



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA
Presidência do Conselho de Ministros

**PARECER SOBRE ASPECTOS ÉTICOS
DOS CUIDADOS DE SAÚDE RELACIONADOS
COM O FINAL DA VIDA**

(11/CNECV/95)

I – RELATÓRIO

A. PREÂMBULO

1. A história natural de muitas doenças, a agressividade da vida moderna, em especial a do tráfego motorizado, sobre as pessoas, e o envelhecimento aproximam os seres humanos do período final da sua vida biológica. Também se refere, para tal, nas sociedades modernas, alguma perda ou desvalorização do sentido da vida quando esta não é agradável para a pessoa.

Neste período os médicos são chamados a desenvolver um aspecto muito delicado da sua actividade profissional, que não é a prática da medicina curativa, mas da medicina de acompanhamento (à qual se chama também medicina “paliativa”).

Esta nova vertente da actividade médica tem já, hoje, as suas “*leges artis*”, tão bem estabelecidas quanto as da medicina preventiva e curativa¹.

A primeira regra é que, enquanto há uma esperança razoável de obter cura ou melhoria do estado mórbido, com qualidade de vida aceite pela pessoa doente, são as regras da medicina curativa, científicas e éticas, que devem ser seguidas pelo médico; com ênfase no consentimento informado e nos princípios da beneficência e da não-maleficência, no plano ético, e na rigorosa avaliação clínica da situação, no plano científico.

Quando não há esperança razoável de cura e as melhorias presumidas dependem de pesados sacrifícios físicos, impostos à pessoa doente pelos tratamentos a efectuar, são as regras da medicina de acompanhamento que devem prevalecer.

O objectivo primordial desta forma de cuidado médico é o de conseguir para a pessoa doente, em fase de incurabilidade, o maior conforto e bem estar, tanto físico como psíquico e afectivo.

Os tratamentos a efectuar destinam-se a actuar sobre os sintomas que traduzem sofrimento e sobre situações agudas, curáveis por intervenções, médicas ou cirúrgicas, imediatas (pneumonia, apendicite aguda).

As decisões médicas tomadas no âmbito da medicina de acompanhamento têm um suporte científico, mas têm, principalmente, uma muito significativa estrutura ética. Não é apenas o técnico que decide sobre o que fazer com um corpo cuja vida biológica está a extinguir-se; é o médico, enquanto pessoa humana, com uma longa tradição de respeito pelo doente, codificada desde Hipócrates, o médico como membro de uma certa sociedade e, ainda, como portador de uma determinada cultura, historicamente construída, quem enfrenta a situação de acompanhar o seu semelhante num tempo, mais ou menos breve, que o levará à morte.

A prestação de cuidados de saúde no período final da vida reveste-se, em consequência, de um exemplar carácter ético.

2. É este carácter ético das decisões médicas que o presente relatório vai analisar, como fundamento de um parecer, fazendo-o à luz da doutrina já exposta no Relatório-

R. Borges Carneiro 38 - 2º Esqº 1200-619 Lisboa Portugal

Tel. 351-21-392 35 27 - Fax 351-21-392 35 19

cnecv@sg.pcm.gov.pt www.cnecv.gov.pt www.portugal.gov.pt



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

Parecer sobre Procriação Medicamente Assistida deste Conselho que aqui se reproduz no essencial:

“Este Conselho pretende desenvolver uma reflexão ética que, por um lado, seja partilhada por todos os cidadãos da nossa sociedade pluralista, mas que, por outro, não se limite a um pragmatismo ético, a uma deontologia sem fundamentação crítica, ou à aceitação passiva de práticas ou posições comumente defendidas no nosso ou outros países.

Nesta perspectiva, o Conselho pensa que a fundamentação ética deve apoiar-se num conceito de natureza humana, sem limitar esta à vertente puramente biológica, nem a alargar indevidamente, a ponto de a não distinguir da natureza não humana. Pertencem à natureza do ser humano as dimensões de racionalidade, de temporalidade, de historicidade, de finalidade em si e de liberdade, que fazem dele um ente em permanente desenvolvimento, na procura da realização de si próprio, com a possibilidade de recorrer às ajudas externas, bem como às intervenções médicas que não contrariem essencialmente a sua natureza, assim entendida.

