

O PODER DE DISPOR DA PRÓPRIA VIDA

Suicídio e Eutanásia

SUMÁRIO: 1.^a Parte: I -Introdução: Valor da Vida Humana II -Princípio da Dignidade Humana: Sentido da Existência do Ser Humano III -Princípio da Liberdade IV - Princípio da Solidariedade V -Argumentos a Favor do Poder de Dispor da Vida; Sua Análise Crítica: a) –Na Perspectiva do Direito de Propriedade b) –Na Perspectiva do Direito à Liberdade c) –Na Perspectiva do Direito à Qualidade de Vida VI - Coexistência, na Perspectiva Ética, de Sofrimento e Felicidade VII -O Poder de Dispor da Vida na Perspectiva Jurídica. 2.^a Parte: I - Solidariedade ou Eutanásia? a) -Eutanásia: clandestina (França) e legal (Holanda) b) – Solidariedade c) -Mediatização da eutanásia II - O Poder de Dispor da Vida na Lei Penal Portuguesa Vigente

1.^a Parte

I

INTRODUÇÃO: Valor da Vida Humana

O ser humano tem sido frequentemente sujeito, ao longo dos tempos, a tratamentos próprios de mero objecto ou coisa. Trata-se, porém, de realidades cuja incontestável distinção justifica e exige tratamento desigual.

Na verdade, o ser humano gere a sua existência em função das suas próprias escolhas e respectivos actos. Age, pois, como um fim em si mesmo e, enquanto tal, vale por si próprio.

As coisas, por sua vez, só valem em função do uso que o ser humano, que as gere, delas faz.

Portanto, enquanto o ser humano é titular de poderes sobre as coisas, estas são mero objecto desses mesmos poderes. Isto é, o ser humano é sujeito de direitos, as coisas são mero objecto desses mesmos direitos.

Em consequência, o ser humano não pode ser reduzido a uma mera exterioridade de que se possa dispor a partir do exterior; não pode ser usado ou instrumentalizado como se fora uma coisa.

Entre os valores de que é portador, sobressai a vida.

Esta não só é *essencial à existência* do ser humano, como *imprime sentido* a essa mesma existência. Isto é, a vida não só é condição sem a qual ele não participaria dos demais valores humanos, incluindo, claro está, a liberdade, como ainda lhe confere um sentido que inspira respeito e, por isso, o dignifica.

Deste modo, a vida é o valor humano por excelência, o que a constitui como «o mais alto bem jurídico que ao direito penal cabe proteger»¹

¹ O Professor Figueiredo Dias reserva esta qualificação para «a *vida humana* (de pessoa já nascida)». Todavia, considerando que, nos termos do art.º 2.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem, «*Todos os seres humanos* podem invocar os seus direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração (...), *sem distinção alguma* (...)» e que, nos termos do art.º 3.º da mesma Declaração, «*Todo o indivíduo* tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.», nada justifica a distinção entre o valor “vida” de um ser humano imediatamente

Mas não só do ser individualmente considerado. Pelas mesmas razões, é essencial também à comunidade em que ele próprio se integra. Consequentemente, tal essencialidade (causal e finalista) não se reporta apenas ao ser humano individual; é comum ao indivíduo e à respectiva comunidade.

Não obstante, a vida humana não tem merecido sempre tal valoração. Esta tem vindo a resultar, na perspectiva histórica, de uma longa evolução cultural dos povos.

Houve épocas em que o Direito, reflectindo a cultura então dominante, admitiu a equiparação de seres humanos a coisas, portanto susceptíveis de serem usados, destruídos ou alienados, como, por exemplo, a escravatura; outras em que admitiu outro tipo de instrumentalização de seres humanos, tal como a vinculação de pessoas a bens materiais (caso dos servos da gleba), ou a exploração da mão de obra (caso do proletariado na primeira industrialização) e muitas outras em que negou vários direitos fundamentais a certas camadas da população (por exemplo, o direito à igualdade).

A abordagem ao valor, ao sentido e ao termo da vida humana deve, pois, ser tratada no âmago da cultura dos povos, que se repercute na ordem jurídica na medida em que cabe ao Direito dar resposta à necessidade de tutela dos valores humanos.

Ora, a concepção cultural que resulta actualmente dos textos mais relevantes de várias ordens jurídicas, inclusive da internacional, é no sentido da inviolabilidade da vida humana. Daí que, desde há muito, a ciência jurídica venha qualificando como indisponível o direito do ser humano à vida e que, no que a nós, portugueses, diz respeito, o art.º 24º da Constituição da República Portuguesa de 1976 disponha que «*A vida humana é inviolável.*»

Atentemos, então, na Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de Dezembro de 1948 (DUDH), que também vigora na ordem jurídica interna do Estado Português² e cujo artigo 1.º dispõe: - «*Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.*»

Predomina, assim, no mundo civilizado actual, uma cultura particularmente sensível ao reconhecimento de três *princípios estruturantes da condição humana*: - o da *dignidade humana*, o da *liberdade* e o da *solidariedade*.

Deste modo, na perspectiva desta cultura, qualquer reflexão acerca da vida ter-se-á que enraizar nesses princípios, percepcionando e valorando, à luz dos mesmos, o sentido da existência da pessoa humana.

Não obstante, continua a haver muitos casos – mesmo muitos – de escravatura, de sequestro, de opressão social e económica, de exploração sexual e de outras situações de instrumentalização que revelam falta de respeito pelo ser humano, principalmente pelo sentido da existência deste.

antes do parto e o valor “vida” desse mesmo ser imediatamente a seguir ao parto, para os efeitos dessas disposições legais.

² Por força do art.º 8.º da Constituição da República Portuguesa.

A repercussão dessa instrumentalização produziu, no século XX, guerras, genocídios, racismos, fanatismos, tiranias, totalitarismos, etc. e culmina no actual terrorismo internacional. Contrapõe-se-lhe mais violência, ainda que, simultaneamente, se proclame respeito pelos valores. Como refere a neurocientista Jill Bolte Taylor, «A saúde mental da nossa sociedade é determinada pela saúde mental dos cérebros que a compõem, e sou forçada a admitir que a civilização ocidental é um ambiente bastante adverso para o meu hemisfério direito, amante da paz e do amor, poder medrar.»

Daí a actualidade de questões relacionadas com poderes relativos à vida humana que, numa perspectiva ético-jurídica, suscitam dúvidas sobre se devem ou não ser reconhecidos ou repudiados em função dos mencionados princípios.

Restringir-me-ei ao poder de dispor da própria vida.

Aparentemente, a questão que se põe é simples: - *sendo cada ser humano titular da sua própria vida e sendo ele, enquanto ser livre, quem gere a sua própria existência, com que fundamento negar-lhe o reconhecimento do poder de dispor da sua vida quando considere que esta deixou de ter sentido para ele?*

Comecemos por uma breve caracterização daqueles princípios.

II

Princípio da Dignidade Humana

Sentido da existência do ser humano

: «A dignidade», escreve João Carlos Loureiro, «apresenta-se como uma nota *intrínseca* – é-se digno desde que se seja humano, não dependendo de outras qualidades ou acções do sujeito ou de terceiros -, como uma categoria *axiológica*, pressupondo um *reconhecimento* originário, e é *corporizada* ou *incorporada*.»

Na verdade, hoje, a concepção de que a dignidade da pessoa humana lhe é inerente faz parte do património cultural do mundo civilizado. São várias as convenções internacionais que declaram expressamente isso mesmo. Assim, por exemplo, o preâmbulo da citada Declaração Universal começa, precisamente, por dizer: «Considerando que o reconhecimento da *dignidade inerente* a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo; (...)» (o grifado é meu)

De seguida, como se referiu, o art.º 1.º do mesmo diploma dispõe que «*todos os seres humanos nascem iguais em dignidade*».

E o art.º 1.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia dispõe que «*A dignidade do ser humano é inviolável. Deve ser respeitada e protegida.*»

Por sua vez, segundo o art.º 1º da Constituição da República Portuguesa de 1976, «*Portugal é uma República (...) baseada na dignidade da pessoa humana (...)*»

Não obstante, apesar do reconhecimento generalizado dessa dignidade, não há unanimidade na identificação do atributo que explica a sua inerência ao ser humano.

Uma coisa é certa: tal atributo terá que assentar num denominador comum a todo o ser humano, «sem distinção alguma», como exige o art.º 2.º daquela Declaração; de outro modo, não lhe seria inerente. Por isso, há que excluir toda e qualquer distinção, designadamente em função de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional ou social, fortuna, nascimento, estatuto político, jurídico ou internacional ou qualquer outra situação.

Esse denominador não pode, pois, assentar na capacidade psíquica, sob pena de exclusão de *peçoas deficientes mentais*, nem no uso que dela se faça, sob pena de exclusão das *peçoas delinquentes*.

Deste modo, se todos os seres humanos nascem iguais em dignidade e se o mero parto não constitui factor de distinção, o atributo que a expressa será, necessariamente, congénito. Daí o reconhecimento da sua inerência ao ser humano.

Segundo o Professor Barbosa de Melo: «Ninguém pode, sequer, atribuir-se o direito de impor a outra pessoa o modo de ela ser feliz, suprimindo ou coarctando a sua liberdade de escolha de um qualquer caminho que não ofenda iguais direitos dos outros. (...) Nisto se traduz, no plano jurídico, ao fim e ao cabo, a eminente dignidade da pessoa humana.»

Salvo o devido respeito, que é muito, o Eminente Jurista parece aderir aí a uma concepção essencialmente individualista da liberdade pessoal, limitada apenas pelos direitos de outrem, e vê nela o fundamento da dignidade inerente à pessoa humana, deixando, assim, de fora as pessoas privadas dessa capacidade psíquica.

Figueiredo Dias, por sua vez, considera o *direito de autodeterminação* decorrente da *eminente dignidade da pessoa humana*. Isto é, enquanto para Barbosa de Melo a dignidade decorre da liberdade, para Figueiredo Dias é o contrário, ou seja, a liberdade decorre da dignidade. Um círculo vicioso que explica que baseando-se, embora, ambos no mesmo princípio, o da liberdade, cheguem a conclusões diferentes, inclusive opostas, sobre a mesma questão, como, por exemplo, em matéria de suicídio.

Mas há boas razões para se considerar que a dignidade dos seres humanos se enraíza na *disposição congénita para a felicidade*. Desta disposição, deve, porém, distinguir-se a capacidade de escolha do modo de ser feliz, capacidade esta, por sua vez, com uma função meramente instrumental relativamente àquele atributo. Isto é, tal disposição não é determinista e o ser humano goza da liberdade de escolha do modo de a realizar.

Segundo Stefan Klein, «as nossas cabeças estão equipadas com conexões próprias para a alegria, o prazer e a euforia, o que quer dizer que dispomos de um sistema da felicidade. Tal como nascemos com a capacidade de falar, também estamos programados para os sentimentos felizes.»³

Por sua vez, a neurocientista Jill Taylor, na sequência de uma experiência pessoal, constatou que no âmago da sua consciência do hemisfério direito se encontra uma personalidade directamente ligada à sua

³ A relação entre prazer e felicidade será abordada mais tarde, a propósito da possibilidade de coexistência desta com o sofrimento.

«sensação de profunda paz interior e que esta está completamente empenhada na expressão da paz, do amor, da alegria e da compaixão no mundo.» «A minha mente direita», escreve a cientista, «consagra-se totalmente à riqueza do momento presente. Está repleta de gratidão pela minha vida e tudo e todos que ela abarca. É feliz, compassiva, protectora e eternamente optimista.»

Assim se compreende que, numa declaração proclamada a 7 de Dezembro de 1965 na Assembleia Geral das Nações Unidas, esta tenha expressado a convicção de que a humanidade aspira à felicidade e de que a propagação de um espírito de paz, justiça, liberdade, respeito e compreensão entre todos os seres humanos constitui o instrumento de realização dessa aspiração.⁴

Já o filósofo e historiador David Hume escrevera que «a grande finalidade de toda a labuta humana é o alcance da felicidade. Para isso se inventaram as artes, se cultivaram as ciências, se estabeleceram leis e se modelaram as sociedades».

Portanto, como refere a enfermeira Cristina Banha, «consciente ou inconscientemente, todas as pessoas, qualquer que seja o seu estado físico ou psíquico, de alguma forma expressam espontaneamente desejo de felicidade, o que, conjugado com o referido equipamento neurofisiológico, justifica considerá-las naturalmente dispostas a gozar desse estado.»⁵

Ora esta disposição natural para ser feliz⁶ não só se repercute na génese daquele desejo universal, como *dá sentido à existência do ser humano*, o que tem vindo a suscitar, progressivamente, um profuso e generalizado sentimento de respeito em crescendo na cultura dos povos civilizados e *tal reflecte a dignidade que esse atributo confere ao seu portador*, ou seja, ao ser humano. É, por exemplo, sintomático o facto de a notícia da morte de um jovem ferir o nosso sentimento de respeito pela felicidade que a vida ainda poderia proporcionar-lhe.

Mas, como diz Barbosa de Melo, cabe a cada um a escolha do modo de ser feliz. Sem prejuízo, acrescente-se e como veremos, das limitações resultantes das dimensões individual e social da liberdade humana.

Refere o prestigiado psicólogo Martin Sligman que as mais recentes pesquisas acerca da felicidade demonstram que esta pode ser duradouramente aumentada. E acrescenta que «a felicidade autêntica vem da identificação e cultivo das forças mais fundamentais de cada um de nós e da sua utilização diária no trabalho, no amor, na brincadeira e na educação.»

«Eu tenho», escreve Taylor, «tanta facilidade em deixar funcionar habitualmente o circuito da felicidade como o circuito da irritação. Na verdade, duma perspectiva biológica, a felicidade é o estado natural da minha mente direita. Como tal, este circuito mantém-se em constante funcionamento e está

⁴ Resolução 2037 (XX) da Assembleia Geral, em Boletim do Ministério da Justiça n.º 249, p. 342-346.

⁵ Vítor Franco, em “*Encontro com o Outro na Diferença*”, texto publicado em Cadernos de Bio-Ética n.º 19, p. 59 e seg. s, edição CEB, Coimbra, Abril 1999, “fala-nos” de uma menina de 9 anos que não caminha, não fala, vê mal e não é autónoma na sua alimentação e higiene, mas o seu sorriso tranquilo evidencia uma paz interior que se insinua em quem quer que com ela contacte e que convida à partilha de felicidade.

⁶ «Acredito do fundo do coração», diz Taylor, «que 99,999 por cento das células do meu cérebro e do meu corpo desejam que eu seja feliz, saudável e bem sucedida.»

sempre ao meu dispor. O meu circuito da irritação, ao invés, não funciona sempre, mas pode ser desencadeado quando eu me sinto sob uma qualquer ameaça. Logo que a reacção fisiológica é eliminada da minha corrente sanguínea, fico livre para recuperar a alegria.»⁷

Esta liberdade de escolha pode, pois, interferir positiva ou negativamente na consecução e manutenção do estado de felicidade.

Também no sentido de que a disposição congénita para a felicidade não é determinista, refere Klein: «Não há dúvida de que os genes influenciam a nossa personalidade e, conseqüentemente, a nossa tendência para a alegria ou para a depressão. (...) No entanto, os genes não funcionam como as operações de rotina de um computador que executa sempre as mesmas funções. Aquilo que um determinado gene pode provocar no organismo depende de interacções com o mundo exterior.»⁸

Nesta interacção, assumem especial relevo outros atributos pessoais, designadamente genéticos, tais como a liberdade e a solidariedade, quer potenciando aquela disposição natural para a felicidade, quer obstaculizando-a. Qualquer desses atributos integra uma importante função instrumental na realização dessa disposição natural.

Não significa isto que se esgote em tal disposição o fundamento em que assenta a dignidade de cada pessoa humana. Esta referencia outros valores que também podem concorrer para o respeito que ela inspira.

Dever-se-á, pois, distinguir a *dignidade congénita*, assente na potencialidade de um valor inerente a todo o ser humano (a disposição natural para a felicidade), da *dignidade adquirida ou condicionada* à efectiva assunção e realização de outros valores éticos, tais como verdade, paz, responsabilidade, honestidade, compreensão, tolerância, justiça, etc.

Deste modo, para além da igualdade de todos os seres humanos em dignidade congénita e da eventual desigualdade dos mesmos em dignidade adquirida, a diferença mais notória reside na circunstância de a dignidade congénita ser independente do percurso de vida de uma pessoa, ao contrário da adquirida, que depende, quanto à sua existência e relevância, desse mesmo percurso. Na verdade, enquanto a disposição natural de um ser humano para a felicidade subsistirá em toda a sua vida, qualquer que seja o respectivo percurso, aqueles outros valores poderão ou não ser assumidos e praticados.

Por sua vez, o respeito que os valores humanos inspiram não só pode ser percebido pela colectividade, como também pela pessoa portadora dos mesmos, ainda que nem sempre de forma coincidente.

Os dois primeiros significados que no Dicionário Houaiss Da Língua Portuguesa se atribuem à expressão dignidade correspondem, precisamente, a essas duas perspectivas por que pode ser encarada: -

⁷ Relata esta neurocientista: «Durante o meu processo de recuperação, descobri que a parte da minha personalidade que era teimosa, arrogante, sarcástica e/ou invejosa residia no centro do ego do hemisfério esquerdo lesado. Esta porção da mente do meu ego tinha o poder de fazer de mim uma má perdedora, de guardar ressentimentos, contar mentiras e mesmo de procurar a vingança. Reanimar estes traços da minha personalidade foi extremamente perturbador para a inocência recém-descoberta da minha mente direita. A grande custo, optei conscientemente por recuperar o centro do ego da minha mente esquerda sem dar vida renovada a alguns destes velhos circuitos.»

⁸ «Ao reconhecermos quem é quem dentro do nosso crânio, podemos fazer uma abordagem mais equilibrada em termos cerebrais da forma como conduzimos a nossa vida» (Jill B. Taylor)

objectiva («qualidade moral que infunde respeito») e **subjectiva** («consciência do próprio valor»).

Na perspectiva objectiva, a disposição natural para a felicidade, tal como a assunção e realização de qualquer daqueles valores éticos, inspira um sentimento generalizado de respeito pela pessoa humana. Na perspectiva subjectiva, é a consciência dos seus próprios valores que inspira respeito à pessoa pela sua própria vida ou existência, ou seja, pelo sentido e rumo da sua existência. Algo correrá mal quando esta consciência enfraqueça ou desapareça totalmente. O problema reside, como veremos, na respectiva terapêutica.

III

Princípio da Liberdade

«*Todos os seres humanos nascem livres*», reconhece o citado art.º 1.º da DUDH.

Na perspectiva da disponibilidade de um valor pessoal, a liberdade de que uma pessoa goza expressa-se na *capacidade psíquica de escolha* e na possibilidade ética ou legal de *exercer tal capacidade*.

A capacidade psíquica de escolha pressupõe, por um lado, a percepção da realidade na sua diversidade e, por outro, o equacionamento valorativo das hipóteses em alternativa. A um processo cognitivo, sucede-se, pois, a valoração comparativa dessas hipóteses e, por fim, a escolha ou decisão.

Mas tal liberdade de escolha não é absoluta nem discricionária, porque em qualquer das fases do processo de escolha, esta pode ser condicionada por factores endógenos e/ou exógenos.

Por exemplo: - o facto de um paciente de doença grave não consciencializar a informação prestada pelo médico acerca da gravidade da doença ou esquecer imediatamente a parte dessa informação que lhe desagrade fragiliza a fase cognitiva do processo de escolha.

No âmbito do processo de valoração, João Barreto, Professor da Faculdade de Medicina do Porto, refere que «um facto de observação comum é o de um indivíduo que cometeu uma tentativa séria de suicídio e foi salvo por intervenção atempada de outros, vir a admitir mais tarde que o seu gesto fora devido a uma perda momentânea da razão, por causa emocional ou transtorno afectivo». Refere, por sua vez, o filósofo e psiquiatra Raymond Moody que chegaram ao seu conhecimento alguns factos relacionados com experiências extra-sensoriais associadas a suicídios falhados, cujos agentes, no seu estado de fora do corpo, se aperceberam das desastrosas consequências resultantes do seu acto desesperado. Também uma lesão ao nível do lóbulo frontal direito pode afectar gravemente a capacidade de valoração e, conseqüentemente, de decisão.

Por outro lado, o ser humano vive em comunidade, de modo que a respectiva cultura condiciona o processo da integridade do seu ser. Em consequência da interacção entre a pessoa e a sociedade, a «imagem que o homem forma de si mesmo depende, em grande parte, da aceitação da sociedade, como também da imagem que a pessoa vai formando da sociedade» (Alberto Brito). A organização familiar e social, designadamente,

impõe normas de conduta que limitam, ética e/ou juridicamente, a liberdade individual.

