

uma nobilíssima e, em muitos aspectos, expressão mesmo superior da própria fecundidade. Diante do calvário médico encontrado por muitos casais, dos «insucessos» (cuja parte invisível é constituída por embriões que não sobreviveram ou foram eliminados deliberadamente), os sacrifícios a que são submetidos para obter um filho «próprio», o recurso à adopção deve colocar-se como caminho não só mais comum mas mesmo mais cheio de valor para o seu caso.

d. *Dimensão profética.* Em todo o caso, e para além dos juízos que se possam proferir, o próprio facto que tais processos sejam hoje possíveis e que, graças a eles se tenha conseguido obter um êxito reprodutivo que de outro modo parecia impossível, significa que o homem, não obstante não tenha sido ainda capaz de evitar as guerras e de impedir a pena de morte, é ainda capaz de ser promotor da vida: é uma nota de esperança que não deve ser desperdiçada e, para além de toda a consideração moralística, deve ser aproveitada para construir sobre ela o consenso ético dos anos do futuro.

SALVINO LEONE

## A doença terminal como problema bioético

A expressão «doença terminal» é imprópria não só no plano linguístico como também no plano conceptual. Com maior prioridade linguística deve falar-se de doença «em fase terminal», mesmo se este termo em todos os casos continua a ser um adjectivo impróprio («terminal») que se tornou hoje quase uma marca com a qual se designa os doentes próximos da morte, ainda mais agravado de conotações psicológicas da ideia de «termo», isto é, de fim, de acontecimento último, irremediável e inelutável (fatal).

Apesar de tudo, tal adjectivo é menos desagradável do que aquele mais imediato que deveria ser, doente «moribundo» ou «próximo da morte». O tabú linguístico que censura a morte e tudo quanto tenha a ver com ela invadiu também este âmbito pelo que todos, a partir do pessoal de saúde, sentem menos problemático continuar a usar a expressão «doente terminal» por mais imprecisa que possa parecer.

«Por fase ou doença terminal entende-se uma condição patológica cuja presença induz na mente do médico, da família e do próprio doente uma expectativa de morte (a breve prazo) como consequência directa da doença. Por doente terminal entende-se a pessoa que a breve prazo, com muita probabilidade morrerá» (Di Mola, 1993).

O tipo de doença, com a qual mais frequentemente nos confrontamos, falando de doenças terminais, é constituído naturalmente pelos tumores. No entanto existem outras patologias, não menos graves, que incluem uma mais ou menos longa fase terminal. Basta pensar na SIDA, na demência de Alzheimer, nas últimas fases dos ictos cerebrais, nas distrofias musculares. Entre os problemas de assistência que todas, mais ou menos,

comportam a necessidade de alimentação parenteral, o possível aparecimento de escaras, as infecções, a dor (particularmente aguda em algumas neoplasias). Mas juntamente com estes problemas de tipo médico-assistencial, mas não menos importantes, estão os de ordem ética.

## 1. Suprimir o doente para suprimir a doença: Eutanásia

### a. Natureza da Eutanásia

Entre as respostas éticas relativas ao doente terminal, a mais problemática diz respeito à eutanásia, termo ambíguo enquanto pressupõe o plano descritivo (isto é, da raiz grega, o conceito de «boa morte», ev Tanathós) com o plano valorativo (isto é, a supressão piedosa do doente).

Então, antes de mais, procuremos definir exactamente os termos do problema — «Por 'eutanásia' podemos entender *toda a acção ou omissão completa para suprimir a vida de um doente com o fim de lhe evitar sofrimentos físicos ou psíquicos*».

Logo, a eutanásia não consiste só em complementar uma acção directamente finalizada a suprimir um indivíduo mas também em omitir uma acção que poderia salvá-lo. No plano ético, em substância, não existe diferença entre uma morte directa e o fazer deliberadamente com que o indivíduo morra, como não existe diferença, entre o eliminar um homem afogando-o no mar ou deixar que se afogue. Ninguém pode justificar-se dizendo que «não fez nada» para o matar se, voluntariamente, «não fez nada» para o salvar. Mesmo por isto seria necessário abandonar a expressão ambígua de eutanásia activa ou passiva. A «eutanásia passiva» não existe. De facto, ou se configura como omissão terapêutica com o objectivo de provocar a morte (e então eutanásia em sentido pleno sem precisar de ulteriores adjectivos) ou é só recusa de uma obstinação terapêutica numa situação que está irreversivelmente caminhando para a morte (e então não se pode definir eutanásia).

