

EUTANÁSIA: EXISTIRÃO VÁRIOS TIPOS?

Diogo Rijo

Serviço de Cirurgia Cardiotorácica
Hospital Dr. Nélio Mendonça, Madeira

*Contacto Autor: rijodiogo@gmail.com

Resumo

A eutanásia está em debate desde a Antiguidade. A eutanásia e o suicídio assistido devem ser considerados sob a mesma designação de “eutanásia” e sob a mesma definição de “morte activa e intencional, a pedido do doente, devida a administração de medicação, resultante da deliberação do médico, sendo independente do executor”, estando perante suídanásia, caso a administração da medicação fosse executada pelo doente, ou homotanásia, no caso do médico. As designações directa, activa e voluntária, actualmente relacionadas com a eutanásia devem cair em desuso, pois pressupõem vários tipos desta, o que é falso. Uma maior abertura de mentalidade e um diálogo mais alargado, baseado na evidência científica e na clarificação de definições e objectivos, são essenciais no processo de liberalização da eutanásia.

Abstract

Euthanasia: Are there several types?

Euthanasia has been discussed since Antiquity. Euthanasia and assisted suicide should be considered under the term “euthanasia” and under the same definition of “active and intentional death on demand of the patient, due to administration of medication, resulting from the decision of the physician, being independent of the executor”, before being suiethanasia, where the administration of medication was performed by the patient, or homothanasia, in the case of the doctor. The designations direct, active and voluntary, currently related to euthanasia should fall into disuse, because it assumes various kinds, of what is false. Greater openness of mindset and broader dialogue, based on scientific evidence and the clarification of definitions and objectives, are essential in the process of liberalizing euthanasia.

INTRODUÇÃO

“Mais do que uma questão geográfica ou moral, é uma questão temporal” (Angerani-Canon, 1997). As sociedades são dinâmicas e adquirem novos valores à medida que o tempo passa. Aspectos que actualmente nos chocam e que são eticamente errados, vão sendo progressivamente assimilados pela sociedade em valores eticamente aceitáveis à medida que a sociedade vai mudando os seus valores e costumes – Efeito de Funil Temporal¹. É expectável que todas as sociedades modernas com uma medicina

avanzada e de alta tecnologia, a certa altura se deparem com o dilema da eutanásia. O resultado desse debate poderá não ser o mesmo de sociedade para sociedade. “Cada povo tem uma dimensão cultural e antropológica própria, e as soluções encontradas noutros países, com outras tradições” (Antunes, 2009) não podem ser simplesmente traduzidas para uma outra sociedade.

O processo de liberalização da eutanásia é um processo complexo, carecendo de um diálogo aberto, sem “posições de insuportável arrogância moral” (Antunes, 2009) de ambas as partes do debate, assente em princípios e valores

¹ Os aspectos que actualmente nos chocam e que são eticamente errados encontram-se na zona mais larga do funil. À medida que o tempo passa, estes vão descendo pelo funil em direcção à zona mais estreita, passando por este, sendo dados como aceitáveis e eticamente correctos pela sociedade.

que salvaguardem em primeiro lugar o doente enquanto pessoa, sendo numa sociedade pluralista que o debate tem mais e melhores resultados. Este processo deverá ser acompanhado por outros desenvolvimentos que permitam ao doente usufruir de todas as capacidades do sistema de saúde, para que a eutanásia seja vista como o último recurso.

EUTANÁSIA: DEFINIÇÃO

No debate de uma “causa fracturante” é importante que “seja claramente enunciado o que se pretende significar quando se empregam certos termos” (Antunes, 2009), daí a necessidade de uma definição precisa do que é eutanásia.

