

DOCUMENTAÇÃO

Morte digna não é eutanásia

Será a eutanásia sinónimo de “morte digna”? Fala-se de eutanásia “passiva”, “ativa”, “direta”, “indireta”, resumindo, uma verdadeira miscelânea concetual onde quem propugna a defesa da vida e a atenuação do sofrimento, corre o risco de se perder ou de ser confundido. O Dr. Álvaro Gándara, presidente da [Sociedad Española de Cuidados Paliativos](#) (SECPAL), está consciente da confusão em torno do tema, e propõe muita clareza nos conceitos e definições.

— Entenderá a opinião pública os termos do debate?

— Tem de se fazer um exercício pedagógico na sociedade do que é cada coisa e do que não é e, por outro lado, as pessoas têm a obrigação de se informar. Existem meios para o fazer.

A Organización Médica Colegial de España tem na sua página web um [documento de conceitos](#) a respeito do final da vida, muito bom, dirigido ao público.

A eutanásia é o comportamento intencional de um médico para tirar a vida a um doente que sofre de uma doença avançada irreversível, e que pede voluntariamente para acabar com a sua vida. Para isso, é necessário que haja um contexto de sofrimento, uma doença avançada, que a doente peça que acabem com a sua vida, que a eutanásia seja feita por um médico (não pode ser qualquer pessoa), e que a intenção seja acabar com a vida do doente.

Essa é a única definição de eutanásia. Se retiramos um tratamento que sabemos não ir ser útil, devido ao curto prognóstico de vida do doente e porque, além disso, lhe provoca sofrimento, isso não é uma “eutanásia passiva indireta”, mas uma limitação de esforço terapêutico, que por vezes pode mesmo encurtar um pouco a vida do doente.

São dois conceitos que têm de ficar muito claros: só existe um tipo de eutanásia, e o restante não o é. É limitação de esforço terapêutico, retirada de tratamentos, aplicação de tratamentos paliativos, etc.

A “morte digna” é uma franquia

— Que podemos dizer do conceito de “morte digna”?

— “Morte digna” em Espanha é uma franquia. A Asociación por el Derecho a Morir Dignamente é quem preconiza a despenalização da eutanásia, e as pessoas começam a

associar “morte digna” a eutanásia, e não é assim. Não deveria falar-se de “morte digna”: a dignidade é uma qualidade inerente ao ser humano, e no momento da morte essa dignidade cessa. Veja-se o contrassenso. Chamar-se-ia “boa morte”, “boa qualidade de morte”, e nada mais.

— O que são os cuidados paliativos e como se pode aceder a eles?

— Os cuidados paliativos são uma disciplina ainda jovem. Começaram nos anos 60 em Inglaterra, e o que fazem é atender qualquer doente que não é curável. Toda a doença crónica, avançada, irreversível, que causa um grande sofrimento ao doente, não só com sintomas físicos, como psicológicos, espirituais, sociais, laborais, exige um trabalho multidisciplinar por parte de uma equipa de paliativos, composta por enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, etc., numa abordagem que abarca todos os âmbitos do sofrimento.

Quando devem aplicar-se? Quanto mais cedo, melhor. Quando se sabe que uma doente vai ter uma sobrevivência de um cancro da mama, metastásico, de quatro, cinco ou seis anos, dado que a doença tem um grande impacto psicológico e de sintomas, nessa altura os cuidados paliativos devem atuar. Somos especialistas no cuidar dos doentes, em dar uma resposta aos seus sintomas, aos seus aspetos psicológicos, algo que outras disciplinas não sabem fazer. E não se devem associar os cuidados paliativos com a última semana de vida, mas com uma intenção de acompanhamento muito mais amplo.

— Dizia noutra entrevista que os casos de “obstinação terapêutica” aconteciam fundamentalmente por falta de preparação do médico...

— Em Espanha, em metade das especialidades de Medicina, não há uma única hora de cuidados paliativos. Está pendente: que todas as faculdades de Medicina, como no Reino Unido, Austrália e Canadá, tenham no currículo os cuidados paliativos como matéria obrigatória e de base. Estamos em vias de conseguir que os profissionais sejam acreditados; termos uma subespecialidade, um diploma de acreditação, mas que os profissionais mais especializados e melhor formados sejam quem atenda estes doentes.

Confusão dos políticos

— *Como antevê o futuro dos paliativos e do tratamento dos doentes em estado terminal, tendo em conta as posições veiculadas sobre a eutanásia que têm emitido os políticos?*

— Os políticos demonstram grande confusão de conceitos e pouca vontade de se aconselharem pelos especialistas. O que devemos garantir é que 100 % dos espanhóis tenham direito a cuidados paliativos. Se não garantirmos que haja uma morte sem sofrimento, vai haver pedidos de eutanásia.

