

Legalizar a Eutanásia? Uma Perspectiva Dinamarquesa

Soren Holm

Médico e filósofo, pesquisador do Departamento de Filosofia da Medicina e Teoria Clínica na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Copenhagem (Dinamarca); membro do Comitê Nacional de Ética da Dinamarca; membro da atual Diretoria da Associação Internacional de Bioética

Neste artigo, o autor apresenta a situação atual da discussão da eutanásia na Dinamarca. Analisa a questão numa perspectiva histórico-evolutiva. Inicia falando da interrupção do tratamento fútil, emergência da legislação em torno do testamento em vida (living will) e finaliza comentando a publicação do Comitê Dinamarquês de Ética (1996), que diz não à legalização da eutanásia ativa e recomenda o incremento dos cuidados paliativos na área da pesquisa e educação dos profissionais de saúde.

UNITERMOS - Eutanásia, Bioética, eutanásia-Dinamarca

Introdução

O debate a respeito da eutanásia surgiu muitas vezes na Dinamarca ao longo deste século. A questão era discutida nos anos 20 e 30, e desapareceu por alguns anos devido às experiências realizadas durante a II Guerra Mundial. O simples fato de o regime nazista denominar seu programa de extermínio das pessoas mentalmente incapazes como "eutanásia" foi suficiente para interromper o debate por quase 20 anos. O debate reemergiu nos anos 60, mas por um longo período de tempo foi dominado quase que exclusivamente pela questão da interrupção do tratamento fútil, e não propriamente com a eutanásia enquanto tal. Apenas quando o debate sobre o tratamento fútil foi finalmente resolvido pela legislação, a questão a respeito da legalização da eutanásia tornou-se a preocupação dominante.

Tentarei, a seguir, apresentar algumas das fases maiores do debate, desde os anos 60 até o presente momento. Para uma efetiva compreensão do debate dinamarquês é importante lembrar que a Dinamarca é um país rico, com uma população pequena, um bom nível de educação, constituição homogênea, longa história de ininterrupta democracia e um sistema público de saúde e de seguridade social baseado em impostos. Conseqüentemente, algumas preocupações com a eutanásia ocorridas em países sem adequado sistema público de saúde e seguridade social, com as pessoas escolhendo ou sendo forçadas a escolher a eutanásia por razões econômicas, não são proeminentes no debate dinamarquês.

Interrupção do tratamento fútil

Quando, nos anos 60, o debate sobre a eutanásia começou na Dinamarca, havia um medo generalizado na população dinamarquesa de que as pessoas que morriam estavam sendo mantidas vivas muito além do que era razoável. Destacava-se que os médicos dinamarqueses faziam um juramento que lhes exigia "prolongar a vida a qualquer custo". Isto é falso: o juramento dinamarquês dos médicos (de 1815), que todos fazem na graduação, não contém tal afirmação, mas tal fato ilustra um desconforto público difundido a respeito do uso da moderna tecnologia médica em pacientes criticamente doentes. Outra alegação era a de que os médicos competiam uns com os outros para ver quem poderia manter vivos pacientes por maior período de tempo, mesmo nos casos em que era evidente que os pacientes morreriam de qualquer forma. Isto, no entanto, também nunca foi provado.

Sempre foi um princípio da legislação dinamarquesa, na relação médico-paciente, que o paciente pode renunciar a tratamentos, mesmo nos casos em que este é potencialmente salvador. Tal princípio pode nem sempre ter sido seguido por causa do paternalismo dominante na relação médico-paciente, mas durante os anos 60 e 70 ele se tornou muito presente na prática médica dinamarquesa, porque o relacionamento médico-paciente mudou para uma relação mais igual. O debate sobre a interrupção do tratamento fútil centrou-se, a partir de então, em pacientes que não eram competentes em decidir por si próprios (por exemplo, devido à inconsciência).

