

Ordem Hospitaleira de S. João de Deus

REFLEXÃO ÉTICA SOBRE O FIM DA VIDA



COMISSÃO DE BIOÉTICA - EUROPA

Fevereiro, 2021

APRESENTAÇÃO

Confrontados com os novos debates abertos em diferentes países europeus sobre o tema da descriminalização da eutanásia, a Comissão de Bioética da Europa da Ordem de São João de Deus considerou oportuno abrir um espaço de reflexão que culmina com este documento.

O seu objetivo consiste em reafirmar a posição a favor da vida, tomar consciência das diferentes posições e dos atuais quadros de enquadramento legal na Europa, assim como recordar os princípios e orientações com que, de diferentes maneiras, se definem e promovem na Ordem de S. João de Deus.

Foi neste sentido que este documento foi elaborado, partindo da situação legal e das principais mudanças e debates que ocorrem no nosso ambiente social. Apresenta-se a posição da Igreja e da Ordem, terminando com algumas propostas operacionais sobre como lidar com esta complexa realidade do fim da vida.

Seguiu-se a metodologia de incumbir um elemento da Comissão de elaborar o texto, como autor principal. Para este tema, a Dra. Maria Teresa Iannone ficou responsável pela sua redação e orientação; os restantes membros da Comissão assumiram o papel de coautores.

Oxalá a leitura e divulgação deste documento seja um contributo para se continuar a aprofundar este tema que faz parte atualmente dos nossos debates sociais e que envolve os campos de ação de muitos centros da Ordem. Esperamos que suscite o interesse de todos e agradecemos pela atenção reservada a estes temas de debate e de atualidade.

COMISSÃO DE BIOÉTICA DA EUROPA

Dr.^a Maria Teresa Iannone, autora principal do texto

Dr. Jose M^a Galán

Irmã Margarita Bofarull

Ir. Lukasz Dmowski

Ir. Joaquim Erra

Dr. Jürgen Wallner

Dr. Salvino Leone

Sr. Maria Carmen Masse

Dra. Corinna Porteri

Comissão de Bioética da Europa

Reflexões sobre o tema do fim da vida

Maria Teresa Iannone

Índice

| | |
|---|----|
| Premissa | 1 |
| A situação na Europa | 2 |
| A posição da Igreja e da Ordem..... | 4 |
| Introdução | 4 |
| Carta de Identidade da Ordem | 4 |
| Nova <i>Carta dos Profissionais de Saúde</i> , do Conselho Pontifício para a Pastoral da Saúde..... | 8 |
| Catecismo da Igreja Católica..... | 9 |
| Carta " <i>Samaritanus Bonus</i> ", da Congregação para a Doutrina da Fé | 10 |
| Propostas operacionais..... | 11 |
| Formação em cuidados paliativos como resposta | 12 |
| A redescoberta da relação | 13 |
| Oportunidade do aconselhamento ético | 14 |
| Importância da formação | 15 |
| A inadiável necessidade de aprender a comunicar | 16 |
| Conclusão | 17 |

Premissa

Hoje é cada vez mais comum ouvir declarações, na opinião pública, muitas vezes formada através de sondagens, segundo as quais seria melhor morrer do que viver sem dignidade e que, portanto, é necessário travar uma batalha de civilização até agora ignorada por uma sociedade alegadamente piegas, dominada por uma Igreja obscurantista.

No entanto, devemos perguntar-nos o que significa o termo *dignidade* para a opinião pública, para o homem comum – que nem sempre tem consciência da complexidade de certas questões – e qual é a medida para decidir até que ponto a nossa vida é digna: será a vontade? Com o reconhecimento jurídico da eutanásia, é realmente reconhecido um direito e será este o direito que um Estado civil deve reconhecer? E a nossa Medicina, a organização de saúde que a representa, terá realmente percorrido todos os caminhos possíveis para assegurar que cada pessoa que sofre não fique sozinha com a sua dor e as suas "certezas"?

De facto, a uma leitura mais atenta não pode escapar o facto de a opinião pública receber mensagens semanticamente falseadas; não podemos ter a certeza de que todos aqueles que falam tenham os instrumentos necessários para se expressarem com as palavras que lemos frequentemente. E podemos afirmar que, mais do que "da Igreja", se trata de uma certa medicina cientista, que procura defender-se, que prefere uma solução tranquilizadora relativamente às dificuldades de criar relações humanas, que hoje prevalecem nos nossos hospitais.

E, por fim, estamos seguros de que estas afirmações de direito à autodeterminação pertencem realmente àqueles que estão atualmente a viver situações de doença? Basta visitar os hospitais – católicos ou não-católicos, pelo menos em alguns dos países europeus que ainda não aceitaram definitivamente os procedimentos de eutanásia – para nos darmos conta de que os pedidos são muito diferentes dos que aparecem publicados e que “circulam” nas redes sociais” (Facebook). O grande trabalho que deve realmente ser feito consiste em reconstruir a relação médico-paciente que, ao longo do tempo, fez com que se tornassem “estranhos morais” os dois principais interlocutores chamados a salvar a vida e a saúde.

À medicina tecnológica moderna pede-se cada vez mais, perdendo-se muitas vezes de vista a dimensão da desproporção relativamente aos benefícios. A nossa sociedade faz hoje tudo para afastar de nós a ideia de que a morte constitui um momento da vida; o progresso no campo médico, com o aumento constante dos seus conhecimentos científicos, as inúmeras possibilidades tecnológicas, a sua organização moderna, provocou mudanças profundas na evolução natural de muitas doenças, ao ponto de encher a vida e a morte com conteúdos biológicos, técnicos, responsabilidades profissionais, e relegando frequentemente para segundo plano os aspetos humanos, espirituais, morais, sociais, além de distorcer as abordagens filosóficas, políticas e, como consequência, também jurídicas.

Para ajudar todos a formar uma convicção moral profunda que não se baseie em boatos e investigações pseudojornalísticas. às quais respondemos a partir de uma emoção que,

perante o sofrimento dos casos-limite em que facilmente estamos envolvidos, seria necessário continuar a reflexão sobre o tema da liberdade e da autonomia / autodeterminação do indivíduo, partindo da coerência ontológica da complexidade do ser humano que não pode ser banalizada e reduzida a uma dimensão que, muitas vezes, leva a pessoa a não ver valorizada precisamente a sua dignidade.

