

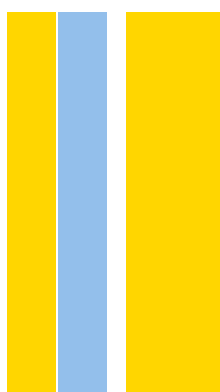
2.º CICLO DE ESTUDOS
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

FINITUDE E FINALIDADE – REFLEXÕES SOBRE MORTE, POLÍTICAS PÚBLICAS E OPÇÕES PRIVADAS

Rosalvo Manuel Martins Almeida

M

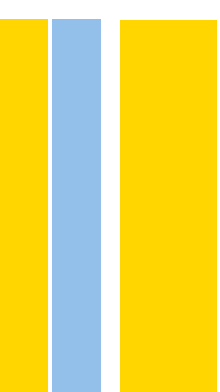
2026



SEDE ADMINISTRATIVA

FACULDADE DE MEDICINA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR



Faculdade de Medicina do Universidade do Porto
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Dissertação de Mestrado em Saúde Pública

FINITUDE E FINALIDADE
REFLEXÕES SOBRE MORTE, POLÍTICAS
PÚBLICAS E OPÇÕES PRIVADAS

Rosalvo Almeida

Orientação do Professor Doutor Henrique Barros

“As mulheres falavam, os homens fumavam cigarros. Como eu, esperavam; não a morte, que nós, seres incautos, fechamos-lhe sempre os olhos na esperança pálida de que, se não a virmos, ela não nos verá. Esperavam.” José Luís Peixoto ⁽¹⁾

Este ensaio é dedicado às minhas quatro netas Inês, Teresa, Lisa e Elsa

⁽¹⁾ J.L. Peixoto, *Morreste-me*. Quetzal, 2000, p. 14

Esta Dissertação de Mestrado foi construída tendo por base as publicações seguintes (ordem cronológica):

- Rosalvo Almeida, *Morte há só uma!*, revista da Ordem dos Médicos, junho/2008
- R. Almeida, *Eutanásia, Sim e Não*, revista da Ordem dos Médicos, novembro/2008
- R. Almeida, *Prefácio*, in “Testamento Vital – O que é? Como elaborá-lo?”, por Laura Ferreira Santos, Sextante, 2010, pp. 11-12
- R. Almeida, *Alvíssaras!*, revista da Ordem dos Médicos, junho/2012
- R. Almeida, *Morte em certeza*, revista Sinapse, dezembro/2012
- R. Almeida, *I have a dream*, Congresso da Fundação SNS - “SNS, Património de todos”, 27/09/2013
- R. Almeida, *Ciência, Ética e o mito da imortalidade*, in “Bioética e Políticas Públicas”. Ed. CNECV, 2014, pp. 203-208
- R. Almeida, *Mediação bioética, por exemplo*, jornal Público, 13/03/2014
- R. Almeida, *Em defesa dos cuidados paliativos*, jornal Público, 06/04/2016
- R. Almeida, *O horror do absoluto*, jornal Público, 23/07/2016
- R. Almeida, *O espantalho e outras falácias*, jornal Público, 05/09/2016
- R. Almeida, *Vale a pena!*, revista Sinapse, maio/2018
- R. Almeida, *O comum dos mortais*, jornal Público, 12/05/2018
- R. Almeida, *E se fosse consigo?*, jornal Público, 18/06/2019
- R. Almeida, *Descontar*, in “Contos de Guerra, Curso Médico 1964/1970”. Ed. 5Livros.pt, 2020, pp. 59-65
- R. Almeida, *Nem só mas também*, jornal Público, 18/02/2020
- R. Almeida, *Sobre a proporcionalidade*, jornal Público, 24/02/2021
- R. Almeida, *O rei vai nu?*, jornal Público, 07/02/2023
- R. Almeida, *Tirem-nas da gaveta!*, jornal Público, 26/08/2024
- André Dias Pereira e R. Almeida, *A Importância da Manifestação de Vontade – Reflexão sobre o Testamento Vital e a Eutanásia*, Boletim da Ordem dos Advogados, outubro/2025
- R. Almeida, *A Morte saiu à rua*, Boletim da Associação Cultural Amigos do Porto, 2025

Índice

Um – Introdução	5
Dois – Da imortalidade	8
Ciência, Ética e o mito da imortalidade	12
A Morte saiu à rua	16
Mediação bioética, por exemplo	20
Três – Do sentido da vida	21
Vale a pena!	23
Quatro – Do medo da morte na guerra	26
Descontar	26
Cinco – Da morte na clínica	31
Tirem-nas da gaveta!	38
O rei vai nu?	39
Sobre a proporcionalidade	41
Nem só mas também	43
E se fosse consigo?	44
O comum dos mortais	46
O espantinho e outras falácias	47
O horror do absoluto	48
Em defesa dos cuidados paliativos	50
Eutanásia, Sim e Não	52
Seis – Da morte cerebral	53
Morte em certeza	55
Morte há só uma!	58
Sete – Das Diretivas Antecipadas da Vontade	60
Importância da Manifestação de Vontade	71
Carta aberta sobre DAV	73
Alvíssaras!	74
Prefácio	76
Oito – Eu tenho um sonho!	78
Nove – Conclusões	80
Alguma bibliografia	83
Anexo - Questionário	86
Hiperligações	88
Agradecimentos	89

Resumo: Antecipando as perguntas que as suas netas poderão vir a fazer, o autor aborda a complexa relação entre mortalidade humana, políticas públicas e ética médica individual. Recuperando textos escritos nas últimas décadas, apresenta-se um conjunto de reflexões conceptuais sobre os novos avanços na área da saúde, a busca irrealista pela imortalidade, o significado do sentido da vida, a proximidade da morte em cenário de guerra, a sempre presente iminência da morte no exercício da medicina, o valor do testamento vital, o reconhecimento da morte cerebral e a relação virtuosa entre autonomia, dignidade e escolha informada aquando do sofrimento extremo. No centro do debate estão o quadro jurídico e o desempenho ético – ambos intrinsecamente relacionados no contexto das políticas de saúde pública. Em última análise, serve como um apelo, sem intenções apologéticas, a um discurso social mais transparente e compassivo sobre a nossa inevitável finitude.

Summary: Anticipating the questions his granddaughters may ask, the author addresses the complex relationship between human mortality, public policy, and individual medical ethics. Drawing on texts written in recent decades, he presents a set of conceptual reflections on new advances in healthcare, the unrealistic search for immortality, the meaning of life, the proximity of death in a war scenario, the ever-present imminence of death in the medical practice, the value of living wills, the recognition of brain death, and the virtuous relationship between autonomy, dignity, and informed choice at the time of extreme suffering. At the heart of the debate are legal framework and ethical performance – both intrinsically related in the context of public health policies. Ultimately, it serves as an appeal, without apologetic intentions, for a more transparent and compassionate social discourse on our inevitable finite nature.

UM

Introdução

Introdução – motivações

Apresentar, passados quase 30 anos, uma dissertação do Curso de Mestrado em Saúde Pública iniciado em 1996 necessita de várias justificações.

Desde logo trata-se de cumprir uma obrigação e de não deixar por fazer o que devia ter sido feito na hora certa – assim a modos que um dever autoimposto, apesar de sucessivamente adiado.

O primeiro tema escolhido relacionava-se com instrumentos de avaliação da qualidade nos serviços de saúde, tentando avaliar as necessidades dos doentes nos primeiros meses após a alta em casos de patologia cerebrovascular. Contudo, as dificuldades encontradas no Centro de Saúde escolhido foram demasiadas. Depois, o tema foi explorar processos clínicos hospitalares, procurando saber como eram aplicados os critérios de morte cerebral, mas a pobreza dos registos encontrados levaram a uma nova desistência. Acresce que em ambos os casos terá pesado uma sensação de que não havia necessidade – afinal, deixara de ambicionar seguir uma carreira académica.

Dar aulas não era um projeto de vida, mas recebê-las foi sempre um prazer. O curso de mestrado, com destaque para a coordenação dos professores Henrique Lecour, José Manuel Calheiros e Henrique Barros, constituiu uma experiência enriquecedora. As deliciosas lições do professor Joaquim Maia (um príncipe cultural) e os esforços inexcedíveis das professoras Alda Sousa

e Denise Mendonça para nos fazer entender a Matemática deixaram marcas inesquecíveis.

Anos mais tarde, frequentar as cadeiras da licenciatura de Filosofia da Faculdade de Letras, assumindo que não precisava de diploma e dispensava a realização de exames, foi também outra forma de aprender sem necessidade de provar o quanto aprendia.

O interesse pela Saúde Pública ficou, desde então, a fazer sentido e a merecer atenção. O percurso clínico decorrido nestas décadas, seja no setor público hospitalar, seja no consultório privado, sempre marcado por uma relação médico-doente sentida como muito satisfatória por ambas as partes, não interrompeu aquele interesse. Apaixonado pela Ética, atraído pelo prazer da partilha de conhecimentos, a “carreira” de consultor foi-se solidificando de forma discreta através de respostas a incontáveis perguntas que colegas conhecidos e desconhecidos faziam chegar por via digital. A participação em comissões de ética permitiu consolidar um acervo considerável de conceitos e um aprender constante com investigadores das mais diversas origens. Assim, se é certo que o foco principal das opiniões partilhadas não tinha muito a ver com o âmbito da Saúde Pública (no sentido de dedicação às populações), o aprendizado no curso de mestrado acabou por condicionar uma perspetiva profissional que pouco teve de individualista.

Se é certo que o interesse na Ética se limitou quase sempre à Bioética, sobretudo no campo do consentimento informado, no respeito pela autonomia dos doentes, pela defesa dos participantes em investigação, pelas questões relacionadas com a morte, não se pode esquecer ou menosprezar a necessidade de consistência ética em questões de Saúde Pública na sua atuação geral – por exemplo, no combate aos movimentos negacionistas e

anticientíficos, nas questões que contendem com as liberdades individuais, na aplicação sensata dos dados epidemiológicos ao serviço do coletivo. Se é conhecido o papel fundamental da Ética no desempenho individual, ele não é menor quanto a criadores e decisores de políticas públicas.

O ensaio adiante exposto é uma reflexão individual sobre a Morte com que se pretende gerar uma reflexão alargada. Apresentá-lo como dissertação faz parte de um procedimento ritual que lhe pode dar outra dimensão. Ao longo da carreira médica e durante o ensino pré-graduado todos somos (fomos) sujeitos a atos rituais que provocam uma transformação interior difícil de explicar. No dia seguinte a exames ou a provas públicas de concursos sentimos que somos (ficamos) diferentes do dia anterior, o que realisticamente não é o caso. Os atos cerimoniais simbólicos continuam, no entanto, a ter um papel insubstituível na transformação das pessoas e no reconhecimento da sua legitimação. Neste pressuposto, a graduação, embora tardia, tem um significado íntimo, sem consequências profissionais.

A partir de textos escritos e publicados, as considerações elaboradas hão de servir para propor a quem leia este ensaio um conjunto de ideias sobre a Morte, sobremaneira importantes por serem redigidas por quem está mais próximo dela do que alguma vez esteve, considerando estar no octogésimo ano de existência.

DOIS

Da imortalidade

- “– O que queres dizer com isso de que a vida individual é produto do acaso?
– Eu não sei quando vou morrer, por exemplo.
– Tu não, mas as companhias de seguros, sim.” Juan José Millás ⁽²⁾

Morremos cada vez mais tarde. Este facto poucas vezes é enunciado como uma coisa boa. As mais das vezes invocam-se as dificuldades relacionadas com a assistência a um número cada vez maior de idosos e, consequentemente, de doentes, a que as redes de cuidados continuados e as verbas da Segurança Social não conseguem dar resposta. O acréscimo da longevidade conduz também a maiores dificuldades na assistência hospitalar a doente agudos e, designadamente, sobre qual o “melhor” lugar para se morrer ⁽³⁾.

Entre 1996 e 2023, segundo a Pordata ⁽⁴⁾, a “esperança de vida à nascença” dos portugueses subiu cerca de 6 anos, atingindo 81,2 anos (83,7 no sexo feminino e 78,4 no masculino). É certo que esta subida, que pôs Portugal no 9.º lugar entre os 27 Estados-Membros da União Europeia, se deve, em boa parte, à diminuição da mortalidade infantil que já vinha a diminuir desde o 25 de Abril. Veja-se que os óbitos infantis com menos de um ano passaram de 747 em 1996 para 210 em 2023. De qualquer modo, nestes 27 anos, a “esperança de vida aos 65 anos” aumentou 3 anos e meio – de 16,3 para 19,8

⁽²⁾ J.J. Millás e J.L. Arsuaga - *A Vida contada por um Sapiens a um Neandertal*. Presença, 2022, p. 80

⁽³⁾ B. Sakamoto R. Paiva *et al.*, *The best place to die: A reflection on dignity and context*ⁱ, Palliative & Supportive Care, Volume 24, 2026, e16. «Em vez de nos concentrarmos em métricas como ‘morrer em casa’, devemos considerar as circunstâncias, necessidades e preferências únicas de cada pessoa. Em última análise, o melhor lugar para morrer é aquele onde a pessoa se sente segura, apoiada e onde a sua dignidade é preservada até ao fim».