A definição internacionalmente mais aceite reporta-se à perspectiva holandesa: morte activa e intencional, a pedido (voluntário, pensado e consistente) do doente, resultante da administração de medicação (existe relação causa-efeito: medicamento-morte), através da participação directa de um médico (prescrição e administração). Por outro lado, temos o suicídio assistido, no qual a morte, activa e intencional, é resultante da auto-administração de medicação, intencionalmente prescrita/fornecida pelo médico a pedido do doente. Tanto a eutanásia como o suicídio assistido são uma morte activa e intencional, a pedido do doente, resultante da administração de medicação, com a intervenção de um médico (administração/prescrição/apoio), cabendo a este a decisão final de avançar ou não com o processo - a decisão de se o doente morre ou não (do meu ponto de vista o dever socialmente aceite de não matar e o direito do doente em não ser morto não são corrompidos na acção de administração da medicação, mas na tomada desta decisão)², sendo o único ponto de divergência o executante da acção: o médico na eutanásia, o doente no suicídio assistido. Ou seja, a intenção, a acção e o motivo são os mesmos, a decisão final (parecer positivo e prescrição) é sempre tomada pelo médico, sendo o executante diferente. Por tal; pelo precedente de que estas duas formas de morte assistida eram consideradas em conjunto e a responsabilidade de quem assistia, em ambos os processos, era considerada equivalente (no início do debate sobre a eutanásia na Holanda); e pelo facto da designação de “suicídio” estar relacionada com o fim não digno de uma vida humana, sendo o oposto do significado da eutanásia (proteger a dignidade humana ameaçada pela doença em si e/ou pelos tratamentos realizados), considero que a eutanásia e o suicídio assistido devem ser considerados em conjunto, sob a designação de *eutanásia* e da definição *morte activa e intencional, a pedido (voluntário, pensado e consistente) do doente, devida a administração de medicação (existe relação causa-efeito: medicamento-morte), resultante da deliberação do médico, sendo independente do executor (médico ou doente)*. No âmbito da eutanásia, poderíamos

estar perante *suitanásia*³, caso a administração da medicação fosse executada pelo doente, ou *homotanásia*⁴, no caso do médico.

EUTANÁSIA: EXISTIRÃO VÁRIOS TIPOS?

A eutanásia sofreu uma proliferação de designações, e suas combinações, transformando-se erradamente num “recipiente de todas as formas de tratamento médico (ou não tratamento) que abreviam a vida” (Barbosa, 2006), originando uma verdadeira confusão em seu torno, nada favorável.

Eutanásia voluntária vs involuntária vs não-voluntária

A designação de “eutanásia involuntária” reporta-se à acção de pôr fim à vida do doente sem o seu consentimento estando este capaz de o fazer, ou seja, contra a sua vontade; na “eutanásia não-voluntária” o paciente encontra-se incompetente para dar o seu consentimento. Estas designações contrariam desde logo o princípio básico de que a eutanásia é (sempre) a pedido do doente; a eutanásia “só pode ser voluntária (...) a morte medicalizada de uma pessoa sem o seu consentimento (...) não é eutanásia: é assassinato” (Materstvedt, 2003).

A utilização da designação “eutanásia voluntária” deve cair em desuso, pois pressupõe a existência de outras formas de eutanásia, pressuposto esse que é falso.

Eutanásia directa vs indirecta

Na eutanásia directa a morte resulta directamente da acção do medicamento, havendo a intenção de causar a morte; a indirecta resulta de um efeito secundário previsto, mas não intencionado, de uma terapêutica de alívio sintomático (por exemplo: efeito depressivo respiratório da morfina). Verifica-se de novo uma incongruência designação-definição, pois na eutanásia a morte é sempre intencional: ao administrar a medicação existe a intenção de pôr fim à vida do doente. Por exemplo, em relação ao uso de morfina no alívio da dor, a intenção do médico é proporcionar o alívio sintomático, não causar (antecipar) a morte, sendo esta um efeito previsto, mas não desejado (princípio do duplo-efeito).

A designação de “eutanásia indirecta” deverá deixar de existir, pois esta não se refere a uma morte que se enquadra na definição de eutanásia.

Eutanásia activa vs passiva

A expressão “deixar morrer” passou a ser denominada de “eutanásia passiva” depois de 1960. Esta resulta da omissão de um acto, mais concretamente da abstenção ou suspensão de um tratamento. Existem, na minha opinião, duas razões lógicas para a abstenção ou suspensão de um

² Ao género de um juiz que declara a sentença de morte a um condenado. O responsável pela morte do condenado é o juiz com a sua decisão, não o executante da pena.

³ Suitanásia – palavra originada pela conjugação das palavras, do latim, sui (em português: de si) e, do grego, thanatos (em português: morte).

⁴ Homotanásia - palavra originada pela conjugação das palavras, do latim, homo (em português: ser humano) e, do grego, thanatos (em português: morte).

tratamento: a terapêutica é considerada desproporcionada/fútil para o doente em questão e o médico decide pela sua não aplicação ou descontinuação, ou o doente recusa o tratamento ou retira o seu consentimento ao mesmo.