Pelo contrário, devemos reconhecer que a dignidade precede a própria vida, se quisermos esperar que ela nos represente realmente e que seja um requisito pré-jurídico que o Direito só pode reconhecer e não determinar. Sem este pressuposto, tudo na nossa vida se torna mensurável como se fosse uma exigência biológica nas mãos do homem: até a própria razão pela qual estamos no mundo. Uma sociedade que se limite a reconhecer as nossas expressões de vontade, mas que não nos acolha plenamente, é uma sociedade que falha no seu objetivo mais importante: respeitar os cidadãos que a compõem. Não se pode considerar que o horizonte do progresso humano esteja em desenvolvimento se não for permitido que a vida do homem seja vivida até ao último momento e se a sociedade civil não se empenhar na procura de todos os meios para garantir que isso possa acontecer, no respeito pela pessoa, com as suas necessidades, os seus sofrimentos, os seus medos. Só com base neste impulso é que a dignidade pode tornar-se no fundamento referencial de todas as batalhas sociais, institucionais e culturais, necessárias para fazer emergir a liberdade, a qual não pode ser entendida como a faculdade de se poder fazer seja o que for, mas, sim, a busca espontânea do que é bom, permitindo que as diversas comunidades protejam os valores importantes.

Parece evidente que o sentido, bem como a qualidade, da vida daqueles que vivem os seus últimos momentos, não podem ser considerados como um problema que se resolve na solidão da própria consciência, mas deveria envolver toda a comunidade, entrelaçando questões destinadas a implicar escolhas de política económico-social e jurídicas bastante exigentes. Mas é importante não subestimar a grande responsabilidade de orientar as escolhas numa direção que proteja o homem na sua totalidade e não se transforme em soluções hipócritas que, numa tentativa de demonstrar o cumprimento de um alegado direito à morte, produzam um efeito tão grave como o da obstinação ou acirramento terapêutico: o efeito do abandono terapêutico, social, moral e humano.

A situação na Europa

Do ponto de vista normativo, a matéria que regulamenta o fim da vida humana não é da competência legislativa da União Europeia: sobre a fase terminal da vida, cada um dos Estados decide em total autonomia o caminho a seguir. Lendo as normas emanadas nos últimos vinte anos, notamos muitas diferenças que, nos últimos tempos, porém, se vão aplanando; para compreender as diferenças iniciais, é necessário considerar não só as posições ideológicas e políticas dos vários países europeus, por vezes muito diferentes umas das outras, mas também as suas identidades culturais e étnicas quanto às relações sociais e às estruturas familiares concebidas de forma diferente, mesmo no âmbito de um mesmo Estado soberano.

A única linha de referência comum para os Estados da União Europeia é estabelecida pela Convenção sobre Direitos Humanos e a Biomedicina, assinada em Oviedo, a 4 de abril de 1997, que podemos considerar como primeiro instrumento biojurídico promovido pelo Conselho da Europa.

O artigo 5º estabelece: "*Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento*".

E o Artigo 9 reafirma que "*serão tidos em conta os desejos anteriormente expressos relativamente a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não possa expressar os seus desejos*".

O assunto requer certamente uma análise complexa e a premissa de partida deve considerar soluções que nunca sejam determinadas pela necessidade, mas resultar de uma reflexão mais ampla. Os pressupostos, porém, a partir dos quais os vários países que tomaram decisões sobre a eutanásia ou iniciaram um debate sobre o tema – o termo significa, literalmente, *boa morte* –, a fim de garantir o direito e a faculdade de poder escolher se se pode ou não valer dele, estão ligados ao pensamento de que, se existe um direito à vida, talvez possa e *deva* existir um direito à morte.

Nestes últimos vinte anos, a Europa desenvolveu um debate, por vezes muito vivo, sobre o tema da fase terminal da vida, o que levou à definição de soluções que, em alguns casos, são mais matizadas e, noutros, mais radicais, havendo países que reconheceram a eutanásia e outros que continuaram a proibi-la, equiparando-a ao homicídio. Existem várias formas pelas quais os vários Estados regulamentaram este setor e, aliás, foram várias as terminologias utilizadas; no entanto, pode ser útil antepor aqui – a título meramente indicativo – algumas das definições das várias práticas que gravitam em torno da gestão direta das fases finais da vida:

- A *eutanásia*, no sentido próprio da palavra, ou seja, a eutanásia *ativa*, ocorre quando se provoca a morte para eliminar o sofrimento da pessoa e a morte resulta da administração de drogas letais;
- **Define-se impropriamente**, a *eutanásia* é *passiva* quando a morte é consequência da interrupção ou da não administração de um tratamento médico proporcional e necessário para a sobrevivência da pessoa;
- O *suicídio assistido*, por outro lado, acontece quando um profissional de saúde "aconselha" o doente sobre os medicamentos a tomar, desde que ele mesmo desempenhe pessoalmente um papel ativo na administração dos mesmos.
- As DAT (*Disposições Antecipadas sobre o Tratamento*) – também designadas com a expressão *Testamento biológico* ("living will"), são as disposições que alguém maior de idade e com capacidade de entendimento e vontade própria decide fornecer ao médico, para o futuro, para o caso de já não estiver na posse das suas faculdades de compreensão e vontade própria, eventualmente mesmo em relação

a terapias de sobrevivência. Existem várias maneiras de as estipular, recorrendo a um notário, ou mediante um simples documento pessoal registado em escritório público da sua área de residência, com ou sem testemunhas, mas sempre com a possibilidade de provar que se podem atribuir a uma determinada pessoa. Tais disposições podem ser revogadas ou modificadas.

A ação é, portanto:

- *Voluntária*, quando é acompanhada pelo pedido explícito de alguém com capacidade de entender e querer, ou mediante testamento biológico;
- *Involuntária*, no caso de ser praticada contra a vontade da pessoa.

A posição da Igreja e da Ordem

Introdução

Hoje, na era pós-moderna em que nos encontramos, está a mudar a visão que temos do tema do fim da vida. Como já se disse, a perceção da aceitação da vida na sua fase terminal faz prevalecer cada vez mais na Europa o conceito de qualidade de vida como critério único, ou árbitro, das escolhas pessoais expressas em solidão, permitindo assim uma remoção progressiva, mesmo cultural, da sacralidade da própria vida. A Europa do nosso tempo enfrenta certamente dificuldades e não é difícil extrapolar daí a ideia de que já não nos podemos referir à atualidade da dignidade humana como um pressuposto do pacto europeu moderno, nem das relações da Europa com o resto do mundo.

Então, de que forma e com que resposta estamos dispostos a aceitar o poder destrutivo do sofrimento? Será que ainda pautamos a nossa conduta pelo que é verdadeiro e justo, bom e belo, agora que atribuímos um valor axiológico à "diferença", distorcendo-a de uma condição ínsita na existência para a tornar num "valor" escravo das relações de força meramente económicas e negando ao homem a sua natureza social ontológica?

Como pode a Ordem responder a tal fragilidade?