⁽⁴⁾ Pordataⁱⁱ – “portal estatístico da Fundação Francisco Manuel dos Santos”

no conjunto dos dois sexos, com mais 18 anos nos homens e mais 21,1 anos nas mulheres.

Pode, assim, dizer-se que um homem com 50 anos em 1996 teria, talvez, uma boa probabilidade de estar vivo aos 80, se tudo corresse bem, se aceitasse um dia pôr um “pacemaker” e tivesse um módico de juízo... Na verdade, não era pensamento que lhe tirasse o sono. Frequentar um curso de mestrado em Saúde Pública foi uma decisão em boa hora tomada, tanto mais que decidira em 1991 trabalhar sozinho, fora do ambiente hospitalar onde crescera. Conviver com colegas do mestrado, todos mais novos, acabou por ser muito gratificante. Aprender, aprender sempre!



Gráfico 1 ⁽⁵⁾

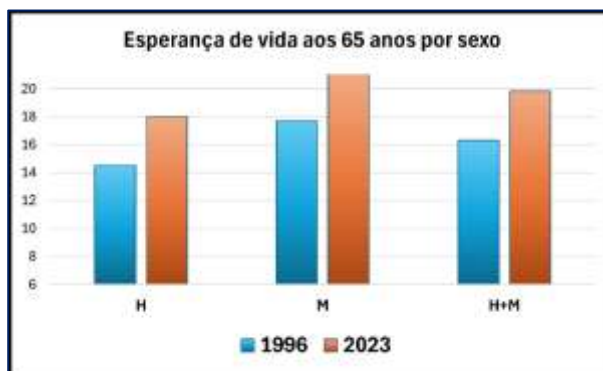


Gráfico 2 ⁽⁶⁾

As medidas estatísticas, é sabido, são indicadores que se concretizam em função da boa aplicação de políticas públicas, mas muito mais em função das condições de saúde individuais, do acesso e cumprimento de cuidados de saúde de qualidade, do estilo de vida, da alimentação, do ambiente e, quiçá, da sorte, bem como da ocorrência e exposição a epidemias ou pandemias.

Em 1996, a crise das “vacas loucas” atingia o seu auge em Portugal – era o assunto do dia e a Saúde Pública mostrava para que servia. A relação da raríssima doença de Creutzfeldt-Jacob, “velha” conhecida dos neurologistas,

⁽⁵⁾ [Pordata](#)ⁱⁱⁱ – “esperanca-de-vida-nascenca-por-sexo”

⁽⁶⁾ [Pordata](#)^{iv} – “esperanca-de-vida-aos-65-anos-por-sexo”

com a Encefalopatia Espongiforme Bovina permanecia incerta ⁽⁷⁾, mas poucos tinham dúvidas de que a prudência mandava evitar o consumo de carnes suspeitas e, sobretudo, exigia medidas drásticas a nível veterinário e no comércio de gado. Apesar disso, assistia-se, com espanto, a um fenómeno generalizado de negação coletiva – como se o mito da imortalidade ou a convicção de que “só acontece aos outros”, prevalecessem. O estudo e a reflexão sobre o “caso” mostraram-se relevantes.

A morte andava a pairar. É compensador ver escrito, num texto recente da *Causa Pública*, que «ao longo dos últimos 50 anos, o estado de saúde dos portugueses melhorou significativamente, fruto da melhoria das condições e da qualidade de vida e, desde a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979, do acesso quase universal e geral a cuidados de saúde de qualidade. [...] Em relação aos países da UE, a mortalidade geral associada a fatores de risco conhecidos é relativamente baixa, graças a números abaixo da média europeia de fumadores e de grandes consumidores de bebidas alcoólicas. Em 2019, 14% da população adulta fumava e 15% consumia bebidas alcoólicas em excesso, enquanto ambas as taxas eram em média de 19% na UE. Em 2020, a taxa de mortalidade por causas evitáveis era 19% mais baixa do que a média da UE, e a mortalidade por causas tratáveis era 14% mais baixa do que a média europeia (OCDE/*European Observatory on Health Systems and Policies 2023*), o que atesta a eficácia do serviço de saúde português.» ⁽⁸⁾ Contudo, em 2019, a taxa de mortalidade evitável em Portugal situava-se em 177,4 mortes por 100 000 habitantes, sendo 112,4 (63,3%) considerada prevenível

(7) R.G. Will *et al.*, *A new variant of Creutzfeldt-Jakob disease in the UK*^N. The Lancet, Volume 347, Issue 9006, pp. 921-925, April 06, 1996

(8) *Saúde em Portugal – Opções para uma causa pública*, J. Mira Godinho, J. Durão Carvalho, J. Oliveira, M. Silva (coords). Causa Pública, 2025

e 65 (36.6%) considerada tratável, segundo a OCDE. ⁽⁹⁾ Em 2022, segundo a Pordata, Portugal está com 213,36 mortes evitáveis por 100 000 habitantes com menos de 75 anos, ou seja, só 10 dos 27 Estados-Membros da União Europeia têm taxas mais baixas. ⁽¹⁰⁾

As sucessivas reduções das taxas de mortalidade conduzem, talvez inconscientemente, também ao mito da imortalidade. O prolongamento do tempo de vida dos humanos, graças aos avanços das ciências da vida e do aperfeiçoamento das condicionantes da Saúde, há de, porém, ter limites. «As inegáveis conquistas da ciência médica encontram os seus limites nos pacientes que parecem “insistir em morrer”, apesar delas», recorda M. Aparecida Telles Guerra ⁽¹¹⁾. Resta, para alguns, a transformação do mito da imortalidade dos corpos no mito da imortalidade das almas. Mas, como diz Jaime Milheiro, «a alma tornou-se num objeto inaceitável no tempo que corre. Deverá acrescentar-se ainda que, ao contrário do que milenarmente se difundiu, as boas práticas éticas, morais e comportamentais do *Sapiens* dela intrinsecamente não dependem.» ⁽¹²⁾

Não cabe, neste contexto, argumentar sobre a vida além da morte, embora possamos citar Sêneca que escreveu no século I que «Aos mortos, não os esperam as trevas, nem prisão, nem torrentes de água que ardem em chamas,

⁽⁹⁾ «Mortalidade prematura evitável: mortes preveníveis + tratáveis, em pessoas com menos de 75 anos. Mortalidade prevenível: Causas de morte que podem ser evitadas principalmente através de intervenções eficazes de saúde pública e de prevenção primária (ou seja, antes do aparecimento de doenças/lesões, visando reduzir a incidência). Mortalidade tratável: Causas de morte que podem ser evitadas principalmente através de intervenções atempadas e eficazes nos cuidados de saúde, incluindo a prevenção secundária, como o rastreio, e o tratamento (ou seja, após o início das doenças, para reduzir a taxa de letalidade)». Traduzido de *OECD Data Explorer*^{vi}

⁽¹⁰⁾ *Pordata*^{vii} – “taxa-de-mortalidade-evitável”

⁽¹¹⁾ M.A. Telles Guerra, in *Bioética e Saúde Pública*, P.A. de Carvalho Fortes e E.L. Campos Pavoni Zoboli (orgs). Ed. Loyola, Centro Universitário São Camilo, 2003, p. 154

⁽¹²⁾ J. Milheiro, *A invenção da alma*. Ed. Fim de Século, 2012, p. 28

nem o rio do esquecimento; não existem tribunais, nem réus, nem tiranos [...]. Tudo isso são brincadeiras de poetas» ⁽¹³⁾. Não convencido pelas obras em que alguns autores defendem interações bizarras ou comunicações com pessoas mortas, acompanho David Marçal: «A crença numa dimensão imaterial do ser humano com a qual se pode interagir, designadamente para curar doenças, não é nova. Chama-se vitalismo e tem assumido, ao longo da história, várias formas. [...] Para além da ciência, há outros saberes que nos podem ajudar a viver melhor, incluindo as artes, as humanidades, a religião, etc. Mas essas áreas não podem ser confundidas com a ciência. De resto, uma espiritualidade que procura sentido na ciência é uma espiritualidade fraca, que se afasta da sua essência.» ⁽¹⁴⁾

Ciência, Ética e o mito da imortalidade
in “Bioética e Políticas Públicas”
Ed. CNECV, 2014, pp. 203-208



O interesse crescente da comunidade científica pelos temas das neurociências tem-se traduzido, nos últimos anos, por um igualmente crescente interesse por parte da opinião pública.⁽¹⁵⁾ Os progressos nesta área consistem essencialmente num conhecimento mais profundo do modo de funcionamento do cérebro e das relações entre os fenómenos mentais e as suas bases biológicas. São exemplo do estudo dessa problemática, assaz complexa, o trabalho e as publicações de António Damásio ⁽¹⁶⁾, e as intervenções concretas em resultado da investigação são uma realidade nos nossos dias.

No campo da intervenção médica aplicada a doentes afetados por patologias do sistema nervoso tem-se assistido a um progressivo aumento da capacidade de utilizar tecnologias avançadas, cujos resultados são reconhecidamente benéficos. A neurocirurgia, em cooperação com a neurofisiologia e outras ciências, tem demonstrado uma eficiência imensa, como é o caso paradigmático da ablação de zonas cerebrais epileptogénicas, conseguindo

⁽¹³⁾ Séneca, *Manual de Instruções para a Morte*, Vasco Santos Editor, 2024, p. 29

⁽¹⁴⁾ D. Marçal, *Não existe uma espiritualidade científica*^{viii}. PÚBLICO, 16.05.2025

⁽¹⁵⁾ “Declaração em 30 de janeiro de 2014: não reconheço conflitos de interesses pessoais no conteúdo do artigo; fui correlator do Parecer n.º 64/CNECV /2012 referido no texto.”

⁽¹⁶⁾ A. Damásio, *O Livro da Consciência*. Temas e Debates, Círculo de Leitores, 2010

curas ou francas reduções na frequência de crises epiléticas em pessoas cujos tratamentos medicamentosos se mostravam ineficazes ou, muitas vezes, geradores de efeitos secundários muito penosos.

Do mesmo modo, verificaram-se progressos significativos no campo da farmacologia com o que se conseguiu modificar de modo muito notório, a nível global, o panorama da saúde mental no que concerne à redução de internamentos em fases agudas e à menor institucionalização nas fases crónicas de diversas patologias.

Os exemplos citados, pelo seu próprio carácter, não suscitam questões éticas especiais. Sendo certo, contudo, que em muitos casos as pessoas afetadas por doenças neurológicas ou psiquiátricas se encontram incapazes de se autodeterminar e, conseqüentemente, de consentir livre e esclarecidamente nas intervenções neurocirúrgicas para retirada de lesões ou nas prescrições psicofarmacológicas para controlo de sintomas, pelo que prevalece o princípio da beneficência e supre-se a não-aplicação plena do princípio de respeito pela autonomia.

Outros progressos científicos e tecnológicos têm ocorrido nas últimas décadas, embora esteja ainda por demonstrar uma eficácia tão grande como a desejada ou esperada. É o caso das aplicações de próteses ou implantes biónicos. A implantação de equipamentos eletrónicos que permitem reconhecer, a nível cerebral, estímulos visuais ou que permitem movimentos de membros paralisados após uma ordem mental, são exemplos de algo que hoje se pode afirmar como real e que o futuro certamente confirmará. Também a nanotecnologia permite, ou permitirá a breve prazo, que certos medicamentos sejam construídos de modo personalizado e/ou com eficácia adaptada constantemente por sensores introduzidos no corpo.

A principal questão ética que se tem levantado é a da possibilidade de criação de um ser humano cujos componentes físicos são sucessivamente substituídos por equipamentos artificiais, transformando-se em qualquer coisa que temos dificuldade em reconhecer como boa ⁽¹⁷⁾.

Outro campo de aplicação das tecnologias neurocientíficas que se encontra em desenvolvimento crescente é o da estimulação cerebral profunda. A colocação de elétrodos na proximidade de certos núcleos cerebrais, ligados a equipamentos implantados sob a pele, capazes de produzir estímulos elétricos, reguláveis em frequência e intensidade, consegue modular determinadas funções e obter resultados muito interessantes em certas formas da Doença de Parkinson e de outras perturbações do movimento ⁽¹⁸⁾. Equipa-

⁽¹⁷⁾ J.P. Changeux, *O homem neuronal*, 2.^a ed.. D. Quixote, 1991

⁽¹⁸⁾ R.J. St George *et al.*, *A meta-regression of the long-term effects of deep brain stimulation on balance and gait in PD*. *Neurology*. 2010 Oct 5;75(14): 1292-9

mentos similares têm sido utilizados para tratar estados depressivos muito graves e quadros obsessivo-compulsivos resistentes aos fármacos ⁽¹⁹⁾. Também há notícia de projetos de aplicação da estimulação cerebral profunda com a finalidade de condicionar comportamentos, como por exemplo em certas toxicodependências ⁽²⁰⁾.

Ainda que a estimulação cerebral profunda seja uma intervenção reversível, a sua utilização em casos de doença mental grave, com o objetivo de condicionar comportamentos, levanta questões éticas que merecem estudo cuidadoso, tendo em vista a história da psicocirurgia do princípio do século XX ⁽²¹⁾.