Na Dinamarca, a família sempre teve um papel não-oficial na decisão pelos pacientes incompetentes, mas isso só foi legalmente reconhecido em relação a decisões de saúde na revisão da lei dos direitos dos pacientes, aprovada em 1998. Quando o debate a respeito da interrupção do tratamento fútil estava no auge, o médico era legalmente o ator principal na decisão sobre pacientes incompetentes. Alguns médicos acreditavam que havia uma grande diferença entre não iniciar e interromper o tratamento de prolongamento de vida, no caso em que o paciente estivesse morrendo irreversivelmente. A Comissão Dinamarquesa de Saúde - a instância oficial que regulamenta a medicina na Dinamarca - publicou, em 1972, uma resolução que deixava o médico livre para interromper o tratamento fútil a qualquer momento. Se um tratamento não atinge os objetivos previstos, não existe a obrigação de continuá-lo. Embora esta resolução não tivesse força legal, tornou-se a base para o agir dos médicos na Dinamarca durante os seguintes 20 anos. Apenas em 1992 o direito de interrupção do tratamento fútil foi efetivamente legislado.

É evidente que a distância entre a "cessação de um tratamento fútil" e o que é chamado de "eutanásia passiva" é muito pequena. Contudo, somente muito recentemente se percebeu isso, e esse tema passou a fazer parte da discussão na Dinamarca. A eutanásia passiva é geralmente definida como não usar ou interromper o tratamento necessário para a continuação da vida do paciente. A eutanásia passiva, conseqüentemente, difere da eutanásia ativa no tocante à intencionalidade do ato de matar ou não outra pessoa.

O registro do "testamento em vida" na Dinamarca

Outra resposta para o debate sobre a cessação do tratamento fútil na Dinamarca foi a emergência do movimento do "testamento em vida" (*living will*) - movimento baseado na idéia de que não é apenas suficiente permitir aos médicos interromper o tratamento fútil, mas os pacientes deveriam tomar decisões relacionadas com situações em que não fossem mais competentes. O paciente deve ser capaz de dizer "não" a certos tipos de tratamento com antecedência. Em 1976, foi fundada a organização Testamento em Vida, que em poucos anos já possuía cerca de 25 mil membros. Esta organização estabeleceu seus registros próprios de testamentos em vida e fez campanhas pelo reconhecimento legal dos mesmos. Nesse último objetivo, a organização foi finalmente vitoriosa em 1992. Nesse ano, o Parlamento dinamarquês aprovou uma lei que estabeleceu um registro oficial para testamentos em vida. Um indivíduo que deseje registrar um testamento em vida tem apenas que preencher um formulário, encontrado em bibliotecas públicas, ambulatórios e hospitais, e enviá-lo para registro. Ele receberá, então, um recibo e pagará aproximadamente US\$ 8 pelas despesas postais. Quando estiver pago, o testamento em vida torna-se válido. Um testamento em vida é válido indefinidamente, mas pode ser anulado pela pessoa a qualquer momento. Nesse documento, a pessoa pode registrar o desejo de não ser tratada ativamente se duas situações ocorrerem:

1. Se estiver irreversivelmente morrendo;
2. Se o envelhecimento, acidente ou doença levar a um estágio avançado de debilidade permanente, física e mentalmente, mantendo-a incapacitada de se cuidar.

A pessoa pode, além disso, registrar o desejo de ser mantida livre de dor durante o processo do morrer, mesmo que isto implique em receber medicação de alívio em doses que lhe abreviarão a vida.

A legislação do testamento em vida estabelece que o médico deve respeitar o desejo, expresso pela pessoa, de não iniciar um tratamento ativo, mesmo que esteja irreversivelmente morrendo. O médico que queira iniciar tratamento num paciente que se encontre na situação 1 ou 2, mencionadas anteriormente, deve, antes, verificar com o registro de testamento em vida se o paciente tem um testamento. A legislação a respeito do testamento em vida foi aprovada para dar às pessoas uma possibilidade de estender sua autodeterminação para incluir algumas situações em que elas tornam-se incapazes de tomar decisões. Contudo, existem dúvidas se o objetivo tem sido atingido.

O testamento em vida é um documento muito simples, e mais de 75.000 dinamarqueses o registraram. Tudo estaria bem se os médicos dinamarqueses usassem os registros na forma planejada. Existem, entretanto, evidências que eles muito raramente contactam o registro, mesmo em casos em que a situação clínica se enquadre no contexto dos parâmetros estabelecidos pela lei. A Comissão Dinamarquesa de Saúde emitiu várias circulares advertindo os médicos para cumprir com suas obrigações legais neste particular, mas com muito pouco sucesso. Os testamentos em vida foram aceitos pela população, mas ainda não pelos médicos.

