

NOTAS E COMENTÁRIOS

MORRER COM DIGNIDADE

É-nos pedido que, de forma sintética, introduza o debate sobre: «Como ajudar a bem morrer as pessoas em situações irreversíveis ou terminais».

Para principiar diria que as «certezas éticas» não são evidências matemáticas. E trata-se frequentemente de perspectivas, de grandes princípios com largo campo para a dúvida e o opinável. E cada opinião vale pelos argumentos que tem a seu favor. Daí a necessidade de haver o rigor possível e a compreensão necessária, no respeito pelas legítimas e úteis diferenças.

1. *A vida humana é indisponível*, é mais que um valor porque é o suporte objectivo e o fundamento para o exercício dos valores. É um bem a gerir por cada um, para ser assumida e posta a render. A vida e a morte têm dimensões ontológicas, sociais, culturais e culturais. Ora a vida é um dom a gerir de forma razoável e responsável por cada um, como ser pessoal único, exclusivo, irrepitível e vivo, vocacionado para assumir, construir a própria existência, fazendo render laboriosamente os próprios talentos, aceitando os limites e eventuais fracassos, porque morrer é uma imposição da vida. Donde se segue que, eticamente, a vida humana não deve ser estragada, nem eliminada voluntariamente. Devemos assumir e amar a vida e aceitar serenamente a morte.
2. A pessoa é vocacionada para ser feliz, sendo efectivamente livre e responsável. A liberdade psicológica consiste na capacidade actual, objectiva e subjectiva, de se auto-determinar face aos bens particulares conhecidos e de entre os quais faz as próprias avaliações e escolhas pessoais, orientando as suas opções acerca dos fins e dos meios a eles conducentes, dentro dos limites impostos pelas circunstâncias da vida.
3. Pelo que deve haver respeito activo, coerente e habitual pelas justas opções pessoais de cada um enquanto for capaz de decisões livres e responsáveis.
Para defesa capaz da recíproca liberdade e apelo à exigência da mútua responsabilidade e respeito, há códigos éticos a ter em conta que norteiam o mútuo relacionamento, e são balizas úteis para todos:
 - a) «O médico deve recordar-se sempre da obrigação de preservar a vida humana desde o momento da concepção» (n.º 1 do Código Internacional da Ética Médica — Sidney — 1968);
 - b) «O doente tem direito de aceitar ou recusar determinado tratamento após ter recebido informação adequada»;

- c) «O doente tem direito a morrer com dignidade» (Alínea «c» e «e» da Declaração dos Direitos do Doente 1981).
4. Significa isto que a Pessoa doente ao confiar-se e ou ao ser confiada à Instituição de Saúde, ao Médico e à Equipa de Saúde, estabelece um acordo, um contrato tácito que inclui vários aspectos:

- a) Aceita, supõe e exige que seja tratada com respeito, dignidade, competência e dedicação, aplicando-lhe oportunamente os meios ordinários de diagnóstico e prognóstico;
- b) Em situações extraordinárias, a pessoa doente, ou na sua impossibilidade de quem a representa, deve ser consultada sobre o eventual recurso a meios extraordinários de diagnóstico e eventuais implicações, tanto no tratamento terapêutico como económicas, respeitando as suas legítimas opções.

Claro que o conceito de meios ordinários e extraordinários é relativo e polémico porque depende muito dos tempos, locais, tradição e situação das Instituições de saúde.

- c) É igualmente acordado, implicitamente pelo menos, que a Equipa de saúde fará o que for possível e justo pela cura, recuperação e reintegração do utente, o mais rapidamente possível, na respectiva família e na Sociedade. Deve aliviar o sofrimento, respeitando a legítima vontade, mantendo a pessoa ao corrente dos acontecimentos que lhe dizem respeito.
- d) Supõe-se que tudo se fará para activar, prolongar e valorizar a vida consciente. E enquanto for previsível, provável e sensato a recuperação da consciência e da liberdade, devem aplicar-se os meios adequados e disponíveis. E para tudo tendo em conta a discricção e o sigilo profissional.
- e) Nas situações em que haja que recorrer a intervenções cirúrgicas com meios extraordinários ou desproporcionados, há que ponderar a questão com o máximo de objectividade, mas não deixando de aplicar terapias pouco económicas, medindo os riscos e as probabilidades, em ambientes dominados pelo consumismo e egoísmo.