Por outro lado, os benefícios conseguidos no campo das perturbações do movimento (pese embora a possibilidade de ocorrência de efeitos secundários desconfortáveis ou, por vezes, insuportáveis) são hoje largamente reconhecidos, ainda que levantem delicados problemas na aplicação do consentimento informado. Importa, também, que se discuta, à luz do princípio da justiça, a grande questão do acesso a equipamentos altamente dispendiosos e produzidos ou comercializados em regime de quase monopólio à escala mundial.

Se juntarmos a esta possibilidade tecnológica de interferir nos comportamentos humanos as numerosas aplicações no âmbito cardiológico e ortopédico, reconhecemos estar perante um mundo novo. Um mundo tão interessante como fonte de deslumbramentos potencialmente danosos.

Na verdade, todos os dias, vemos anunciada a “cura” do cancro ou do Alzheimer, embora raramente se refira o tempo que falta para que isso se verifique. Não é só o público leigo que é levado a pensar que, com medicamentos cada vez mais eficazes, com medidas preventivas cada vez mais específicas, com implantação de dispositivos e próteses cada vez mais sofisticados, com uma longevidade cada vez mais consolidada em dados estatísticos fiáveis, a ocorrência de morte é cada vez mais um sinal de falhanço. Esta falácia repete-se, infelizmente, nos *media* numa narrativa que não só gera sentimentos de culpabilidade como acentua tendências maléficas para um desempenho profissional pretensamente defensivo. A observação, por parte de prestadores e por parte de utilizadores de serviços de saúde, de padrões de

⁽¹⁹⁾ W. Glannon, *Consent to deep brain stimulation for neurological and psychiatric disorders*. J Clin Ethics. 2010 Summer;21(2):104-11.

⁽²⁰⁾ H.J. Heinze *et al.*, *Counteracting incentive sensitization in severe alcohol dependence using deep brain stimulation of the nucleus accumbens: clinical and basic science aspects*. Front Hum Neurosci. 2009; 3:22

⁽²¹⁾ J.J. Wind, *From prefrontal leukotomy to deep brain stimulation: the historical transformation of psychosurgery and the emergence of neuroethics*. Neurosurg Focus. 2008;25(1):E10

comportamento condicionados por expectativas irrealistas é, para agravar, perturbada por recursos cada vez menos disponíveis. Deste modo, com o acréscimo do tempo de vida e o decréscimo dos meios para lhes dar qualidade, enfrentamos uma contradição geradora de conflitos e de problemas éticos.

Não cremos que haja soluções mágicas para esta problemática. Não basta a definição cuidadosa de modelos de decisão eticamente sustentados. Veja-se o caso do “acionamento” da prescrição de medicamentos tão caros quanto inovadores. Perante a dificuldade resultante do crescente aumento de custos e da assustadora diminuição de recursos públicos, o CNECV foi instado em 2012 a pronunciar-se sobre uma medida adotada por um grupo de hospitais. O Parecer ⁽²²⁾ definiu os critérios que considerou necessários para um justo processo de decisão: transparência com declaração de interesses, previsibilidade, publicidade, confirmação científica, independência responsável, possibilidade de exceção fundamentada.

Pondo de parte polémicas de cariz corporativo e algo demagógicas, pode-se afirmar que o modelo proposto foi globalmente bem acolhido tanto por decisores hospitalares como por comentadores independentes. Contudo tal modelo está longe de ser seguido pela generalidade das administrações. Verificou-se mesmo que os critérios utilizados pelos hospitais que deram origem ao pedido de parecer estavam em contradição absoluta com o modelo proposto.

Enunciar dificuldades não significa retirar validade à redação de documentos de orientação corretos e exaustivos. Às políticas públicas cabe o difícil papel de transpor o essencial das recomendações feitas de boa-fé para medidas eficazes e justas – tarefa especialmente relevante e imperiosa em tempos como os que vivemos, onde infelizmente parece que tratar de assuntos relacionados com a morte não está na lista das prioridades.

Deixar ao livre arbítrio dos mercados ⁽²³⁾ e à despudorada influência das pressões mediáticas o encontrar da justa medida para a satisfação das necessidades, independentemente das possibilidades de cada um, é algo que deve merecer a nossa atenção crítica, principalmente através da formação de uma opinião pública decente.

⁽²²⁾ CNECV, Parecer n.º 64/2012^{ix} sobre um modelo de deliberação para financiamento do custo dos medicamentos, relatores A.S. Carvalho e R. Almeida

⁽²³⁾ Papa Francisco. *Evangelii Gaudium*^x. 2013

Bom seria que, além de apelos à parcimónia ⁽²⁴⁾ e de normas de orientação consensualizadas ⁽²⁵⁾, se avançasse entre nós para um programa nacional de formação e reflexão participada dedicado às questões da vida longa em tempos de crise.

Em conclusão, consideramos globalmente positiva a evolução do conhecimento e a aplicação dos progressos tecnológicos na área das neurociências e outras, mas, no entanto, importa manter em alerta os diversos intervenientes (dirigentes políticos, profissionais de saúde, cientistas, investigadores, membros de comissões de ética, jornalistas, etc.) face às questões apenas afloradas neste despretensioso texto. ●

Em vez de imortalidade, é talvez preferível falar em posteridade. Assim, quando, como Luís de Camões, recordamos «aqueles, que por obras valerosas / se vão da lei da morte libertando» ⁽²⁶⁾ e mantemos na memória coletiva, por vezes durante séculos, o que alguns antepassados fizeram em vida, é de posteridade que falamos. Por vezes, os feitos traduzem-se num ritual de canonização, outras vezes são fixados para “sempre” na literatura, outras vezes ainda são os seus nomes gravados nas ruas das cidades. ⁽²⁷⁾ Nós, os comuns dos mortais, esperamos apenas ser recordados por duas ou três gerações, no máximo, quatro.

A Morte saiu à rua

**Boletim da Associação Cultural Amigos do Porto,
4.^a série, n.º 10, 2025, pp. 173-180**



Não é sobre a bela canção de Zeca Afonso que tratam as palavras abaixo alinhadas. Também não pretendemos competir com certa imprensa especializada em desgraças. Vamos, em vez disso, fazer uma viagem rápida pelas ruas que, no Porto, celebram pessoas que tiveram uma morte trágica ou, pelo menos, abrupta.

⁽²⁴⁾ J.C. Tilburt *et al.*, *Why the ethics of parsimonious medicine is not the ethics of rationing*. JAMA. 2013 Jun 5;309(21):2212

⁽²⁵⁾ Nuffield Council on Bioethics. *Novel Neurotechnologies: intervening in the brain*^{xi}. 2013.

⁽²⁶⁾ L. de Camões, *Os Lusíadas*, Canto I, 2, Edição Nacional. Imprensa Nacional de Lisboa, 1970

⁽²⁷⁾ R. Almeida, *Dicionário Toponímico Ilustrado do Porto*. Unicepe, 2021

A homenagem que as cidades fazem ao fixarem certos nomes nas suas ruas deve-se, as mais das vezes, aos feitos que os homenageados alcançaram em vida. Aliás, tal como só tem direito a canonização quem já não está vivo, com a toponímia acontece o mesmo – os antrotopónimos morreram todos, sendo raríssimas as exceções. Podemos também compreender que as mortes súbitas, prematuras ou acidentais têm um efeito quase santificador. Os lamentos gerados, nessas ocasiões, produzem frequentemente uma reação, generalizada entre os conviventes, que resulta num perdão natural de más ações, sobrelevando as boas. É um facto! Uma pessoa que morre, afinal, não mais poderá fazer mal a ninguém. E, se essa pessoa teve uma vida mais ou menos íntegra, praticou mais ou menos o bem, as condolências passam sem dificuldade a elogios.

Os nomes que as cidades gravam nas paredes dos seus arruamentos representam, portanto, não só o reconhecimento da notoriedade, bondade ou excelência em vida mas são, também, a expressão da admiração relativa a topónimos que, não tendo demonstrado a plenitude das suas qualidades, as tinha certamente em potência.

No caso do Porto, identificámos topónimos que morreram antes de poderem demonstrar, sem razoáveis dúvidas, o quanto valiam e, ao mesmo tempo, outros, que mesmo morrendo tragicamente, já tinham reconhecimento público para “subirem” a essa condição.

Acidentes.

Assim, quanto a acidentes, temos os médicos Pedro Vitorino (1944) e Maurício Esteves Pereira Pinto (1975), bem como o autarca Nuno Pinheiro Torres (1969), vítimas de brutais acidentes de automóvel. Temos o Barão de Forrester (1861) que morreu num naufrágio no rio Douro e o estudante João Martins Branco (1931) que caiu de umas altas escadas no contexto de uma manifestação estudantil.

O aviador Sacadura Cabral e o seu cabo-artilheiro Pinto Correia (1924) desapareceram no ar e os ministros Adelino Amaro da Costa e Francisco Sá Carneiro (1980) pereceram nas chamas aquando da queda do avião em que seguiam.

Assassinatos.

Há, depois, um conjunto de topónimos que morreram de “morte matada”, por oposição a “morte morrida”. D. Carlos e o seu príncipe real Luís Filipe (1908) foram baleados num ato premonitório do fim da monarquia, mas a gadanha da morte voltou, pouco mais tarde, para apanhar o médico revolucionário Miguel Bombarda (1910) e ainda os ministros republicanos António Granjo e Carlos da Maia (1919), na chamada Noite Sangrenta. Já antes, Agos-

tinho José Freire (1836), militar, ministro várias vezes, par do reino e aliado de D. Pedro IV, fora abatido de surpresa por militares adversários no decurso da contrarrevolução conhecida por Belenzada. Vítima também de morte violenta foi António José da Silva (1739), queimado num auto-de-fé, acusado de ser judeu. Assassinados, depois de perseguidos por polícias políticas, foram os generais Gomes Freire (1817), quando reinava em Portugal o britânico Beresford, e Humberto Delgado (1965), quando era outro o ditador de serviço. Entretanto, “felizmente há luar”! A moda de assassinar pessoas parecia ter desaparecido nos nossos dias mas eis que, certo dia, uns vândalos decidiram torturar e eliminar a marginal Gisberta Salce Júnior (2006), aparentemente por mero ódio.

Mártires.

Em tempos mais recuados, em que os conflitos de base religiosas eram tão graves como agora parecem voltar a ser, houve figuras que foram classificadas como mártires – eis os topónimos que encontramos no Porto: Santa Catarina, Santa Luzia, São Bartolomeu, São Brás, São Crispim, São Dionísio, Beato Inácio de Azevedo, São João de Brito, São Sebastião, Santo Tirso, São Veríssimo, São Vicente, São Vítor – todos terão morrido seguros das suas convicções.

Suicídios.

Circunstâncias íntimas, doenças várias e condições sociais extremas levam, por vezes, ao suicídio – desfecho que alguns acham evitável, enquanto outros aceitam que pode ser atendível. Nunca saberemos as motivações últimas do socialista José Fontana (1876), do romancista Camilo Castelo Branco (1890), do poeta Antero de Quental (1891), do militar monárquico Mouzinho de Albuquerque (1902), do almirante republicano Cândido dos Reis (1910), do médico Manuel Laranjeira (1912) ou da poetisa Florbela Espanca (1930), para porem termo às suas vidas.

Guerras.

Nas guerras, é sabido, morre-se muito. Alguns combatentes morrem como heróis, outros como meras vítimas. Alguns heróis ficam na História, mesmo que a história possa ser lendária – vejam-se os casos de Gonçalo Nunes de Faria (1338), que defendeu o Castelo e o velho alcaide com a sua vida, e o de Duarte de Almeida (século XV), que foi alferes de D. Afonso V na Batalha de Toro e manteve erguida a sua bandeira mesmo sem mãos. Ficou também na memória coletiva, o que aconteceu a Martim Moniz (1147), atravessado numa porta em Lisboa, e a D. Fernando, o Infante Santo (1443), que se finaram nas guerras com a moirama. Também houve navegadores descobridores que não tiveram melhor sorte – foi o que aconteceu a Fernão de Ma-

galhões (1521), emboscado nas Filipinas antes de circunvalar o mundo, e a Cristóvão da Gama (1542), filho, irmão e sobrinho de outros Gamas, degolado na Etiópia. Na época em que os liberais e os absolutistas se digladiavam, numa Guerra Civil entre irmãos, falecia o coronel Pacheco (1833), ferido numa escaramuça com as tropas miguelistas na Areosa. Anos depois, houve ainda perdas de vidas em combate, como a do brigadeiro cartista, o Barão de S. Cosme (1837), durante a Revolta dos Marechais. Na Primeira Grande Guerra, houve incontáveis mortos portugueses e as paredes do Porto, além de recordarem, na Arca d'Água, a tragédia de La Lys (1918), registam a baixa do soldado Avelino Ribeiro (191?), em África, e a do capitão-tenente Carvalho de Araújo (1918), comandante de um caça-minas que enfrentou um submarino alemão. As guerras coloniais não ficaram de fora. Antes mesmo de se definirem como tal, os combates pela defesa do Império determinaram, entre outros, o abate do tenente Valadim (1890), que perdeu a cabeça num motim quando do içar da bandeira portuguesa algures em Moçambique, e do primeiro-tenente João Roby (1904), num confronto em Angola de que resultaram mais de duzentos mortos e desaparecidos. Já quanto à Guerra Colonial, iniciada em 1961, o Porto tem a rua dos Heróis e Mártires de Angola, a dos Heróis de Mucaba e a praça da Pedra Verde, e destaca a título individual a valentia do furriel Guilherme Dantas (1962), em Angola, e do capitão Pinheiro Torres de Meireles (1965), na Guiné.

