

A eutanásia alarga-se a mais doentes

– **Afirma que, no ano de 2007, em 1,8 % das mortes, utilizaram-se fármacos para encurtar a vida sem pedido explícito do doente, enquanto em 2013 foram 1,7 %. Não indica isto que a situação não piorou?**

– É uma ligeira melhoria. No entanto, a situação geral é preocupante na Bélgica. A entrada em vigor da lei da eutanásia em 2002, foi seguida por um aumento em quase todos os tipos de práticas para pôr fim à vida: eutanásia, negação ou retirada de tratamentos para manter em vida, sedação profunda e contínua até à morte. Esta última prática é especialmente preocupante: em 2007, 14,5 % de todas as mortes na Flandres foram o resultado de uma sedação profunda até morrer. Isto é significativo, comparado com os 8,2 % de seis anos antes.

Quando foi aprovada a lei da eutanásia, estava prevista fundamentalmente para adultos que eram capazes e conscientes no momento em que pediam a eutanásia. Mas verifica-se que agora se alargou a doentes incapazes, doentes mentais, doentes psiquiátricos e também pessoas que dizem estar “cansadas da vida”.

Mais ainda, em fevereiro de 2014, o Parlamento belga modificou a lei da eutanásia para incluir também menores de 18 anos. A lei admite a eutanásia para menores em situação terminal ou em condições incuráveis que estão próximos da morte, que sofrem “dores constantes e insuportáveis”, e cujos pais e médico estejam de acordo com a sua decisão.

Daí ter-se alargado o espectro de práticas médicas para terminar com a vida, para lá das boas intenções do legislador de 2002.

- Como justificam os médicos a eutanásia não voluntária? Para evitar a dor, para poupar dinheiro, devido aos sentimentos dos parentes?

– Perguntei aos especialistas belgas que papel têm os aspetos económicos no processo de tomada de decisões. E sempre me disseram que a poupança de dinheiro não tem nenhuma relação com esta lei. A investigação indica que o princípio chave é muitas vezes o de beneficência. Os médicos desejam evitar o sofrimento do doente e assegurar-lhe uma morte relativamente confortável.

É preocupante que, por vezes, se levem mais em conta os interesses dos parentes do que os do doente, procurando aliviar o “peso” do doente sobre os ombros dos familiares.

A pressão social sobre o discordante

– **Escreveu que “a pressão social e dos colegas dificulta que os opositores da eutanásia conservem os seus lugares na cultura liberal que se foi desenvolvendo”. Significa isto que é difícil trabalhar como médico ou enfermeira na Bélgica, a menos que se apoie a eutanásia?**

– Em 2004, publiquei o livro “Euthanasia in the Netherlands: The Policy and Practice of Mercy Killing”, no qual interroguei académicos holandeses sobre a “cultura da morte” no seu país. A minha investigação na Bélgica mostra algumas semelhanças surpreendentes.

Como na Holanda, o ambiente geral na Bélgica é favorável à eutanásia. A Holanda e a Bélgica são sociedades liberais, que apostam fortemente na autonomia. A maioria das pessoas em ambos os países apoia a ideia de que os doentes deveriam

poder decidir o momento da sua morte com a ajuda e o apoio dos profissionais da medicina.

Muita gente, em muitos países, incluindo eu, apoia esta ideia. No entanto, acho que os holandeses e os belgas não estão plenamente conscientes do conjunto da aplicação da política de eutanásia, e dos muitos aspetos problemáticos da prática da eutanásia nos seus respetivos países.

Em ambos os países, a opinião dominante é favorável à eutanásia, e se se tiver uma posição contrária, pode-se ser prejudicado. Existe uma pressão na profissão médica a favor da eutanásia. Os que se opõem são etiquetados e rejeitados como “fundamentalistas religiosos” que não sabem encarar as coisas racionalmente.

Alguns académicos e jornalistas holandeses e belgas refutam a minha crítica à política e prática da eutanásia, mas não podem classificar-me de “fundamentalista católico” porque eu, inicialmente, apoiava a eutanásia por razões éticas. Mudei a minha opinião por motivos políticos e práticos, restringindo o meu apoio somente ao suicídio assistido. Alterei a minha opinião devido aos abusos que estão demonstrados em ambos os países. Existe uma estreita linha entre o raciocínio moral e a aplicação prática. Não sou capaz de aderir a razões morais abstratas ao mesmo tempo que se ignoram os factos.

Para ilustrar a pressão social sobre aqueles que fazem objeções à eutanásia, consideremos o seguinte exemplo. Carol é uma competente especialista em ética médica. Opõe-se à eutanásia. Na sua universidade, existe uma vaga para uma cadeira de ética médica. Apresenta o seu pedido. As suas probabilidades de ser nomeada são praticamente nulas, porque a sua cadeira funciona como consultora nos casos de eutanásia submetidos pelos hospitais ligados à sua respetiva universidade. Se for conhecido que a professora se opõe à eutanásia, não fará sentido consultá-la sobre este tema quando a eutanásia tiver lugar nos hospitais.

