

Portugal: Discutir a eutanásia «não é legítimo num país onde as pessoas morrem muito mal» – Ana Sofia Carvalho

Diretora do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa diz que é preciso voltar a centrar os cuidados de saúde na pessoa, não na doença

A diretora do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa diz que as iniciativas em curso no Parlamento sobre a eutanásia são “inoportunas” e não tocam aquilo que neste momento “realmente importa debater”.

Em entrevista hoje à Agência ECCLESIA, Ana Sofia Carvalho realça que a discussão acerca da eutanásia só poderá fazer sentido quando estiver resolvida no país a forma como as pessoas hoje “vivem os seus últimos dias de vida”.

E o que acontece, de acordo com a investigação e as atividades formativas levadas a cabo pelo Instituto de Bioética, “é que neste momento as pessoas morrem muito mal em Portugal”, aponta aquela responsável.

Para Ana Sofia Carvalho, que faz parte também do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, “não é legítimo um país que não consegue tratar as pessoas de forma digna em fim de vida considerar a opção de as matar, ou deixar que elas peçam a morte”.

O que importa é salvaguardar antes de mais “um conjunto de medidas que passam por mais e melhores cuidados paliativos” e sobretudo por “recentrar os cuidados de saúde nas pessoas, e não na doença das pessoas”.

Aquela responsável lembra que “os cuidados paliativos têm três dimensões: o controlo sintomático, uma parte mais técnica, e outras duas vertentes essencialmente ligadas à comunicação, à forma de lidar com a pessoa doente de forma ética”.

E neste campo, “qualquer profissional tem de estar habilitado a fazê-lo”, frisa Ana Sofia Carvalho.

Embora reconheça que, devido à atual conjuntura económica do país, e do próprio sistema nacional de Saúde, o ideal de “cuidados paliativos para todos” possa ser ainda uma “utopia”, a diretora do Instituto de Bioética da UCP reforça que as dificuldades não podem servir de desculpa.

E deixa um apelo para que nem “os profissionais de saúde” nem “o Estado” se “demitam” das suas responsabilidades.

No Parlamento estão neste momento em análise duas propostas de partidos, relacionadas com a eutanásia.

Uma do Bloco de Esquerda que pretende legalizar as duas formas de morte assistida: a eutanásia e o suicídio assistido, com a condição de que “o pedido de antecipação da morte corresponda a uma vontade livre, séria e esclarecida de pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e em sofrimento duradouro e insuportável”.

A outra partiu do partido Pessoas-Animais-Natureza (PAN) e também é a favor da despenalização da morte medicamente assistida.

Quanto aos restantes partidos com assento na Assembleia da República, o Partido Socialista já deu a entender que poderá apresentar uma iniciativa própria ou apoiar uma das já existentes; o Partido Social Democrata apontou para a liberdade de voto e o Partido Popular manifestou-se contra o projeto de despenalização.

O único que ainda não assumiu posição definida é o Partido Comunista.

Na sua abordagem a esta questão, a diretora do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa sustentou ainda a importância de esclarecer os conceitos que estão a ser utilizados, como a morte medicamente assistida, “a confusão entre matar e deixar morrer”.

“Tudo aquilo que implica retirar diálise a pessoas que estão em fim de vida, evitar práticas invasivas, não reanimar pessoas que estão numa fase final de vida, não é eutanásia e é uma boa prática médica, porque não se pode nunca pensar que se vai resolver o problema da morte. Isto é completamente diferente de termos alguém que conscientemente e estando capaz pede para ser morto e depois outra pessoa executa essa ação”, complementa Ana Sofia Carvalho.

Fonte: Agência Ecclesia – em 09/02/2018

Portugal: Debate sobre a eutanásia «não está cimentado na sociedade» – Graça Franco

Diretora da informação da Renascença considera um excesso de ideologia em torno da questão

A diretora de Informação da Rádio Renascença, Graça Franco, defende que o debate sobre a eutanásia é “transversal”, “de crentes e não crentes”, mas “não está cimentado na sociedade portuguesa”.

“Não estamos a falar de quem acredita em Deus, é de crentes e não crentes, do valor da vida e se vamos achando que as vidas que têm direito a ser vividas são aquelas que são produtivas, que estão na sua plenitude e vai levar-nos a uma situação que há vidas que não podem ser vividas”, desenvolveu a jornalista.

Na análise à atualidade, no programa ECCLESIA na RTP2, Graça Franco considera que existe um excesso de ideologia e afirma que não se pode pensar que se gasta, por exemplo, “milhões às pessoas” nos impostos.

“É a consagração que há vidas descartáveis”, frisa, observando que é mais fácil investir na eutanásia do que em cuidados continuados.

Para a diretora de Informação da Rádio Renascença uma prova que o debate sobre a eutanásia “não está cimentado na sociedade portuguesa” foi a ausência do tema nas últimas eleições.

“No fundo estava totalmente arredado, embora o Bloco de Esquerda (BE) já antes tinha noutros programas eleitorais mas estrategicamente retirou nas últimas”, observou.

Neste contexto, recordou que recentemente numas jornadas do BE o antigo diretor geral da Saúde de Portugal, Francisco George, defendeu a aprovação da Lei da Eutanásia pelo “interesse público” porque no final da vida “há abusos médicos”.

“O prolongamento da vida para além do que é razoável, de uma análise benefício para o doente, custo económico da manutenção da vida, é má prática médica”, acrescentou, realçando que “a vida não pode ser prolongada a um moribundo” para além de todos os limites, “sem esperança de cura artificialmente e com prejuízos para o doente”.

Segundo a comentadora, a esta situação chama-se “distanásia”, ou seja, um prolongamento artificial da vida que “não leva a lado nenhum” e é “má prática médica”, com “custos para o erário público” se for tratado no Serviço Nacional de Saúde e “exploração do doente e famílias se for no privado”.

“Se alguém testemunha estes casos tem de denunciar e não precisa de nenhuma lei, precisa de bom senso”, referiu.

Para a diretora de Informação da Rádio Renascença, Graça Franco, aceitar a morte é o que se tem “de mais natural na vida” porque vai existir um momento em que todos têm o direito de dizer “agora quero morrer em paz”.

Fonte: Agência Ecclesia – em 09/02/2018

Eutanásia: «Não pode justificar-se a morte de uma pessoa com o consentimento desta»

Documentos da Conferência Episcopal Portuguesa, de março de 2016, expressam a opinião da Igreja Católica para um debate em curso na sociedade nos últimos anos

A Conferência Episcopal Portuguesa afirmou a sua opinião sobre a proposta de legalização da eutanásia no documento ‘Eutanásia: o que está em causa? Contributos para um diálogo sereno e humanizador’, e que juntou 26 perguntas e respostas em debate.

Publicada em março de 2016 o documento da Conferência Episcopal Portuguesa (CEP) rejeita soluções que coloquem em causa a “inviolabilidade” da vida.

“Não pode justificar-se a morte de uma pessoa com o consentimento desta. O homicídio não deixa de ser homicídio por ser consentido pela vítima: a inviolabilidade da vida humana não cessa com o consentimento do seu titular”, refere o texto do Conselho Permanente da CEP.

O episcopado português divulgou também na ocasião um conjunto de perguntas e respostas a respeito do fim da vida em que afirmam o “absurdo” de um “direito” a morrer.

“É absurdo falar em ‘direito à morte’, como seria absurdo falar em ‘direito à doença’, porque o direito tem sempre por objeto um bem (à vida, à saúde, à liberdade) na perspetiva da realização humana pessoal, e a morte não é nunca, em si mesma, um bem, pois todos os bens terrenos pressupõem a vida, e nunca a morte”, refere o documento.

O texto propõe uma distinção de conceitos, a começar pela definição de eutanásia como “uma ação ou omissão que, por sua natureza e nas intenções, provoca a morte com o objetivo de eliminar o sofrimento”.

Suicídio assistido, morte assistida, obstinação terapêutica ou distanásia são questões explicadas em forma de pergunta e resposta.

“Quer a eutanásia, quer a obstinação terapêutica, desrespeitam o momento natural da morte: a primeira antecipa esse momento, a segunda prolonga-o de forma artificialmente inútil e penosa”, pode ler-se.

O documento considera “legítimo” reclamar a “humanização do fim da vida”, oferecendo à pessoa os cuidados de que necessita.

O documento recorda, por outro lado, que as legislações holandesa e belga permitem a eutanásia de crianças com o consentimento dos pais, questionando se é possível falar, nestes casos, numa “eutanásia voluntária”.

“A eutanásia e o suicídio não representam um exercício de liberdade, mas a supressão da própria raiz da liberdade”, acrescenta.

Para os bispos católicos, a dignidade da vida humana não depende de “circunstâncias externas e nunca se perde”.

“A eutanásia e o suicídio assistido são uma forma fácil e ilusória de enfrentar o sofrimento, o qual só se enfrenta verdadeiramente através dos cuidados paliativos e do amor concreto para com quem sofre”, sustentam.

A CEP rejeita ainda a ideia de que a legalização da eutanásia e do suicídio assistido sejam um “progresso civilizacional”, considerando que se trata antes de “um retrocesso

Nesse sentido, acrescenta-se que a experiência dos Estados que legalizaram a eutanásia revela que “não é possível restringir essa legalização a situações raras e excecionais”.

Os bispos católicos sublinham a importância dos cuidados paliativos e dedicam uma parte do texto ao tema da “sedação paliativa”, que “não deve nunca servir para abreviar a vida do doente”.

“As necessidades dos doentes em fim de vida e terminais assentam essencialmente no alívio do sofrimento físico e psíquico, prestado por uma equipa devidamente capacitada, no apoio espiritual e no suporte afetivo através da família e amigos”, precisam.