Remate.

Este texto pode, por falha do seu autor, não incluir todos os topónimos portuenses falecidos tragicamente, mas não quer deixar de ser uma modesta homenagem a todos e à cidade que os recorda.

É esse mito da imortalidade, tantas vezes alimentado pelo jornalismo de escândalos, que, seguramente, tem influência na conflitualidade entre profissionais de saúde e doentes ou seus familiares. As ondas de indignação, boas para aumentar audiências, são, no final das contas, geradoras de sofrimentos em bola de neve. Contrariar este caminho é possível e faz falta à Saúde Pública. Reclamações traduzem conflitos. Conflitos também apontam para oportunidades de melhoria, mas, antes, podem e devem resolver-se com mediação.

Há um doente com cancro cuja progressão escapa às intervenções realizadas e que, depois de submetido a uma operação de emergência, se complica a ponto de necessitar de assistência em unidade de cuidados intensivos. As unidades estão lotadas e o doente acaba por falecer antes de conseguir ser admitido ou logo após essa admissão. Naturalmente que o assunto é notícia e, enquanto uns exigem explicações, outros apressam-se a lançar averiguações.

No meio de tão desagradáveis e tristes ocorrências, os telejornais exploram, até à exaustão, a exposição do sofrimento dos familiares. Os ouvintes, motivados pelo hábito, pelam-se por isso. Nada a fazer. As televisões não podem escapar à sua natureza – são como os lobos, comem as ovelhas mas não é por mal, é porque tem de ser. A desgraça alheia “vende”!

Os serviços da Saúde, pelo seu lado, tentam lavar a imagem e um “rigoroso inquérito”, logo anunciado, serve bem para atirar para mais tarde os esclarecimentos, os quais, afinal, raramente aparecem, já que a imprensa estará então mais interessada noutra facta, noutra escândalo, noutra desgraça. E assim, sucessivamente, sem cessar.

Ora, outra forma de também tratar estas questões pode ser a ativação, a nível local, de mecanismos de mediação. Talvez não seja fácil que aconteçam antes do caso chegar às televisões mas, pelo menos, podiam acontecer ao mesmo tempo. Imagine-se que os familiares do doente eram chamados, ao hospital, não para lhes explicarem as regras do sistema ou para os convencermos de que a morte é uma inevitabilidade quando surgem complicações. Seria possível uma entidade não implicada na assistência ao doente promover uma reunião entre os profissionais e os familiares, tendo por finalidade chegar a um ponto em que as partes percebessem melhor o que se passou?

É verdade que muitas incompreensões deixariam de existir se, antes, as posições dos profissionais de saúde e das instituições fossem propícias a que, naturalmente, os doentes e os familiares compreendessem os problemas que vão surgindo no decurso de um caso grave. É certo que alguns médicos se esquecem de expor e explicar, a tempo, o prognóstico de uma doença. É conhecido que o mito da imortalidade é alimentado por certos noticiários. É sabido que a decisão de suspender tratamentos fúteis e dedicar os esforços “apenas” a cuidados paliativos que controlem o sofrimento terminal é, além de difícil, frequentemente adiada. Outras vezes é mesmo suprimida pelo deslumbramento tecnológico – é quase um desafio a que alguns não resistem: até quando posso adiar a morte, qualquer que seja o custo? Claro que não

estou a falar de custos económicos (antes que alguém me acuse de defender o racionamento), refiro-me a sofrimentos como a dor e a angústia.

Contudo, mesmo com boa prevenção, nunca deixará de haver situações em que as partes necessitam de parar para pensar e tentar a mútua compreensão. É a hora de as comissões de ética locais se dedicarem a esta tarefa, com independência face às administrações. Não chega serem verificadores de conformidades quando se trata de estudos de investigação clínica. Não basta responderem a pedidos de parecer sobre documentos ou normas de atuação. As comissões de ética hão de, certamente, num futuro próximo, disponibilizar oportunidades de mediação bioética. Não se trata de as envolver em processos de averiguação ou apuramento de responsabilidades – para isso já há entidades que cheguem e algumas até são as primeiras a pedir inquéritos a outras. Não se trata de arbitrar decisões. A mediação bioética é uma forma de atenuar desencontros. E, felizmente, esse caminho está a fazer-se, caminhando. ●

TRÊS

Do sentido da vida

“Outro fator que tem contribuído para minha felicidade é ter um projeto de vida, que vou tentando cumprir, avaliar e adaptar. Chamo-lhe Plano Pessoal de Vida.” Alexandra Fernandes ⁽²⁸⁾

Para morrer basta estar vivo! – um truísmo para afirmar a inevitabilidade da morte, que a todos toca. Como escreveu Séneca, «O teu destino está traçado e fixo, e é conduzido pela poderosa e eterna lei da necessidade. Irás para onde todas as coisas vão. O mesmo aconteceu ao teu pai, à tua mãe, aos teus antepassados, a todos os que vieram antes de ti. Esta é uma sequência inquebrável, que nenhuma força pode mudar» ⁽²⁹⁾. Apesar de manifestamente inevitável, a morte ou a sua possibilidade é tema a que fugimos mais ou menos conscientemente. O uso de eufemismos – em vez de dizer que alguém morreu, dizemos que partiu, já não está entre nós, foi desta para lugar melhor! –

⁽²⁸⁾A. Fernandes e I. Branco, *Médicos de Família Felizes... porque não?* APMGF, 2019, p. 8

⁽²⁹⁾Séneca, *Manual de Instruções para a Morte*, Vasco Santos Editor, 2024, p. 46

reflete essa fuga. Ocasionalmente, talvez mais tarde do que cedo, assalta-nos a pergunta: a minha vida faz sentido? Se eu morrer amanhã, o que fica do que fiz?

Estas perguntas têm, pelo menos, dois ângulos de apreciação na vida de um clínico. Por um lado, são as dúvidas que qualquer um pode ter mais ou menos respondidas consoante o uso que faça do seu pensamento crítico. Por outro lado, elas também surgem quando lidamos com o que podem pensar os doentes que acompanhámos.

«Ter um objetivo na vida tem sido apontado de forma consistente como um indicador de envelhecimento saudável por várias razões, incluindo o seu potencial para reduzir o risco da [sua própria] mortalidade. [...] estes benefícios de longevidade não parecem estar condicionados nem à idade dos participantes, nem à duração da sua vida, nem ao facto de se terem reformado. Por outras palavras, ter um objetivo parece proteger amplamente contra o risco de mortalidade durante a idade adulta.», dizem Patrick Hill e Nicholas Turiano. ⁽³⁰⁾

Um profissional de saúde pode, livremente, ter convicções sobre a finalidade da sua vida, considerando que a sua atividade tem um propósito (manter-se atualizado, diagnosticar, prognosticar, tratar), mas também sobre a finitude da vida dos seus doentes – reconhecer o que não sabe, praticar empatia, acompanhar nos maus momentos, aceitar os propósitos de vida alheios. Como diz Desidério Murcho, *«O conceito central para a discussão do sentido da vida é o conceito de valor e não o conceito de direção ou destino»* ⁽³¹⁾ ou, como afirma noutro contexto, é a procura da eudemonia (a vida plenamente reali-

⁽³⁰⁾ P.L. Hill e N.A. Turiano, *Purpose in Life as a Predictor of Mortality across Adulthood*^{xii}. Psychol Sci. 2014 May 8;25(7):1482–1486

⁽³¹⁾ D. Murcho, *Direção e sentido, Deus e evolução. Crítica na Rede*^{xiii}

zada, própria dos humanos), é a ponderação, a tomada de decisões e a atuação com base nessa ponderação.

Vale a pena!

revista SINAPSE, maio/2018



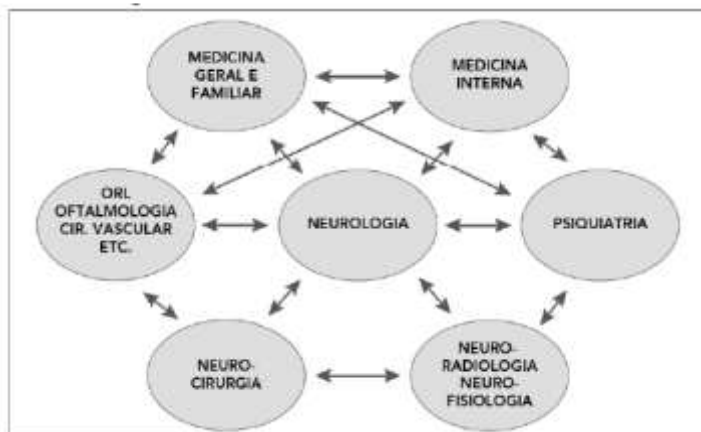
Breve reflexão, em forma de carta aberta, sobre um percurso profissional e o modo como a Neurologia pode ser vista por dentro. Tentativa de testemunhar aos jovens neurologistas o quanto pode ser importante saber lidar com o prognóstico e ter sempre presente que o doente é algo mais do que um caso clínico.

Car@s jovens neurologistas,

Convidaram-me a escrever um texto para a Sinapse sobre tema de minha escolha. Fiquei contente pois desde há uns tempos cirandavam pelas minhas circunvoluções umas ideias difusas que precisava cerzir.

Dei os primeiros passos na Neurologia do Hospital de Santo António, Porto, no remoto ano de 1972, ingressando em 1975 no Internato Complementar, depois de regressar do difícil período de dois anos na guerra em Angola. Como neurologista autónomo a partir de 1979, passei por vários hospitais e exerci clínica privada durante 25 anos. Não segui uma carreira típica do meu tempo, não me deixei atrair por projetos académicos e, tendo feito vários concursos públicos, terminei como chefe de serviço, conseguindo escapar a cargos de direção hospitalar. Quando, nos três anos anteriores a me aposentar, me dediquei a fundo a tratar de questões de deveres e direitos, dei por mim a perceber que afinal devia ter começado por aí.

O aspeto que mais me impressionou no início foi o de ter ficado convencido que a Neurologia estava no centro do mundo. A figura esquemática que construí e onde me situava era tão real que bastava para responder ufano aos comentários que menosprezavam a nossa especialidade por se limitar a fazer diagnósticos.



É verdade que outros poderiam construir esquemas similares mas a centralidade da Neurologia era tão óbvia que não merecia ser posta em causa. Trabalhando vários anos como neurologista único de um hospital geral, aprendi, à custa de muito calcorrear, que todos pareciam precisar, “já agora”, da

minha opinião. O exercício diário de tentar ligar sinais e sintomas a lesões neurológicas, localizá-las topograficamente e caracterizá-las quanto à natureza era tudo quanto tinha de fazer e era muito.

Vejo, agora, à distância dos tempos, que outras coisas me passavam ao lado, originando uma ou duas noites mal dormidas mas pouco mais. Recordo ainda no decorrer do Internato, o caso de uma menina de 12 anos que me revelou, queixosa, que era abusada por um familiar próximo. Concluímos que era possível fazer um diagnóstico. Os desmaios que tinham justificado o pedido de consulta não eram, não eram mesmo, de origem epilética. Estava feito o diagnóstico, não nos cabia, não nos ocorreu fazer algo mais. Os tempos eram outros – não havia a obrigação de denunciar um crime? Não se falava nessas coisas. Não sei o que aconteceu à menina.

Muito rapidamente, apercebi-me de que o paradigma de especialidade dos diagnósticos, que nada tinha para tratar, era falso. É certo que poucas são as situações de verdadeira cura, mas a terapêutica neurológica deu saltos de gigante a partir dos anos 80 do século XX. Contudo, estou em crer que a maioria dos neurologistas desses tempos (e talvez também do século XXI) pouco ou nada se preocupava com aspetos que, hoje em dia, são cruciais no cuidar.

Recordo vários doentes que segui com tumores cerebrais inoperáveis e que, não consigo saber como nem quando, desapareceram do meu radar. Não sei o que aconteceu. A dada altura, era como se não tivesse mais nada para fazer e a fase terminal das suas vidas ocorria noutros locais e com outros médicos. Os tempos eram outros – não se falava em cuidados paliativos. Julgo saber que mesmo atualmente há ainda a tendência para pensar que os cuidados paliativos só se prestam em unidades especializadas.

Deixei de exercer clínica há cerca de 14 anos [2005], seguro de que a retirada tardia era um risco que não queria correr e receoso de que a retirada precoce me fosse penosa. Felizmente, penso que evitei o risco e não sofri as dores que alguns referem.

Dirijo este texto aos jovens neurologistas não com a pretensão de descrever um percurso exemplar. Move-me a vontade de demonstrar o quanto Abel Salazar estava certo: o médico que só sabe Medicina, nem Medicina sabe. Ou, melhor, a Medicina não é só diagnosticar e tratar para a cura. Tão pouco é só evitar ou atrasar a morte. Desde há muitos anos me apercebi – como certamente todos quantos me estão a ler – de que a parte mais nobre e influente do clinicar é a do prognóstico.

A pergunta mais dramática que nos fazem não é “o que tenho?” – é “o que me vai acontecer?”