Carta de Identidade da Ordem

Na introdução aos capítulos 4 e 5 da *Carta de Identidade* da Ordem, que se referem à visão ética da missão da Ordem, encontramos uma série de princípios que podem constituir os alicerces sobre os quais fundamentar a nossa reflexão sobre as questões do fim da vida.

4.1.1. Respeito pela pessoa humana. – A dignidade de todo o ser humano perante Deus é o fundamento da sua dignidade diante dos homens e de si mesmo.

Da dignidade do ser humano perante Deus derivam também o direito e o dever de autoestima e do amor por si próprio.

4.1.3. Acolhimento dos doentes e necessitados. – Dado que o valor e a dignidade humana na dor, na deficiência e na morte são mais frequentemente objeto de questionamento e

correm o risco de ficarem eclipsados, a Ordem Hospitaleira, ao atender o doente enquanto tal e os necessitados, anuncia a todos a maravilhosa herança de fé e esperança que recebeu do Evangelho.

4.2.1. A vida como bem fundamental da pessoa. – A vida humana que, para os crentes, é um dom de Deus, deve ser respeitada desde o seu começo até ao seu fim natural, sendo o direito à vida inviolável e o fundamento mais sólido tanto do direito à saúde como dos outros direitos da pessoa.

4.2.4. Obrigações e limites na conservação da própria vida. – A vida é um bem fundamental da pessoa e uma condição preliminar para desfrutar dos outros bens, mas não é um bem absoluto. A vida pode ser sacrificada em favor de outras pessoas, ou de ideais nobres, que dão sentido à mesma vida. A vida, a saúde e todas as atividades temporais estão subordinadas aos fins espirituais.

Negamos o domínio absoluto e radical do homem sobre a vida e, por conseguinte, não podemos realizar atos que pressupõem um domínio total e independente, como seria, o de a destruir. Paralelamente, podemos afirmar o domínio "útil" sobre a própria vida, mas não o de a conservar a qualquer preço. A vida é *sagrada*, certamente, mas igualmente importante é a qualidade a vida, isto é, a possibilidade de a viver humanamente e dando-lhe sentido. Não existe o dever de conservar a vida em condições particularmente penosas que exijam meios desproporcionados ou fúteis.

5.1.2.3. Autonomia. – (...) Por fim, é necessário refletir sobre os limites da autonomia. Embora ela seja o primeiro princípio da bioética e nela se baseie a maioria dos problemas bioéticos contemporâneos, a autonomia não pode ser considerada como um princípio absoluto, nem superior a todos os outros. Há limites objetivos para a autonomia de escolhas como em primeiro lugar, os que dizem respeito à vida, que não pode ser objeto imediato e incondicional de escolha por parte do doente ou da pessoa assistida. Isto levaria a legitimar qualquer tipo de suicídio. Pelo contrário, é necessário considerar que, na relação com o doente ou a pessoa assistida, o valor supremo a respeitar não é a sua autonomia, mas, antes, o seu bem que, naturalmente, inclui também a autonomia.

5.1.2.4. Liberdade de consciência. – O direito à liberdade de consciência, claramente formulado no art.º 18 da *Declaração Universal dos Direitos Humanos* e inserido na maioria das Constituições dos Estados modernos, é exigido pela dimensão ética do ser humano e pela autocompreensão da sua existência como dom e como projeto a realizar. Por conseguinte, todas as pessoas têm direito ao respeito pelo seu pensamento, bem como pelas suas opções filosóficas, ideológicas, políticas e culturais, desde que não sejam lesivas dos direitos humanos fundamentais. Esta condição assume hoje uma importância especial face ao multiculturalismo e à diversidade de opções éticas na sociedade contemporânea.

5.1.3.1. Respeito pela instituição e pelos seus princípios. – As instituições de saúde da Ordem Hospitaleira são estruturas profissionais de declarada matriz católica. Precisamente por isso, a sua missão, expressão da missão universal da Igreja, dirige-se a todos sem qualquer discriminação de caráter ético, ideológico ou religioso. Mas, ao mesmo tempo, aqueles que não compartilham a fé católica ou os princípios de uma

assistência que se inspira neles têm o dever de respeitar o espírito que anima tais estruturas. Por conseguinte, devem abster-se de qualquer conduta que possa estar em claro contraste com o que é professado por essas instituições. Este facto, naturalmente, não exclui eventuais reivindicações em relação a injustiças ou negligências realmente ocorridas (mas que o são independentemente da confissão religiosa), nem o justo respeito pela sua filiação religiosa, como já se afirmou relativamente aos direitos do doente e das pessoas assistidas.

5.2.3. Doentes crónicas em fase avançada de doença.

5.2.3.1. Eutanásia. – O respeito pela vida, que começa desde o princípio, prolonga-se durante toda a duração da existência, até ao seu fim natural. Com o termo eutanásia referimo-nos à morte provocada, ou procurada, tanto mediante procedimentos que de maneira deliberada e voluntária a podem causar (impropriamente, *eutanásia ativa*), como através da omissão, ou abstenção, de procedimentos que a possam evitar. Esta segunda forma define-se de modo igualmente impróprio como «*eutanásia passiva*», uma expressão que é ambígua e inadequada: ou se trata de uma supressão deliberada da vida – realizada quer cometendo-a quer abstendo-se – ou se trata apenas de evitar uma inútil obstinação, ou encarniçamento, terapêuticos (mas, neste caso, não se trata de eutanásia). Cada vez mais frequentemente é utilizada a expressão *suicídio, ou morte, medicamente assistidos* para indicar a eutanásia solicitada pelo doente e, de certo modo, fazer recair sobre ele toda a responsabilidade. Na realidade, isso não elimina a responsabilidade do médico e a sua direta cooperação no ato.

Aplicando o mesmo princípio do duplo efeito, já referido, ao aborto voluntário, não constitui um ato de eutanásia a intervenção que se proponha melhorar uma condição patológica do indivíduo (por exemplo, para eliminar a dor), mas que possa *também* implicar, de forma inevitável e não desejada, uma possível antecipação da morte.

O dever de garantir a todos uma morte digna da pessoa humana implica, em qualquer caso, o *cuidado*, até ao último instante da vida. A profunda diferença que existe entre a terapia (em inglês, *cure*) e o cuidado (*care*), faz com que não haja doentes *in-cuidáveis*, embora haja alguns que são *in-curáveis*. A alimentação parenteral apropriada, a limpeza das feridas, a higiene corporal, as condições ambientais adequadas, são direitos essenciais, dos quais não se pode privar nenhum doente até ao derradeiro instante da sua existência.