O primeiro dos possíveis «candidatos» à eutanásia é o próprio doente incurável, especialmente se está na fase terminal da sua doença. Também aqui se deve estar atento. Deve-se distinguir entre «terapia» e «cura» (ou dito com mais colorida terminologia inglesa, entre «cure» e «care»). Assim, a primeira indica toda a intervenção directa para a recuperação da saúde total do paciente; por «cura», por outro lado, devemos entender todas as prestações complementares que, mesmo não incidindo de alguma maneira sobre o prolongamento da vida ou do melhoramento do paciente, contribuem para o manter em vida nas condições qualitativamente mais

aceitáveis. Entram pois nas curas ordinárias: a alimentação parenteral, a idoneidade das condições higiénico-ambientais, o purgar as chagas, etc.. Portanto, mesmo se existem doentes que não se restabelecem, não existem doentes incuráveis.

A parte mais importante da definição, todavia, é a última enquanto coloca o acento nas peculiaridades que, diferenciando aparentemente a eutanásia de outras formas de supressão da vida, serviriam para justificar a legalidade ética. Com efeito não se trata da justificação do gesto, da motivação «humanitária» que torna a eutanásia um «homicídio piedoso». É importante sublinhar que os sofrimentos evitados pela eutanásia não são apenas físicos mas também psíquicos. Não é uma evidência irrelevante quando se pensa o modo como tais sofrimentos incidem, no doente terminal. Para além disso, esta parte da definição poderia já individuar um dos grandes equívocos que sustentam a eutanásia: em muitos casos, o sujeito a quem são evitados os sofrimentos físicos e psíquicos não é o doente mas quem o assiste. Na realidade, pois, por detrás da presumida humanidade para com o outro existe só o desejo de pôr um termo a um nosso sofrimento que, em algumas doenças de longa fase terminal, pode ser verdadeiramente extenuante.

### b. Razões de ilegitimidade

Como costuma dizer-se a propósito do aborto, o direito à vida é um direito fundamental mas não absoluto. Isto significa que esse respeito pode ser licitamente subordinado ao respeito de outros valores ou sacrificado ao respeito pela vida dos outros. Mas no caso da eutanásia não existe algum direito ou valor que possa considerar-se superior à vida do indivíduo: nem o alívio do sofrimento do doente nem muito menos dos seus familiares, ainda que legítimo. Se assim não fosse, isto é, se tivéssemos de considerar o valor da vida subordinável ao da ausência do sofrimento, não se vê porque deveremos esperar a doença grave para evitá-la. Muitos sofrimentos da vida são muito mais graves do que o sofrimento do doente terminal e, aplicando o mesmo critério de juízo, isto é, a ausência de sofrimento como valor prioritário em relação à vida, deveremos justificar plenamente o suicídio. Daí resulta que o direito à vida é *irrenunciável*.

Mas existe ainda uma segunda consideração a fazer. A introdução do «princípio» da eutanásia (como, em parte, já aconteceu com o aborto) significa, de facto, fazer depender a vida de um indivíduo da vontade dos outros. Vontade que, no caso em questão, está orientada para um desejo, por si legítimo (a superação do sofrimento) mas que na sua actuação im-

plica uma «decisão» tomada pelos outros, mesmo se em relação com uma motivação positiva. Aceitar este princípio significa introduzir a ideia de que a existência em vida possa depender de condições permissivas. Hoje, é a saúde plena; no passado, a procura da raça pura ou da pertença ideológica. E no futuro? Logo se ninguém pode legitimamente privar o homem da vida (mesmo por razões plausíveis) o direito à vida é *inalienável*.

Uma terceira consideração diz respeito ao corpo médico. Já o juramento de Hipócrates proibia claramente a eutanásia: «nunca subministrarei, movido de cuidadosas insistências de alguém, um fármaco letal nem farei algo deste género». Observamos como é claramente evidente a armadilha da motivação piedosa («movido de cuidadosas insistências de alguém»). À luz destas considerações, podemos dizer que mesmo diante das insistências do doente ou dos seus familiares, o corpo médico não pode participar em processo algum que tenha como fim a eutanásia. Neste sentido, o direito à vida é *inaceitável* isto é não pode ser aceite, simplesmente porque ninguém (doente, médico ou familiares) pode dispor dele.