Ora, para os casos de prognóstico reservado ou fatal, espero bem que as novas gerações tenham formação sobre modos de agir – coisa que não tive.

Falta-me autoridade moral e académica para dar lições sobre estes assuntos. Gostei muito de estudar questões éticas do exercício profissional mas só muito tarde comprei o livro de James L. Bernat, “*Ethical issues in Neurology*” (Butterworth Heinmann, 1994; Lippincott Williams & Wilkins, 3.^a ed, 2008), cujo índice é bem demonstrativo da sua importância.

Fiz parte de várias comissões de ética mas reconheço que não consegui que deixassem o papel passivo reativo – continuam silenciosas e ignoradas, apesar das muitas horas despendidas pelos seus membros. Pela minha parte, contabilizo uma boa dose de reflexão sobre estes temas mas continuo a surpreender-me com palavras que leio e gostaria de ter escrito. É o caso do que escreveu Desidério Murcho, filósofo português radicado no Brasil: «Assim, não há boas razões para aceitar o subjetivismo quanto ao sentido da vida.

Uma vida com sentido não é apenas uma vida subjetivamente realizada; nem é apenas uma vida valorizada pela comunidade. Uma vida com sentido é uma vida ativamente empenhada em valores objetivos. Mas estes valores são-nos familiares: são os valores estéticos, éticos e cognitivos.»⁽³²⁾

Mas, de facto, o que gostava de vos dizer era que acredito sinceramente que o curso da História tem um sentido positivo. E que, porque isso se aplica à Medicina e à Neurologia em especial, tenho a certeza de que, quando chegarem ao final das vossas carreiras, ireis ver como as coisas mudaram e ainda bem. É só estar atento e fazer por isso. Vale a pena! ●

The Theory and Practice of Clinical Ethics

1. Ethical Theory
2. Ethical Practice
3. Professional Ethics
4. Clinical Ethics and the Law
5. The Hospital Ethics Committee and the Ethics Consultant

Termination of Medical Treatment for Incompetent Patients

1. Brain Death
2. The Persistent Vegetative State and others States of Profound Brain Damage
3. Neurologically Defective Neonates

Ethical Issues in Neurological Syndromes

1. States of Profound Paralysis with Intact Cognition
2. Dementia
3. Mental Retardation
4. Neurogenetic Diseases
5. Acquired Immunodeficiency Syndrome

Other Clinical-Ethical Issues

1. Physician-Assisted Suicide and Voluntary Active Euthanasia
2. Medical Futility

In “*Ethical Issues in Neurology*”, 1994

⁽³²⁾ D. Murcho, *Pensar Outra Vez*. Quasi Edições, 2005, p. 39

QUATRO

Do medo da morte na guerra

“Mas eu, desde que ando nesta aventura, o que tenho, sobretudo, de ter, é paciência. Uma paciência de Job. E uma certa indiferença pelo que me possa acontecer. De nada serve preocupar-me comigo, porque me não ajuda. Faltam 556 dias para isto acabar, o que é uma infinidade.” António Lobo Antunes ⁽³³⁾

Muitos foram os portugueses que decidiram emigrar para evitar o serviço militar obrigatório e, em especial, a sua participação na guerra colonial. Razões políticas, certamente em muitos casos. Medo da guerra, seguramente. No início da vida autónoma, quando se começa a criar um núcleo familiar, quando nasce o primeiro filho, enfrentar um cenário de guerra, em que a hipótese de uma morte violenta não pode ser ignorada, faz com que a decisão final tenha pouco de racional. Pensar em morrer na pujança da vida conduz, muitas vezes, a um inexplicável fenómeno de negação da realidade.

*Descontar **

in “**Contos de Guerra, Curso Médico 1964/1970**”
Ed. 5Livros.pt, 2020



Então ela virou-se para ele e disse-lhe assim:

– *Paludismo?! Agora é tudo paludismo!*

E era. As dores começaram nas pernas de repente e passado pouco tempo estavam por todo o lado, as tremuras eram muitas, não sabia se aquilo era frio ou calor. Durou um par de dias mas o pior de tudo foi a perda de apetite que se instalou. Nunca lhe tinha acontecido! Perder completamente a vontade de comer. Aprendera o termo ‘anorexia’ mas nunca imaginara o que significava senti-la. Felizmente nunca mais teve febres como aquelas e o apetite logo regressou, até hoje.

O filho de 2 anos viria a sofrer meses depois também uma crise palúdica e até teve uma convulsão na subida da febre. Além do susto, serviu para

⁽³³⁾ A. Lobo Antunes, *D'este viver aqui neste papel descripto - cartas da guerra (1971-73)*. M.J. Lobo Antunes e J. Lobo Antunes (org). D. Quixote, 2005, p. 221

“inventar” a teoria de que aquela convulsão espremeu o baço e os plasmódios, apanhados na corrente pelo medicamento injetado, foram todos eliminados pois não se verificaram depois as recaídas que davam pelo nome de febres tercãs ou quartãs.

O risco maior daquelas paragens era pois o de ter febres – maior em termos de probabilidades – mas o mais temido era apanhar um tiro ou pisar uma mina quando havia deslocções por picadas entre vegetação cerrada. Por isso a ordem era de não facilitar. A estadia durante o primeiro ano no noroeste, zona de guerra, saltando cada mês de aquartelamento em aquartelamento, para substituir colegas nas suas férias, levou a que, nesse período, não firmasse amizades. Em cada mês, travava conhecimento com novos oficiais e comandantes, novos enfermeiros e maqueiros.

Certa vez, precisamente em Nambuanguo, depois de espantar o tenente-coronel por não saber jogar *bridge* (nem o querer aprender), recebeu a missão de ir visitar na manhã seguinte, bem cedo, um pelotão destacado a cerca de 10 km. Seriam 6 horas quando foi acordado com gritos para que se reunisse de imediato a coluna militar que estava previsto sair mais tarde. Era preciso ir socorrer uma outra coluna que fora atacada junto ao morro do Mata-Alferes. No seu imaginário, a palavra Nambuanguo já prenunciava que estar ali podia acabar mal. Lembrava-se de ler, ainda na Faculdade, cópias datilografadas da Trova do Vento que Passa, de Manuel Alegre.

Nambuanguo Meu Amor

*Em Nambuanguo tu não viste nada
não viste nada nesse dia longo longo
a cabeça cortada / e a flor bombardeada
não tu não viste nada em Nambuanguo*

Seria o seu batismo de fogo? A coluna de viaturas todo-o-terreno seguia à velocidade estonteante de uns 30 à hora – os sulcos cavados na picada não davam para mais. É desta?

À chegada ao local, veem-se vários militares apeados que discutem, uns riem-se, outros insultam-se. Falso alarme! Só depois de muita discussão, todos reconhecem que tinha havido uma troca de tiros entre tropas portuguesas, desencadeada por um militar ter disparado uma rajada dirigida apenas às árvores do Morro. Outros, mais adiantados, pensaram estar a ser atacados e desatou um tiroteio que só acabou quando as munições começaram a rarear e alguém conseguiu gritar mais alto um cessar-fogo. Não houve feridos, tão-pouco houve emboscada, mas o medo de não regressar acentuou-se.

*Em Nambuanguo a gente pensa que não volta
cada carta é um adeus em cada carta se morre
cada carta é um silêncio e uma revolta.*

Em Lisboa na mesma isto é a vida corre.

E em Nambuangongo a gente pensa que não volta. ⁽³⁴⁾

Um ou dois meses antes, num aquartelamento cujo nome não foi cantado por poetas e esqueceu, tivera de fazer duas autópsias a militares apanhados na crista de uma colina, num ataque inesperado, mas a memória desse dia triste fora esmagada pela extrema ansiedade que ali viveria noutras circunstâncias. No dia da chegada, o comandante convidara para o almoço o velho administrador colonial e o seu adjunto que estava a preparar-se para lhe suceder no posto. Ambos tinham consigo as mulheres e a mais nova estava grávida com volume indicador de aproximação do fim de tempo. Todos estavam convencidos de que a criança nasceria em Luanda dado que a viagem estava programada para breve. Só que a criança não quis esperar e, certa manhã, foi obrigado a acompanhar o próximo papá num jipe que voava mais depressa que a coluna militar que devia escoltá-los até junto da parturiente. O parto lá se fez, muito contribuindo para o sucesso a serenidade da “administradora” mais velha. Feito o seu primeiro e único parto, com episiotomia e tudo, o regresso ao quartel foi adiado. Na pequena povoação desabitada, onde só viviam os administradores e havia uma pequena força militar destacada, a tarde e a noite passaram-se a ver jogos de cartas. Percebi que jogavam a dinheiro mas usavam vales escritos à mão em pedaços de papel e, se uns estavam a ganhar muito, outros estariam a perder outro tanto. As partidas sucediam-se sem pausas e parecia terem começado há várias semanas. Quando, a meio da noite, procurou verificar se a jovem mamã estaria bem e conseguiu convencer um sargento para o acompanhar, o silêncio da caminhada até à casa onde decorrera o parto, apenas quebrado por ruídos estranhos vindos do mato, agudizava a ansiedade. Terá havido alguma hemorragia? Estará bem? Sim, estavam bem – mãe radiosa, filha serena e pai exausto perguntavam, cada um à sua maneira, por que razões lhes interromperam os seus sonos. No dia seguinte, lá foram todos de avião para Luanda e nunca mais teve notícias deles. A miúda já deve ter 42 anos!

As viagens, que de cada localidade se faziam para visita médica às tropas estacionadas nas redondezas, eram feitas em pequenos aviões que também levavam correio e alguns frescos. Os Austers (conhecidos por teco-tecos) eram os mais pequenos dos pequenos. Andavam aos pares, diziam que era assim pois se um caísse o outro ficava a saber o local da queda – muito animadora esta explicação. Os pilotos gostavam muito de passageiros novatos...

– Vrrruuum! Vrrruuum! *Olhe, as mãos ficam molhadas de gasolina, é por isso que não nos deixam fumar*, disse ele com uma ponta de cigarro apagada no canto

⁽³⁴⁾ M. Alegre, *Praça da Canção*, edição definitiva. D. Quixote, 2005, pp. 105-106

da boca. *O motor não vai pegar! Vrrruuum! Vrrruuum! Vrrruuum! Lá vai ele!* Aproximava-se o fim da pista pedregosa... *olha, tem um murete lá ao fundo!* Vrrruuum! *Levantou!*

– *Ó doutor, ‘tava a ver que não conseguia!*

Os Dorniers eram também pequenos aviões mas tinham carcaça metálica, não eram de lona como os teco-tecos. Tinham piloto e copiloto. Faziam distâncias maiores e transportavam feridos para Luanda. Naquele tempo, a guerra estava num impasse. Os combates eram raros. As emboscadas tinham diminuído. As cidades estavam mais ou menos tranquilas. As matas eram “deles”. Fala-se que na Guiné a coisa está mais feia – há mísseis terra-ar que são transportados ao ombro por um só homem e já caíram alguns aviões.

É por isso que, quando há uma viagem do interior para a capital, o avião segue para ocidente até ao mar e depois segue a costa até Luanda – o mínimo de permanência sobre a terra para evitar os tais temidos mísseis.

Numa evacuação por fratura do úmero – dizia-se que havia mais feridos por acidentes com viaturas do que ferimentos de guerra – o jovem soldado tinha o seu braço muito bem imobilizado com múltiplas ligaduras que o mantinha solidário com um triângulo de tábuas. A tábua vertical estava enfaixada ao tronco e a oblíqua obrigava o braço a estar esticado e erguido com a mão um pouco mais alta do que o ombro, como mandava a figurinha do manual de primeiros socorros da Segunda Grande Guerra.

O Dornier voava suave embora ruidosamente em direção ao mar. Ao avistá-lo o médico levanta-se e metendo a cabeça entre as cabeças dos pilotos diz:

– *Isto é um assalto! Vira para Lisboa!*

O piloto não hesitou um segundo. Deslocou a *manette* de condução bruscamente para direita e para esquerda. O engraçadinho bateu com a cabeça duas vezes na dureza da carlinga e o pobre do soldado, com o repelão, desconjuntou tudo, vendo-se envolto em ligaduras lassas. O úmero, que vinha alinhado, desalinhou-se e soldado gritava de dores. O aviãozinho estabilizou, rumou rapidamente ao seu destino e ele, arrependidíssimo, procurava manter o braço partido na posição, amparando-o com as suas mãos, até o entregar à ambulância que os esperava no aeroporto. Nunca mais soube do soldado. Já deve ter mais de 60 anos.

Após um ano de zona quente, os médicos eram colocados, usualmente, em cidades mas, no seu caso, saiu-lhe uma rua no meio de Angola. Nova Gaia terá sido próspera noutros tempos pois tinha, no máximo, uma vintena de casas que ladeavam a estrada para a distante terra dos diamantes – a Diamang, uma espécie de Estado dentro Estado. Naquele ano de 1974, contudo, apenas viviam em Nova Gaia, além de uma companhia militar (cerca de 120

homens), um administrador e dois fazendeiros (que também tinham uma loja topa-a-tudo).