5.2.3.2. Declarações antecipadas de tratamento. – São constituídas por um documento - também chamado «*testamento vital*» (*living will*) - que exprime a vontade da pessoa para que sejam respeitados os seus valores e as suas convicções no caso de um dia, devido a qualquer lesão ou doença, ficar incapaz de a manifestar. Concretamente, pede que, em tais circunstâncias, se respeite o direito a não se ser submetido a tratamentos desproporcionados ou inúteis; a que não se prolongue o processo de morrer de forma insensata e que sejam aliviados os sofrimentos com fármacos apropriados, mesmo se isso comportar uma diminuição da duração da vida. Além disso, pode-se designar nesse documento uma pessoa delegada (*proxy*) a tomar decisões no caso de o doente já não estar em condições de o fazer.

Apresentado desta forma e como declaração de intenções, não há dúvida de que as disposições antecipadas são uma coisa boa e aconselhável. Nos países em que não existe uma legislação específica a este respeito, um amplo setor da sociedade reclama, com insistência e motivadamente, a sua tutela jurídica.

A Igreja não pode aceitar de forma alguma que se provoque a morte, mesmo que se trate da vontade do interessado, livremente expressa. O limite de dispor da própria vida com a intervenção de terceiros, em caso de doença ou de invalidez incurável e permanente, até provocar diretamente a morte, e a lícita recusa de tratamentos desproporcionados, assinala a diferença entre as diretrizes antecipadas aceitáveis para os católicos e as outras modalidades de expressão.

Permanece em todo o caso aberto o problema da alimentação assistida que, de per si, deve ser considerada como um meio ordinário e proporcionado, não podendo ser objeto de disposições antecipadas. Todavia, as modalidades puramente clínicas com que esta é realizada, podem assimilá-la, de acordo com a interpretação de muitos, a uma medida terapêutica propriamente dita.

5.2.3.4. Cuidados paliativos. – Podemos dizer que, desde sempre, o homem recorreu a cuidados paliativos quando se ocupou da fase «*terminal*» da vida de um doente, apoiando-o com todos os remédios disponíveis e também ajudando-o, consolando-o, acompanhando-o até à morte. Hoje em dia, temos uma ideia mais elaborada destes cuidados, estruturados a nível operativo (em *hospícios e* unidades de cuidados paliativos, etc.), que nos ajudam a não abandonar ao seu destino o doente que sofre de uma doença incurável. Os cuidados paliativos apresentam-se, pois, como «*cuidados totais*», proporcionados à pessoa numa relação global de ajuda, abrangendo todas as necessidades assistenciais.

Os cuidados paliativos não atuam quando "Já não há nada a fazer", mas são exatamente aquilo que se deve fazer para um determinado doente. O objetivo não será certamente a cura, visto que ela é impossível, mas a concretização de uma série de medidas (por vezes, mesmo tecnicamente complexas) para garantir uma boa qualidade de vida durante o tempo que lhe resta de vida.

Uma fase particularmente delicada é a transição da terapia para o tratamento através de cuidados paliativos. Neste âmbito, assume uma importância particular nesta fase o chamado *tratamento simultâneo (simultaneous care)* ou seja, a utilização simultânea de duas modalidades de tratamento, cuidados terapêuticos e paliativos, podendo-se assim combinar as vantagens de ambas, com um benefício nítido em termos de melhoria clínica, por um lado, e de uma melhor qualidade de vida, por outro. Esta dupla abordagem oferece também a possibilidade de ser inserida em investigação clínica, etc. Por um lado, o doente pode vir a beneficiar de ulteriores oportunidades terapêuticas e, por outro, não é forçado a escolher apenas entre duas diversas tipologias de assistência.

À luz destas considerações, as instituições da Ordem Hospitaleira que se ocupam de doentes na fase avançada da sua doença deveriam predispor, na medida possível, unidades de cuidados paliativos destinadas a tornar mais suportável ao doente a fase

terminal da doença e, ao mesmo tempo, garantir-lhe um adequado acompanhamento humano.

5.2.3.5. Sedação paliativa, também chamada sedação "farmacológica" ou, impropriamente, "terminal". – Trata-se de um procedimento terapêutico indicado para todas as situações em que as fases terminais da vida envolvem dor, ansiedade e medo, que não se podem superar de outra forma. Por mais que seja desejável viver com lucidez e plena consciência essa última fase da vida, nas pessoas em que esta é unicamente uma fonte de sofrimento, é possível fornecer tal tratamento, de acordo com o doente e sem finalidades de eutanásia. No caso de esse tratamento resultar numa possível aceleração do processo que conduz à morte, ele seria em todo o caso lícito, desde que se respeitem as condições do chamado princípio do duplo efeito.

5.2.4.1 Proporcionalidade dos tratamentos. – Embora estejam orientados para a promoção da saúde, os nossos hospitais não podem considerar a morte como um fenómeno que deva ser removido, mas antes como parte integrante do decurso da vida, especialmente importante para a realização pessoal, plena e transcendente do doente. Por conseguinte, deve ser garantido ao doente o seu direito a não ser impedido, mas, antes, ajudado, a assumir responsabilmente o acontecimento da própria morte, em harmonia com a sua religião e seu sentido da vida. A isso opor-se-ia esconder-lhe a verdade, ou privá-lo, sem uma verdadeira e urgente necessidade, das suas habituais relações com a família, os amigos, a comunidade religiosa e ideológica. Só assim se realizará, mesmo nesses momentos definitivos da existência, a humanização da medicina.

Obviamente, isto implica viver com plena responsabilidade e dignidade o momento da própria morte. Se, por um lado, não se deve provocar diretamente a chegada desse momento, por outro, também não se deve insistir em tratamentos que não influam significativamente no prolongamento da vida ou da sua qualidade, só dilatando assim a agonia através de uma inútil obstinação terapêutica. Cada um tem o direito de morrer com dignidade e serenidade sem tormentos inúteis, praticando todos, mas somente, os tratamentos que sejam realmente proporcionados.

Entre os meios desproporcionados podemos mencionar: modestas perspectivas de melhoria clínica, uso de fármacos ou dispositivos extremamente caros ou difíceis de obter, rejeição psicológica insuperável (mutilação grave, etc.), dificuldades assistenciais extremas, etc.

Os tratamentos desproporcionados podem, portanto, ser uma *verdadeira futilidade* em termos da sua relevância clínica. Nesse caso, a sua recusa pode configurar um autêntico dever moral.