Eutanásia ativa

Após a introdução da legislação sobre os testamentos em vida, o debate público enveredou para a questão da eutanásia ativa ser ou não legalizada na Dinamarca. Os principais proponentes da legalização apontaram para o fato de que o suicídio não é ilegal na Dinamarca, e que deveríamos permitir que as pessoas terminassem suas vidas na forma que achassem adequada, mesmo que isto envolva a ajuda de um profissional médico. Argumentou-se que isto é uma conseqüência de se levar a sério o respeito pela autodeterminação (autonomia). As experiências desenvolvidas na Holanda também foram levadas em conta no debate, mas tornou-se logo evidente que estas experiências, e as estatísticas dos vários estudos, eram interpretadas de formas muito diferentes pelos proponentes e oponentes da legalização da eutanásia. Embora fossem usados os mesmos números, o enfoque era colocado em diferentes pontos. Os defensores da eutanásia freqüentemente apontavam para o número relativamente pequeno de casos de eutanásia ativa na Holanda, enquanto seus oponentes enfatizavam que não se podia aderir às normas holandesas e que casos de eutanásia não-voluntária eram freqüentes. As mesmas diferenças de interpretação podem ser encontradas na literatura internacional.

Uma característica especial do debate na Dinamarca foi que ele centrou-se primordialmente na questão de legalizar ou não a eutanásia ativa. Muitos participantes não concordaram que existem casos em que a eutanásia

ativa é uma opção moral aceitável. Estes casos têm quatro características:

- a. a pessoa está morrendo;
- b. existe um sofrimento muito intenso;
- c. o sofrimento não pode ser aliviado nem mesmo pela melhor intervenção médica;
- d. o paciente é competente e deseja a eutanásia.

A questão mais importante no debate dinamarquês era a probabilidade de legalização de os médicos praticarem a eutanásia ativa em tais casos, ou então a manutenção da presente legislação, que qualifica a eutanásia ativa como assassinato e também proíbe assistência no suicídio.

Pelo fato de o debate ter-se centrado na questão da legalização e não na questão ética da aceitação da eutanásia ativa em si, dois tipos de questões tornaram-se importantes: existe a necessidade de legalizar a eutanásia ativa? Qual o efeito de tal legalização?

Durante o debate, enfatizou-se que nenhum médico dinamarquês foi condenado pela prática da eutanásia ativa desde a II Guerra Mundial, e somente um ou dois foram processados, mesmo sabendo-se que essa prática ocorre nos hospitais da Dinamarca. Uma pesquisa mostrou que aproximadamente 10% dos médicos dinamarqueses praticam a eutanásia ativa pelo menos uma vez durante sua carreira. Infelizmente, esta estatística não pode nos dizer o quão freqüente a eutanásia ativa é na Dinamarca, uma vez que não pode ser convertida para uma porcentagem de mortes causadas por eutanásia. A explicação mais razoável para esta ausência de casos de eutanásia na justiça é que ela só acontece em casos nos quais toda a equipe de saúde, o paciente e os seus parentes estão de acordo que a eutanásia é a ação apropriada na circunstância. Os oponentes de sua legalização argumentam que não existe a necessidade de se legalizar a eutanásia, uma vez que ela já era legal naqueles casos muito graves que uma mudança de lei poderia tornar legais. Os defensores da eutanásia argumentaram ser indigno para os pacientes que solicitam a eutanásia ativa implorar para que seus médicos praticassem um ato ilegal, e que seria uma injustiça a sociedade colocar este peso sobre os médicos.

Havia também divergências quando ocorriam casos de sofrimento que não podiam ser aliviados por tratamento médico. Este desacordo não é somente factual, mas está também baseado em compreensões diferenciadas de que tipo de sofrimento seria suficiente para formar uma base para o pedido de eutanásia. Os que são céticos em relação à eutanásia ativa, freqüentemente pensam no sofrimento quase que exclusivamente em termos de dor grave intratável, enquanto os que são pró-eutanásia freqüentemente têm uma concepção mais abrangente de sofrimento, incluindo a perda de dignidade ou, mesmo, o medo da perda da dignidade no futuro.