Uma última consideração. Muitas vezes o corpo médico encontra-se em dificuldade quando o paciente, actualmente em coma, tenha deixado por escrito uma vontade específica (o chamado *living will*). Neste acto ele requer que lhe seja suspensa toda a cura médica se, num estado de inconsciência, esta prolongasse uma existência «privada de sentido», puramente vegetativa. Este problema torna-se cada vez mais importante até pelas implicações relativas a um problema de consentimento. De facto, no que respeita a um objecto do qual não se pode dispor livremente (a própria vida) torna-se por isso mesmo inválido. Logo o direito à vida é *indisponível*. Portanto, podemos dizer em síntese que o direito à vida é:

**Irrenunciável** - não se pode fazer depender de valores que lhe estão subordinados (como a ausência de sofrimento)

**Inalienável** - não se pode fazer depender da vontade dos outros

**Indisponível** - não se pode dispor de uma forma válida com um acto formal que obrigue o seu respeito.

**Irreceptível** - não se pode aceitar a sua renúncia.

## 2. Negar a morte para negar a doença: a obstinação terapêutica

### a. Os tratamentos «inúteis»

No tema da eutanásia é inevitável abordar a obstinação terapêutica, dado que constitui, pelo menos no plano dialéctico, a contraposição mais

imediate. De facto, pensa-se que a recusa de praticar a eutanásia nos doentes terminais constitui de facto uma obstinação terapêutica, isto é, é inútil submeter o doente a remédios que apenas lhe prolongam o sofrimento. Na realidade, nem toda a intervenção que prolongue a existência de um doente terminal se identifica com uma inútil obstinação terapêutica.

Podemos definir isto como a insistência no recurso a defesas médico-cirúrgicas não incidentes em medida significativa sobre o natural e irreversível percurso da doença nem sobre uma melhor qualidade de vida do paciente. Ainda que um pouco comprida e articulada, a definição que propomos delimita bastante bem o âmbito da obstinação terapêutica e sobretudo evita extensões indevidas a actos que certamente não constituem «obstinação» mas apenas curas ordinárias. O conceito essencial, como se vê, é a absoluta desproporção entre o meio usado e o objectivo que se quer alcançar (não é por acaso que os anglo-saxões, mesmo com uma certa extensão do conceito, lhe chamam *futility*). Por um lado, está a insistência em usar recursos seja médicos seja cirúrgicos, por outro, está a inutilidade de tais medidas seja no percurso natural da doença como somente na melhoria de qualidade dos últimos instantes da vida. Em substância, a recusa do afinco terapêutico não significa «abandono» do doente terminal ou em coma, mas significa recusa de prolongar demasiado e com meios exagerados a agonia, uma recusa de atormentar o paciente com meios que não incidem significativamente no seu bem-estar mínimo e aceitável, uma recusa de praticar terapias ousadas com probabilidades mínimas de sucesso.

Certamente nem sempre é fácil discriminar se, naquela dada e específica situação, o não querer praticar uma determinada terapia constitua uma legítima e, em certos aspectos, obrigatória recusa de obstinação terapêutica ou uma forma velada de eutanásia. A decisão última depende da consciência do corpo médico, iluminada de uma forma adequada pelos critérios gerais de discernimento ético, de modo particular aquele relativo à proporcionalidade das curas.

### b. Os Tratamentos desproporcionados

A chave de toda esta problemática e a resposta autenticamente humana ao problema da «boa morte» e da recusa legítima de processos que servem só para prolongar a agonia encontra-se no conceito de proporcionalidade das curas.

Tais termos repropõem, numa chave mais moderna, a distinção que uns tempos atrás era feita entre meios «ordinários» e «extraordinários» na

qual se afirma que a obrigação de defesa da vida e da saúde diz respeito só a meios «ordinários». O conceito de «ordinário», todavia, era passível de uma crítica fundamental inerente à sua mutabilidade. De facto, aquilo que era ordinário para uma pessoa ou situação, podia não o ser para outra. Mais adequado parecia o termo «proporcionado» que estabelecia uma relação (não definida em absoluto mas avaliada de cada vez) entre a situação clínica e os meios disponíveis. Hoje portanto podemos afirmar como critério ético geral que *cada um é obrigado a utilizar meios proporcionados à sua situação particular*, podendo deixar de lado, com serenidade de consciência, aqueles que aparecem desproporcionados. Por outro lado esta distinção foi sempre sustentada também pela tradição moral-teológica da Igreja Católica: «...é também permitido, com o consenso do paciente, proceder à suspensão destes meios, quando os resultados não oferecem expectativas válidas (...) (Os médicos) podem também avaliar se as técnicas utilizadas impõem ao doente dores e sofrimentos desproporcionados e os benefícios que podem tirar destas técnicas» (Congregação da Doutrina da Fé, Declaração sobre a Eutanásia, 26 de Junho de 1980).