Parece-me uma barbaridade o que fez a Bélgica, ao despenalizar a eutanásia e depois instaurar os cuidados paliativos. É um absurdo, que serviu só para dizer que o pessoal dos cuidados paliativos será quem terá de praticar a eutanásia. Por melhor que consigamos garantir que a totalidade dos espanhóis sejam corretamente atendidos, haverá sempre casos isolados de extremo sofrimento que nem os cuidados paliativos poderão aliviar, mas não vamos legislar para alguns poucos; vamos legislar para a maioria. Isto é o que temos pela frente. O problema é que os partidos políticos continuam a agir assumindo a “morte digna” e os conceitos errados.

— *Contactou alguns políticos para lhes explicar este assunto?*

— Tenho-me esforçado bastante, e não me ligam. Ofereci-lhes a minha assessoria; corrigimos leis de morte digna nos parlamentos autonómicos, como no da Andaluzia. Estive lá a tentar explicar-lhes. Não me ligaram nenhuma, porque existe a primazia do político e da ideologia, e perante isso os especialistas como nós não podem fazer nada.

L. L.

Para nos entendermos sobre o atendimento no final da vida

A Organización Médica Colegial (OMC) e a Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) elaboraram a Declaração “Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones”. O documento pretende clarificar, precisar e unificar este tipo de termos, estabelecendo uma linguagem comum e evitar assim a confusão terminológica que existe atualmente. Estas são algumas das definições:

Morrer com dignidade. Pressupõe viver dignamente até ao último momento. Isso exige considerar o doente como ser humano até à altura da morte, o respeito pelas suas crenças e valores, assim como a sua participação na tomada de decisões através de uma relação próxima e sincera com a equipa de assistência. Associa-se o facto de morrer com dignidade à ausência de sofrimento. Também se têm em conta outros fatores humanos, como a presença dos seres queridos e a criação de um ambiente acolhedor.

Cuidados paliativos. “Boa prática” médica no final da vida. Proporcionam um atendimento integral aos doentes cuja doença não responde a tratamento curativo e onde é primordial o controlo de sintomas, especialmente da dor, assim como a abordagem dos problemas psicológicos, sociais e espirituais. Têm uma abordagem interdisciplinar e incluem o doente, a família e o seu meio, seja em casa ou no hospital.

Os cuidados paliativos afirmam a vida e consideram a morte como um processo normal; nem aceleram nem atrasam a morte. Têm por objetivo preservar a melhor qualidade de vida possível até ao final.

A boa prática médica envolve a aplicação de medidas terapêuticas proporcionadas, evitando tanto a obstinação como o abandono, o prolongamento desnecessário ou o encurtamento deliberado da vida.

Adequação do esforço terapêutico. Consiste em retirar, ajustar ou não instaurar um tratamento quando o prognóstico limitado assim o aconselhe. É a adaptação dos tratamentos à situação clínica do doente. (...)

Obstinação terapêutica. Consiste na instauração de medidas não indicadas, desproporcionadas ou extraordinárias, com a intenção de evitar a morte num doente associado a tratamento paliativo. É uma má prática médica e uma falta deontológica. (...)

Eutanásia. É o provocar intencional da morte de uma pessoa que padece de uma doença avançada ou terminal, a pedido expresso desta, e num contexto médico.

Suicídio medicamente assistido. É a ajuda médica para a realização de um suicídio, perante a solicitação de um doente, proporcionando-lhe os fármacos necessários para que ele próprio os administre.

Consentimento informado. É a concordância livre de um doente, manifestada em pleno uso das suas faculdades depois de receber a informação adequada, para que tenha lugar uma atuação que afeta a sua saúde. Fundamenta-se na autonomia, que é um direito dos doentes que o médico deve respeitar. Evitar o paternalismo tradicional não deve levar ao abandono do doente na tomada de decisões, que terá de realizar-se no contexto de uma relação clínica cooperativa.

A obrigação do médico de dar ao doente uma informação clara e compreensível tem duas exceções: a vontade do doente de não ser informado e a necessidade terapêutica (quando o médico dispõe de razões objetivas de que a informação pode prejudicar gravemente o doente na sua saúde).

Planeamento antecipado dos cuidados. É a expressão do processo de tomada de decisões antecipadas de um doente capaz, informado e ajudado pela equipa de assistência, acerca dos cuidados que deseja receber em possíveis cenários clínicos futuros sobre os quais o doente expressa as suas preferências para o caso em que já não possa decidir pessoalmente.

Este planeamento pode incluir: a compreensão do doente sobre a sua doença, valores e crenças, preferências sobre o seu tratamento e cuidados, as intervenções que autoriza ou rejeita, as decisões relacionadas com o seu falecimento e a designação de um representante. Tudo isso deverá constar na história clínica.