Neste sentido, refere Armando Porto, Professor da Faculdade de Medicina de Coimbra, que «a morte voluntária ou suicídio é tão inaceitável como o homicídio, por ser negação da aspiração natural à vida e abdicação frente a todas as obrigações perante a família e a comunidade.»⁹

No processo de escolha, esta configura, pois, duas vertentes ou dimensões que se justapõem: - uma, subjectiva e individualista; outra, objectiva e interpessoal. Tais dimensões são inseparáveis, ainda que a predominância de qualquer delas possa diferir de pessoa para pessoa e, em relação à mesma pessoa, de uma valoração concreta para outra.

A relevância ético-jurídica da escolha em concreto depende, pois, de vários factores, uns relacionados com o indivíduo, outros com o meio físico e social. Mas a «dimensão interpessoal da liberdade é aquela que pode proporcionar a todas as pessoas uma verdadeira maturidade humana.» (Ourives Marques).

Conta-se que, poucos dias depois do acto revolucionário do 25 de Abril, momento de particular exaltação da liberdade, um cidadão conduzia o seu veículo em sentido proibido. Interceptado e advertido por um agente de autoridade de que não podia circular naquele sentido, o condutor respondeu prontamente: “*Isso era antes do 25 de Abril!*” Ele não considerara, por incompreensão da vertente social, que, independentemente do processo político então em curso, são incontornáveis certas limitações advenientes dos deveres inerentes à respectiva integração na comunidade.

Entre os princípios básicos no âmbito do poder de disposição da própria vida, Figueiredo Dias enuncia o princípio da afirmação e defesa da *autonomia pessoal* e do conseqüente *direito de auto determinação*, «a mais pura e directa decorrência da *eminente dignidade da pessoa humana*», diz ele, nos seguintes termos: «toda a pessoa (...) tem o *indeclinável direito de dar à sua vida o destino que quiser, como e quando quiser*».¹⁰ E como sua manifestação positiva mais evidente refere o suicídio.

Poderá, porém, decorrer da *eminente dignidade da pessoa humana* a justificação da licitude de uma tentativa de suicídio por falta de

⁹ Sensata observação a ter em conta na aplicação do art.º 18.º, n.º 2, da Constituição da República Portuguesa de 1976, conjugado com outras disposições constitucionais, como, por exemplo, os art.ºs 64.º, n.º 1, e 67, n.º 1.

¹⁰ Como manifestação deste princípio, o Ilustre Professor cita o art.º 156.º do Código Penal, que tipifica criminalmente as intervenções e os tratamentos médico-cirúrgicos sem consentimento do paciente. Salvo o devido respeito, para além de esse preceito não prescindir do dever constitucional de defesa e promoção da própria saúde, conforme o disposto no art.º 64.º, n.º 1, da CRP, não parece correcta tal extrapolação para fundamentar o invocado princípio da liberdade de *dar à sua vida o destino que quiser, como e quando quiser*. Esse art.º 156.º pune a violação da liberdade de a pessoa consentir ou não em processos que interfiram com a sua integridade física, considerada livremente disponível pelo art.º 149.º do mesmo Código, preceito este que, para além de também não prescindir do referido dever de defesa e promoção da própria saúde, não tem equivalente na nossa lei quanto ao direito à vida da pessoa humana. Pelo contrário, o art.º 134.º do mesmo diploma legal pune o homicídio a pedido da vítima e o art.º 135.º pune a ajuda ao suicídio. Por outro lado, a ciência médica e a indústria farmacêutica são dois factores de criação humana que contribuem para o aumento do tempo médio de vida das pessoas. Deste modo, em caso de doença letal, inexistindo o dever jurídico de prolongar a vida por meios artificiais, a recusa de tratamento expressa apenas um estado de resignação relativamente às conseqüências de uma doença não procurada.

coragem para assumir responsabilidades sociais constitucionalmente impostas, como, por ex., em relação à educação dos filhos menores ou à desconsideração social e consequências jurídicas decorrentes de uma grave desonestidade? Decorrerá a justificação do terrorismo suicida da eminente dignidade da pessoa humana?...

A liberdade do ser humano não pode ser definida e valorada numa perspectiva exclusivamente individualista¹¹ ou exclusivamente social.¹² Situando-se a questão que nos ocupa no âmbito da ética e do jurídico, ou seja, no plano do dever ser, a liberdade do ser humano é, ainda que sem prejuízo da personalidade deste, necessária e imperiosamente limitada a esse nível por uma gama enorme de deveres.

É certo que, no plano naturalístico, o ser humano pode respeitar ou não tais limitações nas suas escolhas e processos de realização destas, mas – e com isto tocamos no cerne do tema desta reflexão –, no plano cultural, a valoração das correspondentes decisões e acções, seja como eticamente correctas ou incorrectas, seja como juridicamente lícitas ou ilícitas, jamais será, nem poderia ser, subjectivamente discricionária. Na verdade, a violação dos respectivos limites importará o reverso da liberdade, que consiste na responsabilidade, ou seja, na assunção das correspondentes consequências, designadamente nos domínios da saúde, da consideração social, da ética e/ou do jurídico. Isto é, a limitação da liberdade em função de deveres subsiste, eventualmente com consequências diversas e, porventura, até mais gravosas, quando a pessoa não age em conformidade com tais deveres.¹³

A liberdade confere, pois, um instrumento essencial à realização da pessoa humana, mas, por si só, não legitima qualquer comportamento. Ela

¹¹ A liberdade concebida como experiência individualista e absoluta pode conduzir a um labirinto do qual seja muito difícil sair (Ourives Marques)

¹² Sob pena de se enveredar por uma concepção meramente instrumental da pessoa humana.

¹³ Escreve Jill B. Taylor: «Eu defino a **responsabilidade** como a capacidade para escolher a forma como reagimos aos estímulos que nos chegam através dos nossos sistemas sensoriais a todo o momento. Embora existam certos programas do sistema límbico (emocional) susceptíveis de serem automaticamente desencadeados, demora menos de noventa segundos para que um desses programas seja activado, irrompa no nosso corpo e por fim seja completamente eliminado da nossa corrente sanguínea. A minha reacção de raiva, por exemplo, é uma reacção programada que pode ser provocada de forma automática. Uma vez activada, as substâncias químicas libertadas pelo meu cérebro irrompem no meu corpo e eu tenho uma experiência fisiológica. Decorridos noventa segundos sobre o estímulo inicial, a componente química da minha raiva foi completamente eliminada do meu sangue e a resposta automática terminou. Se, todavia, eu continuar zangada passados esses noventa segundos, então é porque *optei* por que esse circuito continuasse em funcionamento. Instante a instante, eu faço a escolha de ficar presa ao meu sistema de circuitos neurológicos ou de regressar ao momento presente, permitindo que essa reacção desapareça como uma reacção fisiológica passageira.» (...) «Se alguém se aproximar de mim numa atitude de fúria ou de frustração, eu escolho entre ou espelhar essa atitude e enveredar por uma discussão (cérebro esquerdo), ou mostrar empatia e encarar essa pessoa com um coração compassivo (cérebro direito). Aquilo que escapa ao entendimento da maioria das pessoas é que estamos constantemente a fazer opções quanto à maneira como reagimos. É tão fácil deixarmo-nos enredar nos circuitos da nossa reactividade pré-programada (sistema límbico) que passamos a vida em piloto automático. Aprendi que quanto mais atenção as minhas células corticais superiores prestarem ao que se passa no interior do meu sistema límbico, mais domínio tenho sobre o que penso e o que sinto. Ao prestar atenção às escolhas que o meu sistema de circuitos automáticos vai fazendo, ganho controlo sobre mim própria e faço mais escolhas conscientes. A longo prazo, assumo a responsabilidade por aquilo que atraio para a minha vida.».

pode ser instrumento de realização do bem como do mal, do prazer como do sofrimento, da felicidade como da infelicidade. Portanto, só em função de critérios objectivos de valoração é que ela poderá justificar uma escolha concreta.

Consequentemente, na perspectiva ético-jurídica, não é título bastante que, por si, justifique a licitude de uma qualquer escolha pessoal. A título de exemplo, uma pessoa pode, no uso da sua capacidade de escolha, decidir-se pelo ingresso numa associação de malfeitores, que ninguém invocará o facto de a pessoa humana ser livre para defender o reconhecimento da licitude de tal decisão.

Marie de Henzel proporciona-nos um claro exemplo da função instrumental da liberdade ao referir-se à forma como doentes terminais levaram a doença em vez de se deixarem levar por ela. «Eles não a tinham escolhido, estava ali. Mas tinham a liberdade interior de lhe dar um sentido, de se adaptarem.»

Ela conta «como um jovem, atingido pela terrível doença que paralisa progressivamente (esclerose lateral amiotrófica, chamada também doença de Charcot), me falou do seu espanto perante os seus recursos face à doença. Na sua mesa de cabeceira tem o testamento de vida assinado alguns meses antes. Neste pede que lhe ministrem uma morte suave e sem sofrimento a partir do momento em que a sua vida tiver perdido toda a dignidade. Perguntei-lhe então o que era, para ele, a dignidade. *“Quando assinei esse papel não pensava que conseguiria suportar tudo isto. Agora sinto-me em segurança aqui. Disse ao médico que não quero a traqueotomia, não quero ligar-me”*, acrescentou o jovem com um trejeito de desprezo. *“Ele prometeu-me que não me deixaria sufocar nem sofrer. Confio nele. E depois, é curioso, os meus prazeres mudaram. Já não posso andar, nem levantar-me, estou pregado à cama, mas respirar é ainda um prazer!”*. Todas estas pequenas coisas tomam tanta importância quando o universo está limitado!.»

Há uma liberdade no homem que vai morrer, escreve Henzel citando Marcel Légaut, *que não existe no homem que se encontra em plena vitalidade. Há uma liberdade no desprendimento, no despojamento que, numa certa medida, permite afirmar e perceber coisas que nada têm a ver com o que se teria sido capaz de perceber num tempo comum.*

Segundo Stefan Klein, os circuitos das conexões cerebrais podem modificar-se em função de algo de novo, dando origem a novas malhas no tecido das células nervosas. As emoções, em especial, conseguem activar essas reestruturações. Enquanto os animais se vêem obrigados a seguir os impulsos das suas emoções, nós podemos decidir contra os nossos sentimentos.

Refere, por sua vez, Gill Taylor que «Os cientistas têm perfeita noção de que o cérebro apresenta uma aptidão extraordinária para modificar as suas conexões com base nos estímulos que lhe chegam do exterior. Esta “plasticidade” do cérebro está subjacente à sua capacidade para recuperar as funções perdidas.»

Deste modo, uma nova perspectiva da vida em função de um acontecimento insuperável, associada ao exercício (instrumental) da liberdade, pode implicar um corte com preconceitos redutores e proporcionar a percepção de um novo sentido da existência.

IV

Princípio da Solidariedade

Voltemos ao art.º 1.º da DUDH, segundo o qual «*todos os seres humanos, dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade*».

Orientemos, pois, a nossa reflexão para o princípio da solidariedade.

Génese e função da solidariedade

A natureza não só nos atrai para junto das outras pessoas como quase nos força a procurá-las. Tal comportamento desenvolveu-se bem cedo no decorrer da evolução, o mais tardar quando surgiram os primeiros mamíferos. Sempre que lhes falta a proximidade dos seus semelhantes, tanto os humanos como os animais sociáveis começam a sofrer de stress. A longo prazo, a solidão deteriora a saúde, pois o stress torna o corpo atreito a infecções e provoca doenças do foro cardiovascular. Aliás, o corpo segrega substâncias, tais como as endorfinas, entre outras, que contribuem para regular a nossa necessidade de proximidade e, assim, para a tranquila felicidade que a amizade nos oferece. (Stefan Klein)

A referida neurocientista Jill Taylor descreve a sua própria experiência da seguinte percepção na sequência do AVC que a privava da funcionalidade das capacidades do hemisfério esquerdo: «O meu hemisfério esquerdo fora treinado para me ver como sólida, separada dos outros. Agora, livre desse sistema de circuitos restritivo, o meu hemisfério direito deleitava-se com a sua ligação ao fluxo eterno. Já não estava isolada nem sozinha. A minha alma era maior que o universo e desfrutava alegremente de um oceano sem limites». E acrescenta: «A minha mente direita enaltece a sua liberdade no universo e não se deixa abater pelo passado ou pelo que o futuro lhe possa trazer ou não. Enaltece a minha vida e a saúde das minhas células. E as suas preocupações não se confinam ao meu corpo; estendem-se também à boa condição física dos demais, à nossa saúde mental enquanto sociedade e à nossa relação com a Mãe Terra.»

Portanto, «o outro não é negação da minha liberdade, mas possibilidade da sua realização. O eu realiza-se não no fechamento mas no transcender-se, na abertura, no dilatar-se até ao encontro com o outro.»¹⁴

Esta necessidade congénita de intersubjectividade¹⁵, remete-nos novamente para a mencionada declaração da Assembleia Geral das Nações Unidas. Resulta desta que a disposição natural para a felicidade se realiza através de um espírito não só de liberdade, mas também de paz, justiça, respeito e compreensão entre todos os seres humanos; isto é, *a felicidade*

¹⁴ Giordano, Aldo, segundo citação de Ourives Marques.

¹⁵ «Na consciência da minha mente direita, nós encontramos-nos entrelaçados sob a forma dum mosaico universal de potencial humano (...)» (Jill B. Taylor).

pressupõe uma vivência de paz interior assente na harmonia da relação com os outros, um estado em que a pessoa ama e se sente amada.

*Mas, «amar o outro (...) significa aceitar o outro como sujeito e contribuir constantemente para o seu crescimento subjectivo. Não é um movimento centrípeto, entendido como atracção do outro a si fazendo-o permanecer no próprio espaço do eu, mas antes um movimento *ekstatico* (extático, que significa movimento de saída de si, arrebatamento) como entrada na área do outro para colaborar com ele na sua construção.»¹⁶*

«A nossa capacidade de empatia, de nos metermos na pele doutra pessoa e de sentir o que ela sente,», escreve Jill Taylor, «é resultante do nosso córtex frontal direito.»

A solidariedade constitui, assim, um instrumento genético essencial à realização da disposição natural para a felicidade.

Daí que o art.º 1.º da Constituição Da República Portuguesa estatua que «Portugal é uma República (...) empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e *solidária*.» (o grifado é meu)

A solidariedade recíproca entre os membros de uma qualquer comunidade humana fomenta, pois, natural e seguramente, a progressão e a realização do desejo, insaciável, de felicidade.¹⁷

Interiorização do princípio (responsabilidade)

Segundo Hennezel, o filósofo Yvan Amar ensinava que é necessário entrar em relação consciente com a realidade. É um caminho exigente, porque obriga a romper com o egoísmo, porque obriga a assumir responsabilidades. «Amar é ser responsável.»

A interiorização do princípio da solidariedade consciencializa a pessoa de que, numa perspectiva ética, ela não só partilha da responsabilidade colectiva pelo bem-estar de todos os seres humanos, como ainda, individualmente, responde pelo bem-estar de cada um dos que lhe são próximos.

Mas tal responsabilidade não subjaz apenas ao relacionamento directo com o outro. Sendo elevado o grau de probabilidade de o exemplo de uma pessoa influenciar o comportamento de outras (veja-se o que acontece com a chamada “moda” nas mais diversas práticas sociais e o exemplo dos pais em relação aos filhos), também neste aspecto o princípio da solidariedade nos responsabiliza eticamente pela censurabilidade do comportamento daqueles que sigam o nosso mau exemplo.

Na verdade, como refere Stefan Klein, tanto se pode aprender a ser feliz como a ser infeliz.

Certas correntes psicológicas chamam, precisamente, «a atenção para o facto de os comportamentos autodestrutivos poderem ser, de certa maneira, influenciados pela aprendizagem. É sabido que a frequência do suicídio varia com a zona geográfica, sendo por exemplo muito alta na Europa Central e de Leste, bem como na Escandinávia, enquanto se mostra relativamente baixa na região mediterrânica. Após um suicídio, especialmente se se tratou de pessoa famosa, outros se seguem com elevada frequência;

¹⁶ Palumbieri, Sabino, segundo citação de Ourives Marques,.

¹⁷ Sobre a concepção da pessoa humana como ser-amor, ver Ourives Marques, obra citada na bibliografia.

eles mostram também tendência a repetir-se na mesma família, mesmo em gerações sucessivas». (João Barreto¹⁸)

Ao desejo de felicidade anda associada, como já se referiu, a autonomia (relativa) na concepção de felicidade e na escolha dos meios para a realizar. Tal escolha caberá, porém, a outra pessoa em casos de incapacidade funcional, precisamente em função do princípio da solidariedade, para proporcionar ao incapaz o melhor bem-estar possível.

É claro que a pessoa goza, em princípio, da liberdade (instrumental) de assumir ou não a correspondente responsabilidade; naturalmente, porém, com consequências na respectiva realização pessoal.

Infelizmente, «o mundo que nos rodeia não nos ensina a morrer. (...) tão pouco a viver. Apenas a ter sucesso na vida, o que não é a mesma coisa. Trata-se de ‘fazer’ cada vez mais, de ‘ter’ cada vez mais, numa corrida desenfreada em busca de uma felicidade material que acabamos por perceber, mais cedo ou mais tarde, não bastar para conferir um sentido às nossas existências. É assim que recolhemos por vezes, da boca de agonizantes revoltados, amargurados, essa última mágoa de terem passado ao lado do essencial. Não é preciso ser particularmente religioso para sentir que não estamos cá na Terra para passar a vida a produzir e a consumir.» (Marie de Hennezel e Jean – Yves Leloup)

V

Argumentos a Favor do Poder de Dispor da Vida Sua Análise Crítica

Definidos, no essencial, os princípios estruturantes da concepção cultural actualmente dominante acerca da vida humana, é chegada a oportunidade de se proceder à análise dos argumentos favoráveis ao poder de o ser humano dispor, individualmente, da sua própria vida.

A questão que ora se coloca é, pois, a seguinte:

- Atenta a inevitabilidade de limitações à liberdade individual, justificar-se-á legitimar, na perspectiva ético-jurídica, a possibilidade de um ser humano destruir voluntariamente a sua própria vida ou consentir na destruição desta por outrem?

São três os argumentos que conheço a favor do poder de dispor da própria vida: 1.º - A pessoa humana é dona do seu próprio corpo; 2.º - Como ser livre, deve poder dispor plenamente de si própria enquanto sujeito; e 3.º - A vida deixa de ter sentido quando se degrada, pelo que deve reconhecer-se à respectiva pessoa o direito a evitar um fim indigno.

a) – Na Perspectiva do Direito de Propriedade

¹⁸ Ainda segundo o Professor João Barreto, «Resnik pôs em relevo a relação entre excesso de punições na infância e tendência ao suicídio, em parte explicável por sentimentos de culpabilidade despertados por qualquer fracasso. Outras vezes não é tanto a culpabilidade que está em causa, mas sim o sentimento de ser incapaz de fazer face a uma situação insustentável: em consequência de sucessivos fracassos, o indivíduo teria ‘aprendido a desesperar’ (Seligman) e recorreria ao suicídio como fuga ou como forma extrema de apelo.»

Quando se aborda a questão da licitude do suicídio, da eutanásia ou do aborto, há quem invoque o argumento, neste último caso com manifesta impropriedade quanto ao novo ser, de que a pessoa pode dispor do seu próprio corpo. Dizem os que assim argumentam: “O corpo é meu; por isso, posso fazer dele o que quiser”.

Os que tal defendem baseiam-se no sentido de pertença que atribuem ao pronome “meu”.

Repare-se, porém, que em expressões como “o meu filho”, “a minha mãe”, “a minha mulher”, “o meu cunhado” e semelhantes os pronomes “meu” e “minha” têm uma função meramente identificadora; identificam uma relação de parentesco, de casamento ou de afinidade entre pessoas concretas. Aliás, como vimos, estas não são “coisificáveis”, de modo que jamais poderiam ser objecto de pertença ou propriedade.

Do mesmo modo, também a expressão “o meu corpo” não exprime nem pode exprimir uma relação de propriedade. Isto, porque o corpo «não (é) simplesmente uma quantidade de matéria»; «é um modo de estar no mundo, aquilo através de que comunicamos, a energia de uma relação que nos faz ser o que somos» (Alberto Brito). «Para Greenacre, o núcleo central do Eu incipiente e, posteriormente, a imagem do Eu é a imagem corporal. Para Mahler, o sentimento de identidade é determinado pelas sensações corporais, sendo a imagem corporal a base dessa mesma identidade» (Raul Coelho).