Fonte: Agência Ecclesia, em 09/02/2018

«Eutanásia: o que está em causa? Contributos para um diálogo sereno e humanizador»

Nota Pastoral do Conselho Permanente da Conferência Episcopal Portuguesa (março de 2016)

1. As questões ligadas à legalização da eutanásia e do suicídio assistido estão em discussão na Assembleia da República e na sociedade. Como contributo para esse debate, que desejamos seja em diálogo sereno e humanizador, surge esta Nota Pastoral do Conselho Permanente da Conferência Episcopal Portuguesa sobre o que verdadeiramente está em causa[1].

2. Por eutanásia, deve entender-se «uma ação ou omissão que, por sua natureza e nas intenções, provoca a morte com o objetivo de eliminar o sofrimento»[2]. A ela se pode equiparar o suicídio assistido, isto é, o ato pelo qual não se causa diretamente a morte de outrem, mas se presta auxílio para que essa pessoa ponha termo à sua própria vida.

Distinta da eutanásia é a decisão de renunciar à chamada obstinação terapêutica[3], ou seja, «a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para a sua família»[4]. «A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana perante a morte»[5]. É, pois, bem diferente matar e aceitar a morte. Quer a eutanásia, quer a obstinação terapêutica, constituem uma ingerência humana antinatural nesse momento-limite que é a morte: a primeira antecipa esse momento, a segunda prolonga-o de forma artificialmente inútil e penosa.

3. De forma sintética, podemos dizer que subjacente à legalização da eutanásia e do suicídio assistido está a pretensão de redefinir tomadas de consciência éticas e jurídicas ancestrais relativas ao respeito e à sacralidade da vida humana. Pretende-se que o mandamento de que nunca é lícito matar uma pessoa humana inocente (“Não matarás”) seja substituído por um outro, que só torna ilícito o ato de matar quando o visado quer viver. Consequentemente, intenta-se que a norma segundo a qual a vida humana é sempre merecedora de proteção, porque um bem em si mesma e porque dotada de dignidade em qualquer circunstância, seja substituída por um outro critério, segundo o qual a dignidade e valor da vida humana podem variar e podem perder-se. Ora, na nossa conceção, isto é inaceitável.

4. Para os crentes, a vida não é um objeto de que se possa dispor arbitrariamente, é um dom de Deus e uma missão a cumprir. E é no mistério da morte e ressurreição de Jesus que os cristãos encontram o sentido do sofrimento. Mas quando se discute a legislação de um Estado laico importa

encontrar na razão, na lei natural e na tradição de uma sabedoria acumulada um fundamento para as opções a tomar. O valor intrínseco da vida humana em todas as suas fases e em todas as situações está profundamente enraizado na nossa cultura e tem, inegavelmente, a marca judaico-cristã. Mas não é difícil encontrar na razão universal uma sólida base para esse princípio. A Constituição Portuguesa reconhece-o ao afirmar categoricamente que «a vida humana é inviolável» (artigo 24º, nº 1).

5. A vida humana é o pressuposto de todos os direitos e de todos os bens terrenos. É também o pressuposto da autonomia e da dignidade. Por isso, não pode justificar-se a morte de uma pessoa com o consentimento desta. O homicídio não deixa de ser homicídio por ser consentido pela vítima. A inviolabilidade da vida humana não cessa com o consentimento do seu titular.

O direito à vida é indisponível, como o são outros direitos humanos fundamentais, expressão do valor objetivo da dignidade da pessoa humana. Também não podem justificar-se, mesmo com o consentimento da vítima, a escravatura, o trabalho em condições desumanas ou um atentado à saúde, por exemplo.

6. Por outro lado, nunca é absolutamente seguro que se respeita a vontade autêntica de uma pessoa que pede a eutanásia. Nunca pode haver a garantia absoluta de que o pedido de eutanásia é verdadeiramente livre, inequívoco e irreversível.

Muitas vezes, traduz um estado de espírito momentâneo, que pode ser superado, ou é fruto de estados depressivos passíveis de tratamento, ou será expressão de uma vontade de viver de outro modo (sem o sofrimento, a solidão ou a falta de amor experimentados), ou um grito de desespero de quem se sente abandonado e quer chamar a atenção dos outros. Mas não será a manifestação de uma autêntica vontade de morrer. É, pois, uma linguagem alternativa de quem pede socorro e proximidade afetiva. A dúvida há de subsistir sempre, sendo que a decisão de suprimir uma vida é a mais absolutamente irreversível de qualquer das decisões.

7. Em nome da autonomia, os que defendem a legalização da eutanásia e do suicídio assistido não chegam, por ora, ao ponto de pretender a legalização do homicídio a pedido e do auxílio ao suicídio em quaisquer circunstâncias. Pretendem apenas reconhecer a licitude da supressão da vida, quando consentida, em situações de sofrimento intolerável ou em fases terminais. Desta forma, atentam contra o princípio de que a vida humana tem sempre a mesma dignidade, em todas as suas fases e independentemente das condições externas que a rodeiam. A dignidade da vida humana deixa de ser uma qualidade intrínseca, passa a variar em grau e a depender de alguma dessas condições externas. Haveria, pois, situações em que a vida já não merece proteção (a proteção que merece na generalidade das situações), por perder dignidade.

8. Invocam os partidários da legalização da eutanásia e do suicídio assistido que, com essa legalização, se respeita, apenas, a vontade e as concepções sobre o sentido da vida e da morte, de quem solicita tais pedidos, sem tomar partido. Mas não é assim. O Estado e a ordem jurídica, ao autorizarem tal prática, estão a tomar partido, estão a confirmar que a vida permeada pelo sofrimento, ou em situações de total dependência dos outros, deixa de ter sentido e perde dignidade, pois só nessas situações seria lícito suprimi-la.

Quando um doente pede para morrer porque acha que a sua vida não tem sentido ou perdeu dignidade, ou porque lhe parece que é um peso para os outros, a resposta que os serviços de saúde, a sociedade e o Estado devem dar a esse pedido não é: «Sim, a tua vida não tem sentido, a tua vida perdeu dignidade, és um peso para os outros». Mas a resposta deve ser outra: «Não, a tua vida não perdeu sentido, não perdeu dignidade, tem valor até ao fim, tu não és peso para os outros, continuas a ter valor incomensurável para todos nós». Esta é a resposta de quem coloca todas as suas energias ao serviço dos doentes mais vulneráveis e sofredores e, por isso, mais carecidos de amor e cuidado; a primeira é a atitude simplista e anti-humana de quem não pretende implicar-se na questão do sentido da verdadeira «qualidade de vida» do próximo e embarca na solução fácil da eutanásia ou do suicídio assistido.

9. Não se elimina o sofrimento com a morte: com a morte elimina-se a vida da pessoa que sofre. O sofrimento pode ser eliminado ou debelado com os cuidados paliativos, não com a morte. E hoje, as técnicas analgésicas conseguem preservar de um sofrimento físico intolerável. Desta forma, pode afirmar-se que a eutanásia é uma forma fácil e ilusória de encarar o sofrimento, o qual só se enfrenta verdadeiramente através da medicina paliativa e do amor concreto para com quem sofre.

Como afirma Bento XVI, «a grandeza da humanidade determina-se essencialmente na relação com o sofrimento e com quem sofre»[6].

Para além do círculo afetivo dos seus familiares e amigos, a dignidade de quem sofre reclama o cuidado médico proporcionado, mesmo que os atos terapêuticos e os analgésicos possam, pelo efeito secundário inerente a muitos deles, contribuir para algum encurtamento da vida. Neste caso, não se trata de eutanásia, pois o objetivo não é dar a morte, mas preservar a dignidade humana e a «santidade de vida», minimizando o sofrimento e criando as condições para a «qualidade de vida» possível.

10. A mensagem que, através da legalização da eutanásia e do suicídio assistido, assim se veicula tem graves implicações sociais, que vão para além de cada situação individual. Esta mensagem não pode deixar de ter efeitos no modo como toda a sociedade passará a encarar a doença e o sofrimento.

Há o sério risco de que a morte passe a ser encarada como resposta a estas situações, já que a solução não passaria por um esforço solidário de combate à doença e ao sofrimento, mas pela supressão da vida da pessoa doente e sofredora, pretensamente diminuída na sua dignidade. E é mais fácil e mais barato. Mas não é humano! Neste novo contexto cultural, o amor e a solidariedade para com os doentes deixarão de ser tão encorajados, como já têm alertado associações de pessoas que sofrem das doenças em questão e que se sentem, obviamente, ofendidas quando veem que a morte é apresentada como “solução” para os seus problemas. E também é natural que haja doentes, de modo particular os mais pobres e débeis, que se sintam socialmente pressionados a requerer a eutanásia, porque se sentem “a mais” ou “um peso”.

É este, sem dúvida, um perigo agravado num contexto de envelhecimento da população e de restrições financeiras dos serviços de saúde que implícita ou explicitamente se podem questionar: para quê gastar tantos recursos com doentes terminais quando as suas vidas podem ser encurtadas?

11. Não podemos ignorar que, entre nós, uma grande parte dos doentes, especialmente os mais pobres e isolados, não tem acesso aos cuidados paliativos, que são a verdadeira resposta ao seu sofrimento.

A legalização da eutanásia e do suicídio assistido contribuirá para atenuar a consciência social da importância e urgência de alterar esta situação, porque poderá ser vista como uma alternativa mais fácil e económica.