As discordâncias principais, contudo, ocorreram em relação aos efeitos de mudança da presente legislação dinamarquesa. Os que desejavam mudar argumentavam que seria possível elaborar uma legislação que claramente descreveria aqueles casos em que a eutanásia ativa seria permitida, e que não haveria o risco de extensão a outras situações. Os aspectos mais relevantes seriam os seguintes: sim, nós podemos elaborar uma lei que permita a eutanásia ativa somente nos casos em que o paciente a solicite, seja competente e esteja em condição irremediável de sofrimento, já em processo irreversível de morte. Contudo, tal lei se apoiaria em duas normas éticas parcialmente conflitantes:

- a. o respeito pela autodeterminação (autonomia);
- b. o dever de aliviar o sofrimento.

Pelo fato de a lei ser elaborada sobre dois fundamentos, é fácil imaginar situações em que estas duas normas éticas apontariam em direção a diferentes conclusões. Uma classe de casos seria composta pelos pacientes incompetentes em sofrimento irremediável (ex. neonatos com deficiências, idosos dementes), e uma outra por pacientes competentes em sofrimento que não estão no processo de morrer. Mesmo que a lei fosse regida para excluir a eutanásia ativa nestes casos, argumentava-se que muito provavelmente a eutanásia ativa seria aos poucos estendida para tais casos. Argumentou-se, também, que foi exatamente isto o que ocorreu na Holanda, onde um número expressivo de casos de eutanásia não-voluntária foi documentado.

Em 1993, o Comitê Dinamarquês de Ética começou a considerar as questões relacionadas com a eutanásia ativa, e estas considerações levaram à publicação de um relatório de 293 páginas, em abril de 1996. No final, 16 dos 17 membros do Comitê recomendaram que a eutanásia ativa não deveria ser legalizada na Dinamarca. O que está em jogo, na opinião da maioria, é muito mais do que simplesmente o direito do indivíduo à autonomia sobre sua vida.

A eutanásia ativa não deveria ser reconhecida como uma panacéia comum para aliviar o sofrimento humano. Cápsulas ou injeções letais são uma solução muito simplificada de um complexo conjunto de problemas que exigem experiência, recursos humanos, cuidado e prudência.

Virtualmente, todas as solicitações dos pacientes em relação ao controle da dor, apoio psicossocial, cuidado e atenção de enfermagem podem ser acomodadas em um nível razoável. O Comitê de Ética achou alarmante que tal atenção nem sempre seja levada a efeito quando e onde seja possível, um estado de coisas que deveria ser mudado para utilização de quaisquer recursos que se fazem necessários. É assustador que existam casos em que o máximo de esforços não pode aliviar uma dor grave ou outros sofrimentos terríveis. Com esses casos em mente, a maioria dos membros do Comitê de Ética também se dá conta que manter a proibição da eutanásia ativa tem seu preço. Contudo, legalizar a eutanásia ativa para ajudar estes pacientes envolveria graves e inaceitáveis riscos para muitos outros pacientes.

A opinião geral da maioria dos membros do Comitê Dinamarquês de Ética é que a eutanásia ativa introduziria uma ruptura com um aspecto fundamental da tradição cultural de nossa sociedade, que se apóia no princípio da santidade da vida humana.

Esse princípio proíbe tirar a vida de outra pessoa. Não se deve destruir o valor atribuído para cada ser, independentemente dos atributos físicos e mentais ou aptidões.

Um membro do Comitê discordou e argumentou que a eutanásia ativa deveria ser legalizada:

"Ocorrem casos em que a sustentação da vida, definitivamente, não é um bem para a pessoa, nos quais o melhor que se pode fazer é colocar um fim em toda a situação de sofrimento e nos quais a eutanásia ativa praticada pelo médico é eticamente defensável. Isso se refere não somente às situações em que a dor é intolerável. Acima de tudo, é a dignidade, integridade e o sofrimento que devem ser a preocupação central. Para algumas pessoas, a maneira como se morre significa muito".

Alguns iriam um pouco além em dias ou semanas para avançar no processo - morrer como se quer, com personalidade e caráter intactos; morrer em casa, amparado por um médico e outras pessoas com as quais se construiu relacionamentos de intimidade e confiança ao longo do tempo; morrer como um pessoa que pode ainda dar e receber; morrer quando se está preparado para morrer; evitar que se veja o processo extensivo de decadência física, sofrendo para morrer e tornando-se aos poucos completamente dependente da ajuda dos outros.