Portanto, sendo a pessoa humana um ser encarnado, o respectivo corpo, enquanto parte de um ser vivente, é indissociável do ser pessoa, de modo que a dignidade a esta inerente obsta à qualificação daquele como coisa; logo, não pode ser objecto de um direito de propriedade. Assim, expressões como “o meu corpo” e “o corpo é meu” apenas significam que o corpo em causa faz parte de mim, da pessoa que eu sou, e não que seja ou possa ser objecto de um direito que me confira os poderes de disposição que a propriedade sobre coisas confere aos respectivos titulares. “Meu” tem também aqui a mera função de determinante pronominal.

a) – Na Perspectiva do Direito à Liberdade

Dir-se-á: - A pessoa humana é um ser livre. Como tal, cabe-lhe tomar as decisões que lhe dizem respeito. Consequentemente, deve poder dispor plenamente de si própria enquanto sujeito. Tal poder de autodeterminação integrar-se-á, pois, como o próprio direito à liberdade, no âmbito dos direitos de personalidade.¹⁹

Precisamente com fundamento numa tal concepção meramente subjectiva e individualista da liberdade pessoal, interroga-se Marie de Hennezel: «Numa sociedade pluralista e respeitadora dos direitos do homem, só podemos reconhecer esse direito. Não será cada um o único juiz daquilo que pode ou não suportar? Não pertencerá a cada um dizer se a sua vida tem sentido e se conserva a sua dignidade?».

Justificar-se-á, então, legitimar a possibilidade de um cidadão destruir ou consentir na destruição da sua própria vida por outrem? Justificar-

¹⁹ J.Figueiredo Dias adere, ainda que com certas limitações, à aplicação deste princípio.

se-á reconhecer--lhe esse poder apenas com fundamento na invocada natureza de ser livre?

Vimos já que a liberdade do ser humano não é, nem pode ser, absoluta. É, necessariamente, limitada, quer ao nível do ser, quer ao do dever ser. Ela confere um instrumento essencial à realização da pessoa humana, mas, por si só, não legitima qualquer comportamento. Por maioria de razão, a mera capacidade cognitiva, pressuposta pela liberdade, também não legitima, por si só, qualquer comportamento.

Conclui-se, por isso, que, em razão da sua função meramente instrumental, a liberdade da pessoa humana não é título bastante que, por si só, justifique o reconhecimento do poder de disposição da própria vida

c) – Na Perspectiva do Direito à Qualidade de Vida

Poderá a degradação da qualidade de vida ser o “quid” que, em conjugação com a liberdade, justifique o poder de dispor da própria vida?

Dever-se-á reconhecer a licitude da opção pela antecipação da sua própria morte *quando se degrade a qualidade de vida que dá sentido à existência* da pessoa em causa?

1 – Questões prévias

A possibilidade de disposição da própria vida com fundamento na falta de qualidade desta suscita duas questões prévias: - 1.^a - qual a qualidade de vida que deve servir de referência a eventual degradação da mesma? E 2.^a - que degradação poderá justificar a possibilidade de disposição da própria vida?

1.^a Questão.

A *qualidade de vida* de uma pessoa tem a ver com a sua saúde; esta, porém, «não é considerada de modo estático, mas como resultado de um equilíbrio dinâmico entre corpo e espírito e, externamente, entre pessoa e ambiente e é um valor multidimensional, dinâmico e relacional. Ela, na verdade, depende não só do correcto funcionamento dos seus órgãos, mas da harmonia entre as várias dimensões nas quais a vida do homem se realiza – física, psíquica, ambiental-social e ético-espiritual – dimensões que se relacionam e compenetraram continuamente entre si.»²⁰

Assim, «a vida vivida de cada pessoa integra naturalmente todo aquele conjunto de valores, de atitudes consequentes e de relações que são responsáveis pela própria edificação da condição pessoal e que, ao mesmo tempo, lhe proporcionam as bases indispensáveis para que goze, na medida do possível, de uma integral e completa saúde. Como é evidente, cabe também integrar o sofrimento e a doença, seja qual for a sua natureza, como elementos inevitáveis e dir-se-á por vezes pedagogicamente indispensáveis, num verdadeiro processo de crescimento e de desenvolvimento pessoais.» (Ourives Marques)

²⁰ Fratta, Anna., *Spunti di riflessione sul rapporto salute-malattia*, segundo citação de Ourives Marques.

Segundo Stefan Klein, «a felicidade e o sofrimento funcionam (...) como autênticos mestres, através dos quais a natureza se encarrega de nos ensinar.» Esta «seduz-nos a fazer aquilo que é mais aconselhável para nós. Devido a razões biológicas, esse comando através do prazer e da dor tem que tentar manter o organismo num estado de funcionamento o mais próximo possível do ideal.» E, mais adiante: «enquanto o medo, a cólera e a tristeza representam respostas aos perigos do mundo exterior, a natureza dispôs os sentimentos agradáveis de modo a atrair-nos para situações desejáveis. O bem-estar é a recompensa para uma acção que faz bem ao nosso organismo.»

Portanto, normal e objectivamente, a vida comporta uma vivência de facilidades e dificuldades, de prazeres e sofrimentos, de alegrias e tristezas. A vida pode, até, ser feita de dor e separação, mas, como refere Marie de Hennezel, «é, por vezes, no coração desse sofrimento que se encontram as maiores verdades e os maiores sentimentos». Segundo a mesma Autora, no dizer de uma enfermeira, «é preciso aceitar que haja uma parte de sofrimento que não se pode banir. É o sofrimento existencial.»

A vida exige, pois, a aceitação das limitações que resultem da nossa condição de seres encarnados e sociais que cada um de nós é nas circunstâncias de tempo e lugar em que vive; exige opções e renúncias; exige empenho e sacrifício para se atingir o objectivo implícito no sentido da existência de cada um, ou seja, para se atingir um estado de felicidade²¹.

Deste modo, não basta a mera existência de dificuldades, angústias ou sofrimentos na vida de uma pessoa para que se possa concluir que a sua vida não vale e para que ela própria ou outra pessoa com o seu consentimento lhe ponha termo. Como refere Alberto Brito, «só aceitando as limitações pessoais é que o homem se torna capaz de as superar, como um ser que se autotranscende continuamente através da potencialização da realidade circunscrita pelos limites que ele aceita».

2.ª Questão

Nestas circunstâncias, *que degradação* poderá justificar a possibilidade de disposição da própria vida?

A referida psicóloga clínica Marie de Hennezel registou alguns testemunhos de seropositivos que só em fase avançada da doença compreenderam e aceitaram as suas limitações: -

«A doença», declarou Jean Toddy, «fez-me compreender que me aproximava da morte e isso era para mim um despertar e um novo nascimento, simultaneamente. Julgo que nunca fui tão feliz! Em resumo: voltei a interessar-me pelas pequenas coisas e a comunicar mais facilmente com a natureza. Creio que agora sei sentir o sabor das coisas. Ocupo o meu tempo a comunicar, a trocar experiências. Andamos todos em correrias e esquecemo-nos disto!»

Por sua vez, para Paul, «a doença foi uma estranha ocasião para aprender em pouco tempo o que é essencial na vida. Compreendi que ela não

²¹ «A vida com uma pessoa com uma deficiência mental grave e doenças associadas é, em certas fases e momentos da vida, pesada e difícil, mas constitui um desafio, obrigando a pessoa a sair de si própria e a dar-se. Posso testemunhar que é, no entanto, uma experiência compensadora, porque a qualidade da relação que se estabelece com eles é única e balsâmica» (Alice Caldeira Cabral).

estava necessariamente contra mim, mas que era um guia, uma oportunidade para largar uma série de coisas sem nenhuma importância e agarrar qualquer uma que representasse verdadeiramente uma realização...porque tinha tão pouco que qualquer coisa que fizesse adquiria imediatamente o seu sentido. (...) Sinto que, seja como for, vou morrer curado, que já me sinto curado, agora... Tenho dificuldade em respirar, por vezes experimento momentos de aflição muito fortes, mas esta certeza e esta alegria de estar vivo, mesmo no meio da angústia, é ainda vida!»

Ainda segundo citação de Hennezel, refere, por seu lado, o médico Vincent Meininger, que se ocupa de doentes atacados por uma degenerescência neuromuscular que evolui para uma paralisia total: «Com que direito podemos nós dizer, por exemplo, que viver totalmente dependente, ventilado, durante anos não é vida? É o que todos pensam. Mas que sabemos nós? Conheço pessoas que vivem assim e são felizes.»

Para Stefan Klein, «como nos mostra o exemplo da vítima do acidente rodoviário, existem misérias contra as quais nada podemos fazer. Nesses casos, apenas nos resta aceitar a doença, a incapacidade ou as dificuldades financeiras. Em vez de andarmos a 'remoer' sobre as coisas que não podemos mudar, devemos e podemos dar mais espaço aos bons sentimentos.»

Precisamente neste sentido, considera a Dr^a Hennezel, como se referiu na parte final do espaço reservado ao princípio da liberdade, que a verdadeira liberdade consiste na aceitação interior do desenrolar das coisas.

Portanto, na perspectiva da qualidade de vida, a questão da licitude da antecipação provocada da morte não poderá ser posta em relação a quaisquer situações de sofrimento ou angústia. Há-de partir daquela qualidade de vida por que, normal e objectivamente, se expressa o sentido da existência da pessoa humana. Deste modo, a questão em causa poder-se-á pôr *apenas* em relação àquelas *situações que, sendo objectivamente extraordinárias, esvaziam de sentido a existência da respectiva pessoa, privando-a de dignidade.*

2 – Na sua objectividade, a degradação da qualidade de vida não priva a respectiva pessoa de dignidade.

Há quem defenda que, nessas situações extraordinárias, sendo a pessoa um ser livre, dever-se-á reconhecer-lhe o poder de dispor da sua vida para evitar um fim indigno. Chamam-lhe direito a uma morte digna.

Distingamos, porém, a “degradação da qualidade de vida” na sua objectividade, isto é, a situação concreta de angústia ou sofrimento, do subjectivismo da sua repercussão na consciência da pessoa.

A situação concreta de angústia ou sofrimento não priva, na perspectiva objectiva, a respectiva pessoa de dignidade congénita, pois esta lhe é inerente. A essência desta dignidade, ou seja, a qualidade moral consistente na disposição natural para a felicidade mantém-se, mesmo independentemente do respeito que, nas circunstâncias concretas de tempo e lugar, tal disposição inspire na respectiva comunidade.

Já a dignidade adquirida em função da assunção, vivência e realização de outros valores humanos pode ser afectada por certas causas de degradação da qualidade da sua vida, tais como a instrumentalização

consentida, o laxismo, a toxicod dependência, o alcoolismo, etc. Isto, claro está, independentemente da subsistência da respectiva dignidade congénita. Não será precisamente a perseverança da dignidade congénita dos toxicod dependentes e alcoólicos o que motiva as instituições que se empenham na recuperação dessas pessoas?

Portanto, se a pessoa é vítima de abandono afectivo ou do desprezo dos que lhe são próximos, designadamente por causa do sofrimento ou da angústia que a corrói, a indignidade residirá no comportamento daqueles e não no estado de degradação da vida de quem sofre. Essas situações até são passíveis de inspirar maior respeito por parte das outras pessoas. Na verdade, «demasiados exemplos nos mostram que velhos dependentes, diminuídos, doentes paralisados não têm, quando se sentem amados, o sentimento de ter perdido a sua dignidade. O problema está todo aí.» (Hennezel)

3 - É ilusório o sentimento pessoal de perda da respectiva dignidade

As coisas passam-se de modo diferente se encararmos a degradação da vida na perspectiva subjectiva, ou seja, na da consciência dos valores pessoais próprios.

A consciência dos seus próprios valores induz normalmente a pessoa à ultrapassagem de montes e vales de dificuldades e sofrimentos para defesa e realização da vida. O empenhamento na ultrapassagem de dificuldades e sofrimentos fortalece a consciência pessoal dos respectivos valores e, conseqüentemente, reforça a dignidade subjectiva.

Pelo contrário, a repercussão subjectiva da situação concreta de degradação da qualidade de vida pode enfraquecer ou, até, determinar a perda de consciência do valor pessoal, principalmente da consciência da disposição natural para a felicidade, que dá sentido à existência, e levar a pessoa a solicitar a morte para fugir à angústia e ao sofrimento.

Todavia, está ao alcance de quem quer que seja constatar que situações de sofrimento ou angústia semelhantes podem ter repercussões diferentes, mesmo antagónicas, na consciência das respectivas pessoas, o que revela que a potencialidade da degradação como causa de esvaziamento do sentido da existência da respectiva pessoa é meramente subjectiva e depende, essencialmente, de factores (endógenos ou exógenos) relativos a essa mesma pessoa; depende, por exemplo, do seu estado psíquico ou das circunstâncias concretas da sua integração na respectiva comunidade.

Mas *tal perda de dignidade é ilusória*. A dignidade, pelo menos a congénita, aquela que, por si só, dá sentido à existência de todos os seres humanos, nunca se perde, como se referiu; é, objectivamente, impossível a perda da disposição natural para a felicidade. Esta perda existirá apenas no pensamento da respectiva pessoa. Logo, o sentimento de perda do valor pessoal não traduz a realidade objectiva. Deste modo, a opção pela antecipação da sua morte com fundamento na perda da dignidade estará necessariamente viciada por erro nos respectivos pressupostos. Conseqüentemente, não pode, de modo algum, justificar o reconhecimento do poder de dispor da vida.

A **solução** não reside, pois, na morte antecipada. Esta mais não será do que negação liminar do sentido e valor da existência humana. Deve, sim, ser procurada em **meios que restabeleçam e acaltem a dignidade subjectiva** através da eliminação ou, pelo menos, atenuação substancial do sofrimento e de um acompanhamento afectivo.

Como refere Marie de Hennezel, «não estamos nós condicionados, quer queiramos quer não, de mil maneiras? Não somos nós prisioneiros dos nossos medos? Medo da velhice, da agonia, da angústia que corremos o risco de suportar nos últimos momentos, medo de nos sentirmos sós e abandonados por todos. Estamos amarrados pelos nossos medos e é com algemas nos pulsos que reclamamos ser libertados pela morte. É a nossa própria falta de confiança em nós próprios, o pouco crédito que damos à nossa capacidade de atravessarmos as últimas angústias e de nos deixarmos ir tranquilamente para a morte, que nos empurra para o reclamar da morte. É a escassa confiança que temos naqueles que nos cercam, naqueles que nos amam, a escassa confiança em encontrar sentido no acompanhamento dos nossos últimos instantes, que nos leva a roubar-lhes esta última ocasião de nos manifestarem a sua amizade ou o seu amor».

Não sendo, pois, a dignidade congénita afectada, na sua objectividade, pela degradação da qualidade de vida, o tratamento da influência dessa degradação na consciência de uma pessoa não pode ser objecto de análise e valoração independentemente da forma como se processa a inserção dessa pessoa na comunidade, o que chama à colação a solidariedade entre os seres humanos.

A perda de dignidade subjectiva na sequência de degradação da qualidade de vida de uma pessoa requer, pois, empenho na ajuda a viver o tempo que lhe resta e não que a matem.

4 - **Ambivalência dos pedidos de antecipação da morte**

Aliás, a exigência da solidariedade patenteia-se, frequentemente, na ambivalência dos pedidos de antecipação da morte.

Entre os factores que determinam a expressão desses pedidos, sobressaem o medo e a angústia do sofrimento, do fracasso, da perda de capacidades físicas e psicológicas, da dependência familiar e social, do abandono afectivo²², enfim, da angústia pela convicção de que se deixou de merecer o respeito dos outros.²³

A pessoa convence-se de que a sua vida já não tem valor ou sentido por estar reduzida a «uma coisa um tanto repugnante, uma espécie de resto que é preciso esconder, quase uma sujidade que é necessário varrer».²⁴

«Trata-se de uma verdadeira dissolução do sentimento de identidade na dor física e no sofrimento moral. Porque a sua imagem se

²² «As famílias estão dispersas e já não desempenham o papel de apoiantes nos momentos decisivos da vida» (Hennezel)

²³ «Do que se tem medo é de um dia ficar surdo, cego, mudo, entevado, paralisado, incontínente, transportado da cama para o sofá e do sofá para a cama. Teme-se, sobretudo, o risco de morrer na solidão e no abandono». (Hennezel) E quando uma pessoa se convence de que já não é amada, ou de que, porventura, nunca foi o termo de um processo de amor, pode até perder o sentido da própria existência. (Ourives Marques)

²⁴ Michel de M'Uzan, em *Le travail du trepas*, segundo citação de Marie de Hennezel.

modifica, o doente tem a impressão de já não ser ele próprio. É talvez muito mais forte, quando aqueles que o cercam, confrontados com a sua própria angústia, nem sempre sabem combater este sentimento de despersonalização do doente. Sabe-se o quanto este sofrimento de se ver diminuído depende também da forma como os doentes se sentem considerados pelos familiares e pelos médicos e auxiliares. Um doente diminuído percebe tudo. Sente os olhares de aborrecimento, o mal-estar, o desgosto. Depressa compreende o sentido das visitas mais espaçadas. O pudor, a discrição, uma certa humilhação, encontra-se um pouco de tudo isso no sofrimento daquele que prefere partir rapidamente, para não incomodar mais os outros.» (Hennezel)

Com a convicção de perda da dignidade (subjectiva), poder-se-á sentir tentado a desistir da vida e a desejar a morte.²⁵ Mas, porque a dignidade (objectiva) subsiste, a expressão desse sentimento subverte frequentemente um desejo de afectuoso respeito.

«Nos últimos anos», refere Hennezel, «encontrei pessoas que decidiram aderir à Associação pelo Direito de Morrer com Dignidade (ADMD). Contrariamente ao que poderia supor-se, nem todas são favoráveis à eutanásia. Pelo contrário, elas apenas pensaram na sua morte e nas condições em que desejariam morrer: sem obstinação terapêutica, sem dores insuportáveis, num contexto que respeite as suas necessidades e em que sejam tratadas como pessoas de parte inteira.

Desejam ser informadas sobre a evolução da sua doença e do prognóstico, desejam discutir com os médicos as terapêuticas propostas e gostariam de conservar a sua autonomia o mais tempo possível. Desejam, por fim, quando sentirem a morte chegar, que se respeite o seu desejo de morrer, que se lhes conceda essa liberdade, e, se o fim tardar demasiado, que os ajudem a acalmar-se e a partir.»

«Somos, portanto, portadores de uma responsabilidade. É no nosso olhar que o doente lê se tem lugar no nosso coração ou se está simplesmente ainda no número dos vivos. É através dos nossos gestos que ele experimenta que é acolhido.

A nossa atitude de respeito e de atenção e a ternura que lhe manifestamos permitem-lhe, por sua vez, que ele nos manifeste a sua gratidão e a sua afeição. Permanecemos, assim, em relação até ao fim. Não será isto a dignidade?» (Hennezel)

É, pois, natural que a pessoa em situação de angústia ou sofrimento esteja particularmente atenta aos sentimentos que lê na atitude dos outros para consigo. Não lhe basta uma atitude zelosa, mas fria, profissional, que não distingue se a destinatária é uma pessoa ou uma coisa descartável. Poderá solicitar a eutanásia, mas espera outra coisa: amor, carinho, acompanhamento e respeito devido a uma pessoa.

Portanto, «escutar a ambivalência de um pedido de eutanásia é dar-lhe o seu peso, é tomá-lo a sério. Mas não é, necessariamente, tomá-lo ao pé da letra, nem pô-lo em acção. É reconhecer o sofrimento subjacente: a deterioração insuportável, a revolta, o cansaço, a solidão, o medo de ser um peso para os outros. É reconhecer o pedido de amor que nos é dirigido, a

²⁵ «O receio de nos tornarmos pesados aos outros e de podermos vir a constituir um fardo para a sociedade leva-nos a desejar morrer quanto antes, discretamente. Philippe Ariès sublinha justamente isso, 'a discrição aparece como a forma moderna da dignidade'.» (Hennezel)

tentativa desesperada de nos atingir na nossa vulnerabilidade, sem dúvida para se sentir menos só.» (Hennezel)

Não obstante, para alguns, a garantia de morrerem sem sofrimento e acompanhados com respeito não é suficiente. «A dignidade já não concerne à maneira de ser tratado pelos outros. Ela é, então, sinónimo de recusa de viver num estado de dependência ou de degradação física. ‘Morrer dignamente’ significa dominar o seu destino, decidir qual o momento da sua morte e impô-lo aos outros.» (Hennezel)²⁶

Uma dúvida poderá, assim, subsistir no pensamento de alguns:

A situação concreta de angústia ou sofrimento não priva a respectiva pessoa de dignidade congénita, porque esta lhe é inerente; mas uma situação extraordinariamente grave de angústia e/ou sofrimento não impossibilitará a vivência simultânea de um estado de felicidade?

VI

Coexistência, na Perspectiva Ética, de Sofrimento e Felicidade

Constatamos que a disposição natural para a felicidade constitui o atributo que dá sentido à existência da pessoa humana e a acompanha em todo o percurso da sua vida. Inferimos daí que, pelo menos objectivamente, situação alguma privará de sentido a existência concreta de um ser humano e, conseqüentemente, de dignidade.

Poder-se-á, porém, suscitar a questão de um estado de angústia ou sofrimento tornar objectivamente *ineficaz* essa disposição e tal ineficácia produzir o efeito prático do esgotamento da mesma, com a conseqüente perda de dignidade.