12. Com esta Nota Pastoral, apelamos à consciência dos nossos legisladores.

Mas também sabemos que uma grande percentagem dos nossos concidadãos afirma aprovar a legalização da eutanásia e do suicídio assistido. Estamos convictos de que muitos o fazem sem a consciência clara do que está verdadeiramente em causa. Daí a importância de um vasto trabalho de esclarecimento para o qual queremos dar o nosso contributo.

No Ano Jubilar da Misericórdia, recordamos que esta nos leva a ajudar a viver até ao fim. Não a matar ou a ajudar a morrer.

Fátima, 8 de março de 2016

[1] Sugerimos também a leitura da Nota Pastoral da Conferência Episcopal Portuguesa, «Cuidar da Vida até à Morte». Contributo para a reflexão ética sobre o morrer, publicada a 12 de novembro de 2009, in Documentos Pastorais, vol. VII, Lisboa 2002, 123-131.

[2] João Paulo II, Carta encíclica *Evangelium Vitae* (25 de março de 1995), n. 65.

[3] Também designada por “encarniçamento médico”.

[4] João Paulo II, Carta encíclica *Evangelium Vitae* (25 de março de 1995), n. 65.

[5] *Ibidem*.

[6] Carta encíclica *Spe Salvi* (30 de novembro de 2007), n. 38.

Perguntas e respostas sobre a Eutanásia

Mar 14, 2016 - 10:40

Anexo à Nota Pastoral do Conselho Permanente da Conferência Episcopal Portuguesa, «Eutanásia: o que está em jogo? Contributos para um diálogo sereno e humanizador»

PERGUNTAS E RESPOSTAS SOBRE A EUTANÁSIA

1. O que são a eutanásia e o suicídio assistido?

Etimologicamente, o termo “eutanásia” deriva do grego: *eu*, “boa”, e *thanatos*, “morte”.

Por eutanásia, deve entender-se «uma ação ou omissão que, por sua natureza e nas intenções, provoca a morte com o objetivo de eliminar o sofrimento»[1].

A ela se pode equiparar o suicídio assistido, quando não se causa diretamente a morte de outrem, mas se presta auxílio ao suicídio de outrem, com o objetivo de eliminar o sofrimento. Também se usa a

expressão “suicídio medicamente assistido”, porque, de um modo geral, as legislações em vigor em vários Estados exigem que seja um médico a prestar esse auxílio, do mesmo modo que as leis que permitem a eutanásia exigem que seja um médico a praticá-la.

2. Será a eutanásia verdadeiramente uma “morte assistida”?

É usada, com frequência, a expressão “morte assistida” como conceito que inclui a eutanásia e o suicídio assistido.

Mas trata-se de uma expressão enganadora e que pode confundir.

A eutanásia e o suicídio assistido representam o encurtamento intencional de uma vida. Não é possível para ninguém — saudável ou com uma doença incurável — prever o momento da sua morte. A eutanásia reflete a pretensão de transformar a morte num “acontecimento programado e calculado”.

Prestar assistência a uma pessoa doente até ao termo natural da sua vida é uma expressão da solidariedade humana e da caridade cristã; nesse sentido, poderia falar-se em “morte assistida”. Mas tal não deve confundir-se com a eutanásia e o suicídio assistido. Nestas situações, trata-se de provocar deliberadamente a morte de outra pessoa (de “matar”) ou de prestar ajuda ao suicídio de outra pessoa (de ajudar a que outra pessoa “se mate”). A eutanásia não acaba com o sofrimento, acaba com uma vida.

Em vez de “morte assistida”, faria mais sentido falarmos em “vida assistida até ao seu termo natural”, garantindo ao doente terminal, através dos cuidados paliativos no aproximar do fim da vida, a assistência médica e humana necessária para o alívio do sofrimento. É, portanto, legítimo reclamar a humanização do fim da vida através de um conjunto de meios e atenções, oferecendo à pessoa os cuidados de que necessita e que dignificam não apenas quem os recebe, mas também quem os pratica num ato de verdadeira compaixão e generosidade.

3. O que é a obstinação terapêutica?

A obstinação terapêutica é também designada como exacerbação terapêutica, encarniçamento terapêutico ou excesso terapêutico.

Distinta da eutanásia é a decisão de renunciar à obstinação terapêutica, ou seja, «a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para a sua família»[2]. «A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana perante a morte»[3].

A obstinação terapêutica corresponde, assim, à aplicação de todos os métodos, diagnósticos e terapêuticos conhecidos, — mas que não visam proporcionar qualquer benefício ao doente —, com o objetivo de prolongar de forma artificial e inútil a sua vida, impedindo, portanto, através de uma atuação terapêutica desadequada e excessiva (desproporcionada), que a natureza siga o seu curso. Esta abordagem não é desejável; é, aliás, eticamente condenável, corresponde a má prática médica e conduz à chamada distanásia.

Na escolha da intervenção adequada (proporcionada), o médico deverá ponderar bem os meios, o grau de dificuldade e de risco, o custo e as possibilidades de aplicação, em confronto com o resultado que se pode esperar, atendendo ao estado do doente e às suas forças físicas e morais[4].

Nem sempre é fácil estabelecer uma linha clara entre a intervenção terapêutica adequada e a obstinação terapêutica. Cada caso deve ser avaliado na sua especificidade, de acordo com os meios disponíveis e com os avanços da medicina a cada momento. Seja como for, a medicina deve intervir sempre que haja uma esperança fundada de salvar a vida, devendo questionar-se medidas que não servem este propósito e se destinam apenas a prolongar a vida do doente. No entanto, importa sublinhar que a suspensão de algumas medidas terapêuticas que correspondam à obstinação terapêutica não implica a suspensão de outras, destinadas, por exemplo, a aliviar a dor do paciente.

É, pois, bem diferente *matar e aceitar a morte*. Quer a eutanásia, quer a obstinação terapêutica, desrespeitam o momento natural da morte: a primeira antecipa esse momento, a segunda prolonga-o de forma artificialmente inútil e penosa.

4. O que é a distanásia?

Etimologicamente, significa o contrário de eutanásia.

A distanásia consiste em utilizar todos os meios possíveis — sem que exista uma esperança de cura — para prolongar de forma artificial a vida de um doente moribundo. Está associada à obstinação

terapêutica. A distanásia é também considerada como a morte em más condições de apoio clínico e humano (“má morte”), associada à dor, sofrimento e a outros sintomas causadores de desconforto e incômodo significativo.

5. A eutanásia é sempre voluntária?

As legislações atualmente vigentes em vários Estados exigem que a eutanásia corresponda a um pedido livre e reiterado do doente, ao contrário do que se verificou no regime nacional-socialista alemão.

Mas as legislações holandesa e belga permitem a eutanásia de crianças com o consentimento dos pais. Dão, assim, relevo à vontade de crianças numa questão de relevância muito superior a outras, para as quais não é dado esse realce. Deve questionar-se se estamos, nestes casos, perante uma eutanásia voluntária.

Essas legislações também permitem a eutanásia de pessoas dementes quando a vontade destas se manifestou antes do evoluir da doença e quando ainda estavam em condições de o fazer em consciência. Mas falta, nestes casos, no momento em que a eutanásia é praticada, uma expressão de vontade atual; não sabemos, pois, se a pessoa em causa não poderia ter mudado de opinião entretanto, como muitas vezes sucede com o aproximar da morte.

Para além disso, e embora sem cobertura legal, mas também sem que essa prática tenha dado origem a qualquer acusação ou condenação judicial, na Holanda e na Bélgica, verifica-se a prática da eutanásia em crianças recém-nascidas com deficiências graves e em adultos com grave deficiência e incapazes de exprimir a sua vontade consciente. Não podemos falar, nestes casos, em eutanásia voluntária[5].

6. A questão da legalização da eutanásia e do suicídio assistido envolve opções religiosas?

Para os crentes, a vida não é um objeto de que se possa dispor arbitrariamente, é um dom de Deus e uma missão a cumprir. E é no mistério da morte e ressurreição de Jesus que os cristãos encontram o sentido do sofrimento. Mas quando se discute a legislação de um Estado laico importa encontrar na razão, na lei natural e na tradição de uma sabedoria acumulada um fundamento para as opções a tomar. Esse fundamento reside no valor da vida humana em todas as suas fases e em todas as situações. A Constituição Portuguesa reconhece-o ao afirmar categoricamente que «a vida humana é inviolável» (artigo 24º, nº 1).

7. Quais são os principais argumentos dos defensores da legalização da eutanásia e do suicídio assistido?

Por um lado, são invocados os direitos de liberdade e autonomia individuais: cada um deverá poder dispor da sua vida. O direito à vida será disponível e renunciável. Haverá um direito a morrer, e a morrer com dignidade, como há um direito a viver.

Por outro lado, a eutanásia é apresentada como um ato compassivo e de benevolência, que põe termo a um sofrimento inútil e sem sentido. A vida deixa de merecer proteção quando é marcada pelo sofrimento e perde, então, dignidade.

Podemos dizer que subjacente à legalização da eutanásia e do suicídio assistido está a pretensão de redefinir mandamentos relativos ao respeito e à sacralidade da vida humana. Pretende-se que o mandamento de que nunca é lícito matar uma pessoa humana inocente («Não matarás») seja substituído por um outro, que só torna ilícito o ato de matar quando o visado quer viver. Consequentemente, intenta-se que a norma segundo o qual a vida humana é sempre merecedora de proteção, porque um bem em si mesma e porque dotada de dignidade em qualquer circunstância, seja substituída por um outro critério, segundo o qual a dignidade e valor da vida humana podem variar e podem perder-se. Ora, na nossa conceção, isto é inaceitável.