Alguns critérios a ter em conta serão:

- * A fundada esperança de razoável recuperação;
 - * Avaliar as previsíveis limitações físicas ou psíquicas e a eventual capacidade de a pessoa doente as assumir;
 - * Ponderar o significado da intervenção em termos de sofrimento físico e moral;
 - * Por que preço para a Pessoa, a Família ou a comunidade, avaliando a situação económica e a validade proporcional da intervenção.
- f) Relativamente aos recém-nascidos com graves deficiências, independentemente da vontade expressa dos respectivos Pais, há que ter consciência de que:
- * Todos são seres humanos, especialmente frágeis e merecem por isso mesmo especial cuidado;

- * A todos se devem aplicar os cuidados e tratamentos julgados normais e necessários;
- * Casos de anacéfalos e outras deficiências irrecuperáveis, sem capacidade de relação humana, devem ser assistidos com os meios normais disponíveis. Não podendo resistir, aceitar o desenlace do processo normal, sem lhes provocar directamente a morte.

5. Questões postas por situações terminais ou sem adequada solução terapêutica

Diante de situações «sem saída» por meio de soluções terapêuticas, surgirão tentações de opções melindrosas, desumanas e eticamente reprováveis. Entre outras enunciaremos:

- a) *Objectivação da dor*, respectiva causa, como actuar e com que meios. Tudo isto desligado da relação atenta à globalidade da Pessoa que sofre e se sente anónima, perdida, só. Mas a atitude correcta da parte dos técnicos e Familiares, será tornar-se próximo, numa atitude *atenta, discreta e empática* para perceber o que vai no seu íntimo e o que precisa de exprimir: os temores, ansiedade e angústias que frequentemente habitam os utentes e que nem os ousam exprimir. É essencial não fugir, nem fingir, mas proporcionar uma presença e comunicação adequadas.
- b) *As comunicações técnicas* por vezes tornam-se tão rotineiras e habituais, que nem nos damos conta de que não atingimos o mundo real dos utentes. Raciona-se em termos de evolução ou regressão, sem ter em conta algo tão importante como o sexo, a idade, o estatuto e a profissão desta pessoa que tem uma história, um nome e, eventualmente, tem o íntimo povoado de dúvidas e medos. Sem dureza, sem covardia, nem evasão, a pessoa doente tem natural direito à *verdade possível e a tempo*. A informação que seja capaz de assimilar, evita a angústia, a imaginação febril e a conjectura infundada.
- c) *A insegurança e a revolta*, dependente da massificação, do anonimato, porque «despida» de tudo que era sua segurança, deverá ser vencida pela presença atenta dos que têm como profissão servir o utente como e quando ele precisa, sem impor, mas propondo com simplicidade processos de integração no meio hospitalar.

O relacionamento simples, a escuta atenta, a presença com comunicação verbal gestual ou apenas contacto físico, são uma ajuda apreciada, provocadora de confiança.

6. *A eutanásia*

Mais cedo ou mais tarde, a questão põe-se em termos práticos, ainda que sem fazer apelo a esta terminologia. Que pensar e como actuar nessas circunstâncias?

- a) A palavra é composta de *eu* = boa, e *thanatos* = morte, que significa morte sem dor, sem angústia, mas um passamento suave. Era a proposta dos estóicos. O sábio Séneca escreveu que «*tota vita descendum est mori*» — toda a vida é uma aprendizagem para morrer. E Sócratas é apresentado como o modelo de alguém em que a vida é coroada com uma morte corajosa e exemplar.

Depois de Bacon e Tomás Moro, o termo passou a significar algo diferente: como pôr termo à vida doutrem, suavemente. Em princípio para situações de doença irreversível, em estados terminais é apresentada como atitude humanitária, enquanto evita que o enfermo sofra e que a sociedade dispenda dinheiro. Depois passou a incluir também os incuráveis, disformes, inaptos para se auto-bastarem, etc.

- b) A primeira hipótese será relativamente às pessoas que pedem para serem mortas. K. Ross e Sporken, estudiosos destas situações dos doentes que passando pelas fases de negação, ira, negociação, depressão e aceitação, provocadas pela dor moral, concluem que, em geral, são pessoas que sofrem de *solidão, desamparo e desespero*. Por esse estratégia, o apelo que fazem ao pessoal de saúde, indirectamente, é de pedirem atenção, apoio e calor humano. Mesmo no caso de o fazerem em verdadeira liberdade, a *vida humana é indisponível e ninguém pode eticamente aceitar a transferência de direito sobre a vida humana e muito menos de outrém*.