Aparentemente, tal ineficácia constituirá uma situação idêntica à da perspectiva hedonista, que parte do princípio de que a vida só vale enquanto é possível uma sucessão de experiências agradáveis: - Não sendo possível sentir prazer quando se viva em estado de angústia ou sofrimento insuperável, a vida deixa, definitivamente, de ter sentido e, por isso, justificar-se-á o poder de dispor dela para pôr termo ao sofrimento.

Importa, porém, ter presente a distinção entre prazer e felicidade.

«O gozo, como todas as sensações», escreve Stefan Klein, «serve-nos como sinal; assim que a mensagem é transmitida, o mensageiro pode calar-se. E é precisamente aí que se revela o lado escuro do prazer. Assim que o nível das drogas do prazer produzidas pelo próprio corpo decresce, volta a instalar-se o nosso estado de espírito normal. Só que, depois da euforia anterior, podemos senti-lo como uma insuportável queda. Desde sempre que os poetas se queixam do abatimento que se segue à euforia do jogo amoroso. E as segundas-feiras não nos deprimem porque o trabalho é

²⁶ Na perspectiva do hedonismo, por exemplo, que elege o prazer como bem supremo, como aquilo que dá sentido à existência, a decrepitude física com reflexo na intensidade do prazer será subjectiva e objectivamente considerada justificação suficiente para legitimar a antecipação da morte. É esta uma concepção de vida que, embora em graus significativamente diversos, sempre exerceu bastante pressão na mente da generalidade das pessoas. Todavia, como melhor se esclarecerá adiante, pode existir uma relação causal entre prazer e felicidade, mas não expressam, necessariamente, a mesma realidade

mais desencorajante do que nas terças ou quintas, mas sim porque o contraste com o fim-de-semana é tão grande».

Por sua vez, a expressão felicidade refere-se a uma realidade algo diferente; refere-se à vivência de um sentimento de paz interior assente na harmonia com a natureza e com os outros, um estado em que a pessoa ama e se sente amada.

Desta distinção entre prazer e felicidade resulta que o prazer só concorre para um estado de felicidade quando se enquadre no processo vivencial desse estado. Por exemplo: a relação sexual num encontro ocasional entre duas pessoas proporcionará, normalmente, mero prazer, ao passo que idêntico acto integrado numa relação intemporal entre pessoas que se amam (no sentido referido quando abordei o princípio da solidariedade) será, normalmente, instrumento de felicidade.

Assim, além de a emoção do prazer ser tendencialmente fugaz e de o estado de felicidade poder prolongar-se indefinidamente, não ocorre uma relação causal necessária e muito menos exclusiva entre o prazer e a felicidade. Deste modo, prazer e felicidade nem sempre se integram na mesma realidade concreta. Assim como o uso da liberdade, por si só, na sua função meramente instrumental, não legitima qualquer comportamento, também o gozo em que o prazer se traduz, na sua função meramente instrumental, não é garante, por si só, de um fim ético.

Daí que a felicidade possa coexistir com contrariedades e verdadeiro mal-estar. Uma pessoa em situação de sofrimento insuperável poder-se-á sentir, simultaneamente, feliz, em virtude da relação de amor com aqueles que a rodeiam.

«Estar/ser feliz», escreveu o Professor Pinto Machado, «é uma vivência de harmonia, de serenidade e de paz interiores, situada a nível profundo da consciência, e que pode até coexistir com contrariedades e verdadeiro mal-estar a níveis superficiais: é a imagem dos oceanos, mesmo que varridos por tufões».

«Sentirmo-nos em paz», diz, por sua vez, Jill Taylor, «não significa que a nossa vida seja sempre um mar de rosas. Significa antes que somos capazes de aceder a um estado de espírito feliz por entre o caos característico de uma vida agitada.»

Portanto, a existência humana continua a ter sentido e dignidade mesmo para além da vivência de situações de sofrimento insuperável.

Aliás, já aqui foram apresentados diversos testemunhos que apontam claramente no sentido da possibilidade de coexistência de estados de felicidade com situações de angústia ou sofrimento muito graves, designadamente os dos seropositivos Jean Toddy e Paul, o do médico Vincent Meininger e o do jovem atingido por esclerose lateral amiotrófica. Por me parecer muito significativo, acrescento mais o seguinte, também relatado por Hennezel:

«Relembro os últimos momentos do meu pai. Tive a sorte de ali estar quando me perguntou se ia morrer, com tanta angústia nos olhos. Ninguém tinha tido coragem de lhe dizer. Olhei-o no rosto sorrindo, mão na mão, e disse-lhe: 'Sim, vais morrer, mas estou aqui, amo-te, nunca nos afastaremos, o amor é mais forte do que tudo e nunca nos separará.' Vi o meu pai transformar-se, erguer-se mesmo na cama, e que alegria no olhar! Senti-o livre de vez e pronto a partir...»

Feitor Pinto transcreve o seguinte texto de Elisabeth Kubler Ross: «Quando se aproxima o fim, quando já não há possibilidade de melhoria e nos perguntamos se qualquer tentativa terapêutica terá ainda sentido, então a esperança do doente transforma-se de um dia para o outro. Quando está moribundo, já para além da possibilidade médica, a esperança muda e deixa de estar ligada ao tratamento. Na perspectiva da Fé, o terminal dirá: “Espero que Deus me acolha entre os seus.” Mas na perspectiva do não crente o moribundo falará de outra maneira: “Espero que os meus filhos continuem a recordar-me e a imitar a minha vida”»

Actualmente, é mesmo possível comprovar a coexistência do sentimento de felicidade com o de sofrimento ou angústia através de *scans* computadorizados dos cérebros das pessoas. «Mediante o recurso a técnicas modernas não-invasivas que incluem a visualização funcional (fMRI),» escreve a neurocientista Taylor, «os cientistas estão agora em condições de ver que neurónios específicos participam no desempenho duma determinada função em tempo real»

Marie de Hennezel verificou muitas vezes, quando se encontrava à cabeceira dos moribundos, que «aqueles de entre eles que tinham o sentimento de ter vivido e cumprido a sua vida estavam em paz perante a morte». «Não são tanto as crenças religiosas», escreve ela, «que ajudam a morrer, mas a densidade da vida e esta tem pouco a ver com a idade em que se morre». «É necessário ter-se um sentimento interior de realização pessoal, é necessário sentir que se viveu em pleno, que se deu o melhor de si mesmo, que se contribuiu para a criatividade e para o progresso dos outros. Então, sim, é possível estar em paz com a vida, em paz com os outros e morrer sereno, mesmo sendo ainda novo.»

Claro testemunho do reflexo da dignidade da vida na dignidade da morte, revelador de que o estado concreto de degradação da qualidade de vida é incidental quando a respectiva pessoa está em paz consigo e com os outros.

Porém, já o dissemos, a felicidade não é consequência automática da referida disposição natural. Exige esforço da nossa parte. Os mencionados testemunhos revelam isso mesmo, o que releva da função instrumental da liberdade, designadamente em momentos de angústia ou sofrimento.

Os bons sentimentos nada têm a ver com o destino; todos nós podemos e temos que nos esforçar por eles. Assim, por exemplo, uma amizade que cultivamos durante décadas e que aprendeu a superar as suas crises pode dar-nos o apoio, a empatia e os bons sentimentos de que tanto necessitamos. (Stefan Klein) O amadurecimento pessoal, ou seja, a compreensão do valor e necessidade daquele esforço cimentará uma consciência clara da realidade da existência, da necessidade de enfrentar com denodo as dificuldades da vida em função do desejo de felicidade.

A situação de quem, em estado de angústia ou sofrimento, se sente que não vale nada pode, assim, favorecer o despertar de uma melhor compreensão do valor das relações intersubjectivas e, bem assim, o desejo de experimentar este novo modo de ser. A experiência do vazio existencial pode, pois, levar a pessoa a perceber um novo sentido da vida sendo amor na relação intersubjectiva recíproca. (Ourives Marques)

«Não é, de modo algum, despropositado falar do efeito salutar do amor no sentido do *dinamismo antropológico profundo e recíproco do amar e ser amado*. O amor transmite força para viver, dá sentido à existência, transforma o não sentido do sofrimento e a fadiga do sacrifício em alegria de ser e de viver com e para o outro.»²⁷

No dizer de Pinto Machado, «o sofrimento não é, em si mesmo, um bem. (...) Mas pode constituir meio para se alcançar um bem que não se possuía, para progredir vertiginosamente no crescimento do EU.»

Considerando-se, pois, a aspiração à felicidade como reflexo do atributo pessoal que dá sentido à existência humana e que a assunção de tal estado pressupõe envolvimento na realização do (s) outro (s), a qualidade de vida que dá sentido à existência será aquela que proporcione relações de afectividade com as outras pessoas.

Como refere Maurice Zundel, segundo citação de Hennezel, «O verdadeiro problema não é o de saber se viveremos depois da morte, mas o de sabermos se estamos vivos antes de morrer. Se, de facto, estivermos vivos antes de morrer, se existir em nós essa grandeza de espírito, essa capacidade de irradiar e testemunhar os valores e essa fonte que jorra, a morte será progressivamente vencida.»

«Quando a morte está tão perto, quando a tristeza e o sofrimento dominam,» escreve Hennezel, «pode haver ainda vida, alegria, sobressaltos de alma de uma profundidade e intensidade por vezes nunca antes experimentadas.»

Todavia, «existem células na nossa mente verbal que dispõem duma infinidade de recursos para pôr em funcionamento os nossos circuitos do fatalismo e do abatimento. Essas células alimentam-se dos nossos atributos negativos de inveja, medo e raiva e desenvolvem-se quando estão a lastimar, a queixar e a criticar tudo e todos aos quatro ventos.» (Jill Taylor)

Richard Carlson relata um interessante testemunho a este propósito:

«Ram Dass, um filósofo ocidental conhecido pela sua capacidade de dar conforto às pessoas que estão a morrer, contou uma história sobre uma mulher com quem se encontrava a trabalhar e que estava a morrer. Com apenas algumas semanas de vida pela frente, esta pobre mulher estava a gastar praticamente toda a energia que lhe restava a pensar e a discutir como era horrível estar a morrer. Ram Dass disse-lhe algo que expressa de forma bastante explícita a questão de antecipar a morte: *'Acha que seria possível passar menos tempo a morrer e mais a viver?'* No primeiro momento em que lhe disse isto, a mulher ficou ofendida e zangada. *'Como pode ser tão insensível e cruel?'*, afirmou. Porém, alguns momentos mais tarde, depois de ver a sinceridade nos olhos de Ram Dass, ela envolveu-se no espírito do que ele dizia. *'Tem razão'*, disse ela, *'Estive tão ocupada a morrer, que me esqueci de viver.'* Uma semana mais tarde, a senhora faleceu. No entanto, antes de morrer disse a Ram Dass: *'Vivi mais nesta última semana do que em todos os meus dias passados.'*»

«A ameaça da morte traz consigo, por vezes, a revelação da nossa verdadeira interioridade, na medida em que nos remete para a

²⁷ Coda, Piero, segundo citação de Ourives Marques.

capacidade de descermos ao fundo daquilo que realmente somos. Procuramos encontrar, muitas vezes, o nosso próprio sentido no exterior de nós mesmos, como se ele pudesse ser-nos dado de mão beijada. Esse sentido está dentro de nós, mas vai-se desenhando e construindo, em grande parte, através de provações. A provação faz fronteira com a vulnerabilidade mais extensa, mas, ao mesmo tempo, gera uma força insuspeitada no vazio dessa impotência.» (Hennezel)

Como refere Tal Ben Shahar, «não conseguimos encontrar a felicidade se procurarmos exclusivamente o prazer e evitarmos a dor». Citando McIntyre, escreve, por sua vez, Constança Gomes Machado «que quando a doença é olhada como desafio, e não apenas como uma crise insuperável, a pessoa lida melhor com ela e com o sofrimento a ela associado, podendo transformá-lo em esperança».

Pelo contrário, a fuga às dificuldades abre a porta a frustrações e estas conduzem muitas vezes a situações de perda de consciência do real valor da própria pessoa, ou seja, da sua própria dignidade. Uma contrariedade maior pode suscitar desejo de fuga ou desistência e tal desejo, levado ao extremo, pode conduzir à obsessão pela morte antecipada.

A única resposta a essas dificuldades condizente com a disposição natural para a felicidade consiste, pois, em ter a coragem de viver o desenrolar das coisas até às últimas consequências. No caso de doença, por exemplo, consiste em ter coragem de viver até à perda da sua própria autonomia, em confiar o seu corpo doente nas mãos daqueles que nos amam, em trocar o desejo de permanecer senhor da morte por viver uma vulnerabilidade que apela à ternura dos gestos, em assumir uma confiança recíproca que gera um sentimento de dignidade incomparável (Marie de Hennezel). «Como não pensar, então», continua a mesma Autora, «naquele grito do velho Édipo, cego, esfarrapado e praticamente abandonado: “É exactamente quando já não sou ninguém que sou verdadeiramente homem!”²⁸ Misteriosa ligação aquela que se estabelece entre a vulnerabilidade de um ser humano e a incrível humanidade que ela suscita naqueles que cuidam dele e o acompanham.»

Impõe-se, assim, concluir que a degradação da qualidade de vida não impossibilita a vivência simultânea de um estado de felicidade na medida em que a situação concreta de sofrimento ou angústia, na sua objectividade, não obsta à realização do sentido da vida.

VII

O Poder de Dispor da Vida na Perspectiva Jurídica

O facto de concluirmos que, na perspectiva ética, se deve considerar censurável a antecipação da morte como processo de fuga ao sofrimento não implica igual juízo no âmbito da ordem jurídica.

Ética e direito são duas ordens ao mesmo nível cultural, mas não totalmente coincidentes. Estão uma para a outra como dois círculos secantes, isto é, coincidem apenas na sua maior parte. Por exemplo, as meras relações

²⁸ Sophocle, Edipe à Colone, Les Belles Lettres, 1960, p. 393.

sociais podem constituir-nos, como referi atrás, em responsabilidade ética, ainda que não, necessariamente, em responsabilidade jurídica. Também a recusa de consentimento do paciente para intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos pode conduzir a soluções diferentes consoante as perspectivas ética e jurídica.

Como também já referi, o Direito constitui-se em função da natureza do ser humano integrado em comunidade; procura dar resposta à necessidade de tutela dos valores de que tal ser é portador, bem como dos que emergem dessa sua integração. A vida humana está no topo desses valores, o que explica a consagração da sua incondicional inviolabilidade na lei fundamental do País.

Convém, porém, esclarecer, para melhor compreensão daqueles que não estejam familiarizados com a ciência jurídica, que essa inviolabilidade não implica, necessariamente, a punição penal pela violação da vida humana em todas as circunstâncias. Exige, isso sim, a busca de outras medidas de tutela do valor em causa, designadamente preventivas.

Não obstante, a ocorrer, tal violação constituirá, em princípio, um acto ilícito²⁹ – o que bem se compreende, uma vez que nega o valor primordialmente fundamental na existência da Humanidade – ainda que não, necessariamente, um acto punível pela lei penal. Tal punibilidade pode ser excluída, quer em função da falta do elemento subjectivo (a culpa), quer por razões de política criminal³⁰ (quando a punição seja desnecessária, dispensável ou inadequada à tutela dos respectivos valores ou interesses, ou apenas desaconselhável na perspectiva de melhor administração da justiça, de maior eficácia na luta contra a criminalidade ou da tutela daqueles mesmos valores ou interesses.), quer ainda em função da ausência da própria ilicitude criminal pressuposta pela tipificação de uma conduta na lei penal (por exemplo, nos casos de descriminalização de aborto provocado). Mas a exclusão dessa ilicitude ou da mera punibilidade criminal não interfere com a ilicitude consagrada na Constituição. Para a ordem jurídica em geral, o acto será, em princípio, ilícito, ainda que não punível criminalmente, pelo que deverá ser considerada substancialmente inválida, portanto inaplicável, a norma que contrarie o princípio constitucional da inviolabilidade da vida humana.

Regressando à questão mais restrita da tutela da vida humana na perspectiva da antecipação da morte por mera vontade do próprio titular dessa vida, acrescem outras razões à estatuição constitucional da inviolabilidade desta para que seja denegado o poder (jurídico) de tal antecipação. Na medida em que a licitude dessa antecipação possa afectar interesses de ordem pública – como, por ex., em virtude de os comportamentos autodestrutivos poderem ser influenciados pela aprendizagem, como já se referiu - a ordem jurídica não pode alhear-se desta circunstância.

Na verdade:

1.º - Tal licitude constituiria um sinal de abertura ao laxismo que também está na origem de fugas através de outros meios gravemente lesivos da vida em comunidade, tais como droga, violência (o holocausto, os gulag, as

²⁹ Salvo, o que constitui a única excepção claramente expressa na Constituição Portuguesa, em caso de exercício circunstancial do direito de defesa (v. art.º 21º da C.R.P.).

³⁰ Na tentativa de suicídio, por exemplo, a acção do suicida integra ilícito criminal, mas não é punível.

“matanças” por motivos religiosos, os genocídios, o terrorismo urbano, etc), uma cultura individualista, egoísta, hedonista e, até, bestificante³¹, etc.

2.º - A formação das camadas jovens não pode prescindir de uma orientação pedagógica da ordem jurídica no sentido da preservação da vida e da consequente censurabilidade do atentado contra a mesma.

Tenhamos presente os três jovens adolescentes que se suicidaram lançando-se do Viaduto Duarte Pacheco, em Lisboa. Também foi noticiado que, entre 2002 e 2004, o número de suicídios aumentou em percentagem superior a 100%; muitas das vítimas e por motivos fúteis foram jovens. É também impressionante a insensibilidade manifestada, actualmente, por aqueles jovens que entram armados numa escola e matam outros jovens e professores.

3.º – A componente subjectiva da angústia e do sofrimento prejudica a capacidade de correcta percepção e avaliação das situações concretas e, conseqüentemente, desvaloriza as respectivas decisões.

Como refere o Professor Boléo-Tomé, «alguma vez o chamado *consentimento informado* será realmente, na maior parte dos doentes, um consentimento esclarecido, completamente autónomo, livre de *informações tendenciosas*, tão abundantes em certas revistas? A nossa experiência profissional, às vezes bem amarga, demonstra exactamente que o doente apenas ouviu o que quis, esquecendo o que o podia incomodar

Situações pouco ou nada relevantes podem estimular a representação de fantasiosas situações críticas que conduzam, por acção de determinadas hormonas do stress, como o cortisol, a estados de depressão e suas graves conseqüências. (Stefan Klein)

Também a ocorrência de factores externos (por ex., económicos ou de incómodo e dependência em relação à família) pode concorrer para a desvalorização meramente subjectiva da própria existência.

Deste modo, o sentido daquelas decisões pode variar em função da qualidade da informação disponibilizada, da informação efectivamente apreendida, da maior ou menor pressão de factores externos e da capacidade de valoração de todos esses elementos na situação concreta. O desejo de antecipação da morte formulado em determinado momento pode, pois, vir a ser rejeitado posteriormente, não só por alteração das circunstâncias, como também pelo reconhecimento de precipitação na sua formulação. A maturação psíquica do paciente no decurso da sua doença em interacção com família e profissionais de saúde concorre para a enorme diferença entre o elevado número dos que se dizem favoráveis à eutanásia e o número restrito de pedidos explícitos e reflectidos de eutanásia. (Hennezel) Atento o valor da vida humana, é essa inconstância mais uma razão para que a ordem jurídica não considere legítima uma solução tão radical.

Atentemos no seguinte exemplo, relatado por Herbert Hendin em *Seduced by Death, Doctors, Patients and the Dutch Care*, W. W. Norton Company, Nova Iorque, 1997, e reproduzido por Hennezel: Na opinião de uma psicanalista holandesa, a doutora Johanna Groen Prakken, membro da NVVE (Associação Holandesa para a Eutanásia Voluntária), muitos médicos não se

³¹ Em 31 de Maio de 2006, a RTP apresentou um programa da televisão holandesa em que um indivíduo se dizia participante de uma associação que defende o direito a ser pedófilo, a pornografia e as relações sexuais com animais.

dão conta das flutuações do estado de espírito dos seus pacientes no decurso da doença. Dá o exemplo do seu próprio tio, um médico na reforma. Profundamente deprimido na sequência de uma colotomia, ele deixa de comer e pede-lhe que o ajude a morrer. Ela responde-lhe que ele poderá sempre pôr fim aos seus dias se o desejar, mas que o que é urgente é o seu restabelecimento. Ela trata de o transferir para uma clínica um pouco mais alegre do que o hospital. Alguns dias mais tarde, quando o visita, o tio prepara-se para fumar um charuto e não pronuncia uma palavra sobre o seu desejo de se finar. Dois anos depois, o seu cancro criou metástases. Agora, o tio não quer ouvir falar de ajuda no suicídio. Está mesmo aterrorizado com a ideia de que lhe dêem a eutanásia sem o seu consentimento. Tem medo de que a sua família lhe dê pílulas para precipitar a morte a fim de tocar na sua herança. Os familiares têm constantemente que o tranquilizar quanto ao desejo que têm em deixá-lo viver até ao fim. *“Este homem passou, portanto, de um desejo de abreviar o seu fim ao medo de que o privem da oportunidade de morrer na sua hora”*.