Nesse sentido, é ético o comportamento que visa, promove ou respeita a realização de si próprio, na relação constitutiva com e para os outros, no quadro de instituições justas.

Essa necessidade ética de auto-realização pessoal e social (que se revela na consciência do direito e da responsabilidade de cada pessoa na construção da vida, própria e do outros) exige a liberdade necessária para o seu pleno exercício. Essa liberdade obriga a que nenhuma pessoa seja usada como meio ou instrumento, para o que quer que seja. Cada pessoa humana deve ser tratada como um fim em si mesma (...).

O reconhecimento deste valor não instrumental de cada pessoa é uma importante conquista da nossa civilização e tem sido proclamado numa variedade de formas: a abolição de todo o tipo de escravatura (incluindo a de crianças); a declaração universal dos direitos humanos e das liberdades fundamentais; o reconhecimento do direito à objecção de consciência e à liberdade religiosa, etc.

Liberdade ética não significa escolha arbitrária, permissividade ou relativismo moral. Significa, sim, a possibilidade de realização de todas as potencialidades da pessoa humana. Nesse sentido, a liberdade ética não se refere somente à ausência de coacção externa, mas exige também a liberdade de pressões interiores, desde as que provêm de interesses científicos, económicos ou políticos até às que se baseiam em preconceitos culturais ou positivismo religiosos não livremente integrados. Exige igualmente a liberdade interior de bens menores, vícios ou egoísmos autodestrutivos, assim como de absolutismos económicos ou “hedonistas”.

B. ANÁLISE TIPOLOGICA

1. Doente terminal tratado com compreensão afectiva e respeito, sem terapêuticas fúteis, no domicílio, em ambiente familiar, tudo conduzindo a uma morte digna, socializada, reconhecida e aceite:

É a situação comum com as pessoas de idade muito avançada, com apoio familiar ou de um equipamento social de boa qualidade, que não têm nenhuma doença tratável, mas apenas senilidade ou sequelas irreversíveis de acidentes vasculares cerebrais ou cardíacos.

A decisão médica de praticar medicina de acompanhamento, satisfaz aos princípios éticos citados.

2. Doente grave, hospitalizado, que entra em fase terminal:

A equipa de saúde, dedicada e competente, decide interromper tratamentos que se tornaram claramente ineficazes segundo o melhor juízo clínico, recusando a obstinação terapêutica por ser má prática médica, mas utilizando todos os meios necessários para

R. Borges Carneiro 38 - 2º Esqº 1200-619 Lisboa Portugal

Tel. 351-21-392 35 27 - Fax 351-21-392 35 19

cnecv@sg.pcm.gov.pt www.cnecv.gov.pt www.portugal.gov.pt



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

assegurar o conforto e bem-estar do doente, de modo a que o processo de morte decorra com respeito pela dignidade da pessoa humana.

Para que esta decisão médica seja eticamente correcta é necessário que:

- o atendimento da pessoa em período final seja personalizado e constante, por parte da equipa de saúde;
- seja permitida a presença de familiares durante 24 horas, bem como de outras pessoas que o doente terminal deseje ver, incluindo ministros religiosos;
- seja facilitada a “alta”, na fase final, se o doente ou a família o desejar.

Cumpridos estes requisitos, a morte em ambiente hospitalar (ou já fora dele) pode ocorrer com respeito pela dignidade humana e as decisões médicas serão eticamente correctas e de boa prática médica.

É eticamente inaceitável, à luz dos princípios já citados, que o doente terminal hospitalizado seja isolado e abandonado até que ocorra a morte na mais completa solidão.

3. Doente que se considera terminal ou incurável, ou humilhado pela sua doença ou que perdeu a vontade de viver, que pede ao seu médico ou a outro membro da equipa de saúde ou a outra pessoa, familiar ou não, que lhe forneça uma substância que ele possa aplicar a si próprio e seja seguramente mortal:

A decisão, neste caso, seria a de ajuda ao suicídio. *¹

Eticamente não temos que avaliar agora a decisão da pessoa que pede para ser morta, pois ela radica no seu foro íntimo e pessoal.