Argumenta-se, também, que a legalização da eutanásia e do suicídio assistido seria uma exigência da liberdade de convicção e consciência e da liberdade religiosa, assim como da neutralidade ideológica do Estado. Haveria que respeitar a liberdade de quem considera que a sua vida não tem sentido, que o seu sofrimento não tem sentido, mesmo que outros, em iguais circunstâncias, considerem que a sua vida e o seu sofrimento têm sentido.

Invoca-se, ainda, a necessidade de regular uma situação que já existe como prática clandestina, evitando abusos e reduzindo os seus danos.

8. A legalização da eutanásia é uma exigência do respeito pela autonomia da pessoa?

Não é lógico contrapor o valor da vida humana ao valor da liberdade e da autonomia. É que a autonomia supõe a vida e sua dignidade. A vida é um bem indisponível, o pressuposto de todos os outros bens terrenos e de todos os direitos. Não pode invocar-se a autonomia contra a vida, pois só é livre quem vive. Não se alcança a liberdade da pessoa com a supressão da vida dessa pessoa. A eutanásia e o suicídio não representam um exercício de liberdade, mas a supressão da própria raiz da liberdade.

9. Todos os direitos são disponíveis?

O direito à vida é indisponível. Não pode justificar-se a morte de uma pessoa com o consentimento desta. O homicídio não deixa de ser homicídio por ser consentido pela vítima. A inviolabilidade da vida humana, consagrada no artigo 24º, nº 1, da Constituição Portuguesa, não cessa com o consentimento do seu titular.

O direito à vida é indisponível, como o são outros direitos humanos fundamentais, expressão do valor objetivo da dignidade da pessoa humana. Também não podem justificar-se, mesmo com o consentimento da vítima, a escravatura, o trabalho em condições desumanas ou um atentado à saúde, por exemplo. É irrenunciável o direito à segurança social. Até em questões de menor relevo, como na obrigatoriedade de uso de capacetes de proteção ou cinto de segurança, no trânsito ou em determinados trabalhos, se manifesta a indisponibilidade de alguns direitos.

10. Pode falar-se em “direito a morrer” e em “direito a morrer com dignidade”?

É absurdo falar em “direito à morte”, como seria absurdo falar em “direito à doença”, porque o direito tem sempre por objeto um bem (à vida, à saúde, à liberdade) na perspetiva da realização humana pessoal, e a morte não é nunca, em si mesma, um bem, pois todos os bens terrenos pressupõem a vida, e nunca a morte. O “direito à morte” seria ainda mais contraditório do que uma escravidão legitimada pelo consentimento da vítima.

“Direito a morrer com dignidade” terá sentido se com isso se pretende designar a morte em condições humanamente dignas, com a proximidade e o amor dos entes queridos e com cuidados paliativos, se necessários. Não certamente se com isso se designa alguma forma de morte provocada, como o são a eutanásia e o suicídio assistido. Não se compreende que uma morte seja digna por ser provocada, ou mais digna por ser provocada.

11. Pode dizer-se que é autêntica a manifestação de vontade de doentes terminais que pedem a eutanásia?

Pode dizer-se que nunca é absolutamente seguro que se respeita a vontade autêntica de uma pessoa que pede a eutanásia. Nunca pode haver a garantia absoluta de que o pedido de eutanásia é verdadeiramente livre, inequívoco e irreversível.

Muitas vezes, traduz uma ideia momentânea, frequentemente condicionada por um humor depressivo, e que, após o tratamento psiquiátrico adequado, pode ser alterada. Em fases terminais sucedem-se momentos de desespero alternando com outros de apego à vida. Porquê respeitar a vontade expressa num momento, e não noutra? Não poderia a pessoa vir a arrepender-se mais tarde, como se arrependem a maior parte dos que tentam o suicídio? É que a decisão de suprimir uma vida é a mais absolutamente irreversível de qualquer das decisões, dela nunca pode voltar-se atrás.

Que certeza pode haver de que o pedido de morte é bem interpretado, não será ambivalente, talvez mais expressão de uma vontade de viver de outro modo, sem o sofrimento, a solidão ou a falta de amor experimentados, do que de morrer? Ou de que esse pedido não é mais do que um grito de desespero de quem se sente abandonado e quer chamar a atenção dos outros? Ou de que não é consequência de estados depressivos passíveis de tratamento? Estando em jogo a vida ou a morte, a mínima dúvida a este respeito seria suficiente para optar pela vida (*in dubio pro vita*). E poderá estar alguma vez afastada essa mínima dúvida?

Num estudo realizado por Emanuel et al. (2000)[6] com 988 doentes terminais, cerca de 10,6% destes doentes referiram considerar pedir a eutanásia, ou o suicídio medicamente assistido, para si próprios. No entanto, cerca de 6 meses mais tarde, cerca de 50,7 % desses doentes mudaram de opinião, recusando a eutanásia. Além disso, os sintomas depressivos estavam associados aos pedidos de eutanásia.

12. O valor da vida tem relevo apenas individual?

A vida não pode ser concebida como um objeto de uso privado, como se estivesse de forma incondicional à disposição do seu proprietário para a usar ou a deitar fora de acordo com o seu estado de espírito ou determinada circunstância. Ninguém vive para si mesmo, como também ninguém morre para si próprio. A vida tem uma referência social e transpessoal, associada ao amor, à responsabilidade, à interdependência e ao bem comum.

E o valor da vida de cada pessoa para toda a sociedade não desaparece quando essa pessoa deixa de ser útil, deixa de produzir, perde quaisquer capacidades, ou pode vir a ser sentida como “peso” pelos outros.

13. Faz sentido falar em vidas que perdem dignidade, ou vidas “indignas de ser vividas”?

A vida humana é única, irrepetível e encerra sempre um mistério. A dignidade de uma pessoa não se mede pela sua popularidade, pela sua utilidade para a sociedade, nem diminui com o sofrimento ou a proximidade da morte. Se a vida humana não vale por si mesma, qualquer um pode sempre instrumentalizá-la em função de qualquer finalidade.

A dignidade da vida humana não depende de circunstâncias externas e nunca se perde. Não é menor, nem se perde, por estar marcada pela doença e pelo sofrimento.

14. Será o sofrimento físico e psíquico uma justificação para a eutanásia ou o suicídio assistido?

Importa lembrar que com a eutanásia e o suicídio assistido não se elimina, ou atenua, o sofrimento, elimina-se, sim, a vida da pessoa que sofre. A eutanásia e o suicídio assistido são uma forma fácil e ilusória de enfrentar o sofrimento, o qual só se enfrenta verdadeiramente através dos cuidados paliativos e do amor concreto para com quem sofre.

Há que combater, através dos cuidados paliativos, o sofrimento que pode ser evitado. Tais cuidados permitem eliminar o sofrimento físico intolerável.

Mas a dor e o sofrimento, físico e psíquico, fazem parte da natureza humana e acompanham o homem ao longo da sua vida. A alegria do nascimento de um filho é antecedida pelo sofrimento do parto. Na vida de qualquer pessoa, os momentos de alegria e bem-estar vão alternando com períodos mais ou menos prolongados de tristeza e sofrimento. É impossível julgar que se pode viver evitando a dor ou o sofrimento. E a morte nunca pode ser resposta. Se o fosse, estaria aberta a porta à legalização do homicídio a pedido e do auxílio ao suicídio em quaisquer circunstâncias, o que não advogam os defensores da legalização da eutanásia e do suicídio assistido. E deixariam de ter sentido as políticas públicas de prevenção do suicídio.

Há que evitar o sofrimento físico e psíquico destrutivo e intolerável, neles intervir ativamente e ajudar a encontrar um sentido para o sofrimento que não pode ser evitado, que faz parte da vida, em qualquer das suas fases, com ou sem doença. Os cristãos encontram esse sentido no sofrimento que Jesus Cristo experimentou até à morte na Cruz. Crentes e não crentes podem ver no sofrimento um desafio que nos faz crescer em humanidade (e não é humanamente benéfica a pretensão ilusória de fugir ao sofrimento inevitável).

Dizia Viktor Frankl, um psiquiatra judeu que sobreviveu aos tormentos de um campo de concentração nazi, e que desenvolveu a logoterapia: «quando não podemos mudar certas circunstâncias da vida, somos desafiados a mudar-nos a nós próprios»[7].

Como afirma Bento XVI, «a grandeza da humanidade determina-se essencialmente na relação com o sofrimento e com quem sofre»[8].

Para além do círculo afetivo dos seus familiares e amigos, a dignidade de quem sofre reclama o cuidado médico proporcionado, mesmo que os atos terapêuticos e os analgésicos possam, pelo efeito secundário inerente a muitos deles, contribuir para algum encurtamento da vida. Neste caso, não se trata de eutanásia, pois o objetivo não é dar a morte, mas preservar a dignidade humana e a «santidade de vida», minimizando o sofrimento e criando as condições para a «qualidade de vida» possível.

15. A legalização da eutanásia e do suicídio assistido são uma exigência do respeito pela liberdade de convicção e consciência e da liberdade religiosa, assim como da neutralidade ideológica do Estado?

Para justificar a legalização da eutanásia e do suicídio assistido, há quem alegue que dessa forma o Estado não toma qualquer partido a respeito de concepções sobre o sentido da vida e da morte e respeita, apenas, a vontade e as concepções sobre o sentido da vida e da morte de quem solicita tais pedidos.

Não é assim. O Estado e a ordem jurídica, ao autorizarem tal prática, dando-lhes o seu apoio, estão a tomar partido, estão a confirmar que a vida permeada pelo sofrimento, ou em situações de total dependência dos outros, deixa de ter sentido e perde dignidade, pois só nessas situações seria lícito suprimi-la.