4.º - É real o perigo de a eutanásia praticada em doentes terminais entrar na rotina dos profissionais de saúde dos hospitais, normalmente com recurso ao designado *“cocktail lítico”*³² e sem o conhecimento do doente, mesmo quando este está em condições de ter uma vontade e de a dar a conhecer. Pior ainda: «frequentemente, sem o conhecimento da família, ou, o que não é melhor, a pedido desta», o que já não constitui eutanásia, mas sim homicídio.³³

Em França, não obstante a ilegalidade do recurso à eutanásia, um em cada dois médicos franceses, refere Hennezel, reconhece a sua prática e um bom número de enfermeiros admite ser uma prática corrente no seu serviço.

³² Mistura de analgésicos e psicotrópicos que conduzem rapidamente à morte.

³³ «Aqueles que militam a favor de uma lei sobre a eutanásia sonham, desesperadamente, com um mundo de hospitais perfeitos, de médicos e enfermeiros perfeitos, de famílias ideais. Mas nós não vivemos num mundo ideal, de pessoal competente e devotado, de instituições ao serviço de pessoas e de famílias afectuosas. Vivemos num mundo onde o dinheiro, a rentabilidade e o poder dominam. Como acreditar que uma autorização, mesmo provida de garantias, não estará votada a desvios? Porque não vivemos num mundo ideal, pensar que a eutanásia se poderia limitar à eutanásia voluntária evidencia ilusão. O meu medo é que, se a eutanásia for legal, social e moralmente aceitável, as pressões que se exercerão sobre as pessoas que representam um peso importante para a nossa sociedade poderiam, efectivamente, aumentar. Os pedidos de eutanásia poderiam, muito bem, já não ser inteiramente voluntários, mas ser o resultado de pressões da parte de filhos ou netos que já não quisessem ter os seus pais ou avós a cargo. Também não tenho a certeza de que sejamos capazes de resistir a todas as fortes razões pelas quais se estimará dever dar a eutanásia àqueles que já não possam, por si próprios, pedir a morte, mas dos quais se estimará, do nosso ponto de vista exterior, que a vida já não tenha sentido. Será, verdadeiramente, muito difícil, então, resistir a essa tentação.» (discurso do médico David Roy, uma das personalidades mais eminentes no domínio da ética, no XI Congresso de Cuidados Paliativos em Montreal, segundo Hennezel). Ainda segundo Hennezel, os receios de David Roy são partilhados pelo doutor Robert Twycross, responsável pela Unidade de Cuidados Paliativos de Sobell House, Inglaterra, que lhe confiou o seguinte em Setembro de 1999: “- No outro dia houve uma pressão muito forte para fazer entrar no hospício um paciente em grande aflição. Era uma urgência. Estávamos em véspera de fim de semana e tínhamos dois pacientes absolutamente em fim de vida. Tinham, talvez, alguns dias de vida. Num contexto em que a lei nos autorizasse a acelerar o fim dos nossos pacientes, sei muito bem que teria sido fortemente tentado a fazê-lo para libertar uma cama e acolher este outro paciente à espera de ser hospitalizado.”

Alguns casos relatados pela Dr.^a Hennezel:

«Uma mulher, ela própria médica, comunicou-me o seu tormento. A sua mãe moribunda foi hospitalizada. Ela visita-a todas as tardes. A doente queixa-se de ser acometida de dores, várias vezes por dia, apesar da morfina que toma quatro vezes também por dia, sem dúvida em doses insuficientes. Pensando agir bem e sendo ela própria formada em tratamentos analgésicos, esta mulher sugeriu à enfermeira que aumentasse a dose e que administrasse continuamente a morfina para que a doente fosse permanentemente aliviada. No dia seguinte, quando chega para a sua visita diária, ela encontra a mãe em coma. Em lugar de lhe colocarem um saco de morfina que teria permitido uma difusão lenta e regular do analgésico, puseram-na a cocktail lítico. A enfermeira tinha interpretado o seu pedido como um pedido de eutanásia. A doente morreu sem que se pudesse despedir da filha. Esta morte foi-lhes roubada, por falta de competência, por falta de comunicação e ela não se conforma».

«Uma aluna de enfermagem conta-me que acaba de viver um verdadeiro drama. Em estágio num serviço de pneumonologia, ocupa-se de uma mulher em fase terminal de cancro no pulmão. Esta mulher gemia ao longo do dia, repetindo: 'Estou perdida, estou perdida', sem que ninguém se sensibilizasse. A jovem aprendiz de enfermeira alertou a vigilante. Em seguida, veio várias vezes nesse dia à cabeceira desta mulher, tentando tranquilizá-la, falando com ela, segurando-lhe a mão. No dia seguinte, a enfermeira de serviço mandou-a colocar uma perfusão nesta mulher. 'Vai ser-lhe ministrado o cocktail lítico', disse-lhe ela. Sem mais. Uma morte por prescrição! Perturbada, a jovem aluna quer saber mais. Porquê? Não se pode aliviá-la de outra forma? 'Não discuta', respondeu-lhe. Ela conta-me que nunca esquecerá o olhar aterrorizado, os olhos muito abertos em si fixados, enquanto a injectava a tremer.»

Um médico conta à dr.^a Hennezel: «Recordo-me de um paciente espanhol que tinha tido um acidente vascular cerebral! Estava comatoso e não se conseguia comunicar com ele. Rapidamente se sentiu uma intolerância da equipa a seu respeito. Ele representava uma enorme carga de trabalho e gerava um sentimento de impotência. Tinha-se o sentimento de que ele não poderia sair do coma. A família? Essa não existia... Em todo o caso, não se manifestou. Não tínhamos, portanto, planos para ele. Que fazer dele? As enfermeiras diziam: 'Isto não pode continuar.' O chefe de serviço pediu então que lhe ministrassem o cocktail lítico, ou seja, que lhe dessem a eutanásia. Eu era seu adjunto. Não queria que as enfermeiras o fizessem, apesar de tudo era um gesto médico. Depois de uma semana de discussão, decidi que o faria. Fiquei só com ele. Injectei-lhe uma dose elevada de valium. Parou de respirar, depois o seu fôlego desapareceu. Senti-me mal e disse para comigo: 'Qual é o sentido disto? Talvez ele não tivesse assim tanta vontade de morrer', mas estava preso numa engrenagem, injectei-lhe potássio e matei-o. Emprego este termo porque, a meu ver, é um assassinio. Agora penso que não se deveria ter feito aquilo. A lição que extraí é que quando ocorre uma eutanásia assim é porque o doente foi mal recebido. Ter-se-ia podido, não sei, enviá-lo para o Hospital de Berck ou decidido mantê-lo e acompanhá-lo em colaboração com a família. O que faltava era um plano».

«Beatrici Piccini conta a história de Rosine, que queria partir, adormecer e nunca mais acordar, porque viver não é 'dormir, comer e nada mais sentir.' A enfermeira fala ao médico deste sofrimento interior da velha

senhora. 'O que é que podemos fazer?' responde ele. 'Vamos matá-la?' Para além desta resposta lacónica, procuraria ele, com a enfermeira, como ajudá-la 'a sentir' que para eles ainda está viva? Não! Rosine soçobra na confusão. 'Prendem-na à cama. Põem-na a soro para a hidratar. De noite ela bate nas grades, tenta passar por elas, aperta as pernas e grita.' A enfermeira acaba por tomar a iniciativa de aumentar as doses do tranquilizante habitual e Rosine morre.»

Marie de Hennezel dedica um capítulo de *Nós Não Nos Despedimos* ao caso da enfermeira francesa Christine Malèvre, que, no hospital onde trabalhava, pôs fim à vida de cerca de trinta dos seus doentes, por compaixão, por já não suportar os seus sofrimentos insustentáveis. Mas, diz Hennezel, «a compaixão não é isso. É uma força, uma força que se comunica ao outro, que se exerce ouvindo-o, ajudando-o a suportar o seu sofrimento».

Herbert Hendin também alude a casos ocorridos na Holanda³⁴, país onde a eutanásia está legalizada:

Um médico tomou a iniciativa de acelerar a morte de uma religiosa «*porque ela se encontrava num sofrimento intolerável e pensava que as suas convicções religiosas a impediam de pedir a morte*»;

Uma mulher, já não querendo ocupar-se do marido doente, deu-lhe a escolher entre a eutanásia e a entrada num hospício para doentes crónicos. Aterrorizado com a ideia de se encontrar entregue a mãos estranhas, num lugar que não conhecia, o marido escolheu receber a morte. O médico, que todavia estava consciente da pressão exercida sobre este homem, pôs fim, da mesma forma, aos seus dias;

O doutor Zbigniew Zylicz, um dos raros peritos em cuidados paliativos reconhecido na Holanda, narra o caso de uma mulher em fase terminal de cancro da mama que queria ser aliviada das suas dores mas que afastou com clareza qualquer ideia de eutanásia. Depois de lhe ter ajustado o tratamento e de a ter deixado num satisfatório conforto, Zylicz deixa o serviço e toma conhecimento no dia seguinte que a sua paciente está morta. «*Outro médico tinha, entretanto, posto fim à sua vida sem o seu consentimento. O outro médico, com efeito, confirmou que agiu assim porque ela não morria com a rapidez suficiente e ele precisava da cama para um outro paciente.*»

5.º - A legitimação da eutanásia e/ou da distanásia, ainda que travestida de despenalização, fomenta também o perigo de aproveitamentos para fins atentatórios da dignidade humana.

Segundo Feytor Pinto, pratica-se a eutanásia ou a distanásia por razões políticas (para assegurar sucessões tranquilas), por razões económicas (para facilitar soluções de heranças ou de gestão de bens), por razões afectivas (na esperança de chegar um familiar ou um amigo), por razões de egoísmo comodista (para não suportar por mais tempo o peso de um velho ou de um deficiente profundo), ou, ainda, por razões humanitárias (para que o doente não sofra mais ou para que ele possa ainda celebrar uma data ou receber um beijo).

6.º - A antecipação da morte por vontade do próprio (suicídio ou eutanásia) ocasiona, frequentemente, graves e injustas consequências

³⁴ Segundo Marie de Hennezel.

psicológicas, quer para os agentes activos da eutanásia, quer para os familiares e amigos dos agentes passivos.

Escreve Hennezel: «Alguns suicídios célebres seduzem-nos por vezes. Parecem-nos atitudes corajosas e determinadas, mas é raro repararmos no inferno que essas pessoas causam aos que estão à sua volta quando programam a sua morte. O sinistro funciona ao contrário, terrifica e paralisa a vida e as relações. A tristeza torna-se quase infinita.»

Num debate realizado a 7-9-1998 na France 2, o senador Biarnès, autor de uma proposta de lei sobre a eutanásia, «grita num tom patético: *E a angústia dos últimos momentos, quem fala dela? Quem fala da angústia do homem livre, daquele que quer partir agora, correr a cortina? Respeitar-se-á a vontade de um homem livre que vai morrer e que quer morrer? Ao que uma jovem aluna de Enfermagem, que até aí não tinha tomado a palavra, responde: E onde é que está a liberdade em tudo isso, uma vez que são os médicos ou os auxiliares que vão ser obrigados a carregar com isso nos seus ombros?» (Hennezel)*

Voltar-se-á a este tema na 2.^a parte, ainda a propósito das consequências da legalização da eutanásia ou do desenvolvimento de uma mentalidade que lhe seja favorável.

2.^a Parte

I

Solidariedade ou Eutanásia?

Conclui-se da argumentação exposta na 1.^a parte que, quer na perspectiva ética, quer na jurídica, a vida humana é um bem indisponível e, em consequência, justamente qualificado de inviolável pelas ordens jurídicas nacional e internacional.

Confrontando entre si as duas soluções anteriormente mencionadas para situações de sofrimento e angústia que afectem a consciência do valor e do sentido da própria vida, constatamos que:

a) – uma assenta na ideia de que a paz interior e a harmonia nas relações intersubjectivas dão sentido à existência do ser humano, favorecem a consciência da dignidade pessoal e ajudam a enfrentar com serenidade aquelas situações de sofrimento e angústia. Propõe um acompanhamento afectivo, coadjuvado por uma terapêutica paliativa, para que o sofrimento e a angústia sejam eliminados ou atenuados e a dignidade subjectiva restabelecida. Utilizemos a própria expressão que traduz a atitude que lhe serve de fundamento – solidariedade – para abranger a designada medicina de acompanhamento e as demais relações de proximidade com o paciente.

b) – outra assenta na sobrevalorização da liberdade individual e numa concepção meramente subjectiva da dignidade - por isso, circunstancialmente, instável - para justificar o poder de uma pessoa promover uma causa não natural da sua própria morte e, assim, pôr termo às referidas situações. Apela ao reconhecimento jurídico do poder de dispor da própria vida. Abordarei esta proposta de solução apenas na perspectiva da eutanásia.

A solidariedade e a eutanásia correspondem, assim, a duas concepções de difícil mas exigente conciliação: - uma privilegia o amor no âmbito de uma solução eticamente estruturada; a outra, imediatista, privilegia o poder discricionário. Na primeira, a relação intersubjectiva visa compreensão, respeito e ajuda - «**Poder por amor dispõe a ajudar.**» Na segunda, prevalece uma atitude individualista, discricionária, utilitarista e desvalorizadora da dignidade objectiva - «**Poder sem amor torna violento.**»

Vimos que a atitude de solidariedade de cada pessoa para com as demais é essencial à realização do sentido da existência pessoal e comunitária. Todo o ser humano precisa dos que o ajudam a nascer, a crescer e a realizar-se física, psíquica e espiritualmente e, mais tarde, no declínio da vida, dos que lhe dispensam afecto para que sinta que continua, até à morte, a ser parte importante na vida dos que o rodeiam.

Não obstante, há quem defenda o direito subjectivo à “eutanásia”, não só como forma de enfrentar situações de sofrimento e/ou angústia, mas também por mera afirmação de poder pessoal e/ou por razões filosóficas. Infelizmente, é muitas vezes o medo das condições em que se morre na nossa sociedade que encurrala a pessoa nesta posição.

No seu radicalismo, solidariedade e eutanásia excluem-se, pois, reciprocamente, de modo que, sendo a primeira mais exigente para as comunidades familiar e social, designadamente para os profissionais de saúde, o utilitarismo da segunda, associado a uma falsa noção de compaixão, tenderá a desvalorizar a vida e os laços sociais, principalmente em relação aos mais débeis, a excluir uma adequada preparação dos profissionais em matéria de cuidados paliativos e a empurrá-los para a solução mais fácil.

Urge reflectir acerca da influência de certas concepções e atitudes desvalorizadoras da vida humana, como, entre outras, a eutanásia, na surpreendente frequência actual de inverosímeis homicídios colectivos em escolas, na via pública e em locais de trabalho. Estes homicídios são, até, de mais difícil compreensão do que a chaga do terrorismo.

Vem, naturalmente, à memória, o ditado popular “Quem semeia ventos colhe tempestades”.

a) - Eutanásia: - clandestina (França) e legal (Holanda)

1 – Âmbito do conceito

Segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, a expressão “eutanásia” significa «*acto de proporcionar morte sem sofrimento a um doente atingido por afecção incurável que produz dores intoleráveis*».

Na mera perspectiva do princípio da autonomia da vontade, trata-se de um sentido restrito da expressão, porquanto pressupõe uma situação de *afecção incurável que produza dores intoleráveis*, de modo que exclui os casos de antecipação da morte por razões meramente filosóficas ou como forma de afirmação de poder pessoal.

Considerando, ainda, que, independentemente da qualificação criminal do acto de matar outra pessoa, ninguém, incluindo o Estado, pode

arrogar-se o direito de praticar esse acto³⁵, porque importaria sempre uma forma de instrumentalização do ser humano, e que o encarniçamento terapêutico, enquanto mero processo de prolongamento da vida por meios artificiais, carece, por si, de justificação ética e jurídica, a utilidade conceptual daquela expressão implica mais duas restrições:

1ª – A falta de *consentimento espontâneo e esclarecido* da respectiva pessoa exclui do âmbito da expressão “eutanásia” qualquer acto culposos de proporcionar a morte.

Sem tal consentimento, haver-se-á que qualificar o acto unicamente como homicídio ou instigação/auxílio ao suicídio.

2ª – A morte na sequência da *omissão ou interrupção de tratamentos inúteis* não integra o conceito em causa.

A inutilidade dos tratamentos deve ser aferida em função da improbabilidade de contribuírem para o restabelecimento de eventual perda de consciência do paciente, cuja vida deixou, por isso, já e definitivamente, de ter sentido, bem como os que, em situação de doença letal, impliquem desproporcionado sofrimento ou angústia, como, por exemplo, amputação de membro com o mero objectivo de retardar a morte de paciente que, como era previsível, vem a falecer, mesmo sem outras intercorrências, pouco tempo após o respectivo acto cirúrgico³⁶.

Segundo o Professor Daniel Serrão, «à obstinação terapêutica, que tantas vezes se pratica nas unidades de cuidados intensivos, devemos graves ofensas à dignidade humana e à legítima aspiração de todos nós a morrer em paz.»

Acresce que, «quando a reanimação se prolonga, passa-se aos familiares uma angústia demasiado pesada. Sabe-se, nesses casos, o quanto os familiares são habitados por sentimentos contraditórios. Tanto se afundam no desgosto e assistem impotentes a esta dolorosa agonia; tanto desejam que o pesadelo tenha fim e que a pessoa morra. A culpabilidade que experimentam não faz mais do que tornar mais pesada a sua provação. Esta luta contra a morte esgota toda a gente.» (Hennezel)

É, pois, com tais restrições que uso aqui a expressão “eutanásia”.

J. Figueiredo Dias, usando o eufemismo «ajuda à morte» em vez de eutanásia e valendo-se quer de uma concepção meramente individualista da liberdade do ser humano, quer de uma concepção meramente subjectiva da dignidade humana, define aquela nos termos seguintes: «*auxílio prestado, de acordo com a sua vontade, real ou presumida, a uma pessoa severa e irrecuperavelmente enferma, frequentemente em insuportável sofrimento, no sentido de lhe tornar possível uma morte em condições que o enfermo reputa, ou há razões para presumir que repute, humanamente dignas*».

Marie de Hennezel refere-se nas suas obras às consequências quer de uma mentalidade favorável à eutanásia, quer da legalização desta.

A Holanda optou pela legalização. A França, influenciada pelo exemplo da Holanda, conheceu um ambiente favorável a essa mesma solução, mas o Parlamento preferiu votar a 9 de Junho de 1999, por unanimidade, uma

³⁵ A legítima defesa apenas exclui a ilicitude do acto; não confere um direito subjectivo a matar outrem.

³⁶ Como se infere do que referi na nota 10, a recusa de tratamento em caso de doença letal não constitui acto de disposição da própria vida

lei sobre “o direito de acesso, para todos, aos cuidados paliativos”. Não consta que exista em Portugal, pelo menos por ora, uma mentalidade minimamente generalizada favorável à eutanásia e, tanto quanto sei, não há notícia da prática de eutanásias clandestinas.

Ao contrário do que, muitas vezes, se pretende fazer crer, não é tanto o sofrimento, hoje substancialmente debelado com o tratamento paliativo, que motiva os defensores da eutanásia, mas sim a afirmação do poder de decidir do momento da morte e impô-lo aos outros.

Hennezel transcreve um diálogo acerca do direito à eutanásia entre o senador francês Henri Caillavet e os médicos franceses de cuidados paliativos Gilbert Desfosses e Dominique Desmichelles. O senador defende a eutanásia com fundamento na vertente individualista da liberdade absoluta da pessoa humana: “- *Se estou nos cuidados paliativos, deveriam efectivamente reconhecer-me a liberdade de dizer: não espero mais! Esperar o quê? A morte? Já não me diz respeito, quero morrer imediatamente. Não têm o direito de me confiscar este último instante de liberdade que me resta.*

O doutor Desfosses, defendendo que dar a morte não tem nada a ver com assistência médica, declara: - *Se me falasse assim, eu tentaria compreender, escutar o que lhe causa sofrimento. Procuraria ajudá-lo, combater a depressão que o habita, saberia também que o que me diz pode mudar. Quando alguém sofre por estar deprimido, aliviá-lo não é dar-lhe meios para se matar, é ajudá-lo a viver. Eu ajudá-lo-ia, dentro dos meus limites.*

O doutor Desmichelles, por sua vez, refere que em 15 anos de experiência nunca se lhe deparou um único pedido de eutanásia que tenha persistido após um acompanhamento de qualidade. E continua: *É preciso promover a ética dos cuidados paliativos. Sou médico e não me cabe a mim dar a morte. Pelo contrário, se o pedido persiste, irei interrogar-me no mais íntimo de mim mesmo. Haverá alguma coisa que eu não tenha sabido entender no outro ou algo que procura ser dito? Toda a reiteração de pedido de eutanásia exprime a vontade da pessoa em estar viva de outra maneira. Se responder com um gesto de eutanásia, acerto ao lado. Porque há sempre outra coisa que é pedida.*

Este mesmo senador Caillavet, tão cioso na invocação da sua liberdade para se arrogar o poder de exigir a eutanásia, confia noutra ocasião à Dr^a Hennezel, a propósito dos seus 85 anos, que receia que a nova geração enverede pela eutanásia económica («*aquilo que temo é o racismo anti-idoso. Dentro de algum tempo, os jovens já não quererão pagar para os idosos. Terá uma eutanásia económica.*»).