A decisão de aceder ao pedido da pessoa, fornecendo-lhe os meios para ela se matar, não tem jurisdição ética. Quem recebe o pedido, não deve, pois, aceitar que a pessoa deva matar-se, nem contribuir para que ela satisfaça uma vontade a que o solicitado é alheio e que tem, como consequência, a destruição de uma vida humana.

4. Doente que não deseja viver, porque considera intolerável, para si, a qualidade de vida de que pode dispor, está psiquicamente competente para exercer a sua autonomia pessoal e pede, insistentemente, ao médico (ou a outra pessoa) que o mate com meios farmacológicos, ou outros:

Se o médico (ou outra pessoa) aceder a este pedido e matar o doente por causa do pedido pratica eutanásia voluntária activa.

Tal como no caso anterior, não devemos formar juízos éticos sobre a decisão da pessoa que exerce, com liberdade, a sua autonomia pessoal, ao formular o pedido.

Já merece cuidadosa reflexão ética a forma como se constitui, na consciência profissional e moral do médico, a vontade de aceder ou não ao pedido insistente do doente *².

Para muitos médicos, em Portugal, o facto de ser um homicídio, punido pela lei penal, e de o Código Deontológico vedar aos médicos, expressamente, a prática de eutanásia (sem qualificativos) é razão suficiente para não considerar atendível o pedido do doente.

Outros, porém, nas situações em que o estar vivo é, para a pessoa, causa de profundo sofrimento, que eles, médicos, não podem (ou não sabem) tornar tolerável para essa pessoa, questionam-se se, nestas situações limite, aceder à vontade do doente não

R. Borges Carneiro 38 - 2º Esqº 1200-619 Lisboa Portugal

Tel. 351-21-392 35 27 - Fax 351-21-392 35 19

cnecv@sg.pcm.gov.pt www.cnecv.gov.pt www.portugal.gov.pt



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

deve ser considerado o melhor procedimento e, portanto, eticamente justificado pelo princípio da beneficência.

Com todo o respeito pelos casos particulares, que merecem ser analisados com sensibilidade e lucidez para lhes descobrir as motivações profundas e a natureza pontual e evitável, deve a reflexão ética exercer-se, contudo, sobre o enquadramento geral da situação. Caso contrário, estaríamos a usar uma “ética pragmaticista ou meramente casuística”, formalmente rejeitada na fundamentação atrás transcrita.

E o enquadramento geral é o de existir manipulação da vontade do médico (ou outra pessoa) por parte do doente que pede, quase exige, ser morto, por uma acção positiva praticada pelo próprio médico (ou por outra pessoa). Tenha-se presente que, a nível legal, é na circunstância de se tratar de uma vontade dominada por impulso relacionado com o estado do “doente” que reside a principal característica do crime.

O juízo ético sobre esta decisão (médica), resultante de manipulação, deve ser de desaprovação.

5. Doente em situação terminal, inconsciente e, portanto, incapaz de exprimir a sua vontade. O médico (ou outra pessoa), dominado, psicologicamente, pelo que ele considera ser a situação intolerável do doente, para a qual não tem nenhum tratamento, decide matá-lo por meios farmacológicos ou outros.

Esta decisão (médica) configura o acto de eutanásia activa, involuntária (porque o doente não manifestou a sua vontade). *³

Objectivamente, é uma decisão médica inaceitável porque o médico, por compaixão real ou suposta, arroga-se o direito de dispor da vida de uma pessoa humana; e não tem esse direito na perspectiva ética em que se fundamenta esta análise.

Idêntico juízo ético negativo se formula na situação em que o doente terminal está consciente, não manifesta a vontade de ser morto e o médico decide matá-lo.

A possibilidade de o médico poder tomar esta decisão cria as condições para a manipulação e instrumentalização da sua vontade por parte de terceiros, com interesse pessoal nessa decisão, e por parte do poder político de que há exemplos históricos bem conhecidos, alguns neste século.

Para além deste risco real e comprovado, semelhante decisão médica ofende os princípios éticos e deontológicos geralmente aceites na prática médica (com excepção da Holanda [2]).