Quando um doente pede para morrer porque acha que a sua vida não tem sentido ou perdeu dignidade, ou porque lhe parece um peso para os outros, a resposta que os serviços de saúde, a sociedade e o Estado devem dar a esse pedido não é: «*Sim, a tua vida não tem sentido, a tua vida perdeu dignidade, és um peso para os outros*». Mas a resposta deve ser outra: «*Não, a tua vida não perdeu sentido, não perdeu dignidade, tem valor até ao fim, tu não és peso para os outros, continuas a ter valor incomensurável para todos nós*». Esta é a resposta de quem coloca todas as suas energias ao serviço dos doentes mais vulneráveis e sofredores e, por isso, mais carecidos de cuidados e amor; a primeira é a atitude simplista e anti-humana de quem não pretende implicar-se na questão do sentido da verdadeira «qualidade de vida» do próximo e embarca na solução fácil da eutanásia ou do suicídio assistido.

16. Mas não será preferível regular uma situação que já existe como prática clandestina, evitando abusos e reduzindo os seus danos?

Este tipo de argumentação foi já utilizado nas campanhas pela legalização do aborto. E há quem o invoque em favor da legalização da venda e consumo de droga, por exemplo. Há que salientar, desde logo, porém, que a eventual prática clandestina da eutanásia não tem comparação com a prática do aborto clandestino ou com o consumo e tráfico de droga.

Este tipo de raciocínio levaria a desistir de combater qualquer crime, pois se verifica sempre a sua prática clandestina.

E a experiência revela que, depois da legalização da eutanásia, continua a prática desta também fora do quadro legal, sendo que não há notícia de condenações judiciais por isso. A tendência será, mesmo, para intensificar essa prática clandestina, devido a um clima de maior permissividade perante qualquer tipo de eutanásia, seja ela legal ou não.

17. Pode considerar-se a legalização da eutanásia um progresso civilizacional?

A legalização da eutanásia e do suicídio assistido são habitualmente apresentadas junto da opinião pública como mais um sinal de progressismo, numa linha de promoção da liberdade individual. Os opositores surgem como antiquados.

Será importante recordar que a legalização da eutanásia e do suicídio assistido não são um progresso civilizacional, mas antes um retrocesso. Em diversas sociedades primitivas, bem como na Grécia e na Roma antigas, a eutanásia era praticada. Os idosos, os doentes incuráveis e os “cansados de viver” podiam suicidar-se ou submeter-se a práticas e ritos destinados a provocar uma “morte honrosa”. A morte de anciãos foi praticada em algumas tribos de Akaran (Índia), do Sian inferior, entre os cachibos e os tupis do Brasil. Na Europa entre os antigos wendi, povo eslavo, e até no século XX na Rússia na seita pseudo-religiosa dos “estranguladores”[9].

A valorização e a defesa da vida humana em todas as suas fases foram instituídas, em grande parte, pelo cristianismo. O verdadeiro progresso da humanidade foi no sentido de criar leis e normas que defendam a vida humana e impeçam o mais forte de exercer o seu poder sobre o mais fraco (a abolição do infanticídio, da escravatura, da tortura, da discriminação racial, etc.). Uma sociedade será tanto mais justa e fraterna quanto melhor tratar e cuidar dos seus membros mais vulneráveis.

18. Quais serão as consequências sociais da legalização da eutanásia?

A mensagem que, através da legalização da eutanásia e do suicídio assistido, assim se veicula tem graves implicações sociais, que vão para além de cada situação individual. Esta mensagem não pode deixar de ter efeitos no modo como toda a sociedade passará a encarar a doença e o sofrimento.

A quebra de um interdito fundamental (“não matar”) que estrutura, como sólido alicerce, a vida comunitária, não pode deixar de afetar a confiança no seio das famílias, entre gerações, e na comunidade em geral.

Há o sério risco de que a morte passe a ser encarada como resposta à doença e o sofrimento, já que a solução não passaria por um esforço solidário de combate a essas situações, mas pela supressão da vida da pessoa doente e sofredora, pretensamente diminuída na sua dignidade. E é mais fácil e mais barato. Mas não é humano! Neste novo contexto cultural, o amor e a solidariedade para com os doentes deixarão de ser tão encorajados, como já têm alertado associações de pessoas que sofrem das doenças em questão e que se sentem, obviamente, ofendidas quando vêm que a morte é apresentada como “solução” para os seus problemas. E também é natural que haja doentes, de modo particular os mais pobres e débeis, que se sintam socialmente pressionados a requerer a eutanásia, porque se sentem “a mais” ou “um peso”.

É este, sem dúvida, um perigo agravado num contexto de envelhecimento da população e de restrições financeiras dos serviços de saúde que implícita ou explicitamente se podem questionar: para quê gastar tantos recursos com doentes terminais quando as suas vidas pode ser encurtadas?

Não podemos ignorar que entre nós uma grande parte dos doentes, especialmente os mais pobres e isolados, não tem acesso aos cuidados paliativos, que são a verdadeira resposta ao seu sofrimento. A legalização da eutanásia e do suicídio assistido contribuirá para atenuar a consciência social da importância e urgência de alterar esta situação, porque poderá ser vista como uma alternativa mais fácil e económica.

19. Será possível restringir a legalização da eutanásia e do suicídio assistido a situações raras e excecionais?

A experiência dos Estados que legalizaram a eutanásia revela que não é possível restringir essa legalização a situações raras e excecionais; o seu campo de aplicação passa gradualmente da doença terminal à doença crónica e à deficiência, da doença física incurável à doença psíquica dificilmente curável, da eutanásia consentida pela própria vítima à eutanásia consentida por familiares de recém-nascidos, crianças e adultos com deficiência ou em estado de inconsciência.

É conhecida a imagem da *rampa deslizante* (*slippery slope*), muitas vezes evocada a este respeito. Depois de se iniciar uma descida vertiginosa, não se consegue evitar a queda no abismo; quando se introduz uma brecha num edifício, não se consegue evitar a sua derrocada.

Dois são os trajetos através dos quais se vai alargando o alcance da legalização da eutanásia e do suicídio assistido. Trata-se de um percurso lógico e, por isso, previsível.

Por um lado, quando se invoca a autonomia para justificar essa legalização, é lógico que estas práticas não se limitem a situações de doença em fase terminal. São, assim, mortas pessoas muito antes do final da sua vida e algumas sem estar doentes.

Por outro lado, quando se reconhece que há situações em que a vida “perde dignidade”, pela doença, sofrimento ou dependência, e, por isso, nessas situações a vida não merece a proteção que merece noutras, justificando-se a eutanásia e o suicídio assistido; então, porque nessas situações a vida “perde dignidade”, deixa de ser “digna de ser vivida”, pode prescindir-se de um pedido expresso no caso de pessoas incapazes de o formular: recém-nascidos, crianças, pessoas com deficiência ou com demência. E invoca-se o princípio da igualdade: porque haverão, então, de ficar privadas do pretensão “benéfico” da eutanásia estas pessoas?

20. Tem aumentado no número de casos de eutanásia e suicídio assistido nos países em que estas práticas foram legalizadas?

Sim. Um trabalho de revisão realizado por Steck et al. (2013) revela que o número de mortes associadas à eutanásia e ao suicídio assistido aumentou nos países em que tais práticas foram legalizadas, como é o caso da Bélgica, Holanda, Suíça e o Estado de Oregon nos EUA[10].

Por exemplo, na Holanda, em 2015 a prevalência de mortes ocorridas através da eutanásia e do suicídio assistido foi de 4829 casos, o que corresponde a 3,4 % de todas as mortes[11]. Na Bélgica, em 2003 morreram através da eutanásia 235 pessoas. Em 2013 esse número aumentou para 1807, o que corresponde a um aumento de cerca de 789% em 10 anos[12]. Os dados disponíveis mostram que os números têm vindo sempre a aumentar, o que comprova que esta medida não se aplica apenas em casos pontuais.

21. Quais serão as consequências da legalização da eutanásia na medicina e na relação médico-doente?

A medicina assenta a sua prática no diagnóstico e no tratamento das doenças, no acompanhamento e alívio do sofrimento dos doentes, sempre com a finalidade de defesa da vida humana. A tradição refletida no juramento de Hipócrates obriga a que os médicos estejam do lado da vida, lutando contra a doença que nas suas formas mais graves conduzem à morte. A eutanásia opõe-se à medicina e acaba por ser a sua negação.

A relação de confiança médico-doente, que é a base da medicina, é, assim, destruída. É fácil perceber que aquele que deveria fazer tudo para nos salvar, não pode subitamente, ainda que a nosso pedido, agir no sentido de nos tirar a vida. A imagem do médico não pode passar de uma referência amigável e confiável à de um executante de uma sentença de morte.

Perante um médico que pratica a eutanásia, o doente pode rezear que este decida suspender os tratamentos mesmo quando estes se justificam.

Além disso, a inclusão da eutanásia na prática médica pode levar a que o clínico, em situações semelhantes àquelas em que tenha sido praticada a eutanásia, tenda a repetir essa prática, ou a propô-la aos seus doentes.

Do ponto de vista médico, a eutanásia é executada através de um ato técnico (administração de drogas letais), mas não pode ser considerado um ato clínico, já que não se destina a aliviar ou a curar uma doença, mas sim a pôr termo à vida do paciente. Portanto, a eutanásia e o suicídio assistido não são tratamentos médicos.

A Associação Médica Americana (*American Medical Association*) tomou posição contra o envolvimento dos médicos na eutanásia e no suicídio assistido, referindo claramente que esse envolvimento contradiz o papel profissional do médico[13]. A Associação Médica Americana acrescenta que a avaliação e o tratamento por um profissional de saúde, com experiência nos aspetos psiquiátricos de doença terminal, pode, em muitos casos, aliviar o sofrimento que leva um paciente a desejar suicídio assistido.