Havia paz, embora não fosse seguro ir para fora do perímetro da povoação, e foi possível ter a companhia da mulher e do filho. O capitão miliciano também tinha consigo a mulher e um filho. A vida corria sem novidades apesar de alguns desaguizados próprios de se estar confinado. Um alferes, cujo nome se perdeu, também tinha a companhia de sua mulher. Tinham ambos personalidades estranhas, davam-se pouco ao convívio e eram atreitos a conflitos. Nunca mais soube dele. Há de ter a sua idade, passe bem!

Os outros oficiais ficaram amigos.

Até que em abril, dia 27, chega a notícia surpreendente! Passava-se algo na *Metrópole*. Um golpe de Estado conduzido por militares! A incredulidade e a dúvida logo compensadas pela alegria e pela esperança. Caiu o regime! Depois dos militares, seguiu-se o levantamento popular e a emergência das forças políticas organizadas – era o rumar à liberdade e à democracia. A transformação, seguida à distância na rádio e com enorme atraso na leitura dos jornais – não havia telemóveis – provoca uma súbita politização e uma brusca compreensão dos valores em causa.

Como que caída do nada, a pergunta bateu então com mais força: que estava ali a fazer? Os três meses de Mafra tinham sido os piores da sua vida. Pedira, sem êxito, aos seus pais que não assistissem ao juramento de bandeira. Não ter proferido as palavras sacramentais não chegou para atenuar a repulsa que durou meses. Aceitar cumprir o serviço militar e ser mobilizado para o Ultramar fora uma decisão difícil depois de muitas hesitações. A alternativa era partir para o estrangeiro e recusar ativamente colaborar com uma guerra injusta. Muitos o fizeram. Porque não o fez? A noção de que não ia combater, não usaria armas, mas apenas exercer a sua profissão junto dos militares e das populações autóctones, confrontava-se com o sentimento de que ser militar era, só por si, uma derrota pessoal. Ir à guerra era ser covarde! Que contradição! A fragilidade das suas convicções políticas, o nunca ter aderido, até então, a quaisquer grupos políticos e, afinal, a aparente generalizada aprovação social do cumprimento do serviço militar, contribuíram para o adormecimento das dúvidas durante o primeiro ano de estadia em Angola. De repente, tudo mudou! Acabou a guerra! Viva!

Apesar de nunca ter conhecido qualquer deles, nunca viverá tempo suficiente para agradecer aos Capitães de Abril. Aqueles dois anos são para des-
contar. ●

CINCO

Da morte na clínica

“Não sinto necessidade de falar da morte. A morte é tão segura, tão definitiva, tão complementar da vida. [...] A morte é o fim da vida, acabou. [...] viver é que é muito difícil.” Maria de Sousa ⁽³⁵⁾

Podemos dizer, sem errar, que o debate público sobre a “morte medicamente assistida” foi amplo e possibilitou que quem quisesse falar o fizesse sem limitações de qualquer ordem. Esgotada a fase de debate, parece justo realçar algumas questões subjacentes a esse debate.

Uma questão de tradução – há recurso a falsos cognatos, utilizando palavras que parecem ser semelhantes em duas línguas diferentes, mas têm significados distintos. À semelhança de *pretend* por vezes traduzido como *pretender* quando é *fingir*; *question* constantemente dito como *questão* quando é *pergunta*; *realise* que não é *realizar* mas antes *aperceber-se*; *support* que aparece como *suportar* quando é *apoiar*; ou *evidence* que não é *evidência* mas *prova*; ou *assist* que todos traduzem como *assistir* quando é *ajudar*. Desfeitos estes equívocos, atenuam-se alguns pretensos argumentos, como por exemplo o de dizer que “assistir” à morte é algo passivo...

Uma questão semântica – o uso de eufemismos é bilateral e não contribui para a clarificação. A confusão surge no uso de certos termos “eutanásia” / “suicídio”, “deixar morrer” / “matar”.

Uma questão religiosa – O argumento religioso pode ser visto como um argumento de autoridade – a aplicação de um mandamento. “Não matarás!”. Podendo contrapor-se que mesmo este mandamento tem exceções (guerra, legítima defesa, pena de morte), cabe dizer que num Estado laico em vez de

⁽³⁵⁾ A. Mota Ribeiro, *Este Ser e Não Ser, cinco conversas com Maria de Sousa*. Clube do Autor, 2016, pp. 128-129

invocarmos a “santidade da vida” (“o que Deus dá o Homem não pode tirar”, “o sofrimento purifica”), mais certo é abordar o princípio constitucional da inviolabilidade da vida face a “um direito a não viver ou um direito de escolha sobre continuar ou não a viver”.

Uma questão moral – Qual a diferença moral entre “deixar morrer, suspendendo tratamentos que prolongam a vida e o sofrimento” e “antecipar a morte, administrando medicação que encurta a vida”? Salvo uma atitude ser passiva e outra ser ativa, não se vislumbra a razão moral para aceitar a primeira e condenar a segunda. Afinal, em nenhum caso se está *Playing God* (exercer poderes de decisão, intervenção ou controlo metaforicamente reservados a Deus). Por que razão achamos lícito administrar medicação sedativa e analgésica para alívio sintomático ainda que isso antecipe o desfecho (duplo efeito)? A diferença está, diz-se, na intenção – falta saber como se mede a intenção.

Uma questão ética – O “Manifesto em defesa da morte assistida” ⁽³⁶⁾, assinado por dezenas de profissionais e figuras públicas em 2016, parte do

⁽³⁶⁾ “Somos profissionais de saúde, vivemos de perto o sofrimento dos doentes que, mesmo não tendo cura, esperam de nós os melhores cuidados. Nunca os abandonamos. Demasiadas vezes nos sentimos frustrados pela impossibilidade de aliviar de forma satisfatória a sua agonia, homens e mulheres sem qualquer esperança de vida, à espera de que a morte ponha termo ao seu martírio. Recusamos manter ou iniciar tratamentos inúteis e sabemos as situações em que a boa prática é deixar morrer. Conhecemos as vantagens dos cuidados paliativos mas, também, os seus limites. E conhecemos, ainda, as situações em que respeitar a vontade do doente e o seu direito constitucional à autodeterminação significariam aceitar e praticar a antecipação da sua morte, não fosse a lei considerar como crime essa atitude exclusivamente movida pela compaixão humanitária. Associamo-nos ao movimento em curso na sociedade portuguesa que defende a despenalização da morte assistida e apelamos à aprovação de uma lei que defina com rigor as condições em que ela possa vir a verificar-se sem penalização dos profissionais. Uma lei que não obrigue ninguém, seja doente ou profissional, mas que permita a cada um encarar o final da vida de acordo com os seus valores e padrões e, ao mesmo tempo, atribua aos profissionais de saúde novas condições para melhor respeitarem a vontade dos seus doentes.”

reconhecimento de que a eutanásia, enquanto “boa-morte”, pode ter quatro faces:

a) respeitar o “deixem-me morrer!” (lícito à luz do Código Deontológico da OM ⁽³⁷⁾): quando a pessoa doente, legitimamente e em consciência, recusa certos tratamentos e a equipa de cuidados de saúde aceita suspendê-los, mesmo sabendo que daí resultará inexoravelmente a morte, desde que mantenha o possível controlo de sintomas e aplique boas medidas paliativas. Pode designar-se como eutanásia passiva voluntária;

b) decidir suspender futilidades (igualmente lícito no Código Deontológico da OM): quando a equipa de cuidados entende que quaisquer atos praticados são fúteis – contrariam os princípios da beneficência e da não-maleficência, acrescentam sofrimento – e passa a adotar medidas paliativas. Pode designar-se como eutanásia passiva involuntária (ou, melhor, não-voluntária);

c) matar por compaixão, mesmo que a pessoa não o peça (punível pelo Código Penal com prisão). Pode designar-se como eutanásia ativa involuntária (ou não-voluntária) e equivale legalmente a homicídio;

d) atender ao pedido “ajudem-me a morrer!” (ainda punível pelo Código Penal com prisão, é o objeto da lei já aprovada, mas não em vigor à data em que estas palavras são escritas): quando a equipa, em certas e precisas condi-

São proponentes deste Apelo: A. Araújo (médico), A. Beja (enfermeiro), A. Beleza (médico), A. Campos (médica), A. Frade (médico), A. Lopera (enfermeira), A. Marona Beja (enfermeiro), A. Matos Pires (médica), B. Maia (médico), E. Abelho (enfermeira), F. George (médico), G. Couto (médico), G. Simões (enfermeira), J. A. Carvalho Teixeira (médico), J. C. Gama Macedo (enfermeiro), J. Espírito Santo (médico), J. M. Boavida (médico), J. Machado Caetano (médico), J. Machado Vaz (médico), J. Reis Leitão (enfermeira), J. Semedo (médico), J. Sequeiros (médico), J. Torgal (médico), M. Sobrinho Simões (médico), N. Miguel Pinto (enfermeiro), O. Cunha (médico), P. Ponce (médico), R. Almeida (médico)

⁽³⁷⁾ Regulamento n.º 707/2016 Regulamento de Deontologia Médica^{xiv}

ções, a pedido repetido da pessoa, administra medicação letal (eutanásia ativa voluntária ou morte medicamente “assistida”) ou disponibiliza medicação para a pessoa livremente ingerir (suicídio assistido).

Como diz o autor de *Ser Mortal*, o médico Atul Gawande: «Este debate – sobre qual o melhor equilíbrio entre a inviolabilidade da vida humana e o princípio da autonomia – atrai enorme atenção do público. Contudo, o objetivo principal que quase toda a gente quer da medicina não é ter uma boa morte mas antes ter uma boa vida, se possível até ao seu fim.» ⁽³⁸⁾

Sim, na maior parte das vezes, os cuidados paliativos administrados atempada e carinhosamente, como acontece já em alguns locais em Portugal, chegam para acompanhar compassiva e eficazmente a morte de quem sofre de doença terminal incurável.

E, sim, a suspensão de tratamentos inúteis é assumida por alguns médicos e equipas de cuidados como uma boa prática, mesmo contra a vontade de algumas famílias que por vezes são tão obstinadas como alguns profissionais de saúde.

Sim, também, entre nós já se pratica, com cobertura legal (Lei n.º 31/2018), a sedação (mais ou menos profunda, mais ou menos contínua), acompanhada de analgesia, como forma de aliviar o sofrimento na fase final da doença incurável.

Temos, portanto, de reconhecer que é possível, na maioria das vezes, ter uma morte medicamente ajudada sem que haja, primariamente, uma intenção de matar.

⁽³⁸⁾ A. Gawande, *Quantity and Quality of Life, Duties of Care in Life-Limiting Illness*. JAMA. 2016;315(3):267-269. doi:10.1001/jama.2015.19206

Temos, também, de admitir que há situações excepcionais em que o pedido de administração de doses crescentes dificilmente pode ser recusado.

Há sustentação ética em assim agir? Eis o que procuro defender.

1. Se considerarmos apenas que agir bem é fazer o que melhor promove os nossos próprios interesses, julgo evidente que não conseguimos justificar essa ação. O egoísmo ético não nos serve.

2. Se se considerar que agir bem é procurar o melhor para o maior número de pessoas, talvez possamos ponderar aplicar esta regra do utilitarismo mas a formulação kantiana da sustentação ética de uma ação parece mais adequada: o nosso dever é seguir regras que estaríamos na disposição de ver seguidas por todas as pessoas em todas as circunstâncias.

3. Pode também afirmar-se, com propriedade, que a coisa certa é seguir as regras que as pessoas racionais e com interesse próprio acordem estabelecer para benefício mútuo.

4. Há quem (em vez de opções deontológicas, de seguir deveres estabelecidos em regras) prefira avaliar a eticidade de uma ação confrontando-a com uma grelha de virtudes. Ou seja, é mais ética a ação que se ajuste ao maior número de virtudes. Creio, sinceramente, que a ação excepcional de que estamos a falar pode bem ser vista como benevolente, compassiva, cooperante, cortês, corajosa, conscienciosa, generosa, justa, sensata.

Consequentemente, a morte medicamente ajudada, se envolver a título excepcional a administração de fármacos que intencionalmente encurtem uma vida na sua fase final, a pedido instantâneo, premente, racional e livre, de um doente afetado por doença incurável que inevitavelmente vai falecer a curto prazo, pode ter sustentação ética, depois de esgotadas todas as medidas paliativas, incluindo a sedação e a analgesia.

Resta debater se, legitimado o pedido, é eticamente sustentável satisfazê-lo. Ou, por outras palavras, não se trata de debater a liberdade de alguém querer levianamente pôr termo à sua vida ou de alguém resolver matar um inocente. Do que estamos a falar é de pessoas que estão prestes a, inevitavelmente, morrer e de encontrar formas de evitar sofrimentos inúteis. ⁽³⁹⁾

Uma questão legal – O Tribunal Constitucional, sobre esta questão, pronunciou-se mais do que uma vez: “No Acórdão n.º 123/2021, o Tribunal Constitucional, não obstante ter repudiado a hipótese de o direito à vida comportar a dimensão negativa de *«um direito a morrer ou a ser morto (por um terceiro ou com o apoio da autoridade pública), um direito a não viver ou um direito de escolha sobre continuar ou não a viver»*, admitiu a possibilidade de o direito a uma morte autodeterminada constituir um corolário *«da liberdade de cada um se autodeterminar em função do seu projeto pessoal de vida, impondo um limite ao próprio dever estadual de proteção da vida decorrente do artigo 24.º»*. [...] o Tribunal esclareceu que a decisão de uma pessoa pôr termo à vida releva naturalmente do seu âmbito de proteção.” ⁽⁴⁰⁾

Acresce que todas as versões legislativas produzidas contêm múltiplas confirmações e salvaguardas, designadamente quanto à objeção de consciência de potenciais intervenientes.