A palavra “futilidade” deriva do latim *futilis* (em português: que deixa escapar o que contém; que não retém; frágil; vão). “Uma acção fútil é aquela que não consegue alcançar os objectivos da acção, não importa quantas vezes repetida”; “o substantivo *futilidade* e o adjetivo *fútil* são usados para descrever qualquer esforço para alcançar um resultado que é possível, mas que a razão e a evidência sugerem que é altamente improvável, e não pode ser sistematicamente reproduzido” (Schneiderman, 1990). A futilidade de um tratamento pode ser vista por duas vertentes: quantitativa e qualitativa. Quando concluímos (por experiência própria/partilhada, ou por dados empíricos) que nos últimos cem casos um determinado tratamento foi inútil, podemos afirmar que estamos perante um tratamento fútil em termos quantitativos. Qualquer tratamento que apenas preserve o doente permanentemente inconsciente ou que não consiga acabar com a total dependência de cuidados médicos intensivos deve ser considerado não-benéfico, sendo assim fútil em termos qualitativos (o objectivo de um tratamento médico não é o de apenas causar um efeito numa determinada parte do corpo do doente, mas sim beneficiar o doente como um todo: melhorar o seu prognóstico, conforto, bem-estar, estado geral de saúde e permitir ao doente atingir os seus próprios objectivos; por exemplo, o suporte nutricional de um doente em estado vegetativo consegue manter o doente vivo, mas falha no objectivo de restaurar a consciência do doente: é eficaz mas não beneficia o doente). Os aspectos quantitativo e qualitativo são vistos como limiares de “cutoff” independentes, sendo que a presença de um categoriza o tratamento de fútil. A futilidade é um julgamento médico que tem precedência sobre a autonomia do doente, permitindo ao médico abster ou descontinuar esse tratamento sem o seu consentimento, sendo mesmo obrigado deontologicamente a não prescrever/continuar este tipo de tratamentos.

No âmbito do respeito pela autonomia e auto-determinação pessoal, os doentes podem, devem e são livres na recusa, ou escolha, de tratamentos médicos considerados proporcionados (não-fúteis), mesmo que daí advenha a possibilidade da sua morte, sendo a sua opção respeitada e valorizada. O consentimento do doente é obrigatório para a aplicação de qualquer intervenção médica, sendo que ao praticámo-la na sua ausência estamos perante uma ofensa à integridade física, à auto-determinação e à dignidade pessoal. Se um doente pedir ao seu médico que descontinue um tratamento, não só é moralmente permissível fazê-lo, como é o médico eticamente obrigado a o fazer.

Um dos aspectos em questão é se a omissão é equivalente à acção, ou seja, a omissão de tratamento é equivalente a matar. Para alguns autores o dever de não matar

é equivalente ao dever de ajudar/tratar e não deixar morrer, enquanto há quem defenda que são diferentes. Na minha perspectiva, quando estamos perante um doente passível de ser salvo e cujo seu desejo é o mesmo (há o seu consentimento), o dever de não matar (de não fazer mal ao doente) é equivalente ao dever de ajudar/tratar (de fazer todos os possíveis para o salvar). Mas se estamos na presença, por exemplo, de um doente terminal, esta equivalência pode já não se reproduzir. O dever de não matar mantém-se, mas o dever de fazer tudo para o salvar já não se conserva, pois o doente pode não o querer (não dar o seu consentimento para as intervenções) ou estarmos perante intervenções consideradas fúteis, sendo mais benéfico para o doente suspendê-las, sendo assim permissível “deixar o doente morrer”. Ao abstermos/descontinuarmos um tratamento estamos a fazer com que a doença siga o seu curso natural (interrompido pelo tratamento com o objectivo de prolongar a vida), sendo esta a responsável pela morte (há relação causa-efeito) e não o acto de abstenção/descontinuação de tratamento; por exemplo, ao desligar o ventilador a um doente em fase terminal de uma neoplasia pulmonar a doença seguirá o seu curso natural sendo responsável pela morte do doente, e não o acto de desligar o ventilador.⁵

A decisão de abster/descontinuar um tratamento por não consentimento do doente poderá ser em certa medida vista como um acto de suicídio racional, mas não se enquadra no conceito de eutanásia, pois estamos perante uma decisão baseada em direitos fundamentais do doente, não podendo estes ser corrompidos sem o seu consentimento. A abstenção ou suspensão de terapêuticas fúteis não deve ser vista como eutanásia, pois são procedimentos segundo as *legis artis*, sendo aceitável a sua implementação. A abstenção ou descontinuação de terapêuticas não se enquadram na definição de eutanásia, pois não há relação causa-efeito entre este acto e a morte, nem existe a administração intencional de uma medicação letal.

A designação de eutanásia activa deve cair em desuso, pois pressupõe a existência de uma eutanásia passiva, pressuposto esse que é falso.