22. A eutanásia está a ser praticada em doentes psiquiátricos? Que consequências daí podem advir?

Sim. Um estudo realizado na Holanda, entre 2011 e meados de 2014, revelou isso mesmo, sendo que a maioria dos casos de eutanásia devido a doenças psiquiátricas (N=66) correspondiam a mulheres (cerca de 70%), com várias doenças psiquiátricas crónicas, e socialmente isoladas. Cerca de 25% dos casos tinham idades compreendidas entre 30 e os 50 anos. A depressão e as perturbações de ansiedade foram as principais patologias psiquiátricas apresentadas pelos doentes (56%). Além disso, em 24% dos casos, os pareceres dos médicos psiquiatras não foram no sentido de justificar o pedido de eutanásia. Porém, nestes casos, a comissão legalmente prevista decide geralmente em favor da prática da eutanásia[14].

Na Suíça, num estudo realizado pelo Instituto de Medicina Legal de Zurique sobre os suicídios assistidos praticados por duas associações (*Exit Deutsche Schweiz* e *Dignitas*), entre 2001-2004, (N=421) revelou que nenhuma destas pessoas sofria de qualquer doença letal e que o “cansaço da vida” foi evocado em 25% dos suicídios (N= 105)[15] assistidos. De acordo com os resultados publicados neste estudo, a percentagem de suicídios assistidos cometidos em pessoas sem qualquer doença letal tem vindo a aumentar desde 1992. Facilmente se percebe que entre estas poderão estar pessoas que sofram de depressão e que se encontrem numa situação de grande fragilidade emocional.

A eutanásia praticada em doentes psiquiátricos é motivo de enorme preocupação na classe médica. Há o sério risco de os psiquiatras desistirem de tratar alguns doentes com depressão, com o efeito de desmoralização que isso poderá ter noutras pessoas com a mesma doença, e de ser desincentivada a melhoria dos cuidados psiquiátricos[16].

23. Quais são os direitos do doente em estado terminal?

Há um conjunto de direitos associados à dignidade humana que devem ser respeitados durante o período em que se avizinha o fim da vida. Neste caso, será preferível a expressão “fim de vida digno” em vez de “morte digna”.

Os direitos do fim da vida incluem:

- o direito aos cuidados paliativos;
- o direito a que seja respeitada a sua liberdade de consciência;
- o direito a ser informado com verdade sobre a sua situação clínica;

- o direito a decidir sobre as intervenções terapêuticas a que se irá sujeitar (consentimento terapêutico);
- o direito a não ser sujeito a obstinação terapêutica (tratamentos inúteis e desproporcionados, também designados como fúteis);
- o direito a estabelecer um diálogo franco, esclarecedor e sincero com os médicos, familiares e amigos;
- o direito a receber assistência espiritual e religiosa.

24. O que são os cuidados paliativos?

São cuidados de saúde prestados por uma equipa multidisciplinar especializada, que incluem a chamada medicina paliativa, que é hoje uma especialidade médica vocacionada para prestar cuidados clínicos aos doentes avançados e incuráveis e/ou muito graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde[17], os cuidados paliativos servem para melhorar a qualidade de vida dos doentes e das famílias que se confrontam com doenças ameaçadoras para a vida, mitigando a dor e outros sintomas e proporcionando apoio espiritual e psicológico, desde o momento do diagnóstico até ao final da vida.

Os cuidados paliativos não se destinam a curar a doença, nem tão-pouco a acelerar ou atrasar a morte (aceitam a inevitabilidade da morte), mas a assegurar um conjunto de medidas que visam cuidar do doente, aliviando o seu sofrimento físico e psíquico, garantindo-lhe conforto e a melhor qualidade de vida possível. Devem ser oferecidos muito antes da proximidade da morte do paciente, caso contrário poderão não garantir os objetivos de bem-estar que pretendem atingir. O apoio é dirigido quer ao doente, quer à família, procurando-se que os doentes possam viver tão ativamente quanto possível até à morte. Estes cuidados de saúde humanizados são prestados habitualmente por uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas, psicólogos, podendo também incluir voluntários.

Em doentes em fase terminal (últimos 3-6 meses de vida), é frequente existir dor física, sofrimento psíquico, bem como outros sintomas. As intervenções dos cuidados paliativos destinam-se a aliviar os sintomas que mais afetam o paciente. O sofrimento psíquico pode ser aliviado através de psicofármacos, mas também através de psicoterapia de apoio, do consolo moral e efetivo prestado pela equipa de cuidadores e também pela família, garantindo, assim, que nenhum doente em fim de vida (últimos 12 meses de vida) ou agónico (últimas horas ou dias) fica entregue a si próprio.

Estes cuidados devem ser prestados de forma continuada até ao momento da morte; e mesmo após a morte, com a prestação de apoio à família enlutada.

Os cuidados paliativos devem ser oferecidos atempadamente – e não apenas quando o doente está moribundo – de uma forma que respeite a sensibilidade deste e da sua família, e de acordo com as suas características culturais e religiosas.

Esta é uma área da medicina relativamente nova enquanto especialidade e necessita de ser alargada a mais zonas do país, com a criação de mais equipas especializadas.

25. O que é sedação paliativa?

Trata-se da utilização monitorizada de terapêutica destinada a induzir um estado de sedação, alterando, assim, o estado de consciência do doente, tendo em vista aliviar a carga de sofrimento causada por um ou mais sintomas que não cedem aos tratamentos habituais (ditos refratários), de uma forma que é eticamente aceitável para o doente, família e prestadores de cuidados de saúde. Utilizam-se fármacos sedativos (não morfina) e podem ocorrer diferentes níveis de sedação.

A sedação paliativa pode ser recomendada nalgumas situações e configurar a boa prática médica no âmbito dos cuidados paliativos[18]. Contudo, a sedação paliativa não deve nunca servir para abreviar a vida do doente. Além disso, não pode ser considerada um tratamento de primeira linha e deve ser praticada por uma equipa devidamente preparada. Assenta nos seguintes pontos: 1. Intenção clara (sedar o doente com a intenção de aliviar o sofrimento); 2. Processo (com o consentimento do doente e recurso a fármacos sedativos); 3. Resultado (o êxito da sedação é o alívio do sofrimento e não a morte).

26. Quais são as principais necessidades dos doentes em fim de vida?

As necessidades dos doentes em fim de vida e terminais assentam essencialmente no alívio do sofrimento físico e psíquico, prestado por uma equipa devidamente capacitada, no apoio espiritual e no suporte afetivo através da família e amigos.

A dor física é muito frequente, principalmente nas doenças neoplásicas. Uma correta terapêutica da dor torna-se necessária e importante para garantir a melhor qualidade de vida. No entanto, existem vários outros sintomas e todos merecem o devido tratamento.

O sofrimento psíquico não deve ser menosprezado. Estes doentes apresentam com frequência perturbações depressivas que obrigam a uma terapêutica antidepressiva e a um adequado apoio psicológico. É importante que o doente sinta que não está sozinho, sinta que a sua vida tem sentido e que tem o apoio de uma equipa a tratar dele, o que, juntamente com o carinho da família e dos amigos, proporciona um precioso auxílio para contrariar o sentimento de isolamento e insegurança que ocorre com frequência nestes casos.

As necessidades espirituais (comuns a crentes e não crentes) e religiosas devem ser justamente valorizadas. O apoio que permite dar sentido ao sofrimento deve ser garantido a estes doentes.

Fátima, 8 de março de 2016

[1] João Paulo II, Carta encíclica *Evangelium Vitae* (25 de março de 1995), n. 65.

[2] *Ibidem*.

[3] *Ibidem*.

[4] Congregação para a Doutrina da Fé, *Declaração sobre a eutanásia*, n. 2, 1980.

[5] Cf. Bregje D Onwuteaka-Philipsen et al., «Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey», *www.thelancet.com*, online July 11, 2012, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61034-41](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61034-41); Kenneth Chambaere et al., «Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey», *CMAJ*, 2010, DOI:10.1503/cmaj.091876; Gerbert van Loenen, *Do you call this a life?*, Ross Latner, 2015.

[6] Cf. Emanuel EJ, Fairclough DL and Emanuel LL, «Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers», *JAMA*, 2000; 284: 2460–2468. ?

[7] In *O Homem em busca de sentido*.

[8] Carta encíclica *Spe Salvi* (30 de novembro de 2007), n. 38.

[9] Cf. Elio Sgreccia, *Manual de bioética: Fundamentos e ética biomédica*, Ed. Loyola, São Paulo, 1996. 601-605.

[10] Cf. Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M, «Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review». *Med Care*. 2013 Oct; 51(10): 938-44.

[11] Cf. Radbruch L, Leget C, Bahr P, Müller-Busch C, Ellershaw J, de Conno F, Vanden Berghe P; board members of the EAPC. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*. 2016 Feb;30(2):104-16.

[12] Cf. Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie. Zesde Verslag aan de Wetgevende Kamers (2012–2013), <http://www.dekamer.be/flwb/pdf/54/0135/54K0135001.pdf> (acedido em 22-02-2016).

[13] Cf. https://www.ama-assn.org/ssl3/ecom/PolicyFinderForm.pl?site=www.ama-assn.org&uri=/resources/html/Policy_Finder/policyfiles/HnE/H-140.952.HTM (acedido em 19-02-2016).

[14] Cf. Kim SY, De Vries RG, Peteet JR, «Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014.», in *JAMA Psychiatry*. 2016 Feb 10. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2887. [Epub ahead of print].

[15] Cf. Fischer S, Huber CA, Imhof L et al., «Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations», in *J Med Ethics* 2008;34:810–14.