O recurso a tal distinção, todavia, não significa que a consciência do doente e do médico possam decidir todas as vezes, na base de uma pura «sensação» ou «percepção» da proporcionalidade. Ocorre fazer referência a dois critérios objectivos, ainda que a sua validade ou não e a possível incidência na decisão do paciente dependam da competência exclusiva da sua consciência: compete ao médico guiá-la e orientá-la de modo adequado. Portanto, quando é que um meio pode considerar-se desproporcionado e permitir uma possível recusa da terapia? Cronin (1954) analisou, a este respeito, o pensamento de mais de cinquenta moralistas católicos, num arco de cerca de quatro séculos, evidenciando os seguintes pontos comuns, cuja presença permite definir «desproporcionado» um tratamento podendo assim recusá-lo licitamente.

*Agravamento da saúde.* Quando se diz que um tratamento médico deve incidir positivamente no bem estar do indivíduo não entendemos, obviamente, a «certeza» da cura ou da melhoria da saúde. É suficiente uma probabilidade estatística neste sentido. Mas, o que devemos entender exactamente por «saúde»? Como é conhecido a definição da OMS fala de «completo bem-estar físico, psíquico e social» (alguém acrescenta também «espiritual»). Trata-se de uma definição puramente descritiva, não «normativa». Se queremos curar o doente só em vista do seu «bem-estar», toda

a intervenção que resulte no prolongamento da vida com um leve dano em algumas funções não seria plenamente justificada. O erro de fundo é a má compreensão da definição da OMS cujo significado diz respeito ao completo estado de saúde e não à expressão de cada uma das suas componentes (quero dizer que não devemos considerar a saúde como resultado de balanço ou de mistura entre estas componentes). Assim, um sujeito com alguma deficiência pode estar psicologicamente equilibrado e espiritualmente feliz e ter globalmente uma «boa saúde». Portanto devemos considerar uma cura desproporcionada só quando a saúde completa do doente piorou, como consequência de uma determinada cura.

*Grande esforço ou meios excessivamente cansativos.* Nem sempre se está disponível para enfrentar um grande sacrifício, sobretudo se o resultado que se pode alcançar é modesto. Enfrentar uma viagem cansativa ou uma intervenção muito perigosa, apenas por mais algumas semanas de vida ou as fadigas duma dura reabilitação para conseguir dar algum passo um pouco mais depressa, talvez já em idade avançada, às vezes, pode ser uma medida sanitária desproporcionada. Em geral, o paciente apercebe-se perfeitamente de tudo isto; são os familiares movidos de um escrúpulo de «não fazer tudo o possível» que o embarcam em viagens penosas da esperança ou o submetem a todo o tipo de pesos terapêuticos. É necessário pois que o corpo médico, sem se substituir à consciência do paciente ou dos seus familiares, oriente as suas escolhas para uma compreensão mais serena das «possibilidades» efectivas e dos deveres consequentes inerentes à situação específica.

*Dor excessiva.* A dor, obviamente, não é só física. Hoje, para além do mais, pode ser suprimida com variados meios terapêuticos. Mais problemática aparece a supressão da dor psicológica que é, muitas vezes, a mais aguda e que nem sempre se é capaz de tratar de uma forma adequada. Evidentemente toda a decisão terapêutica «forte», toda a resposta inválida implica uma quota de dor psicológica. A sua evidência também não é motivo suficiente para recusar a terapia que pode estar na sua origem. Mas quando isto atinge certos níveis que transformam o benefício terapêutico num verdadeiro «dano» para a existência do paciente, então mesmo a dor deverá entrar no balanço relativo à proporcionalidade dos tratamentos.