Uma questão deontológica – Se, de facto, o código deontológico atualmente em vigor, condena a eutanásia, como aliás a distanásia, não podemos escamotear que também o mesmo código condenava a interrupção voluntária da gravidez (IVG) em qualquer circunstância e depois se adaptou à legislação que a permite em certas condições.

⁽³⁹⁾ T. Quill *et al.* Responding to Patients Requesting Physician-Assisted Death Physician Involvement at the Very End of Life^{xv}. *JAMA*, 2016 Vol. 315, Nr 3

⁽⁴⁰⁾ Tribunal Constitucional - Acórdão N.º 307/2025^{xvi}

Uma questão de poder – O poder médico sente-se ameaçado! É verdade que há também uma “questão de poder” por parte da pessoa sofredora – é o caso da autonomia / autodeterminação para decidir sobre o termo da sua vida. Quem manda no seu corpo? Quem decide o que quer? As diretivas antecipadas de vontade (testamento vital/procurador de cuidados de saúde) “só” se aplicam para manifestações de dissentimento – e já é um grande avanço civilizacional – mas a lei da “morte assistida” exige, e bem, uma manifestação atual e presencial.

O poder médico resiste – não é por mal, está na sua natureza. Foi assim com a IVG. É, em muitos casos, assim na atualidade quando se fala por exemplo da autonomia técnica de outros profissionais de saúde. É por isso que, coletiva e inconscientemente, o poder médico aceita que seja ele a decidir sem reservas morais que deve parar, mas não aceita que seja o próprio doente a determinar o momento do “basta”.

Uma questão política – Esta é a questão mais decisiva. A aprovação pela Assembleia da República da Lei n.º 22/2023^(*) (Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal) não teve seguimento – por um lado devido a não ter sido regulamentada, por outro porque suscitou reservas constitucionais ainda que pontuais. Acresce que se verificou uma substancial mudança na composição numérica dos grupos parlamentares. Aparentemente, as forças tectónicas que subjazem à formação de maiorias são talvez mais difíceis de prever do que os sismos, mas é bem possível acreditar que o sentido da história caminha sempre, com avanços e recuos, para ganhos civilizacionais positivos – a formação antes não-imaginável de uma maioria presidencial contrária a populismos retrógrados é disso exemplo. Conseguir uma formulação que, de novo, consiga um apoio maioritário, não é, à partida, uma impossibilidade. Ocorre pensar no

termo muitas vezes usado noutros contextos: “real politik”. É tempo de incorporar conceitos que o legislador não contemplou, ouvindo, entre outras fontes, a opinião de internistas ⁽⁴¹⁾, fundando-se em provas científicas e atendendo às novas objeções de tipo constitucional. Importa que a revisão da Lei reforce a excecionalidade do pedido de antecipação da morte e as garantias de terem sido esgotados os meios de controlo de sintomas, como seja a sedação paliativa e a meticulosa elaboração de planos integrados de cuidados de saúde. A iminência de aprovação de leis similares em países próximos das nossas raízes culturais há de ser também inspiradora. O caminho para uma legislação que permita finalmente que raros casos de vontade inabalável antecipem ativamente um desfecho não está fechado. O impasse atual pode ser desbloqueado sem que haja forças políticas que se sintam derrotadas ou vitoriosas.

Tirem-nas da gaveta!

jornal PÚBLICO, 26/08/2024



1. Recebi uma mensagem de correio eletrónico do RENTEV (Registo Nacional de Testamento Vital) a recordar-me que o meu testamento vital caduca em breve e que posso renová-lo, pois foi feito há 5 anos.

Tenciono fazê-lo no prazo indicado pois continuo convicto de que esse instrumento legal pode ser muito útil se e quando me encontrar em situação de não conseguir manifestar as minhas vontades no final de vida.

As Diretivas Antecipadas de Vontade (Lei n.º 25/2012^{b)}), mais conhecidas por ‘testamento vital’, incluem a afirmação dessas vontades e ou a indicação de um ‘procurador de cuidados de saúde’, o qual tem «poderes representativos para decidir sobre os cuidados de saúde a receber, ou a não receber, pelo outorgante, quando este se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente».

Continua a ser estranho que, quem de direito, ignore os repetidos apelos para um amplo lançamento de ações explicativas que permitam que muitos conheçam e recorram a estas formas de resolver questões tão sensíveis.

⁽⁴¹⁾ A.H. Carneiro *et al.*, Morte Provocada a Pedido do Próprio, Opinião de Sócios da SPMI^{xvii}, Revista da Soc. Port. de Medicina Interna, Vol.30, N.º2, Abr/Jun 2023

Uma tal campanha parece estar esquecida numa qualquer gaveta do Ministério da Saúde. Importa que saia de lá rapidamente!

2. Infelizmente, contudo, essa gaveta tem outros diplomas que tardam a sair. Há mesmo quem pense que estão cobertos de alguma poeira hipócrita...

Depois de, em maio de 2023, ter sido aprovada a Lei n.º 22/2023^(a), que «regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível», aguarda-se a sua regulamentação. A lei aprovada pelo Parlamento e promulgada pelo Presidente da República, depois de várias passagens pelo filtro constitucional, ficou dependente do poder governamental. O anterior Governo deixou-a na gaveta e o atual parece pouco disposto a tirá-la de lá.

Há, assim, um nó cego legislativo – a lei só pode entrar em vigor depois de regulamentada mas o poder governamental impede a eficácia do poder parlamentar!

Está na hora de o Parlamento, por iniciativa dos deputados ou da sua Comissão da Saúde, requerer, com caráter urgente, que as entidades nomeadas na lei designem os membros da prevista Comissão de Verificação e Avaliação dos Procedimentos Clínicos de Morte Medicamente Assistida.

Estas cinco pessoas (indicadas pelos conselhos superiores da Magistratura e do Ministério Público, pelas ordens dos Médicos e dos Enfermeiros e pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida) poderiam desde já participar na elaboração da regulamentação. Esta iniciativa parlamentar teria o mérito de desbloquear o processo (com a vantagem de proporcionar uma boa articulação entre os futuros intervenientes).

3. Há demasiados casos concretos (apesar de cada um ser excecional) de cidadãos e cidadãs que esperam (e desesperam) que a gaveta se esvazie. ●

O rei vai nu?

jornal PÚBLICO, 07/02/2023



Então, ele virou-se para mim e disse-me assim:

– É sabido que uma opinião maioritária não é garantia de ser a mais correta.

– Concordo, mas um órgão deliberativo tem forçosamente de tomar decisões por maioria dos seus membros – estou a lembrar-me do Parlamento...

– E do coletivo de um Tribunal. E um órgão consultivo também aprova Pareceres por maioria.

– Claro. Em qualquer caso, pode acontecer que as opiniões minoritárias sejam afinal as melhores. É aí que queres chegar?

– Não. Estava a lembrar-me que uma opinião maioritária num órgão pode ser minoritária noutro, como se estivesse certa num lado e errada noutro...

– Talvez seja por isso que há as declarações de voto de vencido. Estou a lembrar-me de que o projeto de lei para a despenalização da ajuda médica à morte provocada a pedido do doente gerou uma maioria parlamentar que o aprovou e teve um Parecer desfavorável do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV).

– Já o Tribunal Constitucional, chamado a pronunciar-se sobre um ponto específico da Lei, declarou por maioria que essa formulação precisava de ser corrigida. Ora, li ontem que uma voz do CNECV, integrada na sua posição majoritária, lamentando que os deputados não tenham acolhido as recomendações do órgão consultivo, desejou que aproveitassem a devolução do projeto para o melhorarem.

– Os argumentos do Tribunal centram-se numa questão pontual de natureza semântica e julgo que é nesse ponto que o Parlamento vai focar-se. O Parecer votado no CNECV não refere a questão do sofrimento, embora o relatório que o precede até o considere como indefinível. Aparentemente, a questão é poder haver interpretações divergentes da alínea f) do artigo 2 da Lei (define “Sofrimento de grande intensidade” como “o sofrimento físico, psicológico e espiritual”).

– Afigura-se-me que o legislador pretendeu considerar o “sofrimento de grande intensidade” como aquele que congrega as três qualificações referidas, caso contrário, teria de admitir que se atendesse um pedido de morte medicamente ajudada em situações de depressão ‘pura’, o que não condiz com o conjunto do texto da Lei.

– Deixa-me, a este propósito, recordar o que disse na minha declaração de voto minoritário referente ao Parecer do CNECV. «Todos sabemos que em Saúde e, especialmente, no exercício da Medicina não é possível desenhar soluções para todos os dilemas e problemas garantidamente certas e limpas de incertezas, nomeadamente os que têm dimensão ética. O recurso a algoritmos, com ou sem apoio em técnicas de inteligência artificial, (ainda) não permite elaborar leis e normas perfeitas e sempre haverá possibilidade de as melhorar.»

– Compreendo. O que temo é que, mesmo que o Parlamento faça uma alteração ‘cirúrgica’, apenas centrada na dúvida do Tribunal, possa a assinatura promulgadora da Lei voltar a ser adiada por pedido de nova pronúncia pelo Tribunal sobre novas dúvidas. Iremos assistir a um pingue-pongue interminável, uma estratégia concertada de uma minoria para desconvencer a maioria?

– Não quero acreditar nisso! ●

No seu requerimento^(c) ao Tribunal Constitucional para verificação da conformidade com a Constituição de algumas disposições do decreto n.º 109/XIV da Assembleia da República (Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal), o Presidente da República alega que o conceito de sofrimento intolerável “não se encontra minimamente definido, não parecendo, por outro lado, que ele resulte inequívoco das *leges artis* médicas”. Essa falta de definição é também apontada ao subcritério “lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico”, para mais separado pela conjunção alternativa “ou” do subcritério “doença incurável e fatal”.

Aparentemente, o PR preferiria ver explicada em Lei uma escala de sofrimentos e o corte a partir do qual este pudesse ser aceite como intolerável. Do mesmo modo, resulta da pergunta que seria bom dispor de uma lista exaustiva de lesões, bem como de uma forte relação dessas lesões com o prognóstico medido em unidades de tempo. Os defeitos de densificação dos critérios seriam, adivinha-se, razão suficiente para reprovar a lei no exame da constitucionalidade.

Acontece, porém, que a invocação de conceitos, como os usados para justificar a não punição penal da antecipação da morte a pedido do próprio, não parece poder ser senão indeterminada, embora em cada caso se exija que estes sejam e tenham de ser concretizados e fundamentados.

Os profissionais de saúde estão habituados a lidar com um outro conceito de difícil determinação abstrata, que é o princípio da proporcionalidade. Todos os dias tomam decisões que forçosamente têm de ser proporcionadas à situação que enfrentam. Muitos não saberão dizer, em resposta rápida, o que significa o princípio da proporcionalidade –aplica-se aqui o que também se diz da dignidade: não sei dizer o que é mas, quando a vejo ser ofendida, reconheço-a!

O princípio da proporcionalidade está contemplado no artigo 266.º da Constituição – a ele, como ao da igualdade, justiça, imparcialidade e boa-fé, estão subordinados os órgãos e agentes da Administração Pública.

O Tribunal Constitucional, no Acórdão n.º 632/2008^(d), de 23-12-2008, afirma que “a ideia de proporção ou proibição do excesso – que, em Estado de direito, vincula as ações de todos os poderes públicos – refere-se fundamentalmente à necessidade de uma relação equilibrada entre meios e fins: as ações estaduais não devem, para realizar os seus fins, empregar meios que se

cifrem, pelo seu peso, em encargos excessivos (e, portanto, não equilibrados) para as pessoas a quem se destinem”.

Mas não há só referências gerais a este princípio. Ele está também presente nos enunciados da bioética, associado aos princípios da beneficência e da não-maleficência.

Veja-se, por exemplo, o Guia sobre o processo de decisão relativo a tratamentos médicos em situações de fim de vida (Conselho de Europa, 2014^(e)). “A relação de confiança entre médicos, cuidadores e doentes é instrumental na avaliação da proporcionalidade do tratamento. O caráter desproporcionado do tratamento define-se concretamente conforme a progressão da doença e a reação do doente ao tratamento.”

Não é possível definir em detalhe, previamente, todas as condições perante as quais os profissionais atuam – permitir e exigir proporcionalidade é exatamente deixar uma margem suficiente para a razoabilidade, sem excluir a responsabilidade

Veja-se, noutro exemplo, a nossa Lei n.º 46/2007^(f), de 24 de agosto, que, no artigo 6.º, n.º 5, estipula que “um terceiro só tem direito de acesso a documentos nominativos se estiver munido de autorização escrita da pessoa a quem os dados digam respeito ou demonstrar interesse direto, pessoal e legítimo suficientemente relevante segundo o princípio da proporcionalidade”.