Nova Carta dos Profissionais de Saúde, do Conselho Pontifício para a Pastoral da Saúde

Morrer com dignidade

Art.º 149 – Na fase terminal, a dignidade da pessoa é especificada como o direito de morrer na maior serenidade possível, e com a dignidade humana e cristã que lhe é devida. Salvar a dignidade de morrer significa respeitar a pessoa doente na fase final da vida, excluindo tanto a antecipação da morte (eutanásia) como o seu prolongamento por meio da chamada "obstinação terapêutica". Este direito chegou hoje ao conhecimento das pessoas, a fim de as proteger, no momento da morte, de uma complexidade técnica que corre o risco de se tornar abusiva. A medicina atual tem à sua disposição meios capazes de retardar artificialmente a morte sem que o doente receba qualquer benefício real.

Art.º 150 – Consciente de que não é o senhor da vida nem o conquistador da morte, o profissional da saúde deve fazer as escolhas apropriadas na avaliação dos meios. Aqui aplica-se o princípio – já declarado – da proporcionalidade do tratamento, especificado da seguinte forma: "quando a morte é iminente e inevitável apesar dos meios utilizados, é lícito, em consciência, tomar a decisão de renunciar a um tratamento que só comportaria um prolongamento precário e doloroso da vida, sem, no entanto, interromper os cuidados normais devidos à pessoa doente em tais casos". Por conseguinte, o médico não tem motivos para estar ansioso, como se não tivesse prestado assistência.

A renúncia a tal tratamento, que apenas iria proporcionar um prolongamento precário e doloroso da vida, pode também significar respeito pela vontade da pessoa moribunda, expressa nas declarações, ou disposições, antecipadas de tratamento, excluindo qualquer ato de natureza eutanásia.

O doente pode expressar antecipadamente a sua vontade quanto aos tratamentos a que pode, ou não, desejar ser submetido no caso de, no decurso da sua doença ou devido a trauma súbito, já não poder expressar o seu consentimento ou desacordo. "As decisões devem ser tomadas pelo doente, se este tiver competência e capacidade, ou por quem estiver legalmente habilitado a fazê-lo, respeitando sempre os desejos razoáveis e os legítimos interesses do doente".

O médico não é, contudo, um mero executor, mantendo o direito e cabendo-lhe o dever de não cumprir vontades que contrastem com os ditames da sua consciência.

Catecismo da Igreja Católica

2258 – «*A vida humana é sagrada* porque, desde a sua origem, postula a ação criadora de Deus e mantém-se para sempre numa relação especial com o Criador, seu único fim. Só Deus é senhor da vida, desde o seu começo até ao seu termo: ninguém, em circunstância alguma, pode reivindicar o direito de dar a morte diretamente a um ser humano inocente».

Eutanásia. 2276 – Aqueles cuja vida está debilitada ou enfraquecida requerem um respeito especial. As pessoas doentes ou deficientes devem ser apoiadas para que possam levar uma existência tão normal quanto possível.

2277 – Quaisquer que sejam os motivos e os meios, a eutanásia direta consiste em pôr fim à vida de pessoas deficientes, doentes ou moribundas. É moralmente inaceitável.

Assim, uma ação ou uma omissão que, de per si ou na intenção, cause a morte com o fim de suprimir o sofrimento, constitui um assassinio gravemente contrário à dignidade da pessoa humana e ao respeito do Deus vivo, seu Criador. O erro de juízo, em que se pode ter caído de boa fé, não muda a natureza do ato homicida, o qual deve sempre ser condenado e posto de parte.

2278 – A cessação de tratamentos médicos onerosos, perigosos, extraordinários ou desproporcionados aos resultados esperados, pode ser legítima. É a rejeição do «encarniçamento terapêutico». Não que assim se pretenda dar a morte; simplesmente se aceita o facto de a não poder impedir. As decisões devem ser tomadas pelo paciente se para isso tiver competência e capacidade; de contrário, por quem para tal tenha direitos legais, respeitando sempre a vontade razoável e os interesses legítimos do paciente.

2279. Mesmo que a morte seja considerada iminente, os cuidados habitualmente devidos a uma pessoa doente não podem ser legitimamente interrompidos. O uso dos analgésicos para aliviar os sofrimentos do moribundo, mesmo correndo-se o risco de abreviar os seus dias, pode ser moralmente conforme com a dignidade humana, se a morte não for querida, nem como fim nem como meio, mas somente prevista e tolerada como inevitável. Os cuidados paliativos constituem uma forma excepcional da caridade desinteressada; a esse título, devem ser encorajados.

Carta "*Samaritanus Bonus*", da Congregação para a Doutrina da Fé

Sobre a eutanásia e o suicídio assistido pronunciou-se também a Congregação para a Doutrina da Fé, com a Carta *Samaritanus bonus*, reiterando a sua firme condenação de todas as suas formas. «A Igreja considera que deve reafirmar como ensinamento definitivo que a eutanásia é um *crime contra a vida humana* porque, com tal ato, o homem escolhe causar diretamente a morte de um outro ser humano inocente. A eutanásia é, portanto, um ato intrinsecamente mau, em qualquer ocasião ou circunstância.

Este documento sobre o fim da vida, que responde às interpelações do Papa sobre esta matéria, é coerente com o seu constante magistério em defesa das pessoas frágeis e que vivem em situações precárias na nossa sociedade. Com este documento, a Congregação para a Doutrina da Fé fornece indicações operacionais para ajudar as pessoas a viver o momento final das suas vidas de uma forma humana e cristã. O Papa Francisco recordou que, ao redor da pessoa doente, é necessário criar uma verdadeira plataforma humana de relações que, embora favorecendo os cuidados médicos, abram o caminho à esperança, especialmente nas situações em que a doença física é acompanhada pelo desconforto emocional e por angústia espiritual. A abordagem relacional – e não meramente clínica – do doente, considerado na singularidade e integridade da sua pessoa, impõe o dever de

nunca se abandonar ninguém nos casos de doenças incuráveis. A vida humana, devido ao seu destino eterno, conserva todo o seu valor e toda a sua dignidade em qualquer situação e, mesmo em condições de precariedade e fragilidade, é sempre digna da maior consideração.

Este documento afirma que "o cuidado da vida é a primeira responsabilidade que o médico experimenta no encontro com o doente. Ela não se pode reduzir à capacidade de curar o doente, pois o seu horizonte antropológico e moral é mais amplo: mesmo quando a cura é impossível ou improvável, o acompanhamento do médico/enfermeiro (cuidando das funções fisiológicas essenciais do corpo), como também psicológico e espiritual, é um dever imprescindível, já que o oposto constituiria um desumano abandono do doente.". (...) "Daqui nasce a responsabilidade moral, ligada à tomada de consciência de quem cuida do doente (médico, enfermeiro, familiar, voluntário, assistente espiritual), de se estar perante um bem fundamental e inalienável – a pessoa humana – que obriga a não ultrapassar o limite em que se dá o respeito por si e pelo outro, ou seja, o acolhimento, a tutela e a promoção da vida humana até que a morte ocorra de modo natural".