Pois é!...”Quem semeia ventos (...)”!

Como é evidente, uma tal liberdade não pode legitimar, por si só, qualquer escolha. A defesa da legalização da eutanásia, para justificar o poder pessoal de dispor da própria vida, distorce a realidade (a)desprezando o valor social da pessoa, (b) abstraindo do sentido da existência humana, (c)restringindo o conceito de liberdade à sua dimensão individualista e meramente subjectiva e (d) absolutizando tal atributo exclusivamente nessa dimensão.

Acresce que, a incluir-se a eutanásia na função do médico, seria indispensável distinguir na classe médica entre “assistentes” e “eutanólogos”, à semelhança da distinção que na Justiça se faz entre investigadores/acusadores

e julgadores. Não sendo assim, seria prejudicada a confiança dos cidadãos no desempenho assistencial dos médicos.

Estes, na sua maior parte, temem uma lei que legalize a eutanásia. Temem a tentação da facilidade, a lassitude, o desencorajamento, a pressão exercida pelos familiares. O que é que os protegerá contra os seus próprios impulsos mortíferos? Temem o constrangimento à adopção de acções eutanásicas para não serem acusados de crueldade moral. (Hennezel)

2 – Efeitos secundários do tratamento paliativo

Podem ocorrer efeitos secundários do tratamento paliativo com eventual repercussão no tempo de vida do paciente. Quando tal efeito é previsível, a qualificação do respectivo tratamento já tem suscitado dúvidas cuja ponderação interessa ainda à delimitação do âmbito do conceito de eutanásia.

O tratamento paliativo deve ser encarado na perspectiva de ajuda do paciente a morrer sem sofrimento e acompanhado com respeito, ainda que a intensidade do sofrimento exija a correspondente intensificação medicamentosa. A terapêutica deve ser adequada a eliminar os factores que afectem a dignidade subjectiva do paciente, para que a pessoa possa aguardar a morte de forma serena e, subjectivamente, digna. Neste sentido se usam correntemente as expressões “*morrer com dignidade*” (objectiva e subjectivamente) e “ajudar a morrer”.

Todavia, e como se referiu atrás, Figueiredo Dias substitui a expressão “eutanásia” pela de “ajuda à morte”. Poder-se-á, assim, relacionar aquela “ajuda a morrer” com a ideia de provocar intencionalmente a morte de alguém, atribuindo, por isso, uma carga negativa a tal expressão.

A ajuda terapêutica e psicoafectiva deve ser tal que fortaleça no paciente ou o leve a recuperar a consciência do valor da vida e o sentido da existência. É neste sentido positivo de ajuda a “morrer tranquilo, recebendo os cuidados de fim de vida necessários”, que se deve valorar a expressão “ajudar a morrer” (Hennezel). Com mais propriedade, dir-se-á “ajudar a viver” a fase terminal da vida de uma pessoa. Tenhamos presente, por exemplo, o relatado caso acerca da ajuda prestada por Ram Dass a uma mulher que estava a morrer.

Portanto, ainda que, relativamente ao tratamento paliativo, seja previsível a ocorrência de efeitos secundários, fisiologicamente mais ou menos prejudiciais à pessoa, mas seja esse o meio adequado, nessas circunstâncias, a proteger a vida contra o sofrimento e a angústia, tal tratamento será eticamente correcto, porque concilia, na medida do possível, a qualidade de vida (na perspectiva da felicidade) com o seu termo natural.

Marie de Hennezel defende, com razão, que esse procedimento não constitui eutanásia. A intenção diferencia-o desta, diz. Num caso, “a intenção é a de permitir a morte e aliviar o sofrimento. No outro, é a de pôr deliberadamente fim à vida de alguém”

Ora, a medicina dispõe, hoje, de meios consideráveis para suavizar os últimos momentos do ser humano e corajosas equipas mostraram já que é possível acompanhar esta última etapa da vida, até ao fim, com humanidade. (Hennezel)

Segundo Ferraz Gonçalves, responsável pela Unidade de Cuidados Continuados do IPOFG – Porto, «O notável desenvolvimento técnico da medicina actual tem excluído os doentes com doenças crónicas avançadas e irreversíveis. Os cuidados paliativos surgiram como uma resposta a esta situação. O seu papel é indispensável para que os princípios da bioética se possam cumprir plenamente».

A situação de angústia ou de sofrimento físico incontroável também pode ser debelada mediante a indução do sono pela administração de uma benzodiazepina sedativa ou de um neuroléptico. Nos períodos em que emerge do sono, o paciente apresenta-se frequentemente sereno e capaz de comunicar, designadamente com familiares. Mesmo durante o sono induzido, é susceptível de perceber a presença de outras pessoas e de ser sensível ao seu contacto. O mero facto de o paciente aceitar a proposta de tal procedimento em caso de emergência pode já ser suficiente para que ele se tranquilize e deixe de solicitar a eutanásia. (Hennezel)

3 - Factores com interferência numa escolha livre

A valoração que uma pessoa faça acerca da sua própria vida por causa de circunstâncias degradantes ou por temer as consequências destas é frequentemente viciada: (a) umas vezes, por falta ou desconhecimento dos meios adequados a combater essas circunstâncias, (b) outras, por carência de acompanhamento afectivo, (c) e, ainda, outras, por situações que desvirtuam a realidade - como, por exemplo, a depressão - e, assim, distorcem a vontade dessa mesma pessoa. «**Temos tanto medo de não saber morrer que preferimos pedir que nos matem.**»(Hennezel)

Portanto, o que deve exigir-se à colectividade é que proveja no sentido de eliminar tais factores para que a pessoa tenha conscientemente um fim condizente com a sua dignidade objectiva e não que se lhe reconheça juridicamente o poder subjectivo de fuga à existência pondo termo à própria vida.

“Uma vez que se trata de respeitar a escolha de uma pessoa em morrer dignamente,» escreve Hennezel, «aprendamos em primeiro lugar a respeitar melhor os direitos dos doentes. Aprendamos a falar com os agonizantes dos seus receios e dos seus desejos. Não tenhamos medo de lhes participar o nosso sentimento de impotência ou de derrota, os nossos limites. Mostremo-nos tal como somos, seres vulneráveis e frequentemente impreparados perante a sua exigência. Esta honestidade humaniza-nos. Ela raramente nos é recriminada pelos doentes. Em seguida, acabemos com o paternalismo insuportável. Saibamos dar a permissão de morrer. Mas permitir morrer não é dar a morte. Gostaria de convencer o leitor, como me convenci a mim própria, depois de ter escutado, durante dez anos, os doentes terminais e as suas famílias.»

A este propósito, penso ser oportuna a referência a outro diálogo, também relatado por Hennezel, este entre um médico e uma doente terminal que pede a eutanásia:

Laurence, atingida por um cancro na mama generalizado e cujos pulmões estão salpicados de metástases, com uma perspectiva de vida não superior a três meses, viu uma reportagem na televisão sobre o serviço de ponta da clínica, onde se pode ir morrer ‘na dignidade’. É exactamente o que

ela pretende. É uma mulher lúcida e corajosa. Não quer aborrecer os seus filhos com o seu estado. Quer morrer com a mesma dignidade com que viveu a sua doença.

Deitou-se ao chegar ao quarto aguardando tranquilamente o médico que vem proceder à entrevista de acolhimento com a enfermeira.

- *Doutor, o senhor pratica a eutanásia?* – pergunta ela.

- *Porque é que me faz essa pergunta?* – responde ele.

- *Porque quero morrer com dignidade!*

Como o médico lhe pede que precise o que entende ela por “morrer com dignidade”, ela enumera os seus desejos:

- *Em primeiro lugar não quero sofrer, não é? Não quero morrer sufocada. Também não quero morrer com tubos por todo o corpo. Não! Quero morrer como estou agora, com os braços livres, serenamente, é por isso que lhe peço a eutanásia, doutor!*

- *Quer morrer imediatamente? Agora?* – pergunta o médico.

- *Não! Quando começar a ter dores e a sufocar.*

- *Eis o que lhe proponho fazer: vamos começar com doses mínimas de morfina que aumentaremos se não forem suficientes. Assim, se as dores chegarem, serão imediatamente aliviadas e eu adaptarei as doses à medida que for sendo necessário para que a senhora não sofra. De momento não corre o risco de sufocar e há grandes probabilidades de que a senhora se apague como uma pequena vela, tranquilamente. Mas, caso haja o mínimo risco de asfixia, prescreverei um protocolo que estará sempre no seu quarto. Ao mínimo alerta, uma enfermeira vem adormecê-la para que a senhora não sofra.*

- *E não fará nada para me prolongar a vida?*

- *Não. Prometo-lhe.*

Laurence parece estar satisfeita com esta proposta, mas permanece uma inquietação:

- *Doutor, não quero que isto se arraste. Estou preparada para morrer, mas não quero agonizar durante dias e dias.*

- *No ponto em que está, espantar-me-ia muito se isto se arrastasse, como a senhora diz. Despediu-se dos seus filhos?*

Laurence não quer que os seus filhos desorganizem a sua vida por sua causa, nem que eles a vejam degradar-se. É por isso que quer morrer depressa, enquanto ainda está “apresentável”.

- *Veja – diz-lhe o médico -, estará completamente pronta para morrer quando tiver dito adeus a cada um dos seus filhos e quando cada um deles lhe tiver podido dizer tudo o que precisa de lhe dizer. Por isso, se quer morrer depressa, aconselho-a a deixá-los vir quando lhes apetecer.*

Laurence não voltou a falar de eutanásia. Ao fim de alguns dias sentia-se confiante. Os cuidados eram todos prestados com o seu acordo, as dores eram efectivamente aliviadas. Respeitava-se o seu ritmo, a sua necessidade de solidão. Os seus filhos acompanharam-na, como ela desejava, sem se imporem, sem aparecerem muitas vezes. Ela morreu como o médico tinha anunciado, muito tranquilamente, sem asfixiar. Ao fim de três semanas apenas.»

«*Para a grande maioria, morrer dignamente é morrer sem sofrimento e acompanhada com respeito.*» (Hennezel)

4 – Consequências para quem pratica a eutanásia e para os cidadãos em geral

Outro aspecto importante relacionado com a eutanásia reside nas suas consequências para quem a pratica e para os cidadãos em geral.

Sendo a eutanásia legalizada, o direito a exigí-la fará parte do conjunto de direitos do paciente e, eventualmente, da respectiva família. Ora, a um direito subjectivo corresponde um dever. A quem impor este dever, se não se pode instrumentalizar quem quer que seja exigindo-lhe que nos mate?

Recordemos a oportuna intervenção da jovem aluna de enfermagem em resposta à alegada liberdade de quem quer antecipar a sua própria morte: - *E onde é que está a liberdade em tudo isso, uma vez que são os médicos ou os enfermeiros que vão ser obrigados a carregar com isso nos seus ombros?*

Fala-se muito pouco de pessoas que praticaram eutanásias e são assaltadas por aquilo que fizeram. “Uma pessoa que tenha praticado a eutanásia não fica imune. Ela recorda-se e interroga-se se procedeu bem.” (Hennezel) Para defesa do seu estado de saúde mental, os profissionais de saúde necessitam de que a pressão da vivência hospitalar se desvança ou, pelo menos, se atenua fora do local de exercício da profissão. Mas tal desconstracção será muito difícil depois de matarem pessoas na prática da eutanásia.

Marie de Hennezel regista o seguinte testemunho de uma enfermeira acerca da sua prática de numerosas eutanásias: *“Quando se é novo e se pratica a eutanásia, é preciso ter um grande estofo moral e afectivo.... Quando me dei conta de que isso começava a sair-me caro, física, moral e humanamente, fui-me abaixo. Cada vez tinha mais pesadelos, cada vez me sentia mais triste e a minha saúde ressentia-se”*.

Noutra das suas obras, transcreve o seguinte de uma carta que uma enfermeira lhe escreveu: *“Mortifiquei-me durante quatro anos com as práticas cobardes de uma clínica cirúrgica onde trabalhava como enfermeira à noite. Sou visitada pela recordação de uma mulher de 41 anos, mãe de uma menina com a mesma idade do meu filho, a quem injectei veneno por meio de uma transfusão “ordenada” por um anestesista ainda mais cobarde do que eu. Essa mulher impede-me de dormir, a sua recordação de doente traída, que tanto sofreu “para nada”, apenas com a morte programada no fim, deixa-me obcecada”*

Há quem negue esse preço a pagar pelos médicos e enfermeiros. Por exemplo, Jacques Pohier, que assim se pronunciou durante um debate: “Que melodramatização é esta em torno da eutanásia? Desde há dez anos que frequento médicos suíços e holandeses que praticam a eutanásia. O que acaba de ser dito não corresponde em nada à sua experiência. Eles não se culpabilizam. Estão em relação com os seus pacientes desde há muito tempo. A eutanásia situa-se dentro da relação médica. Não é, em absoluto, todo esse drama horrível que se procura afirmar. Eu próprio ajudei cinco pessoas a morrer e não me sinto nada culpado.”

«Ao ler *La Mort Opportune*,» escreve Marie de Hennezel, «não pude impedir que um movimento de repulsa, um profundo mal-estar se instalasse. Apesar da sua insistência a propósito da ‘paz’ e da ‘suavidade’ destas mortes programadas, há qualquer coisa de frio, de técnico, de

inafectivo, na forma como Jacques Pohier abraça aqueles a quem acabou de ‘ajudar’, antes de partir como um ladrão e ir deitar no Sena ampolas e seringas.»

É claro que «ajudei cinco pessoas a morrer» é, no caso, uma forma eufemística de dizer “**matei**” cinco pessoas. A defesa dos valores fundamentais deve recorrer a princípios e não ser confiada a concepções meramente subjectivas, a sentimentos ocasionais ou a simples presunções!

«Um dos (testemunhos) mais marcantes é o de uma médica que trabalhou dois anos num centro de tratamento anticanceroso da região parisiense e que confia ao órgão de comunicação social *La Croix* a carta que projecta enviar à direcção antes de abandonar o centro: “*A eutanásia continua a ser um acto corrente no vosso estabelecimento. Faz-se a maior parte das vezes com cocktail lítico, mas também com o recurso aos cocktails analgésicos pesados, com esse intuito ou, ainda, como vi num caso de coma excedido, pelo emprego de barbitúricos e curare. Este acto é agravado pelas circunstâncias nas quais é praticado: quase sempre sem o conhecimento do doente, mesmo quando este está em condições de ter uma vontade e de a dar a conhecer, frequentemente sem o conhecimento da família, ou, o que não é melhor, a pedido desta, decisão individual de um médico e não após uma madura reflexão colectiva da equipa....A execução, essa, é delegada nas enfermeiras, cuja profunda confusão pude constatar.*”» (Hennezel)

«A senhora Wouters, enfermeira, vice-presidente da Associação Europeia de Cuidados paliativos, denuncia, também ela, estas práticas clandestinas: “*Por várias vezes assisti, na companhia de jovens estagiárias, à morte de pacientes que não tinham pedido nada e que, pelo contrário, me tinham expressado o desejo de viver. Reflecti muito e interroguei numerosas pessoas. Renunciei a fazer declarações. Dirigi-me à direcção do Instituto a fim de instaurar o debate. Suportei a acusação de uma falta de fundamento legal. Disseram-me que, neste Instituto, a deontologia era diferente e que as enfermeiras deviam obedecer sem discutir.*” » (Hennezel)

A todos aqueles que se interrogam acerca dos desvios e dos abusos que a legalização da eutanásia gera, Marie de Hennezel aconselha a leitura do citado livro de Herbert Hendin, *Seduced by Death*. «Um livro de choque sobre a prática de eutanásia nos Países Baixos, fruto do inquérito dirigido por este psiquiatra americano, na sequência da publicação do relatório de Remmelink³⁷»

Refere, em síntese, Hendin que:

- Mais de metade dos médicos holandeses sente-se livre para sugerir o suicídio assistido ou a eutanásia aos seus pacientes, aparentemente sem ter consciência de comprometer, assim, o carácter voluntário dos seus pedidos;
- Sessenta por cento dos casos de eutanásia não são assinalados, o que torna o controlo impossível;
- Cerca de uma quarta parte dos médicos admite ter posto fim à vida de pacientes que não deram o seu consentimento, o que, pelo menos em teoria, é ilegal em todo o lado; daí que a decisão de pôr fim à vida de pacientes lúcidos e capazes de se exprimir tenha sido tomada, em milhares de casos, sem consulta desses pacientes.

³⁷ Inquérito sobre as práticas médicas respeitantes à eutanásia nos Países Baixos em 1991. Este inquérito foi reactualizado em 1995: é chamado o Relatório Van der Maas.

- A opção pela eutanásia é de tal maneira mais fácil que se tornou difícil empurrar os médicos para a via dos cuidados paliativos;
- Segundo o doutor Zbigniew Zylicz – perito, como se referiu atrás, em cuidados paliativos - os médicos foram educados para praticar mais a eutanásia do que os cuidados paliativos e o grande público não sabe que são possíveis outras opções e que a escolha não se reduz a sofrer abominavelmente ou a receber a eutanásia.
- É cada vez mais admitida a eutanásia de pessoas que sofrem psiquicamente mas que estão em boa saúde física, da mesma forma que a eutanásia de doentes crónicos, que ainda podem viver durante anos. O facto de o pedido ter de ser explícito é cada vez menos respeitado;
- Os motivos invocados pelos médicos são aceites tal e qual, sem serem objecto de nenhuma pergunta. Por exemplo, se um médico justifica a sua decisão com o facto de ter discutido esta eventualidade com o seu doente no passado, ninguém lhe pergunta porque é que não verificou se este pedido não disfarçava um desejo de ser simplesmente aliviado das suas dores ou se o paciente estava sempre com a mesma disposição! Teriam os médicos medo que o paciente tivesse mudado de opinião?
- O medo de receber a eutanásia sem dela se ter conhecimento parece estar mais espalhado do que se imagina, nos Países Baixos. A já referida psicanalista Johanna Groen Prakken conta-nos como a sua própria mãe, demente, tratada numa clínica, lhe pediu para não deitar fora as violetas que estão no seu quarto. *“Não se deitam fora as coisas vivas, não é verdade?”*, acrescentou ela. Johanna Groen Prakken crê que os médicos não estão formados para “ouvir” os seus pacientes. Quantos, de entre eles, compreenderiam o sentido de uma tal metáfora? Quantos a entenderiam como expressão de um desejo de viver, mesmo com capacidades reduzidas?
- O balanço não é, portanto, tranquilizador. A eutanásia, que originariamente era apresentada como uma solução infeliz mas necessária em alguns casos excepcionais, *‘tornou-se uma forma quase rotineira de tratar a angústia, a depressão e a dor dos doentes graves e dos moribundos’*. Era suposto que aumentasse o poder dos pacientes. Os factos provam que o que se reforçou foi o poder dos médicos. Ao sugerirem a eutanásia aos seus pacientes, ao ignorarem a sua ambivalência e ao tomarem frequentemente, sem o seu conhecimento, a decisão de os matar, os médicos exercem um poder exorbitante. O quadro legal com um controlo a posteriori de decisões de eutanásia não é respeitado. As consultas limitam-se, a maior parte do tempo, a uma formalidade: preenchem-se formulários. Nenhuma alternativa, especialmente o recurso aos cuidados paliativos, é geralmente proposta, e, na maioria dos casos, as eutanásias não são assinaladas.
- O medo de um dia se ser morto sem o saber conduziu 60 000 pessoas a aderirem à Dutch Patient Association, uma associação protestante que recolhe os pedidos de informação de pessoas que querem saber se tal ou tal hospital é “seguro”. Eles distribuem também “passaportes para a vida”, que os pacientes trazem consigo e que testemunham a sua vontade, em caso de urgência médica, de não receberem a eutanásia sem o seu consentimento.

b) – Solidariedade

Socialização do Amor nos Estabelecimentos de Saúde

1 – Carência de solidariedade

Nenhuma sociedade evoluída pode prescindir do princípio ético-jurídico da inviolabilidade da vida humana como elemento basilar de formação da consciência colectiva.

É, porém, claro que, independentemente das razões que justificam a proscricção da antecipação provocada da morte, de forma alguma se pode assumir uma atitude conformista perante quaisquer situações de angústia e/ou sofrimento. A dignidade com que deve ser enfrentada é que não pode ser substituída pela pretensa dignidade da mera desistência.