*Custos excessivos.* Também este critério deve ser entendido de uma forma correcta. Sabemos bem que na saúde nem tudo é «gratuito», e em

muitos países não existe um Serviço Nacional de Saúde que se responsabilize pelas despesas médicas. E mesmo nos outros existem algumas intervenções médicas (sobretudo as de vanguarda) cujos custos são ainda muito elevados e não inteiramente cobertos pela assistência pública. Diante de tal dificuldade, de modo particular quando a assistência diz respeito às crianças, ninguém fica para trás: fazem-se colectas, subscrições públicas, apelos. Evidentemente tudo isto é bom, é o resultado de um afecto autêntico e heróico desprezado levemente. Só se pode suspender esse esforço quando o recurso a tais intervenções não é materialmente possível ou quando para as fazer se criaria uma tal situação de indignância (pensamos nos deveres para com outros familiares) ou, pior, poder-se-ia ser induzidos em actividades ilícitas.

*Meios sofisticados.* A medicina moderna oferece recursos não só terapêuticos mas também instrumentais cada vez mais sofisticadas. Mas nem sempre estão à disposição de todos, não só economicamente. Também neste caso não é necessário sentir-se moralmente obrigados a fazer tudo para poder usufruir de todos estes meios sobretudo se o benefício que se espera é não comparável com as dificuldades que implica. Tais dificuldades poderiam ser o número reduzido de aparelhos num dado território, dificuldades em encontrar operadores qualificados, a alta taxa de insucesso da metodologia, a excessiva averiguação do benefício esperado, etc.

### 3. Dignidade e humanização da morte

A proporcionalidade dos tratamentos, antes discutida, é no entanto apenas uma das respostas alternativas ao problema da eutanásia e do afinco terapêutico na doença terminal. A sua verdadeira solução, consiste provavelmente numa cultura diversa que nos leve a descobrir o sentido de viver e de morrer, que torne a morte «digna» do homem e que nos capacite «acompanhar» o moribundo a tal acontecimento último.

É necessário redescobrir, também no nosso tempo, a atenção ao momento e o significado da morte. O seu evento não pode colher-nos de surpresa. Talvez hoje possamos sorrir diante dos textos ascéticos dos séculos passados como a *Preparação para a morte* de S. Afonso de Ligório mas não nos deveria escapar o sentido mais profundo de tais atitudes. Toda a vida deveria ser uma longa preparação para a morte. Como diz uma frase atribuída a Leonardo da Vinci «como um dia bem passado está na origem de dormir, assim uma vida bem vivida precede um bem morrer». Não

se pode compreender a morte se a vida não é compreendida. Como na morte o homem, pelo menos em termos terrenos, já não existe, logo é necessário que *tenha existido*. Por outro lado, porque detrás do pedido da eutanásia por parte de um doente não existe muitas vezes um pedido de morte mas um pedido de sentido. A verdadeira vida privada de valor não é a do doente terminal mas a do homem que não soube dar valor, isto é sentido, à própria existência.

#### a. A dignidade da morte

Um dos critérios fundamentais sobre o qual se baseia a recusa da obstinação terapêutica e, muitas vezes, também a eutanásia, é o direito a morrer com dignidade. O respeito pela vida humana exige que esta não possa ser constrangida pelo «poder» de um recurso instrumental quando chega irreversivelmente ao seu termo: o seu fim não deve transformar-se num inútil artifício técnico. A corporeidade humana deve ser assistida, cuidada, ajudada se é o caso mas não diluída com próteses na funcionalidade mecânica de mil apetrechos. A dignidade do ser humano requer este respeito extremo. Que sentido tem encher uma pessoa de fármacos certamente inúteis (quantos massacres de quimioterapias antitumorais) quando esta se aproxima inevitavelmente e irreversivelmente do fim da sua existência? Que sentido dar aos extenuantes flebos cheios de um cocktail farmacológico com os quais se atormentam os idosos já próximos do fim? Qual é o objectivo ao fazer experimentar outra dor (mesmo uma simples injeção), causar vômitos, diarreia ou outros efeitos colaterais com uma presumida «terapia» que não terá qualquer efeito?

Se existe um «direito à morte» (contraposto ao «direito à vida») é um direito a uma morte com dignidade, «humana», isto é, digna do homem e da sua vida. Não um redutivo «poder de vida ou de morte» mas um serviço à vida desde o seu início até ao seu fim natural.