Deve-se derrotar a cultura de morte que tende a prevalecer nos dias de hoje, porque *"alguns fatores limitam atualmente a capacidade de acolher o valor profundo e intrínseco de cada vida humana: o primeiro é a referência ao uso equívoco do conceito de «morte digna» relacionado com o de «qualidade de vida». Emerge aqui uma perspectiva antropológica utilitarista [...]. Em virtude deste princípio, a vida só é considerada digna quando apresenta um nível aceitável de qualidade, segundo os critérios de cada um, ou de terceiros, em ordem à presença-ausência de determinadas funções psíquicas ou físicas ou, muitas vezes, identificada também com a simples existência de um mal-estar psicológico. Segundo esta abordagem, a vida não mereceria ser defendida e vivida quando a sua qualidade parece ser pobre. Assim, porém, já não se reconhece que a vida humana tem um valor em si mesma".*

Propostas operacionais

Para a Ordem de São João de Deus, cuidar dos doentes não é uma missão que apenas complementa ou substitui a atividade pública, mas uma realização concreta do mandato de Jesus de *"curar os doentes"* (Mt 10,7) o que a obriga a manter o seu compromisso com eles, junto deles, como uma expressão original do amor de Deus pela humanidade.

Nas escolhas operacionais feitas pela Ordem, o valor orientador da Hospitalidade deve ser a orientação necessária para assumir as necessidades que provêm do exterior, colocando-se numa dimensão de compreensão e respeito, a fim de elaborar projetos de assistência que sejam verdadeiramente acolhedores. A Hospitalidade deve revelar inteligência, a fim de propor modelos concretos de referência de modo que os valores da Ordem sejam a base para dar continuidade entre o passado, o presente e o futuro. A Bioética pode ser

uma ajuda na construção de soluções, porque a sua essência consiste no diálogo direcionado para a reflexão, alimentada pela interdisciplinaridade.

Não podemos ficar indiferentes perante o sofrimento social das pessoas; por isso, é necessário que, mesmo perante pressões que parecem querer levar a derivas utilitaristas ou distantes da visão sagrada da vida, é necessário fazer surgir projetos que, tornando viva a análise dos valores em que se fundamenta a ação da Ordem, sejam capazes de conjugar a riqueza do Carisma da Hospitalidade com a complexidade da realidade.

Formação em cuidados paliativos como resposta

Não há dúvida de que o sistema de cuidados paliativos precisa de ser reforçado em todos os países. Isto porque a pressão no sentido da eutanásia e do suicídio assistido é hoje impulsionado por ideologias que se baseiam em pressupostos de matriz fortemente económica. O certo é que não existe liberdade de escolha para o doente quando a única possibilidade que lhe é oferecida para combater a dor e o sofrimento é a de pôr fim à sua vida: os direitos do doente só podem ser respeitados se houver também a possibilidade de escolher vias de acolhimento, como os cuidados paliativos, e isto é amplamente demonstrado pelo número quase nulo de pedidos de eutanásia nos centros que proporcionam esta possibilidade – pelo menos até agora, e até que esteja concluído o processo de mudança de mentalidade.

Não há investimento em cuidados paliativos, ao passo que seria necessário reforçar as medidas para garantir que todos pudessem ter acesso a eles, porque as mudanças radicais na prática médica moderna exigem decisões que se traduzam em aplicações concretas. Caso contrário, a tão badalada humanização dos cuidados, agora também no âmbito público, corre o risco de se tornar letra morta e permanecer no plano das boas intenções.

Um bom sistema de cuidados paliativos é o primeiro passo para dar voz à dimensão subjetiva do sofrimento na doença e para tornar os cuidados de saúde não só um dever ético, mas também um exemplo de boas práticas clínicas em sintonia com os tempos, que se ocupem dos doentes os quais, quando já não conseguem pensar na recuperação, ainda precisam de cuidados, e que apoiem as famílias e formem os profissionais de saúde.

Se de muitos quadrantes se defendem tantos alegados direitos de morte, devemos reagir, não certamente para os satisfazer, mas também não simplesmente para lhes criarmos obstáculos. Temos o dever de refletir seriamente sobre a necessidade de criar um ambiente ético, no qual se possa percorrer um caminho de verdadeira aceitação da pessoa que sofre. Os instrumentos operacionais e de planeamento para definir este percurso devem ser identificados e partilhados por todos aqueles que trabalham na área da saúde, incluindo os que se ocupam da área administrativa, de modo que a economia e a ética possam ser compatibilizadas e colocadas ao serviço da prática clínica.

Os profissionais de saúde têm a tarefa de se dedicarem à pessoa doente numa perspetiva humanizadora, para que ela possa viver até à morte com plena dignidade. É este o

pressuposto para se pensar nos cuidados paliativos e a partir do qual é necessário começar a definir o horizonte para enfrentar as dificuldades dos últimos momentos da vida humana: dar respostas reais. Só assim, sem simplificar um fenómeno complexo como é o sofrimento, poderemos acompanhar a pessoa humana no caminho da doença, com respeito pela vida que, mesmo nas situações mais dolorosas, conserva a sua sacralidade e a sua inviolabilidade.

A redescoberta da relação

Os riscos relacionados com uma mudança social de mentalidade podem ter consequências no plano prático e criar uma série de dificuldades, caso não sejam tidos na devida conta os aspetos relativos à informação e à relação médico- doente.

A superação do modelo hipocrático levou ao reconhecimento de um doente moderno, consciente das opções relativas à sua saúde e que participa nelas; a informação é um direito que permite ao doente manifestar a sua adesão ao projeto terapêutico através da expressão de um consentimento. Mas isto é bom e verdadeiro se for mantido o justo equilíbrio entre a dimensão da escolha profissional, feita de modo científico e conscientemente (com ciência e consciência) pelo prestador de cuidados de saúde, e a adesão consciente do doente. De facto, devemos estar muito atentos para que uma afirmação conceptual abstrata de autodeterminação não se sobreponha à fragilidade da pessoa assistida: essa afirmação só poderá ocorrer numa relação interpessoal de cuidados.

Um trabalho correto sobre a relação é, além disso, a única perspetiva para ultrapassar aspetos que podem mortificar o papel do médico, privando-o da autonomia das escolhas, *com ciência e consciência*, partilhadas com o doente através de um consentimento que manifeste a sua adesão. Desta forma, privilegia-se uma falsificação da relação de tratamento que corre o risco de se transformar num processo notarial de deteção da vontade, subordinando-a completamente à escolha legal do doente na perspetiva de um princípio de autodeterminação que, em vez de desenvolver a dimensão da liberdade, parece referir-se a uma visão utilitária da vida e conferindo assim à relação terapêutica uma dimensão contratual, esquecendo que a capacidade de decisão está ligada a variáveis complexas, não meramente cognitivas.