6. Doente que, em circunstâncias normais e em perfeita consciência, elaborou instruções proibindo a aplicação de certos tratamentos quando em situações em que não possa exprimir a sua vontade, (o chamado “Testamento de Vida”), mesmo que estas situações ameacem gravemente a sua vida:

Quando uma destas situações se apresenta, o médico tem de decidir se obedece ou não à vontade livremente expressa por pessoa autónoma, em tempo anterior.

A análise ética é difícil [3]. Deve obedecer?

À luz do princípio da autonomia parecia que sim; mas pode ter-se a certeza de que a decisão tomada pela pessoa, quando estava de saúde, é a sua vontade genuína, agora que está gravemente doente? Se ela pudesse ser informada da situação real não daria o consentimento para um tratamento que, no passado e sem esta informação, recusou?



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

A maior parte dos eticistas opina que, na dúvida e não se tratando de tratamentos fúteis, ou tratamentos “heróicos” mas com pouca probabilidade de sucesso, ou causadores de grande sofrimento, desproporcionado aos benefícios esperados, - nos quais, na prática, a vontade do doente coincide com a decisão médica de não tratar – o médico não está eticamente obrigado a seguir essas instruções prévias; “maxime” se existe uma probabilidade razoável de que a vida do doente seja salva com o uso das medidas terapêuticas proporcionadas, mas que o doente, por antecipação, tinha recusado. Toma em conta, designadamente, que a vontade formulada não é nem “actual” nem “esclarecida”.

No caso do médico decidir acatar a vontade do doente, não iniciando, ou suspendendo, medidas terapêuticas cujo único efeito é alongar o processo de morte, que o doente expressamente recusou por documento anterior ou recusou antes de ficar inconsciente (em coma irreversível, por exemplo), esta decisão é eticamente sustentável se for acompanhada de todas as medidas necessárias a assegurar o conforto e bem-estar da pessoa em processo de morte e mesmo que estas medidas possam, presumivelmente, e não havendo alternativa, reduzir a duração do processo de morte.

É ilegítimo alcunhar esta decisão de eutanásia passiva porque se trata apenas de boa prática médica.

7. O mesmo juízo ético favorável merece a decisão médica de não iniciar medidas extraordinárias de suporte ventilatório ou cardíaco, quando elas são medicamente inúteis, bem como a decisão médica de as suspender logo que foi verificada a morte do tronco cerebral.

8. Como síntese final desta análise tipológica direi que é necessário, na perspectiva ética, traçar uma linha clara de distinção entre decisões médicas que constituem formas activas de produzir a morte dos doentes – a “morte médica”, como lhe chama Siegler – e as decisões de manter ou suspender meios artificiais de manutenção de vida, quando esteja medicamente indicado, bem como a decisão de aplicar todas as técnicas que atenuem as dores e produzam conforto e bem estar nos doentes moribundos [3].

A avaliação ética destas decisões leva a propor que os médicos recusem as primeiras – nenhum médico jamais matará o seu doente – e se empenhem activamente nas segundas – nenhum médico será indiferente ao sofrimento de uma pessoa doente, até ao último instante de vida, para que a morte humana, inevitável, possa ser dignamente vivida por cada um.

O Relator,
Prof. Doutor Daniel Serrão

*¹ Esta decisão é punida em Portugal com uma pena de 6 meses a 3 anos de prisão, se o doente for imputável, agravada para 2 a 8 anos se for inimputável, indicando uma condenação social, vazada em lei, deste comportamento médico (Cód. Penal. Art.º 135.º).

*² Juridicamente, em Portugal, trata-se de homicídio a pedido da vítima (Art.º 134.º do CP). É punido com pena de prisão de 6 meses a 3 anos, o médico que o praticar.

*³ Punida no CP, Art.º 133.º, como homicídio privilegiado, com pena de 1 a 5 anos de prisão. Registe-se a dificuldade de o julgador entrar na intimidade da consciência moral do médico e ver até que ponto a situação do doente o “dominou” levando-o a cometer homicídio.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

1. Oxford Textbook of Palliative Medicine, ed. By D. Dogle, G.W.C. Hanks and N. MacDonald, Oxford University Press, 845 pp., 1994.
2. Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life, P. J. Van der Mass, J. J. M. van Delden and L. Pijnenborg Elsevier, 1992.
3. The Physician-Assisted Suicide and Euthanasia. Debate: An Annotated Bibliography of Representative Articles, J. J. Fimes and M. D. Baccheta, The Journal of Clinical Ethics, 5(4): 329-340, 1994.