Portanto, é necessário preencher os lugares importantes com pessoas que mantenham um clima positivo para com a eutanásia. A única exceção são as universidades católicas.

Sem consentimento do doente

– Será que os belgas sabem que a eutanásia sem consentimento do doente é normal no seu país? Como é a relação entre a profissão médica e a polícia?

– Muitos académicos e profissionais belgas e holandeses que têm reservas sobre a política e a prática da eutanásia manifestam a sua frustração procurando fazer interrogações, contribuir para arejar dúvidas e abrir debates sobre problemas documentados.

A imprensa, em geral, não está interessada. Recentemente, concedi longas declarações a um diário belga, e que eu saiba, de momento, nada foi publicado. As críticas vêm principalmente

do estrangeiro. Estas críticas são desqualificadas pelos defensores da eutanásia, porque “os estrangeiros não nos entendem” e, de qualquer forma, “a situação é provavelmente pior noutros países”. Na Holanda e na Bélgica, estão convencidos de que “trata-mos os nossos assuntos de um modo aberto, sincero e transparente, enquanto que dos outros países não existem dados”.

De facto, os belgas, como os holandeses, não recebem bem as críticas e são bastante conservadores na sua atitude liberal para com a eutanásia. Ambos os países protegem o seu sistema e pensam que a sua política da eutanásia é correta e justa.

Curiosamente, alguns dos principais investigadores sobre eutanásia publicam somente os factos, sem nenhuma interpretação nem reflexão. Ainda não ouvi um argumento convincente para justificar isto que designam por abordagem “neutral”. Chamam-na neutral, mas o silêncio também é uma tomada de posição.

Os belgas e os holandeses estão orgulhosos da sua franqueza, da sua competência para discutir e debater abertamente decisões que têm a ver com a vida e a morte. Com este mesmo espírito, deveriam discutir abertamente os mais intrincados e problemáticos aspetos da política de eutanásia, tendo um conhecimento adequado das variadas práticas para acabar com a vida.

Deveria ser disponibilizada ao público uma visão completa dos dados. A transparência é de vital importância para promover e salvaguardar a autonomia do doente no final da vida.

Lições da Bélgica

– Será que a experiência da Bélgica oferece ensinamentos a outros países que estão a encarar a aprovação da eutanásia ou do suicídio assistido?

– Há muitos. Começarei pelos positivos. A prática da medicina deveria ser deontológica, mais do que utilitarista. A autonomia e as preferências do doente deveriam ser respeitadas tanto quanto possível. O sistema médico belga, no seu conjunto, responde por esta convicção.

O sistema de cuidados paliativos belga continua a desenvolver-se, o que é muito positivo. (...)

Os investigadores continuam a elaborar relatórios sobre a prática da eutanásia, e continuam a publicá-los, também em inglês. (...)

O recurso a uma segunda opinião claramente independente para verificar o diagnóstico do doente e se são voluntários ou não os seus desejos, são um bom exemplo a seguir. Os belgas devem enfrentar o desafio de implementar totalmente estas práticas a todos os doentes, mas estão a procurar melhorar constantemente.

A insistência de que o ato final deve ser realizado por um médico é correta. (...)

A prática da eutanásia na Bélgica e na Holanda depende em grande parte dos médicos de família. (...) Existe uma crescente consciência de que é necessário gastar tempo com os doentes e ter uma conversa franca com eles; falar com clareza dos seus valores antes de fazer recomendações sobre o tratamento. (...)

O facto de os médicos não receberem um pagamento especial pela realização da eutanásia também é apreciado.

O pessoal médico não deveria ser obrigado a realizar ações que estão em conflito com a sua consciência. (...) A objeção de consciência deve ser respeitada.

No lado negativo, a lição principal que oferecem a Bélgica e a Holanda é que a eutanásia não deve ser legalizada. Apesar das boas intenções e das salvaguardas contra o abuso, que podem ser melhoradas, em ambos os países observam-se demasiados casos de abusos.

O ato final deve ser deixado nas mãos do doente, não do médico. Infelizmente, alguns médicos estão a abusar do poder que lhes foi dado; atuam de modo paternalista contra o melhor interesse do doente.

Quase metade dos casos de eutanásia não é declarada. Esta falta de notificação é preocupante. A investigação revela que os médicos não notificam sempre os casos de eutanásia à Comissão Federal de Avaliação e Controlo porque “se esquecem”; porque não classificam como eutanásia casos que deveriam assim ser classificados; porque consideram que o procedimento de notificação e controlo é “cansativo e pouco útil”; porque pensam que a eutanásia é um assunto privado, ou porque não compreendem as exigências legais. (...)

É significativo que desde a introdução da eutanásia em 2002, nenhum médico tenha sido indiciado por má prática ou abuso de poder. O sistema protege muito os médicos, mesmo quando atuam à margem do melhor interesse do doente.

Também é preocupante a possível pressão sobre os doentes mortos por eutanásia para que doem os seus órgãos. O facto de os mortos por eutanásia constituírem uma percentagem significativa dos doadores de pulmão não deveria passar despercebido.