Tudo isto requer uma informação adequada e uma compreensão serena por parte dos familiares para além do corpo médico. Nas situações que se recorre a práticas de obstinação terapêutica a um doente terminal, muitas vezes são identificadas motivações que nada têm a ver com o autêntico significado da terapia: desejo de sentir a consciência tranquila por ter feito «tudo o possível» até ao fim; respeito para com os hipotéticos indícios de consciência que o paciente possa ter e que o levariam a sentir-se «abandonado», imperativos afectivos para compensar tudo o que não se tenha feito por quem agora o assiste, etc.

É necessário que seja bem claro, em substância, a diferença profunda que existe entre a omissão terapêutica que causa, por sua natureza, a morte (e que representa uma forma de eutanásia) e a simples abstenção que não incide significativamente no percurso natural da doença (e que é apenas a recusa de afincos terapêuticos): *a obrigação moral do corpo médico é de conservar a vida, não de prolongar a agonia.*

Por outro lado, também o pensamento católico mostra grande equilíbrio e abertura a este respeito. A propósito da questão extremamente concreta acerca da legitimidade de suspender os meios que sustentam artificialmente a vida de um indivíduo, a Declaração da Congregação da Doutrina da Fé exprime-se deste modo sobre a eutanásia:

*«Na iminência de uma morte inevitável, não obstante os meios utilizados, é lícito tomar a decisão de renunciar a tratamentos que pretendam apenas um prolongamento precário e penoso da vida, sem todavia interromper os curativos normais devidos ao doente em «casos» semelhantes. Tal decisão, de facto, não equivale à eutanásia mas «significa mais ou uma simples aceitação da condição humana, ou o desejo de evitar colocar em acto um dispositivo médico desproporcionado aos resultados que se poderiam esperar, ou mesmo a vontade de não impor custos demasiado graves à família e à colectividade».*

#### b. Os tratamentos paliativos

A função «paliativa» da assistência perde-se na memória dos tempos. Podemos dizer que todas as vezes que uma pessoa se encarregou do percurso «terminal» de uma outra pessoa, dando-lhe suporte, ajudando-a, confortando-a, implicitamente faz um tratamento paliativo.

Tais cuidados podem ser definidos como «tratamentos totais oferecidos ao paciente a partir do momento em que a doença não responde à terapia. Têm em conta a vida e a morte como um processo natural, não querem apressá-la nem antecipá-la, provêm ao alívio da dor e dos outros sintomas, integram os aspectos psicológicos e sociais no cuidado pelo paciente, oferecem um sistema de ajuda contínua ao doente até ao último instante da vida e um suporte à família para enfrentar a doença e o luto» (Ventafridda, 1994).

Infelizmente o vocábulo que, mesmo sendo de origem latina, nos aparece agora mudado através do mundo anglo-saxão (*palliative care*), é um pouco infeliz na nossa língua, enquanto «paliativo» indica aquilo que não é resolvido, um remédio de segunda escolha para colocar em acto quan-

do não existe uma terapia eficaz. Assim transferindo o conceito para o âmbito da doença terminal, a ideia de tratamento «paliativo» evoca imediatamente um tratamento que se aplica quando não há mais nada a fazer, ou mesmo para não dar ao doente a ilusão de um abandono terapêutico, mais como uma complacência que como uma real assistência. Na realidade, o tratamento paliativo é exactamente *aquele que se tem a fazer para aquele doente*. Não será certamente a cura, porque esta é impossível, mas uma série de medidas (mesmo às vezes tecnicamente comprometedoras) para garantir uma boa qualidade da vida no tempo que existe.

Por outro lado, o termo paliativo, se bem entendido na sua origem etimológica exacta, apresenta-se particularmente rico. De facto vem de *pallium* que era o manto de lã usada pelos pastores (e que mesmo hoje é entregue, como «sagrado pálio», na cerimónia da consagração episcopal). O ser paliativo, portanto, exige um remédio particularmente útil e eficaz para proteger e defender a pessoa de uma adversidade ambiental como o frio e, em sentido metafórico para a «cobrir» contra a agressividade da doença.

#### c. Acompanhamento da morte

Provavelmente é o verdadeiro problema ético da doença terminal.