O executor da indevida vontade do candidato a defunto, torna-se cooperante num acontecimento intrinsecamente mau. E a gravidade depende, avalia-se pelo tipo de cooperação: se é formal, aceitando a ideia e provocando, consumando os factos, é uma explícita forma de homicídio. Caso seja apenas um executor material, por eventuais imposições ou motivações estranhas à sua vontade, casualmente haveria diminuição da responsabilidade no crime em que colaborou, pelo menos, materialmente.

- c) A morte provocada de forma coativa, contra a vontade da pessoa doente, ou aproveitando o facto de estar inconsciente, eventualmente desconhecendo a sua vontade, é uma covarde e ignóbil atitude de decidir aplicar a pena de morte a um inocente que fez confiança nos promotores da Saúde e defensores da Vida. A eutanásia positiva ou directa, implica intenção de matar, seguida duma acção ou omissão que provoca a morte. A previsão e o nexa entre a causa posta e o efeito conseguido, quaisquer que sejam as motivações, é uma atitude homicida, objectivamente imoral e criminosa.
- d) *Acção com duplo efeito*, ou seja, uma acção que tem dois efeitos: um positivo, bom, que legitimamente se pretende conseguir por meios moralmente aceitáveis, e outro mau, que se sofre, mas que ultrapassa a nossa capacidade de domínio da situação.

Depara-se com situações melindrosas que exigem a ponderada avaliação dos riscos a correr. Na opção de riscos medidos, a decisão é menos segura que nas opções com certeza. Mas é suficiente para tomar as necessárias decisões, mesmo importantes.

Trata-se pois da prudente administração de fármacos, de narcóticos, neoplasias terminais, graves acidentados cerebrais, etc.

Desde que a intenção real seja aliviar as dores, o que é um efeito bom e, eventualmente, abrevie a vida, desde que seja o meio julgado medicamente adequado e em doses prudencialmente avaliadas, é moralmente legítimo, e por vezes necessário, a administração dos narcóticos julgados oportunos.

Se a medicação não só baixa a dor, como faz perder a consciência pessoal, é preciso que haja uma razão, um motivo gravemente proporcionado. E seria incorrecto dar-lhe um analgésico para o impedir de tomar consciência da verdade do seu estado. É que toda a pessoa tem direito à verdade possível. E o

último acontecimento da vida é suficientemente importante para não ser iludido, «roubado» à pessoa em crise existencial.

Prolongar a vida consciente e livre, é um dever de todos; prolongar o sofrimento insignificante, não faz sentido, é uma inútil desumanidade. Caso um doente lúcido exprima a vontade de não querer tomar os medicamentos ou mesmo recuse determinado tratamento ou intervenção cirúrgica, desde que entenda as consequências da má opção, deve ser respeitada, quaisquer que sejam as consequências.

7. *A distanásia* significa afastar a morte, prolongar ao máximo e por qualquer meio a vida. A encarnizada e desesperada luta pelo prolongamento da vida, por vezes toma forma insensatas e desumanas. Os grandes progressos conseguidos nos domínios da cirurgia e das técnicas de reanimação podem ser úteis mas prestam-se a abusos quando usados sem critérios de verdadeira humanidade. Por isso, há que com verdade e humildade aceitar os limites e os fracassos.

- a) *Salvar a pessoa* «salvável» deve significar aplicar-se com justeza de critérios às situações a enfrentar. E entre os princípios a ter em conta, notar que:

- * O pessoal sanitário está ao serviço de pessoas vivas. E vida humana não coincide, embora a inclua, com vida biológica. E esta pode continuar para além da morte da pessoa;
- * O respeito activo e a aplicação competente na promoção da Vida e saúde da pessoa, inclui o dever ético de aceitar os limites impostos pela involuntárias degradação irreversível, permitindo sensatamente o encaminhamento para a morte;
- * Desde que seja garantida a morte cerebral, suporte necessário da consciência pessoal, ou após a entrada em coma profundo irreversível, as tentativas de reanimação ou continuação do uso das técnicas de suporte da remanescente vida vegetativa, não teriam sentido, nem seriam benefício para a pessoa em situação terminal.

Somos seres orientados para a morte biológica. É uma evidência que deve ser aceite a nível dos princípios e do agir terapêutico.

Portanto: visto que a vida humana não se identifica nem reduz a vida biológica, mas significa vida total, integral, é esta que deve ser esforçadamente promovida e protegida, lutando pela vida personalizada e responsável.

Após ampla degenerescência cerebral irreversível, ou morte cerebral confirmada, é inútil e injustificável continuar a luta apenas pela sobrevivência provisória e precária da vida vegetativa.