[16] Cf. Appelbaum PS. «Physician-Assisted Death for Patients With Mental Disorders-Reasons for Concern». in *JAMA Psychiatry*. 2016 Feb 10. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2890. [Epub ahead of print].

[17] Cf. <http://www.who.int/cancer/palliative/es/> (acedido em 18-02-2016).

[18] Cf. Cherny NI and Radbruch L., «European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care». *Palliat Med* 2009; 23: 581–593.

Cuidar da vida até à morte: Contributo para a reflexão ética sobre o morrer

Conferência Episcopal Portuguesa

12 de Novembro de 2009

Nota pastoral da CEP

1. A discussão em curso na nossa sociedade

A dignidade da pessoa na fase final da vida tem sido, nos últimos meses, objecto de debate na sociedade portuguesa. A opinião pública, e os cidadãos em particular, são confrontados com muitos dos problemas que, justamente, são motivo de preocupação e de reflexão, sejam eles de natureza ética, social, assistencial ou económica.

Muitas das questões actualmente em discussão são de todos os tempos, pois têm a ver com a dificuldade em integrar a morte no horizonte da própria vida. Outras são típicas da nossa época, porque resultam das condições que as novas possibilidades da medicina nos proporcionam. Uma observação atenta das intervenções que surgem nos meios de comunicação social mostra uma grande falta de rigor na terminologia usada; e é visível que, por vezes, se pretende validar opções inaceitáveis (morte directa de um paciente) aplicando o termo “eutanásia” a situações que não o são de facto, e que podem ser eticamente aceitáveis.

Os Bispos de Portugal, sabendo da importância destes problemas, da intenção que, a nível político, se tem manifestado no sentido de produzir legislação neste âmbito e perante a ambiguidade de muitos dos conceitos que são usados, pretendem, com esta intervenção, dar um contributo para o debate em curso e oferecer aos católicos algumas linhas de orientação que devem ser tidas em conta nas suas reflexões.

2. A visão cristã de um problema não confessional

Será conveniente recordar que esta não é uma discussão de carácter religioso ou confessional, embora algumas posições possam ser incompatíveis com a visão cristã da vida e do homem. Ao pensar sobre opções de carácter jurídico ou ético, é necessário, portanto, questionarmo-nos sobre aquilo que é importante para uma vida verdadeiramente humana, sobre o que é decisivo na realização da pessoa, sobre os valores autênticos de humanidade, sobre o modelo de sociedade em que queremos viver.

É a este nível que se torna decisivo o contributo das intuições que brotam da fé cristã. A revelação bíblica mostra-nos a existência humana como resultado da bondade divina, isto é, como um dom que suscita em nós gratidão e não nos dispensa da responsabilidade de cuidar dele. Para o crente, a vida não está à inteira disposição de quem quer que seja, não é arbitrariamente disponível, mas tem de ser respeitada como a condição básica de realização pessoal. A vida humana é prévia a qualquer projecto pessoal, por isso ninguém é senhor absoluto da sua própria vida e muito menos senhor da vida dos outros. O valor da vida humana não brota das valorizações que a sociedade atribui ou dos critérios que no momento são socialmente significativos, mas de uma dignidade prévia a qualquer criteriologia. O suporte desta dignidade é a própria condição humana, que, para o cristão, tem origem na bondade criadora de Deus e no amor salvífico de Jesus Cristo.

Esta visão crente da vida leva-nos também a encarar com realismo os limites naturais da existência humana, já que, numa perspectiva de fé, a realização plena e definitiva da pessoa só é possível na vida em Deus. O testemunho dos mártires cristãos mostra-nos que não é sensato para o crente lutar pela vida a todo o custo. O horizonte da eternidade valoriza e, ao mesmo tempo, relativiza a vida biológica de cada pessoa. Por outro lado, a afirmação da convicção de que só Deus é o Senhor da vida, não retira ao homem a sua responsabilidade de procurar as melhores opções para cuidar da vida que tem diante de si. Cada pessoa deve ser respeitada como sujeito da sua própria existência e nunca simplesmente como objecto do qual se possa dispor arbitrariamente.

3. O morrer na cultura actual

Estas convicções da fé cristã necessitam permanentemente de ser confrontadas com os desafios e as exigências de cada época. Algumas características da cultura contemporânea deram origem a um modo próprio de abordar não só os problemas relacionados com o processo de morrer, mas também a própria morte e o sofrimento humano.

Por um lado, tornou-se dominante uma concepção de autonomia em que a liberdade individual é elevado a direito absoluto. O homem actual quer não só ser protagonista da sua própria história, mas ter

nas mãos todos os processos da sua vida. É neste sentido que parece aliciante poder antecipar a morte ou prolongar o processo de morrer, de acordo com o que no momento for tido como mais vantajoso.

Por outro lado, os desenvolvimentos técnico-científicos no campo biomédico levantam problemas inéditos e apresentam questões inevitáveis. As novas possibilidades que nos são oferecidas pela medicina também tornam mais complexas as situações com que nos deparamos no âmbito dos cuidados de saúde e do acompanhamento a doentes terminais. A diversidade de opções gera perplexidade a quem tem de decidir.

A estes factores circunstanciais acresce o facto de o próprio processo de morrer se ter transformado: o morrer tornou-se mais longo; na maior parte das vezes morre-se em hospitais ou centros clínicos, nos ambientes anónimos e frios das instituições; o sofrimento associado a longas doenças terminais causa uma insegurança adicional; diversos factores contribuem para que os moribundos vivam uma solidão preocupante; o excesso de tecnologia põe em causa os esforços por humanizar o cuidado dos doentes.

4. Critérios éticos

É num contexto marcado por estes desafios que tanto os profissionais de saúde como todas as pessoas envolvidas com estas situações necessitam de critérios éticos que orientem no sentido de uma autêntica humanização da fase terminal da vida.

4.1. A obrigação moral de garantir à vida humana uma especial protecção está testemunhada em preceitos primordiais da humanidade, com expressões diversas em todas as culturas, e codificada no mandamento bíblico do Decálogo: “Não matarás” (*Dt 5,17*). A consciência moral das gerações que nos precederam e o próprio magistério da Igreja procuraram, ao longo dos tempos, com os recursos culturais de cada época, encontrar expressões e concretizações actualizadas deste mandamento, no sentido de elevar e purificar as exigências morais nele contidas. O respeito por este imperativo é certamente incompatível com qualquer forma de agressão directa à vida humana, sempre que ela não ponha em causa a existência de outras pessoas.

4.2. Consequentemente, é eticamente inaceitável qualquer forma de eutanásia, isto é, qualquer “acção ou omissão que, por sua natureza e nas intenções, provoca a morte” (1). Nem sequer o objectivo de eliminar o sofrimento ou livrar a pessoa de um estado penoso pode legitimar a eutanásia, tanto mais que a medicina e a sociedade dispõem de outros meios para socorrer os pacientes em fase terminal. Equivalente à eutanásia, do ponto de vista ético, é qualquer forma de ajuda ao suicídio, também designado suicídio assistido.

A eutanásia é concretização de um desejo que o homem contemporâneo tem de se apoderar da morte, antecipando-a para a situar no momento que ele próprio determina, resultado de um medo angustiante e desesperado perante o sofrimento. A eutanásia é frequentemente apresentada como um gesto de humanidade ou de compaixão que pretende respeitar a dignidade com que cada ser humano quer viver. Na realidade, porém, e numa linha de princípio, qualquer forma de eutanásia constitui uma renúncia a acompanhar a pessoa doente, traduz a falta de empenho de uma sociedade em procurar meios que permitam viver dignamente todas as fases da existência humana. É, por isso, uma violação, ainda que consentida, da dignidade fundamental que se deve reconhecer a cada ser humano. A eutanásia ou a ajuda ao suicídio são formas desumanas de lidar com a pessoa que vive o seu processo de morrer, constituem “uma ofensa à dignidade da pessoa humana, um crime contra a vida e um atentado contra a humanidade” (2).

4.3. Distinta desta atitude de agressão à vida humana, é a legítima renúncia a recorrer a todos os meios para manter viva uma pessoa em estado terminal. A obstinação terapêutica, também conhecida por “encarniçamento terapêutico” ou “distanásia”, seria precisamente o recurso a um conjunto de intervenções médicas já desproporcionadas face ao bem global que a pessoa poderá vir a experimentar.

Do ponto de vista da ética, reconhece-se uma diferença fundamental entre matar e deixar morrer, quando esta última opção não for equivalente a negligência, mas for concretização do respeito pelo curso normal da vida humana. Esta distinção ética encontra apoio também na já referida concepção cristã da vida, segundo a qual a vida humana é um valor fundamental ainda que não absoluto. É moralmente legítimo, portanto, renunciar aos meios que tenham por finalidade prolongar a vida quando da sua aplicação não se esperem resultados terapêuticos ou ela implique o sacrifício de valores fundamentais para a pessoa em causa.

Também esta renúncia a “tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida” (3) pode ser considerada uma opção de respeito pela vida, já que proteger a vida não significa prolongá-la a todo o custo. O respeito pela vida humana não se reduz a uma protecção incondicional da vida biológica, mas deve incluir também o empenho por garantir todos os elementos que tornam humana essa vida. O direito a uma morte digna pode significar também não esgotar todos os meios médicos, quando tal signifique apenas um prolongamento do morrer.