As pessoas têm uma necessidade interior de se confrontarem: a vida, a cultura, a lógica e os factos afirmam-se e são transmitidos graças a essa necessidade de introduzir mudanças nas atitudes e nos comportamentos, tanto a nível pessoal como coletivo.

É fundamental dar formação, inicial e contínua, aos médicos e aos outros membros das profissões de cuidados de saúde, em particular sobre as relações humanas e a comunicação, visando em primeiro lugar a relação com o doente, mas também com os seus familiares e os possíveis representantes legais, sublinhando a extrema importância da relação entre o programa de tratamento e a confiança, com ações concretas, incluindo as organizacionais.

Fazer experiência de relação no âmbito da formação significa ter a possibilidade concreta de se sintonizar, de identificar-se com a outra pessoa: por outras palavras, de experimentar o contacto. De facto, não se pode ignorar, na realidade quotidiana que é possível detetar nos estabelecimentos de saúde, a falta de comunicação como base da estrutura relacional no âmbito terapêutico, ao passo que seria necessário que a abordagem centrada na doença se transformasse, para redescobrir a abordagem centrada na pessoa.

É necessário trabalhar para que o *consentimento* seja definido num sentido mais amplo do que aquele que, entretanto, aparece de forma redutora nos vários textos legais, pressupondo um processo de informação completo e eficaz sobre a complexidade e as possibilidades daí decorrentes. Não deve ser, portanto, definido a priori, mas ser adequadamente formado apenas graças ao médico, que não é um técnico chamado a executar a vontade do doente, mas, sim, aquele que, por competência, faz as escolhas e ajuda depois o doente a compreendê-las e a aceitá-las. O doente deve constituir o objetivo da atividade terapêutica e ser o árbitro final das decisões, mas baseando-se em escolhas que lhe sejam claramente apresentadas e com o suporte daqueles que deverão depois agir com ele e sobre ele.

Reconhecida a necessidade de uma informação que abranja também os efeitos reais que a doença terá sobre a qualidade de vida do doente, assim como da sua família, e refira também as reais oportunidades assistenciais, torna-se evidente que a fonte da informação não pode ser apenas o médico, embora ele continue a ser o responsável pela recolha da expressão de consentimento, mas também outros intervenientes que são diretamente responsáveis pela qualidade de vida, nomeadamente, os enfermeiros, os psicólogos, os assistentes sociais e os assessores de ética clínica. Só uma informação abrangente deste tipo pode permitir que a pessoa manifeste o seu consentimento – recusa ou revogação – de forma verdadeiramente consciente.

Desta forma, até as referidas disposições antecipadas de tratamento, ou testamento biológico, podem readquirir a sua dimensão relacional, esvaziando-se do papel redutor da entrega antecipada de indicações estéreis de vontade descontextualizadas no tempo, tornar-se o veículo necessário para o doente prosseguir a sua relação de tratamento, mesmo quando já não pudesse demonstrar a sua capacidade de estar presente.

Oportunidade do aconselhamento ético

A Bioética tem uma das razões que a justificam na complexidade da Medicina que, no mundo moderno, assume, por um lado, novas responsabilidades perante uma sociedade cada vez mais sensível à proteção da autonomia e, por outro, coloca sempre novas questões sobre temas relacionadas com a vida. *"A dimensão ética intrínseca à prática médica surge com toda a sua natureza problemática logo no momento da decisão clínica, ou seja, perante um ato requintadamente humano que, embora seja expressão do livre*

arbitrio, pressupõe um exame atento de todos os elementos cognitivos, graças aos quais se possa justificar a ação empreendida".¹

Precisamente porque não é fácil, em cada situação, evidenciar todos os valores em causa, atinentes simultaneamente quer ao profissionalismo e à consciência do operador, quer à singularidade irrepetível da pessoa humana envolvida, é necessário que os valores sejam interpretados contextualizando-os no ambiente e nas circunstâncias individuais, assumindo que todos os aspetos da realidade sobre a qual se incide, desde os de carácter técnico até aos de ordem claramente humanos, requerem uma avaliação cuidadosa.

Este objetivo também pode ser alcançado através do recurso à *assessoria ética* que, através de uma metodologia de trabalho bem definida, desempenha a tarefa de procurar os elementos fundamentais sobre os quais refletir, sejam eles clínicos, éticos e de responsabilidade, a fim de contribuir para a melhor ponderação das decisões e centrar a atenção nas consequências que advirão. O papel desta assessoria, ou aconselhamento, consiste em servir de referência e orientação, tanto para o doente como para o profissional de saúde, nos seus esforços para ajudar o doente a partilhar o processo de tomada de decisão relativamente ao seu estado de saúde.

Este aconselhamento, que pode ser realizado pelo consultor individual especialista em bioética clínica ou, melhor ainda, em sinergia com a Comissão de Ética, a fim de melhor exprimir uma abordagem interdisciplinar, deve ter como objetivo partilhar os percursos críticos sob o ponto de vista ético, a fim de criar uma linguagem moral comum entre os profissionais de saúde e os doentes, também através do apoio à planificação dos cuidados de saúde a adotar. O objetivo consiste em salvaguardar o direito à autonomia de quem requer a intervenção da Medicina para a tutela da sua saúde e, ao mesmo tempo, a integridade profissional daqueles que trabalham ao serviço da vida, com a ajuda de “outras” referências além das competências estritamente técnicas, que são indispensáveis.

Importância da formação

Além da desejável formação inicial dos profissionais de saúde que aborde estas questões de uma forma abrangente, é fundamental que eles recebam uma formação contínua que inclua uma justa formação sobre a complexidade e os tornem conscientes de que a dependência e a interdependência fazem inequivocamente parte da natureza humana.

Participação (empatia, escuta ativa, catarse), experiência, superação do paternalismo, multidisciplinaridade, visão holística da realidade existencial, autenticidade, crítica ao reducionismo: são estes os cânones de uma nova medicina da palavra e, de alguma forma, as diretrizes desejáveis da formação permanente para os profissionais de saúde.