«Lembro-me de uma certa mulher, dos seus cinquenta anos,» relata Hennezel, «que, após ter reclamado durante várias semanas, sem parar, a eutanásia, mudara subitamente de ideias e desejava aproveitar o tempo que lhe restava de vida para aprofundar a sua relação com os próximos. Perante este inesperado pedido, a família, que estava há semanas preparada para a morte daquela parente, viu-se sem recursos para a entender. Em face da incapacidade dos familiares para corresponder à sua intensa necessidade de relacionamento, essa mulher recorreu a certas pessoas do serviço, algumas voluntárias, e a mim própria. A sua necessidade afectiva era tanto intensa quanto urgente. Tratava-se, para ela, de poder confiar a ouvidos disponíveis a imensa afeição pelos seus familiares, afeição que até esse momento ela contivera. Esta necessidade de exprimir a sua generosidade ia ao ponto de lhes perdoar não poderem, não saberem, responder à sua própria carência de uma troca afectiva.»

Perante situações de angústia ou sofrimento, há, pois, necessidade de assistência e solidariedade sob a forma de comunicação, compreensão, respeito e afectividade para com os “pacientes”.³⁸

É essencial proporcionar a estas pessoas razões para que não desistam de almejar a felicidade apesar do sofrimento. É essencial melhorar o nível de observância do princípio da solidariedade, expressamente consagrado na nossa lei constitucional! «Uma pessoa que pressente a aproximação da morte experimenta a necessidade de interioridade, de comunhão íntima com os outros.» (Hennezel) «A redução nos suicídios ocorreu a partir da época em que se desenvolveram os serviços de S.O.S. telefónico». (João Barreto)

Nas suas obras, Marie de Hennezel refere vários exemplos de doentes terminais que à entrada da clínica começam por pedir a eutanásia, mas que, na sequência de um tratamento à base de paliativos e, essencialmente, de um relacionamento assente na comunicação, na compreensão, no respeito e na afectividade, redescobrem o valor da vida e o sentido da existência.

«Haveria menos pedidos de eutanásia e menos tentações de a praticar», refere Hennezel, «se a afectividade fosse mais valorizada no mundo

³⁸ Sobre a dimensão ética d’ “O Encontro Com O Outro”, v. Professor Michel Renaud em Cadernos de Bio-Ética n.º 21, edição CEB, 1999.

da saúde. (...) Mas onde encontrar esta compaixão de equipa num mundo onde só a eficácia e a rentabilidade contam?»

O recurso fácil à eutanásia afecta, na prática, a consciência do dever de solidariedade. A obnubilação deste dever, cujo grau de observância caracteriza a cultura humanista de cada povo e de cada época, abre, por sua vez, a porta a outras motivações, tais como ao tecnicismo, ao economicismo, à instrumentalização, ao rotineirismo e a outras práticas desgarradas da ética. E, fechando o círculo, a mentalidade subjacente a qualquer dessas práticas justifica, por si, a adopção da eutanásia como solução natural.

Acontece que «os médicos estão pouco à vontade perante a morte. Não sabem falar dela e, além disso, fazem uma aproximação aos sintomas, não à pessoa.» Um médico reconhece: «Dêem-me um paciente com uma hemorragia intestinal com fibrilhações ventriculares e serei um modelo de eficácia. Ponham-me à cabeceira de um moribundo que nunca mais morre e para o qual não há objectivo a alcançar, e eu, que até aí tenho sabido ser encorajador, que tenho sabido envolver-me, fico mudo e reduzo as minhas visitas.» (Hennezel)

O pessoal de enfermagem, por seu lado, que está na primeira linha e que é um profissional do cuidar, cumprindo-lhe proporcionar ao doente os cuidados físicos de que este precisa, tais como massagens, posicionamentos, alívio da dor e demais sintomas, entre outros, bem como cuidados de acompanhamento afectivo, não só é formado apenas para curar, sem nunca lhe falarem na morte, como está muitas vezes só e sem meios perante o sofrimento e a angústia dos seus doentes terminais. (Hennezel)

Daí, «o sentimento tão espalhado entre os doentes de estarem reduzidos a um “corpo objecto”, entregues nas mãos da medicina, e de não serem reconhecidos como “pessoas”, com uma memória, uma história, sentimentos, medos, um pensamento que se interroga». (Hennezel e Jean – Yves Leloup)

Todavia, fazer recair apenas sobre os profissionais de saúde «a responsabilidade da desumanidade dos finais da vida seria injusto. Toda a sociedade, a família em primeiro lugar, perdeu a preocupação com os moribundos e falta ao seu dever de acompanhamento. Trata-se, efectivamente, de desenvolver uma nova cultura da morte e do acto de morrer, de recriar reflexos de solidariedade» para que, como, em relação à França, pedia François Mitterrand na abertura do Primeiro Congresso Europeu de Cuidados Paliativos, «*em todo o lado onde se morre, se seja mais bem tratado e se esteja menos só.*»

Ora, perdendo a confiança nos profissionais de saúde e na capacidade que a família tem de nos acompanhar como gostaríamos, «imaginamos que a única liberdade que nos resta será a de antecipar a nossa própria morte. Reivindicamos, então, o direito de pedir que nos façam morrer antes que as coisas nos escapem». (Hennezel)

É esta, segundo Hennezel, a realidade nos estabelecimentos de saúde franceses: - por falta de preparação ou desinteresse, são muitos os profissionais de saúde que não praticam a medicina de acompanhamento.

2 - _Medicina de acompanhamento e demais relações de proximidade

Mas, como ajudar esses profissionais e as famílias «a ultrapassar a piedade perigosa, aquela que empurra para o acelerar do fim, porque já não se suporta a lentidão da agonia? Como ajudá-los a praticar a verdadeira compaixão?».

«Quantas vezes», relata Hennezel, «já não tomei pelo braço um homem, uma mulher errante, desamparados pelo corredor, porque não sabem mais como ajudar aquele ou aquela que está prestes a morrer. “Sofre demasiado. Faça qualquer coisa”, suplicam eles. Íamos ao quarto e eu mostrava-lhes o rosto repousado, sem marca de sofrimento, a mão distendida na deles, os sinais de espera tranquila pela morte. Está-se tão angustiado que se vê tudo através do filtro da sua própria angústia. “Sentem-se aí!”, propunha-lhes eu. “Dêem-lhe a única coisa que lhe faz bem, a vossa presença amante e calma!” Via-os então sentarem-se, pegar suavemente na mão do moribundo e comunicarem-lhe toda a tranquilidade de que eram capazes.» Quando os familiares podem dar este “oxigénio” da boa presença, calorosa e tranquilizadora, já não pedem que se “faça qualquer coisa para acabar”

A designada medicina de acompanhamento tem precisamente por objecto «proporcionar ao doente que está em processo de morrer todo o bem-estar a que tem direito aliviando a dor física, prevenindo e tratando as intercorrências não relacionadas directamente com a evolução da doença incurável e criando um clima de confiança no apoio permanente e activo que receberá até ao instante da morte.» (Daniel Serrão)

«Se os cuidados de acompanhamento não estão mais generalizados, é, por conseguinte, devido à falta de formação dos médicos. Não se trata apenas de uma lacuna técnica. Os médicos não sabem, efectivamente, tratar a dor. É um facto. Todos os estudos o provam. É necessário, portanto, que o aprendam. Mas manusear os analgésicos não é suficiente.» (Hennezel)

«Os médicos pensam que praticam um “cuidado paliativo” a partir do momento em que prescrevem morfina ou barbitúricos. A maior parte não aceita a ideia de que os «bons cuidados paliativos» pressupõem uma avaliação correcta do sofrimento do doente e uma aproximação que não é só medicamentosa. – Não suportam que alguém se imiscua na sua relação com os seus doentes... Então, saltam da exaltação terapêutica para a eutanásia». /Hennezel)

Se «legalizarmos a eutanásia», declarou o médico francês David Roy no XI Congresso de Cuidados Paliativos em Montreal, «já não investiremos mais tempo, nem energia, nem dinheiro, no desenvolvimento dos cuidados paliativos, ainda tão pouco presentes no nosso país. Há muitos médicos que nem sempre sabem controlar a dor e aliviar a aflição. Vamos dar-lhes o direito de matar os seus pacientes quando não souberem controlar a dor? A competência em cuidados paliativos exige muito mais do que um saber técnico, um saber de comunicação. Ora é sabido que comunicar com os pacientes não é o forte dos médicos, sobretudo se aqueles estiverem moribundos. E, admitindo que terão competência, terão tempo para isso? Terá tempo um médico generalista para comunicar com o seu paciente?»

«O doutor P. é médico na cidade,» relata Hennezel, «prático hospitalar a meio tempo e optou há alguns anos por um tempo parcial em cuidados paliativos. A sua cultura psicanalítica e, sem dúvida, uma experiência pessoal levam-no a repensar a sua prática. Para ele não há dúvida: as

eutanásias que praticou durante anos, injectando *coktails* líticos, não teriam ocorrido se ele tivesse sido formado em cuidados paliativos. “O interesse dos cuidados paliativos é o de mostrar os mecanismos que permitem evitar as eutanásias selvagens.” Estas eram praticadas quando já não se sabia como aliviar a dor ou a angústia dos pacientes, mas também quando a equipa já não suportava um paciente. Neste caso, tratava-se, pura e simplesmente, de assassínios.»

Adiante, continua a mesma Autora: «A aproximação da morte requer um verdadeiro humanismo, qualidades de atenção e de coração, sabedoria, capacidade de discernimento. Foi preciso que o mundo mergulhasse na ilusão dos progressos económicos e técnicos, foi preciso que se tivessem cortado os valores ditos humanos para que se deva ensinar aos médicos a sentarem-se na cama de um doente, a segurarem-lhe na mão, a estabelecer com ele um diálogo aberto e confiante sobre a doença e talvez sobre a sua morte? Esse papel, que os mais velhos sabiam deter, é recusado pela maior parte dos jovens médicos de hoje. Eles praticam a medicina através dos seus aparelhos sofisticados e dos seus computadores. Delegam esse papel às enfermeiras. Eles já não auscultam senão raramente os seus pacientes! O médico da família que encostava o ouvido às nossas costas enquanto tossíamos ou que nos apalpava suavemente o ventre torna-se raro hoje em dia. E todavia são estes os contactos que tão bem fariam aos moribundos sequiosos de calor humano.»

Segundo o Professor Daniel Serrão, a medicina de acompanhamento é a que se praticava antes de as decisões médicas terem um fundamento científico e serem eficazes.

«Muitos jovens médicos me confiaram,» refere ainda Hennezel, «que tinham evoluído e mudado muito em contacto com a sida nos anos em que não se podia fazer grande coisa pelos doentes. A sua incapacidade para curar abriu-lhes outras portas, nomeadamente, as portas da compaixão. Aprenderam a ver os seus pacientes de outra forma. Descobriram que estes últimos tinham recursos ocultos, apesar da espada de Dâmocles que constantemente estava suspensa sobre eles. Este reconhecimento da capacidade humana em suportar o sofrimento ajudou-os a aceitar os seus próprios limites.»

Também muita gente diz ter-se aberto aos outros em resultado do acompanhamento de um familiar até à morte. «Tornam-nos mais generosos e humanos», dizia Cecily Saunders, a pioneira dos cuidados paliativos.

«O movimento dos cuidados paliativos teve o mérito de lembrar que o doente é uma pessoa e o moribundo um vivente. O sofrimento é global, querendo isto dizer que ele integra aspectos físicos, psicoafectivos e espirituais.» (Hennezel e Jean – Yves Leloup)

«Algo da segurança primária, arcaica, é procurado nestes últimos momentos. Um corpo a corpo, um contacto envolvente é, por vezes, o melhor remédio para a angústia que o pressentimento da morte suscita. Mas este remédio não está autorizado no hospital. Qual é o enfermeiro que ousa abraçar um paciente e dar-lhe o reconforto de um bom contacto quente e tranquilizador?» (Hennezel)

«A experiência clínica ensina que num bom ambiente humano, em que os cuidados gerais são prestados com autêntico interesse e ternura,

conjugados, se necessário, com medicação analgésica e anti-depressora, se pode proporcionar ao enfermo um fim sereno.» (João Barreto)

Invocando a sua experiência e a observação de um certo número de acompanhamentos de doentes em estado terminal, refere Hennezel que «o tempo de morrer é um tempo que tem um valor, um tempo de transformação possível». «A maioria mantém-se num questionamento aberto, ou seja, até os que afirmam não acreditar em nada confessam apesar disso que não sabem, que não vêem tudo nem compreendem tudo... Há, pois, sempre uma espécie de abertura para algo que nos ultrapassa.»

Não se justifica, pois, que o sofrimento físico sirva de pretexto para a pretensão de eutanásia.

Segundo Yves Camberlein, chefe de serviço da Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Montsouris, em Paris, «em 1.500 pacientes em fase terminal acolhidos desde a abertura do serviço, em Junho de 1987, a maior parte dos pedidos de eutanásia expressos pelos doentes ou pelas suas famílias desapareceram ao fim de algum tempo quando o sofrimento que os motivava era reconhecido e aliviado. Só 15 pessoas mantiveram até ao fim o seu pedido de que lhes pusessem deliberadamente fim aos seus dias, ou seja, 1%» Em entrevista de 7 de Maio de 1999, explicou esta baixa percentagem dizendo: *“Fizemos progressos enormes nestes últimos anos em matéria de tratamento da dor e creio também que sabemos acompanhar melhor os doentes e as suas famílias.”*

Por sua vez, «Chochinov, psiquiatra americano, afirma, a partir de uma investigação que efectuou junto de pessoas em final de vida, que 80% das pessoas que reclamam uma morte antecipada têm as dores maltratadas e 60% estão gravemente deprimidas. Nestas pessoas, o desejo de viver e o desejo de morrer flutuam constantemente. São susceptíveis de mudar a qualquer momento e especialmente em função da qualidade dos cuidados, do acompanhamento ou da disponibilidade das famílias. Quando a dor ou a depressão são tratadas, o pedido desaparece.»

Henezel também salienta que há uma diferença muito acentuada entre o número de pessoas que se dizem favoráveis à eutanásia (cerca de 80%) e o número restrito de pedidos explícitos e reflectidos de eutanásia (cerca de 5 a 10%).

Refere ainda a mesma Autora: «Todos os dias recebo cartas que me desolam. Elas confirmam que a eutanásia se pratica quando os médicos e o pessoal auxiliar não estão formados para o acompanhamento e nos casos em que os cuidados paliativos não foram introduzidos. Ela substitui-se à competência médica, à compaixão, à solidariedade de que os seres humanos precisam num dos momentos mais difíceis da sua vida.»

3 - Tridimensionalidade do amor

Sob pena de se deixar enredar num círculo vicioso, a sociedade precisa, pois, de se debruçar sobre os princípios que permitem enquadrar a realidade da vida, que também compreende sofrimento e angústia, no sentido da sua existência, ou seja, na busca incessante de felicidade.

Na verdade, em função dos princípios da dignidade humana, da liberdade e da solidariedade, a pessoa só se realiza plenamente na transcendência dos limites da sua própria subjectividade para entrar em

relação com os outros e cooperar responsabilmente na realização deles com total respeito pela individualidade dos mesmos. A relação interpessoal, por sua vez, pode ultrapassar os estreitos limites das respectivas subjectividades e assumir-se, objectivamente, como valor ou bem impessoal no âmbito da intersubjectividade.³⁹

Num estabelecimento de saúde, esse bem, fruto da interacção dos respectivos profissionais com os pacientes, pode ser, qual *bem comum ou social*, usufruído solidariamente por uns e outros proporcionando um ambiente de felicidade.

É, assim, necessário interiorizar, para institucionalizar, a indispensabilidade da relação afectiva entre o pessoal de saúde e os pacientes numa atitude de acompanhamento que, em conexão com as demais relações de proximidade (familiares e outras), exorcize o medo e a angústia do sofrimento, do fracasso, da perda de capacidades, da dependência, do abandono, enfim, exorcize todos os factores que possam contribuir para que o paciente se convença de que deixou de merecer o respeito dos outros. Envolto num ambiente de compaixão e confiança, de solidariedade recíproca, o paciente serena, aceita as suas limitações e recupera o prazer proporcionado por coisas e acontecimentos desvalorizados pela rotina; enfim, encontra, no relacionamento com os outros, motivos de paz, bem-estar, felicidade.

A solidariedade tornará obsoleta, deste modo, qualquer controvérsia acerca da eutanásia. Consequentemente, em vez do debate em torno desta, importa investir na valorização do acompanhamento dos que sofrem de dor ou angústia e, como instrumento complementar indispensável, na medicina paliativa, cujos progressos têm sido notáveis, mas que podem ser travados pela difusão da eutanásia, seja esta legal ou clandestina.

Muito mais do que o drama dos “pacientes”, é, pois, a inobservância do princípio da solidariedade que clama pela antecipação provocada da morte.

«K Ross e Sporcken, estudiosos destas situações, concluem que passando pelas fases de negação, ira, negociação, depressão e aceitação, provocada pela dor moral, se trata, em geral, de pessoas que sofrem de *solidão, desamparo e desespero*. Por esse estratagem, o apelo que fazem ao pessoal de saúde, indirectamente, é de pedirem atenção, apoio e calor humano» (Frei Bernardo)

«As súplicas dos doentes graves que pedem a morte são, muitas vezes, mais do que expressão de vontade de eutanásia, pedidos angustiados de auxílio e de afecto; para além dos cuidados médicos, eles têm, sobretudo, é necessidade de amor.» (Armando Porto)

Portanto, a sinceridade de quem se diz preocupado com a dignidade dos que se encontrem em situação de sofrimento irreversível deve-se medir pela sua resposta ao dever de solidariedade; não, de modo algum, apenas pela sua eventual militância a favor da legitimação do poder de dispor da vida.

³⁹ «Na opinião de Danese, «a intersubjectividade, segundo a proposta de Ricoeur no seu último livro (*Soi-même comme un autre*) deve ser repensada a partir de três termos e não de dois: o eu, o outro e um terceiro elemento, que é expressão e ligame pessoal, sem que seja o produto de um ou de outro, porque subsiste numa certa objectividade» (segundo Ourives Marques).

«O alívio e a transformação da angústia só são possíveis quando assistente e assistido se conseguem encontrar, humildemente, no mesmo terreno da experiência humana, reconhecendo que nós todos transportamos connosco alegria e dor, vida e morte, e que é através das coisas que nos ferem e que nos penetram que nos tornamos vulneráveis, logo abertos aos outros e verdadeiramente humanos.» (Hennezel)

A capacidade de afectividade deveria, pois, ser um dos elementos curriculares a considerar quer na admissão, quer na manutenção dos profissionais de saúde nos quadros dos respectivos estabelecimentos.

c) – Mediatização da Eutanásia

O poder de dispor da vida pode e deve ser debatido na Comunicação Social. Aliás, a eutanásia vem sendo objecto de discussão desde a Antiguidade, com argumentos a favor e contra, discussão essa que, também desde há muito, transitou para os meios de comunicação social, onde a questão vem sendo e, ao que parece, continuará a ser largamente debatida. A respectiva argumentação, desde que tratada com elevação, objectividade e isenção, só pode ser benéfica para um melhor conhecimento, quer do ser humano, quer do sentido da sua existência, quer dos meios de que ele dispõe para se realizar.

A questão que aqui pretendo suscitar prende-se apenas com a mediatização da eutanásia recorrendo à instrumentalização de pessoas.

Como se referiu, é inadmissível a instrumentalização da pessoa humana, qualquer que seja o seu objectivo. A exposição-análise da Dr.^a Hennezel acerca de um documentário televisivo faz-me pensar que é essa uma questão que merece ser ponderada.

«Em Dezembro de 1996, a “Prime Time Live”, a célebre emissão americana, apresenta um documentário holandês: Mort sur demande, que se pretendia um documentário convincente a favor do respeito do direito de se escolher a morte. De facto, o filme mostra-nos, sobretudo, as pressões insidiosas exercidas sobre um homem gravemente doente, cuja margem de liberdade nos parece muito reduzida.»

Importa, essencialmente, ponderar a atitude dos principais intervenientes do documentário, onde se apresenta um doente terminal atingido por esclerose lateral amiotrófica, que pediu a eutanásia, a ser morto sem dor por um médico na presença da mulher daquele.

A atitude desta é a de quem dirige com frieza os outros intervenientes e se mostra decidida à consumação da morte do marido. Na iminência desta, ela não só não tem um gesto de afecto para com ele, como até deixa transparecer repugnância.

A atitude do doente é a de quem condescende sujeitar-se a ser morto nessas circunstâncias. Ora, tal falta de consentimento espontâneo qualifica o acto de o matar como homicídio.