CONCLUSÃO

A eutanásia foi um tema em constante debate ao longo da História da Humanidade, nem sempre conseguindo o consenso de ambas as partes. Actualmente, a eutanásia está envolta numa nuvem cinzenta, pois no seu saco querem pôr algumas formas de decisões médicas em fim de vida que em nada se relacionam com a eutanásia. Uma definição precisa e exacta de eutanásia é necessária para clarificar e aclarar o debate em seu torno. Para tal, sou da opinião que, em primeiro, todas as designações actuais relacionadas com a eutanásia (directa, voluntária e activa) devem deixar de existir, pois pressupõem a existência de vários tipos de eutanásia, o que é falso. Em segundo lugar,

⁵ Na certidão de óbito, o acto de desligar do ventilador não constará na sequência de eventos que levaram à morte, mas sim a neoplasia pulmonar.

a eutanásia e o suicídio assistido devem ser vistos sob a mesma designação de “eutanásia” e da definição “morte activa e intencional, a pedido (voluntário, pensado e consistente) do doente, devida a administração de medicação (existe relação causa-efeito: medicamento-morte), resultante da deliberação do médico, sendo independente do executor (médico ou doente)”, estando perante suídanásia, caso a administração da medicação fosse executada pelo doente, ou homotanásia, no caso do médico.

Um pedido de eutanásia é em primeiro lugar uma elucidação do que o doente pensa sobre estar doente, uma possível deterioração que poderá vir, o sentimento de falta de esperança em toda a situação. Quando o pedido é verdadeiro e constante, este deve ser correspondido positivamente por parte do médico, favorecendo assim a plena autonomia e auto-determinação do doente. Urge-se, em conjunto com a implementação da prática da eutanásia, a necessidade do desenvolvimento dos cuidados paliativos, sendo inaceitável a liberalização da primeira sem uma rede adequada de suporte de cuidados paliativos, para que a eutanásia seja vista como o último recurso.

Em Portugal, a liberalização da eutanásia, apesar de uma evidente mudança de atitudes na sociedade, só será possível após uma maior abertura de mentalidade e de um diálogo mais alargado, baseado na evidência científica e na clarificação de definições e objectivos, ao género de uma sociedade pluralista moderna.

No fim, “é só uma questão temporal”!

REFERÊNCIAS

1. Angerani-Canon, I., A ética na saúde, São Paulo, Thomson Pioneira, 1997
2. Dupuis, H., Euthanasia in the Netherlands: 25 years of experience, *Legal Medicine* 2003, 5:60-64
3. Antunes, J., Causas Fracturantes, *Outlook* 7/3/2009, p10
4. Peixoto, A., Da Morte à Eutanásia, Representações Sociais, 1ªed, Ponta Delgada, Edições Macaronésia, 2006
5. Reich, W., Death and dying: euthanasia and sustaining life, in: *Encyclopedia of Bioethics*, vol. I, ed. rev, New York, Simon & Schuster and Macmillan: Simon & Schuster and Prentice Hall International, 1995
6. Galanakis, E., Dimoliatis, I., Early European attitudes toward “good death”: Eugenios Voulgaris, *Treatise on euthanasia*, St Petersburg, 1804, *J Med Ethics* 2007, 33:1-4
7. Chao, D., Chan, N., Chan, W., Euthanasia revisited, *Family Practice* 2002, 19:128-134
8. Barbosa, A., Bioética e cuidados paliativos, in: *Manual de Cuidados Paliativos*, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa 2006
9. van der Heide, A., Deliens, L., Faisst, K., e tal, End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study, *Lancet* 2003, 362:345-50
10. Nunes, R., Parecer N°P/13/APB/0, Proposta de um referendo nacional sobre a prática de eutanásia (www.apbioetica.org)
11. van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B., Rurup, M. et al, End-of-life Practices in the Netherlands under Euthanasia Act, *New Engl J Med* 2007, 356:1957-65
12. Materstvedt, L., Clark, D., Ellershaw, J., et al, Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force, *Palliative Medicine* 2003, 17:97-101
13. Bosshard, G., Fischer, S., Bär, W., Open regulation and practice in assisted dying, *Swiss Med Weekly* 2002, 132:527-534
14. Garrard, E., Wilkinson, S., Passive euthanasia, *J Med Ethics* 2005, 31:64-68
15. Schneiderman, L., Medical futility: its meaning and ethical implications, *Annals of Internal Medicine* 1990, 112:949-954
16. Nunes, R., Guidelines sobre suspensão e abstenção de tratamentos em doentes terminais (www.apbioetica.org)
17. Melo, H., Nunes, R., Parecer N°P/05/APB/06, Directivas antecipadas de vontade, (www.apbioetica.org)
18. McLachlan, H., The ethics of killing and letting die: active and passive euthanasia, *J Med Ethics* 2008, 34:636-638