¹ Citação extraída de *Leadership Medica*, nº 5 (2001), e publicada na introdução à entrevista de Antonio G. Spagnolo, diretor do Instituto de Biomédica da Fac. de Medicina e Cirurgia “A. Gemelli” da Universidade Católica del Sacro Cuore, Roma, ao Prof. Edmund D. Pellegrino, primeiro diretor do *Kennedy Institute of Bioethics*, da Georgetown University (Washington D.C.) - <https://www.leadershipmedica.it/index.php/a-f/bioetica/124-l-etica-al-letto-del-paziente-intervista-al-prof-edmund-d-pellegrino>. (NdT)

Portanto, a formação deve ter como objetivo esclarecer, além dos aspetos científicos de todos os pormenores relativos a uma correta gestão clínica do fim de vida, os seguintes pontos:

- a) o papel da classe médica: quem forma e como são formados os médicos para uma relação renovada de cuidados, a fim de evitar que a mentalidade das novas gerações seja forjada por uma cultura social pré-definida;
- b) a superação do exagero extremo da autonomia das pessoas envolvidas na relação (que gera uma medicina defensiva), recuperando uma relação de "beneficência na confiança", para apoiar o esforço organizacional de modo a promover relações de aliança terapêutica e enfrentar de forma correta o tema da obstinação terapêutica;
- c) o papel das pessoas no repensamento não só da própria morte, mas também da própria condição de não autossuficiência ontológica, para uma educação adequada sobre a teoria da complexidade, tendo consciência de que a autonomia e a dependência estritamente interligadas revelam o rosto humano e relacional da dignidade e da liberdade;
- d) o papel da organização de cuidados de saúde em prever realmente – e como um custo a ser incluído no orçamento – a duração dos tratamentos que, de outra forma, permanece apenas um belo conceito teórico;
- e) o papel da assessoria ética e das comissões (comités) de ética na prestação de apoio e motivação para as escolhas.
- f) o papel das estruturas para uma intervenção positiva no apoio a doentes particularmente frágeis, por exemplo, com altas protegidas em continuidade assistencial ou mediante um acesso correto e precoce aos cuidados paliativos, também em termos de cuidados simultâneos (*simultaneous care*).

A inadiável necessidade de aprender a comunicar

O jornalista espanhol Fernando Onega, no encerramento do I Congresso Mundial de Bioética da Ordem, realizado em Madrid, em 2017, manifestou a sua gratidão por ter compreendido, num crescendo de avaliações feitas ao longo de todo o congresso, que a Ordem Hospitaleira de São João de Deus concebe a Bioética como uma forma de ajudar a criar sociedades mais humanas e justas. *A Ordem Hospitaleira, afirmou, trabalha com as pessoas e para as pessoas, as quais constituem o foco da atenção e dão sentido ao trabalho militante contra a hostilidade, contra o egoísmo, contra o relativismo da ética. É uma instituição, provavelmente, única no mundo, com uma história de testemunho e exemplo.*

Onega, entusiasmado por ter ouvido falar com tanta força contra a marginalização e todo o tipo de ética sensacionalista, contra a exclusão social e contra a nova pobreza – derivada de fatores económicos, mas também culturais – e feliz por ter descoberto tanta riqueza espalhada pelos cinco continentes, censurou a Ordem apenas por uma coisa: não saber

comunicar à maioria das pessoas o seu modo de atuar, com uma cuidadosa obra de divulgação.

Devemos acolher este estímulo autorizado, aceitando o desafio de representarmos "um ponto focal e um fórum de ética", para sermos não só operadores, mas para nos tornarmos também promotores de uma sociedade que concentre a sua atenção no ser humano e na sua dignidade, na sua defesa contra o sofrimento, na integração social dos mais desfavorecidos e na busca de uma melhor qualidade de vida, denunciando o que o Superior Geral definiu, nesse congresso, uma sociedade sem alma: o Bom Samaritano é a expressão da maior revolução, significa colocar-se no meio de um mundo construído pela hospitalidade, enchendo de conteúdo a palavra dignidade, sem jamais esquecer que a pessoa humana é intrinsecamente digna.

Devemos aprender a ser testemunhas não só nas nossas obras, mas também na transmissão de valores e conhecimentos; com um esforço de diálogo, por parte daqueles que vivem na sociedade, entre a Igreja, com os seus princípios inalienáveis de referência, e a comunidade científica, que exerce pressão e condiciona. Devemos apoiar um diálogo permanente, sem rejeitar o progresso científico, mas sem nos submetermos passivamente a ele, para darmos continuidade, de forma moderna, à obra iniciada por São João de Deus.

Conclusão

O grande desafio antropológico e cultural, ético e económico, social e pessoal, relativamente às questões inerentes ao tema da fase terminal da vida humana exige que valorizemos o nosso pensamento sobre a própria vida à luz das suas possíveis limitações, refletindo sobre uma ética de cuidados e de responsabilidades recíprocas.

O cenário em que nos movemos exige que aceitemos o desafio da complexidade da sociedade moderna, enfrentando escolhas de "alta" mediação transcultural no âmbito de uma sociedade "plural". A melhor maneira de nos colocarmos nesse contexto consiste em procurar levar a cabo um plano operacional de acolhimento dos doentes que tenda a prevenir pedidos que possam abrir conflitos morais nos nossos Centros.

É fundamental *valorizar* a relação, o acolhimento dos membros da família do doente e o tempo de comunicação como parte integrante do tratamento. Mas é igualmente importante *formar* para a relação e aprender a *comunicar* as escolhas baseadas nos nossos valores.

Face a um impulso social que parece ter tomado o caminho do reconhecimento da interrupção voluntária da vida como um direito aplicável (exigível, devido), é necessário lutar para realçar e compreender os aspetos positivos que podem derivar de uma boa prática clínica eticamente orientada para o respeito pela própria vida, garantindo, por um lado, a possibilidade de o médico recusar um tratamento que não respeite as leis da existência humana e, ao mesmo tempo, permitindo que o doente seja acompanhado adequadamente no final da sua vida. Muito se pode investir a este respeito, em termos de formação, partindo do pressuposto de que a autonomia de decisão do doente e a

responsabilidade do médico estão no mesmo plano, ainda que se desenvolvam de formas diferentes e com critérios diferentes.

Apenas num universo abstrato o doente escolhe e o médico satisfaz passivamente os seus desejos. A realidade dos factos diz-nos algo muito diferente e leva-nos muitas vezes a acolher pedidos que resultam de situações de solidão geradas pela própria sociedade progressista. A realidade apresenta-nos sofrimentos que são interpelações também sobre o sentido da vida, e responsabilidades médicas que são respostas: *com ciência e consciência*. A esta pressão social, para além de qualquer expressão legislativa, devemos responder com escolhas organizacionais robustas, a fim de não reduzirmos a responsabilidade médica a atos burocráticos, contratuais, baseados em critérios racionalistas e de mera eficiência: tudo isto, claramente, em nome de um desejo forçado de substituir por um direito de escolha o direito cada vez mais desrespeitado de não nos encontrarmos sozinhos perante a morte.

Em jogo estão o presente e o futuro das nossas vidas – únicas e irrepetíveis – e da solidariedade humana.