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

II – PARECER

Considerando que a questão da EUTANÁSIA, referida a variado tipo de comportamentos, quer surgidos no decurso da actividade médica quer não, tem sido objecto de discussão pública, tanto nos meios de comunicação social, como nas interrogações com que as pessoas se defrontam e em que por vezes são solicitadas a pronunciar-se;

Considerando que contribui para a frequência com que a questão é referida, e até entendida, o desenvolvimento de uma cultura em que se nega o sofrimento e a dor e em que se rejeita encarar a morte e a transcendência;

Considerando que esta atitude cultural e a transmissão acrítica de informações neste domínio são geradoras de uma tendência para a aceitação da “ideia” da EUTANÁSIA, de que é exemplo a iniciativa legislativa holandesa e a informação dada sobre ela;

Considerando que – diferentemente duma correcta qualificação da “eutanasia”, como se faz nos n.ºs 4 e 5 do Relatório precedente – é frequente ver-se usar a mesma expressão para situações que nada têm a ver com “eutanasia” e que merecem uma análise muito diferente;

Considerando que só é possível analisar a EUTANÁSIA, como as outras questões que se prendem com o valor cimeiro da vida, através do seu enquadramento humanista, axiológico e ético;

Considerando que, apesar de a questão da EUTANÁSIA não constituir problema agudo no nosso país, se afigurou oportuno ao Conselho reflectir desde já sobre ela e contribuir para a sua discussão serena e para o seu esclarecimento, precavendo o maior risco de criação de apriorismos e preconceitos.

O CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA, tomando por base no essencial o **RELATÓRIO** que precede, é de **PARECER**:

que não há nenhum argumento ético, social, moral, jurídico ou da deontologia das profissões de saúde que justifique em tese vir a tornar possível por lei a morte intencional do doente (mesmo que não declarado ou assumido como tal) por qualquer pessoa designadamente por decisão médica, ainda que a título de “a pedido” e/ou de “compaixão”;

que, por isso, não há nenhum argumento que justifique, pelo respeito devido à pessoa humana e à vida, os actos de eutanásia;

que é ética a interrupção de tratamentos desproporcionados e ineficazes, mais ainda quando causam incómodo e sofrimento ao doente, pelo que essa interrupção, ainda que vá encurtar o tempo de vida, não pode ser considerada eutanásia;

que a aceitação da eutanásia pela sociedade civil, e pela lei, levaria à quebra da confiança que o doente tem no médico e nas equipas de saúde e poderia levar a uma liberalização incontrolável de “licença para matar” e à barbárie;

que, contudo, a rejeição dos actos de eutanásia, como pretensos direitos individuais atendíveis de médicos (ou outros) e doentes (ou outros), cria também obrigações individuais e sociais que não podem ser minimizadas ou esquecidas, nomeadamente e muito especialmente:

- a responsabilidade privada e pública de cuidar adequadamente dos doentes terminais e dos deficientes e dependentes de qualquer tipo;



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

- a prática de cuidados continuados às pessoas dependentes com absoluto respeito pela sua dignidade e integridade como seres humanos;
- a criação e manutenção das condições para praticar medicina de acompanhamento (cuidados paliativos) a todos os que dela necessitem;
- o apoio às investigações sobre tratamento da dor e à criação de grupos especializados nesta área dos cuidados médicos;
- o desenvolvimento, na formação médica e de enfermagem, pré e pós-graduada, de um alto nível de preparação, para que os profissionais de saúde saibam e possam assumir, conscientemente, as suas responsabilidades éticas face aos doentes entregues aos seus cuidados, em especial os que atingirem a fase terminal e devem morrer com dignidade.

Lisboa, 7 de Junho de 1995

O Relator,
Prof. Doutor Daniel Serrão

O Presidente do Conselho Nacional de Ética
para as Ciências da Vida
Augusto Lopes Cardoso