4.4. Na procura de critérios éticos é fundamental também a distinção entre matar e acompanhar o morrer. Esta última é a opção concretizada, por exemplo, nos cuidados paliativos. Trata-se de aceitar todos os cuidados e intervenções médicas que tenham por objectivo tornar o sofrimento mais suportável, diminuindo ou eliminando a dor, proporcionando todo o acompanhamento humano possível e criando as necessárias condições para um cuidado global (holístico) à pessoa em causa. O Magistério católico ensina, já há várias décadas, que é moralmente aceitável suprimir a dor por meio de narcóticos, mesmo que isso implique limitar a consciência ou abreviar a vida (4).

Parece-nos que seria de evitar a expressão “ajudar a morrer”, dada a sua acentuada ambiguidade, não sendo claro o que se quer indicar com ela, e tendo em conta que as expressões equivalentes noutras línguas são usadas para referir aquilo que designámos por “suicídio assistido”.

4.5. De especial actualidade é ainda a regulamentação das diversas formas de “directivas antecipadas de vontade”. Trata-se de instrumentos, como, por exemplo o chamado “testamento vital”, pelos quais a pessoa pode antecipadamente dispor acerca das opções e dos valores que deseja ver respeitados quando se encontrar em situação de doença grave ou terminal. Não havendo objecções éticas fundamentais a este tipo de procedimentos, convém ter presente que neste campo não há a certeza de que os desejos previamente expressos sejam actuais no momento em que é necessário decidir. Não obstante toda a utilidade que estas determinações possam ter, para tomar decisões que respeitem a pessoa como sujeito, convém ter presente que elas não têm um peso absoluto, nem podem ser pretexto para justificar opções que atentem contra a vida humana. Devem ser consideradas mais um elemento a ter em conta nas tomadas de decisão.

5. Opção por um morrer humano

Recordamos que todas as orientações éticas têm como objectivo encontrar concretizações de um morrer verdadeiramente humano. O que está em causa é a preservação da dignidade da pessoa em algo que é decisivo e constitutivo de todo o projecto pessoal de vida. Isto inclui certamente fazer aquilo que é razoavelmente possível para que o paciente preserve as condições de sujeito da sua própria história. Na medida do possível, “não se deve privar o moribundo da consciência de si mesmo, sem motivo grave” (5), uma vez que também nos momentos finais da vida cada pessoa deve estar em condições de poder assumir as suas responsabilidades morais, de relacionar-se com as pessoas que lhe são significativas e de viver todo este processo no contexto da sua relação com Deus.

Uma humanização do morrer é incompatível com a eliminação do sujeito que morre, pois não tem em conta a globalidade das suas necessidades. As súplicas de quem sofre, muitas vezes desejando terminar com a situação de dor, mais do que um desejo de morrer, são sobretudo o apelo a uma presença marcada pelo amor, a formas concretas de solidariedade e expressões da necessidade de perspectivas de esperança. Para isto, é necessário criar condições que humanizem a fase terminal, para que a pessoa possa ter um morrer humano: disponibilizar os meios que retirem ou reduzam o mais possível a dor, dar ao doente acesso aos meios médicos de que necessita, assegurar um acompanhamento humano personalizado, garantir ao paciente que não será abandonado à solidão em nenhum momento da sua fase final, permitir-lhe a presença das pessoas que lhe são mais queridas, facilitar-lhe a vivência das suas convicções religiosas e a satisfação das suas necessidades espirituais, possibilitar um acompanhamento psicológico, respeitar os seus valores e legítimos desejos, criar condições de confiança.

Numa sociedade cada vez mais dominada pela exigência de produtividade material e regida por critérios de utilidade, é fundamental transmitir a todos os pacientes, e com maior razão aos que se encontram em estado terminal, que a sua vida é sempre preciosa e valorizada, mesmo nas circunstâncias dolorosas em que se encontram, que não são um fardo para os outros, e que a sua vida continua a ser significativa para a comunidade a que pertencem.

Sabemos que num mundo onde só têm visibilidade os bem-apresentados, os corpos atléticos e estéticos, se torna difícil aceitar como parte da vida social um corpo desfeito pela doença e martirizado pela dor. Na perspectiva cristã, o sofrimento, a doença e a morte são partes da vida e têm de ser

integradas no projecto pessoal de vida. Também por isso, a humanização do morrer deve incluir um respeito profundo pela pessoa doente e um cuidado dedicado das suas necessidades. Um morrer humano e digno exige todas as condições de um acompanhamento global da pessoa que tenha em consideração todos os aspectos da vida humana.

Uma vida humana nunca perde sentido nem dignidade. Também o envelhecer e o morrer se integram no sentido da vida humana e reflectem a dignidade humana da pessoa. “O amor para com o próximo [...] torna capaz de reconhecer a dignidade de cada pessoa, mesmo quando a doença veio pesar sobre a sua existência. O sofrimento, a idade avançada, o estado de inconsciência, a iminência da morte não diminuem a dignidade intrínseca da pessoa, criada à imagem de Deus” (6).

6. Uma sociedade com lugar para todos e uma vida com espaço para a morte

O recurso aos princípios éticos não ignora que as circunstâncias concretas escapam habitualmente a todas as tentativas de regulamentação jurídica ou deontológica. Aos cristãos pede-se que façam a sua reflexão sobre estes problemas em diálogo com os homens e mulheres de boa vontade, certamente à luz dos dados da sua fé, num esforço por procurar um nível elevado de moralidade.

Mesmo admitindo que algumas situações são demasiado complexas para proferirmos juízos prévios, e sabendo que nenhum preceito moral tem em conta a diversidade de situações que a vida apresenta, a legitimação jurídica da eutanásia ou do suicídio assistido teria como consequência uma pressão inevitável sobre todas as pessoas cuja vida não correspondesse aos padrões de realização que são dominantes em determinada sociedade. Facilmente surgiria um grupo de não desejados, vistos como peso da sociedade. Pessoas gravemente doentes ou em estado terminal não podem ter de modo algum a impressão de serem indesejadas, mas devem sentir de modo reforçado que são preciosas e queridas, e que a sociedade não se dispensa de fazer tudo o que está ao seu alcance para as valorizar e integrar.

Para além da discussão sobre a legitimidade moral de optar por alguma forma de auto-determinar o final da vida, parece-nos fundamental reavivar uma leitura da vida humana, suportada pela fé cristã mas também pelas tradições humanistas da nossa cultura, em que a morte seja integrada como momento significativo da vida de uma pessoa e ao sofrimento seja reconhecida a possibilidade de se integrar no horizonte de sentido da existência humana. A este propósito pode ser iluminadora a afirmação de São Paulo: “Nenhum de nós vive para si mesmo, e nenhum de nós morre para si mesmo. Se vivemos, para o Senhor vivemos; se morremos, para o Senhor morremos. Quer vivamos, quer morramos, pertencemos ao Senhor” (*Rm 14,7-8*). Como explica João Paulo II, “morrer para o Senhor significa viver a própria morte como acto supremo de obediência ao Pai [...]; viver para o Senhor significa também reconhecer que o sofrimento, embora permaneça em si mesmo um mal e uma prova, sempre se pode tornar fonte de bem” (7). O cristão encontra o sentido redentor do sofrimento humano, unindo-se a Cristo, no mistério da sua paixão, morte e ressurreição.

Antecipar a morte, pelo suicídio assistido ou pela eutanásia, ou prolongar desproporcionadamente o processo de morrer, tem como resultado uma expropriação da morte, retirando ao indivíduo a possibilidade de um morrer pessoal, no respeito pelos tempos necessários a uma integração da dor e da morte no sentido global da existência humana. A doença e a morte são processos pessoais, que, ao mesmo tempo, exprimem a individualidade de cada pessoa e determinam a atitude pessoal perante a própria história. De facto, a maneira de morrer pode ser decisiva quanto ao sentido de toda uma vida. A morte não é um problema a solucionar, mas um mistério que envolve e provoca toda a vida.

7. Gratidão e esperança

Por último, os Bispos de Portugal desejam enaltecer e agradecer:

– o exemplo de generosa dedicação de tantas e tantos que acompanham e servem doentes crónicos, deficientes profundos e outras pessoas que dependem fundamentalmente da ajuda que recebem;

– o empenho dos profissionais de saúde que se dedicam à investigação para a superação da dor e aos que se entregam aos cuidados paliativos, oferecendo a qualidade de vida possível a incontáveis pessoas em situações de grande debilidade;

– o testemunho de tantas pessoas com doenças graves, profundamente limitadas, que são um exemplo de aceitação e alegria e nos desafiam a sair da mediocridade estéril do egoísmo em favor de um amor generoso sem fronteiras...

Todos estes são a melhor resposta a quem julga ser uma boa causa promover a legalização da eutanásia; os seus testemunhos são maravilhosos hinos à vida, que devemos sempre proteger.

Fátima, 12 de Novembro de 2009

NOTAS:

1 - JOÃO PAULO II, *Evangelium vitae*, Vaticano 1995, n. 65.

2 - CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ, *Declaração sobre a Eutanásia* (5.05.1980), in: AAS 72 (1980), II.

3 - CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ, *Declaração sobre a Eutanásia* (5.05.1980), in: AAS 72 (1980), IV.

4 - Cf. PIO XII, *Discurso a um grupo internacional de médicos* (24.02.1957), in: AAS 49 (1957), 145; CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ, *Declaração sobre a Eutanásia* (5.05.1980), in: AAS 72 (1980), 547; JOÃO PAULO II, *Evangelium vitae*, Vaticano 1995, 65.

5 - PIO XII, *Discurso a um grupo internacional de médicos* (24.02.1957), in: AAS 49 (1957), 145.

6 - JOÃO PAULO II, *Discurso aos participantes no XIX Congresso Internacional do Pontifício Conselho para a Pastoral no Campo da Saúde*, 12.11.2004, n. 3.

7 - JOÃO PAULO II, *Evangelium vitae*, Vaticano 1995, 67.