De facto não é fácil «acompanhar no momento da morte», sustentar o moribundo nos seus medos, no seu desânimo, na sua tristeza. Até porque todas as vezes que nos confrontamos com a morte «dos outros» censuramos a ideia e o confronto com a nossa própria morte. Ao moribundo, nós não devemos limitar-nos a dizer: «não penses nestas coisas». Pelo contrário, deve pensar-se, olhar em frente o evento, quase «conversar» com a morte, como acontece na grande metáfora que Bergman nos propõe no «Sétimo selo». E como nos recorda Montaigne, jogando com a ambiguidade do termo francês *sage-femme* (que significa parteira): «Se é necessário uma mulher sábia para ajudar o homem a entrar no mundo, é preciso uma pessoa ainda mais sábia para o ajudar a sair desse mundo».

A este respeito, quero propor uma leitura particular de um antigo exercício de piedade cristã que é a Via Sacra cujo significado emblemático transcende a dimensão ascético-devocional e pode ser compreendido também num perfeito horizonte de laicidade. É de facto a metáfora de um grande «acompanhamento para a morte» para um sujeito que chegou à fase terminal da sua existência.

Nessa encontramos todo o universo emocional variado que acompanha o processo de morrer: desde a fuga das pessoas queridas (lemos o

abandono dos apóstolos ao actual abandono dos familiares e amigos) à presença insuspeita de pessoas tidas como fortes (como, na cultura do tempo, as mulheres).

Ao lado do moribundo, quando todos fogem, fica um pequeno grupo de pessoas. São eles que o ajudam a não ficar «só» a ver nos olhos um rosto amigo que lhe oferece um gesto de afecto como última memória da vida que o está a deixar.

O acontecimento «morte», por outro lado, «obriga» muitas vezes a ajudar o moribundo, pelo menos porque está inserido no núcleo familiar a que pertence e que é surpreendido pela doença mortal, sendo retirados, como o homem de Cirene, do nosso quotidiano.

Mas se de um lado se é constrangido, do outro lado estará sempre quem voluntariamente se oferece a recolher as lágrimas do moribundo e, como aquela mulher a quem um apócrifo deu o nome de Verónica (na realidade «verdadeira imagem» - verdadeira ícone), volta a casa trazendo em si alguma coisa da pessoa que queira consolar.

Até por detrás da partilha das vestes por parte dos soldados, podemos ler o recolher, no sentido mais alto e mais nobre, a herança de quem morre. O que fica é de quem fica. Não só uma túnica ou uma veste, mas também e sobretudo uma memória.

Enfim quando tudo parece acabar, emerge a determinação de quem tem a coragem de tirar da cruz. O seu gesto deveria ser a expressão simbólica do empenho a tirar os pregos da morte, não sempre factível no plano material, mas sempre possível no plano psicológico e humano. Livramo-nos de uma morte que aparece como inevitável e espectro absurdo, dando-lhe um sentido, sabendo olhar «além».

Toda a ética da humanização da doença terminal pode resumir-se neste esforço.

SALVINO LEONE

## Bioética e Biodireito

«Não somos dos que pensam que as palavras prejudicam a acção. Pensamos, ao contrário, que é perigoso passar aos actos antes que a discussão faça luz sobre o que há a fazer».

PÉRICLES

Haverá poucos domínios a que se aplique tão bem — e ao mesmo tempo tão cruamente — este axioma de Péricles. Por duas razões centrais: pela complexidade do que está em causa com os avanços tecnológicos em matéria de ciências da vida, por um lado; mas também porque esses avanços podem contender com o que é fundamental: o indivíduo, a família, a saúde, a vida privada, os direitos do homem e a dignidade humana.

Acresce que há quem sustente que os debates em torno das questões da bioética e do biodireito se situam num tempo de uma tríplice crise: a crise da democracia, a crise dos valores e a crise da ética. Independentemente do bem fundado (ou não) deste pensamento, mas pelo simples facto do problema se pôr, há que encontrar um ponto de partida. Penso que ele só poderá ser encontrado a partir da ideia de dignidade humana e a partir da sua formatação como fundamento de toda a filosofia e de todo o direito dos direitos do homem.

Ela é, pois, o meu ponto de partida.

Para lançar, no tempo de que disponho, quatro questões — que penso centrais nestas nossas dúvidas, à luz de uma concepção europeia de valores que entronca no Conselho da Europa e se irradia para os seus Estados membros.

A 1ª questão é a de saber se é ou não possível estabelecer **consensos** em torno da ética na matéria das ciências da vida. Ao contrário do que se poderia pensar, parece possível o estabelecimento de consensos, ao menos em torno de questões essenciais, como o demonstrou um vasto estudo