A esclerose lateral amiotrófica levá-lo-ia irremediavelmente à morte. Já só se desloca de cadeira de rodas e fala com muita dificuldade. Mas este estado não explica, por si só, a pretensão da eutanásia. Veja-se, por exemplo, o caso atrás relatado de um jovem atingido pela mesma doença, que até assinara um pedido de eutanásia quando ainda dispunha de autonomia, mas recusa-a agora, quando já nem sequer pode sair da cama. Atente-se

também nos casos igualmente relatados e referentes aos dois seropositivos Jean Toddy e Paul e no testemunho do médico Vincent Mininger.

Porque mudou o doente ora em causa, por várias vezes, a data para ser morto? Se foi pelo prazer em reencontrar a equipa de rodagem, como opinou o realizador, que lhe faltava antes desses encontros para que, então, se tenha decidido a antecipar a sua própria morte? Não terá sido essa atitude um sinal de querer continuar a viver, mas de modo diferente? Associada a esta, a dúvida expressa na frase «Até onde se pode pedir à sua companheira que se sacrifique?» parece apontar de forma consistente para um desejo que não encontrava resposta na atitude dessa mesma companheira, o de continuar a viver.

Não terá querido expressar esse mesmo desejo quando gracejou dizendo «Dormir é morrer um pouco, não é? Mas neste caso será morrer de vez!»? Parece pretender dizer de maneira metafórica que tem pena de morrer, que desejaria continuar a viver. Remete-nos para o que a psicanalista Johana Prakken contou acerca do emprego, por sua mãe, da metáfora «Não se deitam fora as coisas vivas, não é verdade?»

A atitude dos médicos é meramente ritual, alheia ao objectivo legal da sua intervenção para além da execução da morte: – assegurarem-se de que o doente manifesta de forma livre e espontânea a vontade de ser morto sem sofrimento físico. Nenhum pede para falar a sós com o doente e ambos aceitam que seja a mulher a responder, em nome do marido, às perguntas deles, inclusive quando o segundo médico lhe pergunta se está certo de querer a eutanásia! Traz à mente a atitude do médico no caso, atrás afluído, da mulher que, já não querendo ocupar-se do marido doente, lhe deu a escolher entre a eutanásia e a entrada num hospício para doentes crónicos.

Comparem-se essas atitudes meramente eutanásicas com o humanismo do médico de cuidados paliativos no caso relativo a Laurence, também aqui relatado.

Importa ainda ponderar a intervenção do realizador. Ele venceu as resistências do doente e de sua mulher – cada um teria as suas razões! - fazendo-lhes ver que o filme contribuiria para levantar o tabu que paira sobre a eutanásia.

Mas, no que interessa ao caso em apreço, “tabu” significa *interdição* de ordem religiosa, cultural, social ou jurídica *sobre a qual se evita falar* por pudor, crença ou superstição, *ou escrúpulo aparentemente injustificado*, sem fundamento ou imotivado. Ora, não só a eutanásia tem sido objecto de ampla discussão, designadamente nos diversos meios de comunicação social, com ponderosos argumentos em favor das teses em confronto, como a recusa da antecipação da morte tem justificação em motivações de vária ordem, tais como religiosas, culturais, sociais, jurídicas, éticas, etc. Deixando na sombra a motivação do pedido de eutanásia, não se terá o realizador proposto criar e usar de um tabu no combate ao que, por sua vez, ele próprio qualificou também de tabu? O pretexto invocado para vencer a resistência às filmagens faz pensar num propósito ardiloso, porquanto ser contra um tabu, ainda que independentemente do aprofundamento da questão, é frequentemente entendido como manifestação de superioridade cultural.

O realizador procurou apresentar como natural o acto de uma pessoa – no caso, um médico - matar um doente em estado terminal com fundamento numa parodiada aplicação do princípio da autonomia pessoal.

Ao caso, para além do burlesco da respectiva manifestação de vontade, importa ainda ter presente que a situação de um doente terminal gera, frequentemente, um estado de ambivalência: a) – desejo de pôr termo à vida por causa de medos vários, oportunamente aqui exemplificados; e, simultaneamente, b) – desejo de aproveitar o tempo que a doença consinta para viver uma relação de afectividade que proporcione bem-estar e felicidade.

Nestas circunstâncias, qualquer factor interno ou externo, objectivamente relevante ou não, poderia servir de rastilho. A atitude do doente sugere, por um lado, vontade de viver até ao fim uma relação afectiva e, por outro, temor da situação de isolamento afectivo em que, realmente, se encontra. Deste modo, protagonizar um filme contra o dito tabu pode ter sido a gota que fez precipitar a decisão do doente de se sujeitar a ser morto em data que, no entanto e compreensivelmente, depois procurou protelar.

Tudo aponta, pois, para que o trunfo insidiosamente jogado pelo realizador tenha sido o rastilho que fez precipitar os acontecimentos. Depois, a situação tornou-se irreversível para o doente, pressionado pelo abandono afectivo a que fora votado pela mulher e pelo compromisso para com o realizador.

Sem prejuízo da responsabilidade dos restantes intervenientes, o realizador aproveitou-se, pois, da situação, servindo o doente de mero instrumento de realização de um interesse profissional daquele, quiçá também interesse económico, e de afirmação de uma ideologia. O doente foi, pois, objecto e não sujeito dos acontecimentos que culminaram com a sua morte prematura. O realizador desencadeou um processo francamente prejudicial à possibilidade de o doente mudar de opinião.

É claro que, como já referido, o pedido de eutanásia formulado por um doente terminal não pode deixar de ser levado a sério, mas a dignidade inerente à pessoa do paciente exige dos outros uma atitude de solidariedade, tendo-se presente que tal pedido expressa normalmente um desejo de viver de outra maneira, frequentemente com mais compreensão e amor, como sustentam os médicos especializados em cuidados paliativos. O burlesco da situação e a total ausência de solidariedade na postura dos intervenientes na morte do doente em causa obstam a que tal ocorrência mereça o qualificativo de natural.

Ele não interveio como sujeito da antecipação da sua própria morte, mas sim instrumento de realização de objectivos pessoais da mulher e do realizador. Deixou-se instrumentalizar, mas tal cedência não sana a indignidade de quem se serve de uma pessoa como de um objecto.

As circunstâncias em que ocorreu a morte fazem pensar que ele nunca perdeu o sentido da sua existência, que sempre esteve consciente da sua dignidade de ser humano e que desejaria viver até ao fim uma relação de afectividade, gratidão e respeito pelos outros, mas foi enredado numa teia que não lhe deixou alternativa, porque, excluído, como já estava, do mundo dos vivos, restava-lhe oferecer o pescoço ao cutelo.

Posto isto, justificar-se-á a pergunta: - qual o interesse público em tal filmagem e subsequente apresentação?

A pretexto de se tratar de um documentário *convincente*, a respectiva apresentação pública foi feita a favor do respeito do direito de se escolher a morte. O apresentador anuncia-o como uma “história de coragem e amor”, apesar da obscuridade que rodeou o motivo da aceitação da eutanásia

pelo doente, apenas vislumbrado através da expressão «Até onde se pode pedir à sua companheira que se sacrifique?». Coragem...? Certamente da mulher! Amor, plausivelmente, do doente!

A realização imagética centrada num acto real de *aceitação* da morte sem dor apenas poderá ter originado convencimento, na perspectiva probatória, da realidade desse acontecimento concreto, isto é, de que um doente terminal pode sentir-se ou ser motivado a ser morto sem dor.

Mas isso não está em causa, do mesmo modo que também já não se suscitam dúvidas acerca da eficácia da medicina paliativa na agonia dos doentes terminais. Nem sequer está em causa a constatação de que a eutanásia continua a praticar-se; isso é uma evidência há muito tempo.

O que está em causa na controvérsia acerca da eutanásia é a valoração ética e jurídica do poder de disposição da vida humana. O mero facto de se ser morto sem dor constituirá apenas um dos efeitos possíveis do exercício desse poder, caso se deva concluir pelo seu reconhecimento.

Ora, quanto a tal valoração, cuja resposta faz a diferença entre as duas referidas soluções (solidariedade ou eutanásia), o documentário disse: - nada. Não é claro acerca da causa do sofrimento moral ou da ansiedade que terá determinado o doente a pedir (melhor, a aceitar) a antecipação da morte. Percebe-se que ele não sofre dores físicas. Porque aceitou, então, antecipar o termo da sua vida?

A filmagem de um mero acto concreto de dar a morte sem dor a alguém, como é o caso, poderá ser espectáculo com vantagens para quem a realiza e/ou apresenta, mas não é indispensável a uma discussão pública acerca da eutanásia, nem é meio adequado ao esclarecimento da matéria em discussão.

Acresce que a programação prévia da captação imagética de um tal acto para apresentação pública não é inócua, de modo algum, para a respectiva pessoa, como refere a Dr.^a Hennezel. Usa-se essa pessoa independentemente do mal que se lhe cause ou possa causar.

«Será possível morrer com dignidade quando a sua própria morte é filmada para milhões de telespectadores? Quando se é actor de um drama que não teria razão de ser se se mudasse de opinião?»⁴⁰

«(...) é necessário ter em conta a gravidade daquilo que está em jogo. É necessário pensar nas pressões que se exercerão sobre os doentes em final de vida.» (Hennezel)

Atentas as circunstâncias, realizar e apresentar documentários desta natureza não prestigia as classes profissionais que neles participem. E num contexto de liberdade de informação e de expressão, a responsabilidade pela adopção de critérios deontológicos que integrem eficazes sistemas internos de protecção dos respectivos profissionais e dos cidadãos em geral deve caber às respectivas classes.

Já por diversas vezes assisti a reacções de intolerância de profissionais da Comunicação Social em relação a críticas dirigidas à classe. Beneficiáramos todos, profissionais e destinatários da Comunicação Social, de alguma humildade por parte dos primeiros. Ninguém é infalível, nem onisciente. A abertura à crítica enriquece e dignifica.

⁴⁰ Herbert Hendin, *Seduced by Death*, ob. cit.

II

O Poder de Dispor da Própria Vida na Lei Penal Portuguesa Vigente

«A vida humana é inviolável», dispõe o art.º 24.º da Constituição da República Portuguesa.

Matar outra pessoa, voluntária ou involuntariamente, é homicídio, conforme o disposto nos artigos 131.º e seguintes do Código Penal.

O artigo 134.º deste Código pune criminalmente «quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha feito». E o artigo seguinte pune «quem incitar outra pessoa a suicidar-se, ou lhe prestar ajuda para esse fim (...), se o suicídio vier efectivamente a ser tentado ou a consumir-se»; mas, «se a pessoa incitada ou a quem se presta ajuda for menor de 16 anos ou tiver, por qualquer motivo, a sua capacidade de valoração ou de determinação sensivelmente diminuída», tal conduta será punida com maior severidade.

Resulta destas normas que a lei portuguesa, na linha das considerações que fiz anteriormente, recusa ao cidadão o poder jurídico de dispor da sua vida. Na verdade, se o direito do ser humano à vida fosse livremente disponível, o facto de uma pessoa consentir que outra a matasse excluiria a ilicitude criminal, conforme o disposto no n.º 1 do art.º 38.º do Código Penal⁴¹, o que colidiria com os citados art.ºs 134.º e 135.º do mesmo Código.⁴² Consequentemente, deve ser qualificado de ilícito tal acto de disposição.

A tal ilicitude não obsta o facto de a lei não prever – e bem – qualquer sanção para a “vítima” em caso de mera tentativa. Embora a acção do suicida seja, objectivamente, ilícita, quer por negar um valor constitucionalmente reconhecido como inviolável, quer por a vida humana ser objecto de tutela jurídico-criminal, o suicida precisará mais de ajuda do que de censura, pelo que se justifica que, na perspectiva da política criminal, se descriminalize ou isente de pena a conduta de quem, sem sucesso, tente suicidar-se. Como foi oportunamente referido, a inviolabilidade da vida humana não implica, necessariamente, a punição penal pela sua violação.

Abordei atrás a perspectiva ética da intensificação medicamentosa, com risco de efeitos secundários, eventualmente exigida pelo tratamento paliativo em casos de sofrimento particularmente intenso.

No plano do direito constituído, haverá que entrar em linha de conta com a disposição do art.º 34.º do referido Código, subordinada à rubrica «direito de necessidade», que passo a transcrever:

«Não é ilícito o facto praticado como meio adequado para afastar um perigo actual que ameace interesses juridicamente protegidos do agente ou de terceiro, quando se verificarem os seguintes requisitos:

⁴¹ Dispõe este art.º 38.º, n.º 1, que «o consentimento exclui a ilicitude do facto quando se referir a interesses jurídicos livremente disponíveis e o facto não ofender os bons costumes».

⁴² Figueiredo Dias considera lícita a conduta do suicida, como manifestação do princípio segundo o qual toda a pessoa tem o *indeclinável direito de dar à sua vida o destino que quiser, como e quando quiser*. Quanto ao *auxílio ao suicídio* previsto no cit. art.º 135.º, defende, *de lege ferenda*, a isenção de pena.

a) Não ter sido voluntariamente criada pelo agente a situação de perigo, salvo tratando-se de proteger o interesse de terceiro;

b) Haver sensível superioridade do interesse a salvaguardar relativamente ao interesse sacrificado;

c) Ser razoável impor ao lesado o sacrifício do seu interesse em atenção à natureza ou ao valor do interesse ameaçado.»

Atento o disposto na precedente al.^a b), importa identificar, no caso em apreço, ou seja, no de intensificação medicamentosa no tratamento paliativo, o interesse cuja protecção possa exigir a exclusão da ilicitude do facto adequado a afastar um perigo actual que ameace esse mesmo interesse.

Tenhamos em mente o interesse de um paciente em situação terminal sujeito a uma terapêutica destinada ao combate dos factores que o impeçam de aguardar a morte de forma serena. Sendo indispensável ministrar fortes doses de analgésicos e sedativos para aliviar uma dor irreversível e intolerável, correndo, embora, o risco de poder apressar o termo da vida do paciente, tal tratamento dever-se-á considerar lícito porque, como referi, concilia, na medida do possível, a qualidade de vida (na perspectiva da disposição natural para a felicidade) com o seu termo natural.

O **interesse a salvaguardar** consistirá, pois, num resto de vida sereno, isto é, livre de sofrimentos intoleráveis e consciente do seu próprio valor, ou seja, com dignidade subjectiva. O **interesse a sacrificar** consistirá num resto de vida eventualmente mais longo, mas em sofrimento intolerável e com provável perda da dignidade subjectiva, a qual poderá motivar um recurso à eutanásia.

Portanto, não obstante poder apressar o termo da vida do paciente, o tratamento intensivo evitará um resto de vida intolerável, afastando, assim, o perigo de o sofrimento fomentar a opção do paciente pela eutanásia. Consequentemente, aquele tratamento, ainda que arriscado, evitará a perda de um resto de vida de incontestável maior valia.

Considero, assim, que, em situações deste tipo, encontrar-se-á também preenchido o requisito que exige “sensível superioridade do interesse a salvaguardar relativamente ao interesse sacrificado”.

Não será, porém, dispensado o consentimento do paciente para o uso de tal terapêutica, nos termos do disposto no citado art.º 156^º⁴³, ainda do mesmo Código.

José Sampaio da Silva
José.maria.sampaio@sapo.pt
(Juiz Conselheiro, jubilado, do STJ)

⁴³ Este preceito exige o consentimento do paciente para a realização de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos. Mas, em função do princípio da indisponibilidade da vida, sem prejuízo da sua dispensa no caso de tentativa de acção letal da própria vítima, atento o disposto no art.º 154º, n.º 3, al.ª b), do mesmo Código.

BIBLIOGRAFIA

Banha, Maria Cristina, *Dignidade Humana*, trabalho inédito realizado no âmbito de um curso de especialização na área da enfermagem, 2009.

Barreto, João, *Aspectos Psiquiátricos do Suicídio*, texto publicado na ob. “*Da Vida à Morte*”, Associação dos Médicos Católicos Portugueses, Coimbra, 1988.

Bernardo, Frei, *Morrer Com Dignidade*, texto publicado na revista *Acção Médica* n.º 3, Setembro de 1985.

Boléo-Tomé, J., O SIM E O NÃO – O DILEMA DE UMA CULTURA, texto publicado na revista *Acção Médica*, ano LXIX, n.º 1 Janeiro/Março 2005.

Brito, Alberto, *Vida Biológica e Integridade do Ser*, texto publicado na citada ob. “*Da Vida À Morte*”.

Cabral, Alice Caldeira, *O Encontro com o Outro na Diferença*, texto publicado em *Cadernos de Bio-Ética* n.º 19, edição CEB, Coimbra, 1999.

Carlson, Richard, *Sinta-se Feliz de Novo*, ed. Pergaminho, Lda, 2002.

Carmi, Amnon, *Consentimento informado em prática médica*, Instituto Piaget, 2008.

Coelho, Raul, *Sexualidade(s), Identidades e suas margens*, texto publicado em “*Desafios à Igreja de Bento XVI*”, Casa Das Letras/Editorial Notícias, Novembro de 2005.

Dias, J. Figueiredo, *A “ajuda à morte”: uma consideração jurídico-penal*, in *Revista de Legislação e de Jurisprudência*, ano 137.º.

Gonçalves, Ferraz, *Cuidados Paliativos e os Princípios da Bioética*, texto publicado em *Cadernos de Bio-Ética*, n.º 19, edição CEB, Coimbra, 1999,

Hendin Herbert, *Seduced by Death, Doctors, Patients and the Dutch Care*, W. W. Norton Company, Nova Iorque, 1997.

Hennezel, Marie de, e Leloup, Jean – Yves, em *A Arte De Morrer*, Editorial Notícias, 3ª edição, 2001

Hennezel, Marie de, *Nós Não Nos Despedimos*, Casa das Letras/Editorial Notícias, 2ª ed., 2003

Hennezel, Marie de, *Diálogo Com a Morte*, Casa das Letras/Editorial Notícias, 6.ª ed. 2005.

Hennezel, Marie de, *Morrer De Olhos Abertos*, Casa das Letras/Editorial Notícias, 2006.

Klein, Stefan, “*Simplesmente Feliz*”, 2007, Asa Editores, SA. Esta obra tem por subtítulo “*Como As Recentes Descobertas Da Neurociência Nos Ajudam A Encontrar A Felicidade*”. Na respectiva capa, é atribuída a seguinte declaração a António Damásio: «Stefan Klein é o mais importante escritor sobre Neurociência da Alemanha.»

Loureiro, João Carlos, *Dignidade e Direitos do Embrião*, em *Cadernos de Bioética*, ano XVI, n.º 39, edição CEB, Dezembro de 2005,

Machado, Pinto, *A Felicidade e o Sofrimento na Vida Humana*, texto publicado na revista *Acção Médica*, ano LXII, n.º 3, 1998.

Machado, Constança Gomes, *O corpo cansado – que saída psicológica para a doença?*, texto publicado em *Cadernos de Bioética*, ano XII, n.º 28, Abril 2002.

Magalhães, Vasco Pinto, *Morte Fim Ou Princípio*, em “*Da Vida à Morte*”, Associação Dos Médicos Católicos Portugueses, Coimbra, 1988.

Marques, Silvestre Ourives, *Tu Não Me Matarás!*, Dimensões éticas da reabilitação da Pessoa Toxicodependente, ed. da Universidade Católica, 2006

Melo, António Barbosa de, *Da Vida À Morte: Depoimento De Um Jurista*, em “*Da Vida à Morte*”, Associação Dos Médicos Católicos Portugueses, Coimbra, 1988.

Moody, Raymond A., *Vida Depois da Vida*, editora Caravela, 1988.

Pacheco, Suzana, *Os direitos e deveres da pessoa doente: Perspectiva do profissional de saúde*, texto publicado nos *Cadernos de Bioética*, ano XII, n.º 29, Agosto de 2002.

Pinto, Vítor Feytor, *O Direito de Morrer*, em “*Da Vida à Morte*”, Associação Dos Médicos Católicos Portugueses, Coimbra, 1988.

Porto, Armando, *Direito de Morrer*, em “*Da Vida à Morte*”, Associação Dos Médicos Católicos Portugueses, Coimbra, 1988.

Renaud, Michel, *O Encontro Com O Outro*, *Cadernos de Bio-Ética* n.º 21, edição CEB, 1999.

Renaud, Isabel C. Rosa, *Sexualidade, Linguagem do Amor: o Desejo*, texto publicado na revista *Acção Médica*, ano LXVII, n.º 3, Julho-Setembro 2003.

Renaud, Isabel Carmelo Rosa, *A qualidade de vida – merece toda a vida ser vivida?*, em *Revista Portuguesa de Bioética*, n.º 7, Maio de 2009.

Serrão, Daniel, *O Processo de Morrer*, texto publicado na revista *Acção Médica*, ano LXII, n.º 3, Julho-Setembro 1998.

Shahar, Tal Ben, *Aprenda A Ser Feliz*, Edições Asa II, SA, Porto, 2008.

Sligman, Martin, *Felicidade Autêntica*, Círculo de Leitores, SA, 2002.

Taylor, Jill Bolte, *O Dia Em Que A Minha Vida Mudou*, Editorial Presença, 2008.