- b) *A reanimação* deve ser encarada tendo em conta os riscos, os convenientes e inconvenientes, avaliando a proporção entre benefícios eventuais e os sofrimentos provocados ou prolongados. O critério último deve ser: que benefícios reais, em termos de vida humana, eventualmente proporcionará ao utente.

Em certas situações, especialmente delicadas e pouco claras, a avaliação poderá ser a do eventual mal menor para o utente. Nesta avaliação, a possível

capacidade de recuperar a consciência, pensamento e liberdade, militam a favor dum sério empenhamento nos processos de reanimação.

Noutros casos será de deixar a natureza *seguir o seu curso*.

- c) A ortotanásia ou morte adequada, deve significar o uso racional dos meios humanos e técnicos para ajudar a pessoa em estado terminal a assumir com dignidade e a possível liberdade, os seus limites e fim do ciclo biológico. Esta atitude por parte dos Profissionais de Saúde e outros intervenientes, exige:

- * Competência científica, sem ideologia;
- * Aplicação técnica oportuna, idêntica para todos os que necessitam de apoio;
- * Responsabilidade e ponderação no uso dos meios de manutenção;
- * Ausência de preconceitos e respeito integral pelo utente, aceitando serenamente os inevitáveis limites da ciência e técnicas terapêuticas. Mas em situação nenhuma a pessoa deverá ser privada da sua morte, quanto possível humana, humanizada.

- d) *Apoio moral e esclarecimento ético*

Para os interessados e disponíveis, há dois aspectos a proporcionar por via testemunhal — a verdade possível e a esperança sugerida. Como a morte é a conclusão da vida biológica, algo irrepêtil e irreversível, na medida do possível deve ser assumida pelo próprio, sem pressões nem manipulações, mas com a fraternidade inteligente e discreta de todos.

Modos de enfrentar a morte:

- * Em certos momentos da História e hoje ainda em determinados meios, morte é encarada com *seriedade*, *serenidade* e certa *solenidade*. O moribundo é rodeado pelos familiares, com a presença do Padre revestido de sobrepeliz, recitando ladainhas e evocando a Senhora da Agonia, evocada ao longo da vida: «agora e na hora da nossa morte».

Nesta perspectiva, Santo Afonso escreveu sobre «A arte de bem morrer», ajudando o doente a partir animado pela Esperança. Este modelo de morte tem grandeza, é um acto familiar, eclesial e social.

- * *A morte clandestina*, o isolamento premeditado e certo secretismo, tanto nos Hospitais como nas Famílias, é resultante duma falsa dessacralização da vida e da morte. Além disso, para a concepção materialista, biologista ou hedonista, a morte rouba todas as ilusões. Daí o invejar o salto no vazio, sem sentir, sem ter consciência do acontecimento. Enquanto no passado recente se rezava para que Deus nos livrasse da morte repentina, esse é agora o modelo apreciado: «que sorte, não sofreu nada, nem se deu conta». É uma nova maneira de conceder a «morte santa».

Aliás esta concepção é preconizada por Mefistófeles ao Fausto, pres-tes a morrer: «passado e nada são exactamente a mesmas coisa». E Goethe mais não faz que retomar o absurdo da felicidade desejada e frustrada do mito de Sísifo ou suplício de Tântalo.

Na antropologia cristã há a perspectiva do «já e do ainda não», como pessoas a caminho da plenitude, mas que já possuem o fundamento de Esperança animadora e caracterizadora da vida.

- e) Sem falsos consolos sociológicos ou culturais, cada pessoa precisa de ser ouvida, acolhida, eventualmente esclarecida, abrindo-a à Verdade, promovendo-a à serenidade e à confiança possíveis, respeitando-a na sua actual posição filosófica e religiosa. Uns serão deístas, outros cristãos, sociológicos ou intermitentes, alguns com prática litúrgica rotineira e outros com Fé esclarecida em Jesus Cristo Salvador, Morto e Ressuscitado, causa da Ressurreição Universal.

Cada pessoa deverá ter o apoio, a assistência religiosa pedida ou sugerida. Todos devem ser respeitados nas suas posições e convicções, como nas perspectivas sobre a eternidade: o que os espera ou quem os espera. Ora será uma imagem terrível, ora fascinante ou ambígua, receio de extinção total, de castigo, de imortalidade dolorosa ou feliz.

O que podemos sugerir a todos os interessados, é que a consciência moral de cada um é a sua regra moral imediata. E Deus não é vampiro, mas Pai universal que a todos ama pessoalmente como a autênticos filhos. E «a vida não acaba, apenas se transforma».

Frei Bernardo Domingues, o. p.