Um dos argumentos mais freqüentemente citados em favor da prática da eutanásia ativa legal é a crença no valor da autonomia do indivíduo sobre sua própria vida. Algumas pessoas sentem da mesma forma que Martin Luther, que disse: "Aqui estou, não posso fazer nada. Sou responsável por mim mesmo, pela minha vida e, portanto, pela minha própria morte. Em alguns casos, a eutanásia ativa é eticamente justificável - e de fato até eticamente indispensável, acham alguns - e por essa razão não deve ser punível. Por outro lado, uma longa lista de condições precisam ser honradas para que a eutanásia ativa seja praticada:

- O paciente deve estar em estado de sofrimento insuportável;
- O paciente deve ter sido examinado e tratado de qualquer tipo de depressão;
- O melhor controle de dor possível deve ser instituído;
- O paciente deve ser competente, sob o ponto de vista legal, para tomar as decisões;
- Ao longo do tempo, médico e paciente devem discutir todas as conseqüências e possíveis alternativas da ação;
- O paciente deve ter levantado a questão da eutanásia ativa espontaneamente.

Se o médico pode garantir que estas condições foram satisfeitas; que o paciente está sofrendo de uma doença que, sem dúvida, resultará em morte, dentro de curto período de tempo; que o paciente, repetidamente, fez a solicitação para eutanásia; que está bem informado, sem sofrer pressões e que ao mesmo tempo o médico pode confirmar que o desejo do paciente é adequado para o mesmo; então a eutanásia ativa é considerada pela minoria como sendo defensável".

Todos os membros do Comitê concordaram em recomendar a necessidade de:

- a. aumentar a pesquisa em cuidados paliativos;
- b. aprimorar a educação dos profissionais de saúde em cuidados paliativos;
- c. aumentar a diversidade de serviços de cuidados de saúde oferecidos para pacientes terminais, incluindo o

estabelecimento de *hospices* e programas de assistência domiciliar *home care*.

Ressalte-se que estas recomendações foram seguidas: professores foram colocados em programas de cuidados paliativos em duas das três escolas de medicina da Dinamarca e vários *hospices* foram abertos.

Após o relatório do Comitê Dinamarquês de Ética, nenhuma ação legislativa foi tomada. A eutanásia ativa e assistência ao suicídio, portanto, são ainda ilegais na Dinamarca. O debate sobre a eutanásia ativa diluiu-se com a publicação do relatório, mas novamente morreu. Entretanto, pode emergir a qualquer momento, especialmente se algum caso interessante chamar a atenção da mídia.

Abstract - *Should Euthanasia be Legalized? A Danish Perspective*

In this article, the author reveals the current status of the debate on euthanasia in Denmark. He analyses the issue from a historical-evolutionary point of view. The author begins by addressing the interruption of futile medical treatment, the emergence of legislation regarding the living will and concludes by commenting on the publication of the Danish Ethics Committee (1996), which positions itself against the legalization of active euthanasia and recommends the increment of palliative measures in the area of research and in the training of healthcare professionals.

Bibliografia

- Glick SM. Euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands [Letter]. *N Engl J Med* 1997;336:1385-6.
- Hendin H, Rutenfrans C, Zylicz Z. Physician-assisted suicide and euthanasia in the Netherlands: lessons from the Dutch [Letter]. *JAMA* 1997;278:1720-2.
- Holm S. My danish living will. *Hastings Cent Rep* 1994;24:2.
- Kappel K, Norup M, Folker AP, Holtug N, Jensen A, Nielsen JK. Experiences and attitudes towards end-of-life decisions amongst Danish physicians. *Bioethics* 1996;10:233-49.
- van der Maas PJ, van Delden JJM, Pijnenborg L. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. New York: Elsevier Science, 1992.
- van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, de Graaff CLM, Kester JGC, Onwuteaka-Philipsen BD et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands. *N Engl J Med* 1996;335:1699-705.
- van der Wal G, van der Maas PJ. Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. Haag: Staatsuitgeverij, 1996.
- van der Wal G, van der Maas PJ, Bosma JM, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, Haverkate I et al. Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands. *N Engl J Med* 1996;335:1706-11.

Endereço para correspondência:

*Blegdamsvej 3
DK-2200
Copenhagen
N DENMARK*