A investigação demonstrou que existe uma zona cinzenta nos cuidados do final da vida entre tratamentos administrados para aliviar a dor, e os tratamentos dirigidos para encurtar a vida do doente. (...) Deveriam conservar-se registos do tempo e das doses de fármacos utilizados, e da intenção do médico em cada etapa. Essa documentação pode reduzir a utilização de doses inapropriadas de medicamentos administrados com o pretexto de aliviar a dor, mas realmente dirigidas para provocar a morte. (...)

Observando a curta história das leis de eutanásia, da política e da prática, na Bélgica e na Holanda, pode-se pensar que existe

algo intoxicante na prática, que fecha os olhos dos legisladores e leva a impulsionar práticas cada vez mais amplas de terminar com a vida, sem prestar atenção às precauções necessárias. Em ambos os países, sucessivas barreiras são removidas para permitir um espectro mais amplo para a eutanásia. (...)

Embora alguns doentes sejam objeto de eutanásia sem o seu pedido explícito (como mencionei, foram 1,7 % de todas as mortes em 2013), os belgas não se preocuparam em adotar mecanismos de controlo mais estritos. Pelo contrário, a tolerância para com a prática da eutanásia ampliou-se de modo que as luzes vermelhas de ontem se convertem hoje em obsoletas, e os legisladores e médicos estão já a debater a adoção de novos passos e incluir novos grupos (doentes que estão “cansados de viver”, crianças, doentes com demência).

Isto é bastante assombroso quando há vidas em jogo. O que se torna necessário é um estudo cuidadoso, uma acumulação de conhecimentos e de dados, uma aprendizagem com os erros e procurar corrigi-los, em vez de pressa na introdução de modos mais laxistas de eutanásia. Essa pressa leva a desperdícios.

Pena de morte, má e boa

O preso Daniel Lee López, condenado à pena de morte em 2010, não queria passar mais tempo no corredor da morte de Huntsville no Texas. Daí ter decidido não apelar e ter pedido ao juiz federal que terminasse o processo o mais cedo possível. O tribunal aceitou o seu pedido e foi executado no passado dia 12 de agosto.

O preso hispânico, de 27 anos, havia sido condenado à pena de morte em 2010 pelo assassinio de um polícia em 2009. Primeiro havia agredido um polícia que tentava detê-lo por uma infração de trânsito. E na sua louca fuga atropelou e matou um polícia que estava a colocar um dispositivo de pneus Poncha na estrada.

Para Lee López, era claro que uma vida na prisão não merecia a pena ser vivida. Por isso, recusou no tribunal um acordo com o procurador que lhe teria dado a prisão perpétua em troca de se declarar culpado. Também teve de lutar contra os critérios dos seus advogados, que interpuseram um recurso perante o Supremo Tribunal alegando que López sofria de um transtorno mental severo. Não queria que se passasse consigo o mesmo que a outros presos do corredor da morte, que vão esgotando todos os recursos possíveis para salvar a sua vida, com uma média de espera de entre 15 e 20 anos. Isso não era vida para ele.

E conseguiu que fosse respeitada a sua decisão. A 12 de agosto, converteu-se no décimo preso a receber a injeção letal este ano no Texas, estado sempre no topo desta macabra

classificação. Para López, foi como que um suicídio assistido, para evitar uma vida na prisão que lhe parecia indigna.

Na sua execução por injeção letal, foi utilizado pentobarbital sódico, barbitúrico que se utiliza como anestésico, mas que em doses elevadas causa a morte por paragem cardiorrespiratória.

Curiosamente é o mesmo fármaco que se está a utilizar na Bélgica e na Holanda para a eutanásia legal. Assim figura num artigo de seis importantes médicos, encabeçados por Lieve Thienpont, todos destacados defensores da eutanásia, publicado pelo “British Medical Journal” no passado dia 28 de julho. O artigo analisa 100 pedidos de eutanásia por parte de doentes com problemas psiquiátricos, mas que não são doentes terminais nem sofrem dor física. São doentes com transtornos depressivos, que consideram que a sua vida já não faz sentido. E a crescente ampliação da “boa morte” na Bélgica, permite que os médicos lhes apliquem também a injeção letal para que “morram com dignidade”.

O instrumento da morte por injeção letal é o mesmo, tanto para a pena capital, como para a pena de morte autoinfligida. Mas a União Europeia agiu bem. Para colocar obstáculos à pena de morte imposta pelo Estado, a UE proibiu, em 2011, a venda deste fármaco aos Estados Unidos. Isso causou problemas de abastecimento nos estados que ainda praticam a pena de morte, e que executaram 35 pessoas em 2014. Até o próprio Lee López poderia ter tido dificuldades para lhe ser aplicada a sua última vontade.

Pelo contrário, a Bélgica não fez nada para impedir que o mesmo fármaco letal seja utilizado no seu próprio território para a eutanásia legal, que foi aplicada a 1816 pessoas em 2013. Talvez por o fármaco ter um efeito anestésico sobre a consciência.

I. A.