Documento de instruções prévias. É o documento pelo qual uma pessoa adulta, capaz e livre, manifesta antecipadamente a sua vontade sobre os cuidados e os tratamentos e, uma vez chegado o falecimento, sobre o destino do seu corpo ou dos órgãos (...).

Doença incurável avançada. Doença gradual e progressiva, sem resposta aos tratamentos curativos disponíveis, que evoluirá para a morte a curto ou médio prazo num contexto de fragilidade e perda de autonomia progressivas. É acompanhada habitualmente por sintomas múltiplos e provoca um grande impacto emocional no doente, nos seus familiares e na própria equipa de assistência.

Situação de agonia. A que precede a morte quando esta acontece de forma gradual, e na qual existe deterioração física intensa, debilidade extrema, elevada frequência de transtornos cognitivos e da consciência, dificuldade para o relacionamento e a ingestão, com prognóstico de vida de horas ou poucos dias.

Sintoma refratário. Aquele que não pode ser adequadamente controlado com os tratamentos disponíveis, aplicados por médicos especialistas, num prazo de tempo razoável. Nestes casos, o alívio do sofrimento do doente exige a sedação paliativa.

Sedação paliativa. É a diminuição deliberada da consciência do doente, uma vez obtido o oportuno consentimento, através da administração dos fármacos indicados e das doses proporcionais, com o objetivo de evitar um sofrimento insustentável causado por um ou mais sintomas refratários. Quando o doente se encontra nos seus últimos dias ou horas de vida, fala-se de sedação na agonia.

Canadá: a não ajuda médica ao suicídio

O Canadá é apresentado muitas vezes como exemplo de país pioneiro na “morte com dignidade”, por admitir o suicídio assistido. Em fevereiro do ano passado, [o Supremo Tribunal declarou que a proibição do suicídio assistido era inconstitucional](#) e deu ao governo federal o prazo de um ano para modificar o Código Penal.

No entanto, agora o governo está chocado com uma série de suicídios e pensa que tem de se empenhar em evitá-los. A onda de tentativas de suicídio tem tido lugar em comunidades de ameríndios, que no Canadá são 1,4 milhões de pessoas, cerca de 4 % da população do país. A integração destas populações ameríndias na vida canadiana foi sempre um problema. Desde

as tentativas de assimilação forçada do passado, até ao respeito pelo desenvolvimento da sua vida autónoma em reservas, nada deu bom resultado. Continuam a ter maiores índices de pobreza, menor esperança de vida, níveis de educação mais baixos, alcoolismo...

A falta de perspetivas leva a situações de desespero, especialmente entre os jovens. E isto provocou um aumento do índice de suicídios. Na pequena comunidade de Attawapiskat, de 2000 pessoas, a norte de Ontário, desde setembro do ano passado, houve mais de cem tentativas de suicídio, com pelo menos um morto. Dos que o tentaram, o mais jovem tinha 11 anos e o mais velho 71. Num único fim de semana, houve 11 tentativas.

Não é a única comunidade ameríndia com estes problemas. Em março, em Pimicikamak Cree Nation, a norte do Manitoba, foi declarado o estado de emergência após seis suicídios num lapso de dois meses.

Não tenho dados para avaliar a quem atribuir as responsabilidades por esta situação. Nunca foi simples a integração das populações aborígenes na vida moderna,

no Canadá, nos EUA, noutros países. Mas é evidente que o governo canadiano se alarmou e decidiu tomar medidas no assunto para tentar atacá-lo, e enviou para lá especialistas em saúde mental.

Não teria motivos para se incomodar, se assumisse a sentença do Supremo Tribunal que declarou inconstitucional a proibição do suicídio assistido. O Tribunal declarou que o suicídio assistido deve ser legal se o pedido for de um adulto “que consente claramente o termo da sua vida” e que “se encontre numa condição médica grave e irreversível (incluindo dor, doença ou deficiência) que lhe cause um sofrimento permanente e intolerável”. A sentença esclarecia que a condição do doente não tem necessariamente de ser terminal, e que a dor insuportável inclui também o psíquico.

É inegável que muitos destes ameríndios cumprem estas condições: não são doentes terminais, mas estão aflitos com um sofrimento psíquico permanente e intolerável, que os leva a desejar terminar com a sua vida. Se a dignidade passa por respeitar a autonomia do doente, o que deveria fazer o governo é proporcionar-lhes assistência médica de modo a poderem suicidar-se com mais eficácia, em vez de lhes enviar psicólogos para evitar que o tentem. Mas a incoerência não costuma ser declarada inconstitucional.

Neste caso, o governo federal parece ter descoberto que antes de considerar o suicídio assistido, merece a pena tentar resolver as carências dos que se sentem sem ajuda diante das necessidades vitais, da dor ou da depressão.

I. A.