Ou seja, não é possível definir em detalhe, previamente, todas as condições perante as quais os profissionais atuam – permitir e exigir proporcionalidade é exatamente deixar uma margem suficiente para a razoabilidade, sem excluir a responsabilidade. O diploma agora em apreciação de constitucionalidade é claro quanto a isso – os médicos intervenientes só veem validadas as suas opiniões pela Comissão de Verificação e Avaliação se forem devidamente fundamentadas.

Acresce que não há forma de avaliar se um sofrimento é intolerável que não seja subjetiva – só o sujeito sofredor sabe até onde o tolera.

O Tribunal Constitucional saberá, seguramente, ter em conta estas e outras considerações na análise sobre a bondade da formulação encontrada pelo legislador. É o que se espera. ●

O grande Augusto Abelaira^(g), quando padecia de doença fatal, teve a sorte e a arte de concluir e rever o seu livro – *Nem só mas também* (Editorial Presença, 2004) – que foi publicado postumamente, culminando uma obra cheia de saborosas ironias e diálogos interiores.

Ignoro os motivos por que o escritor escolheu estas conjunções copulativas para título do seu livro mas elas saltam-me à consciência muitas vezes quando ouço debates sobre a despenalização da ajuda médica à antecipação da morte iminente e inevitável, associando-a com conjunções disjuntivas ou alternativas à necessidade prévia de uma ampla rede de cuidados paliativos^(h).

Já escrevi neste jornal um pequeno texto *Em defesa dos cuidados paliativos*, mas julgo oportuno voltar ao tema com uma nova reflexão seguida de umas propostas concretas.

Ouve-se frequentemente afirmar que, em certas situações de sofrimento no estado terminal de uma doença, o doente deve passar a ser seguido numa unidade de cuidados paliativos e que se torna urgente alargar e tornar efetiva essa rede. Diz-se mesmo que só depois se poderá admitir o falhanço desses cuidados. Creio, contudo, que o erro deste raciocínio está em se estabelecer uma sequência temporal aos cuidados. Não, as medidas de alívio da dor e do sofrimento têm de começar ao mesmo tempo que estes surgem e não só quando falham os cuidados curativos. Não, não é só em serviços especializados em cuidados terminais que tais medidas se aplicam – mas também nas casas dos doentes, nos centros de saúde e nos serviços hospitalares de todas as patologias.

Assim, importa que fique expressamente contemplado em diploma legal ou regulamento profissional que é dever dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, prestarem e providenciarem a prestação precoce de cuidados lenitivos sempre que houver diagnóstico de doença incurável. Esta prática vai no sentido de se agir antes de os sintomas intoleráveis se instalarem.

De notar que optei pelo adjetivo “lenitivo” pois acredito que haverá vantagem em se evitar o adjetivo “paliativo” por ter uma carga semântica ambígua e discriminatória. Está, aparentemente, entranhada a noção equívoca de que só se usam paliativos quando não há mais nada a oferecer.

Na proposta de legislação⁽ⁱ⁾ que se anuncia vir a ser recuperada brevemente para votação parlamentar está prevista uma Comissão de Verificação e Avaliação do Procedimento Clínico de Antecipação de Morte a pedido do doente. Tendo em vista a importância de tal órgão, a bem da sua eficácia,

atrevo-me a propor que, além dos membros indigitados pelos dois conselhos superiores das magistraturas e pelas duas ordens profissionais, o quinto elemento seja o seu presidente, escolhendo-se uma personalidade de reconhecido mérito aprovada por maioria na Assembleia da República. Haveria toda a vantagem em que a todos os seus membros fosse reconhecida, na lei, independência face às entidades indigitantes e inamovibilidade (salvo motivo de força maior). Parece igualmente pacífico que a comissão só deveria iniciar funções depois de audição pública de cada um dos seus elementos na Comissão de Saúde da Assembleia da República, finda a qual poderia ou não ser votada a não-conformidade do indigitado para as funções. ●

E se fosse consigo?

jornal PÚBLICO, 18/06/2019



Há poucos dias, uma adolescente holandesa de 17 anos que sofria de anorexia nervosa deixou-se morrer “voluntariamente” com a ajuda da família e dos seus médicos, após deixar de comer e beber.

Houve, a propósito, uma onda de opiniões mais ou menos indignadas que correu nos meios de comunicação social clássicos e nas novas redes digitais.

A Real Associação Médica Holandesa asseverou, contudo, que não se tratou de eutanásia (não houve um ato médico que provocou a morte) nem de suicídio medicamente assistido (não lhe foi oferecido pelos médicos qualquer medicamento que ela ingerisse).

A depressão que afetava a menina foi relacionada com repetidas agressões sexuais e aparentemente era muito grave e resistente aos tratamentos. Para ela, viver era insuportável mas a lei na Holanda impediu, neste caso, o deferimento de um pedido de ajuda médica para pôr termo à vida por duas razões: a) a idade, não dispondo portanto de autonomia legal para decidir neste âmbito; b) a doença psiquiátrica que eventualmente a incapacitava para decidir livremente.

E se fosse connosco? Se tivesse sido aprovada qualquer das propostas de lei que defendiam a despenalização de tais atos, também em Portugal seria indeferido um tal pedido, fosse ele formulado pela própria ou pelos seus representantes legais.

Importa, ainda assim, saber se, num caso de “greve de fome” como parece ter sido este, é legítima uma alimentação forçada ou se é lícito que os seus entes queridos possam/devam aceitar o facto – deixar morrer quem não suporta mais viver.

E se fosse consigo, caro médico de família ou especialista hospitalar, que faria? A pergunta é independente de haver ou não legislação que despenalize

a ajuda à morte antecipada. Se tivéssemos, como propunha o Partido Socialista, uma Comissão de Verificação e Avaliação, o seu parecer seria, certamente, desfavorável pois um tal pedido não estaria abrangido pelas condicionantes legais. Contudo, depois de esgotados todos os esforços de persuasão e verificada a real ineficácia dos melhores tratamentos, seria eticamente certo fazer uma entubação gástrica contra a sua vontade? Ou isso pode ser considerado uma violência se se mantivesse a recusa em se alimentar?

Na verdade, a uma pessoa maior de idade que não tenha um diagnóstico de doença mental é pacífico reconhecer-lhe o direito a decidir voluntariamente interromper alimentos e medicamentos, morrendo consequentemente a curto prazo.

Poderá dizer-se que um tal direito não está acompanhado de um correspondente dever médico de assistência. Mas deixar evoluir uma greve de fome, decidida livremente, sem medidas terapêuticas que atenuem o sofrimento final ou sem apoiar psicologicamente o próprio e os familiares presentes, há de ser considerado um virar de costas insensível e maléfico, sem sustentação deontológica. Recordo o caso de um sexagenário que conheci bem e que sofria de uma depressão resistente. Internado numa instituição psiquiátrica, manteve uma lenta e progressiva redução da alimentação, ficando em enorme fragilidade e perda de peso. Afetado por uma grave pneumonia bilateral, deu entrada num hospital geral em estado de grande agitação motora, semi-inconsciente e com imensa falta de ar. Quando o visitei, vi que estava entubado, com soros e antibióticos e amarrado ao leito. Perguntei porque não lhe davam algum sedativo que lhe atenuasse o evidente sofrimento. Foi-me dito que era perigoso pois poderia morrer. Morreu dois dias depois, exausto da batalha.

Importa, portanto, não confundir a eventual ajuda médica ao pedido de morte antecipada feito por pessoa capaz de decidir com o lícito dever de amenizar a morte iminente. Importa, também, saber reconhecer que há diagnósticos que trazem consigo uma conhecida taxa de mortalidade (cerca de 6%, dos quais cerca de uma quarta parte relacionada com suicídio – Gibson *et al*, *Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, *Psychiatr Clin N Am* 42 (2019)). Importa, finalmente, sublinhar que o papel do médico não é só tratar mas também é cuidar compassivamente. ●

Corre por aí a tese, defendida pelos opositores à eutanásia e à ajuda ao suicídio, segundo a qual não há circunstâncias em que não deva ser punido quem, por misericórdia, antecipe a morte a pedido insistente de pessoa em sofrimento extremo. Tais opositores admitem, algo cinicamente, no entanto, que, se houvesse, nunca deveriam ser os médicos a agir.

Vamos por partes. Desmontar esta argumentação é obrigação de quem a deteta e vê uma oportunidade para a desmentir, mesmo sabendo que nunca conseguirá demover os seus divulgadores. O debate público, infelizmente, não parece conseguir ser suficiente para modificar a forma de pensar da maioria das pessoas. Aparentemente, quem se pronuncia em artigos de opinião ou noutros fóruns, vê-se a pregar aos convertidos. Porém, há destinatários que não são de desprezar – os deputados. Se formos claros e racionais, temos de acreditar que os detentores do poder legislativo tomarão as suas decisões no sentido certo da história, da civilização e do bem.

Assim, quando alguns profissionais de saúde dizem que o seu primeiro dever é curar e não matar, no que são acompanhados por preopinantes jurídicos, omitem o dever de assistir na morte. A assistência na morte não pode ser considerada apenas como destinada a evitá-la – a obstinação terapêutica é uma prática condenada por todos os códigos e diretivas. Reconhecer que se chegou ao fim, que a cura é impossível e não prosseguir com medidas geradoras de mais sofrimento é uma postura deontologicamente certa que ninguém pode considerar como atentatória do direito à vida. Sim, é verdade que esse reconhecimento é feito, muitas vezes, por ambas as partes: o doente e a equipa de saúde. Sim, tanto acontece ser o doente como o médico o primeiro a chegar a essa conclusão. Sim, há situações em que cabe ao profissional de saúde mostrar que ainda há algo a fazer e há situações em que ambos concordam que o fim está iminente.

Havendo, portanto, circunstâncias em que o mais correto é parar com medidas terapêuticas inúteis e com a realização de exames fúteis, importa reafirmar que as medidas paliativas são obrigação de quem cuida. Acabaram os tempos (acabaram mesmo?) em que, nos hospitais [nos centros de saúde] e nos domicílios, os médicos, reconhecendo que “não valia a pena investir”, abandonavam os doentes à sua sorte e esperavam pelo fim sem os assistir. Sim, há muito a fazer para prestar assistência às agonias – seja em unidades especializadas, seja em serviços “normais”, seja nas casas dos doentes. Para todos será óbvio que os cuidados paliativos hão de ser prestados por profis-

sionais de saúde e que têm de ser um recurso verdadeiramente disponível no nosso tempo.

Restam as tais circunstâncias excepcionais em que, perante a inevitabilidade da morte e a inutilidade das medidas, é o próprio doente que pede a antecipação do desfecho. Quem melhor do que o médico que tentou curar ou que tentou aliviar para lhe prestar assistência nessa ocasião. Morte assistida = morte ajudada. Dizer que quem ajuda, compassivamente, a acabar com um sofrimento, antecipando uma morte certa e próxima, está a matar é um eufemismo invertido. É usar uma expressão agressiva para definir uma atitude moralmente aceitável.

Aproximando-se a discussão parlamentar de várias propostas de legislação para definir quais as condições em que deixe de ser considerado homicida e vá para a prisão quem, a pedido do próprio, ajude e assista no modo de antecipação da morte, iremos ver que a consciência de alguns deputados será assaltada por dúvidas relativas a várias questões. Oxalá a ideia peregrina de que não devem ser os médicos a assistir, caso se aceite que há circunstâncias excepcionais para despenalizar a morte assistida, não ganhe vencimento. ●

O espantinho e outras falácias

jornal PÚBLICO, 05/09/2016



No debate sobre a despenalização da ajuda à antecipação da morte quando pedida por pessoa maior de idade em sofrimento devido a doença incurável ou irreversível (defendida sem ambiguidades em artigos meus neste jornal, “O horror do absoluto” em julho e “Em defesa dos cuidados paliativos” em abril, assim como em textos de outros) temos visto que há quem persista em considerar que é justo condenar à prisão quem, em determinadas condições, satisfaça tais pedidos.

Tal como no passado, muitos confundem o objetivo da despenalização com a bondade do ato a despenalizar. Ou seja, posso não concordar com o recurso à interrupção voluntária de uma gravidez mas não me atribuo o direito de castigar quem o faça, em determinadas condições. No caso presente, posso não satisfazer um pedido de ajuda à antecipação da morte que me seja dirigido mas não me autorizo a punir quem o faça, em determinadas condições. Penalizar, como prevê hoje o Código Penal, proíbe, mas despenalizar não obriga.

O argumentário usado pelas partes resvala frequentemente para falácias que todos devemos evitar.

Dizer que modificar uma lei para despenalizar um ato, em determinadas condições, é pôr o Estado a realizar esse ato consubstancia a conhecida fa-

lácia do ‘espantalho’ – é deturpar o argumento do adversário para ser mais fácil atacá-lo. Exagerar ou distorcer o que outrem afirma faz parecer que a própria posição é razoável, mas isso no final descredibiliza o debate racional e sério.

Perguntar se o Estado “deve promover a morte dos cidadãos que queiram pôr termo à sua vida” ou “pode decidir que vidas têm ou não dignidade” é utilizar outra falácia – a ‘pergunta capciosa’. A pergunta ardilosa tem uma presunção incluída de modo que não possa ser respondida sem sensação de culpa. Mas a resposta é claramente: não!

Se, em vez de defendermos a nossa posição, desqualificássemos o opositor à nossa proposta, estaríamos, como foi feito, a recorrer à falácia ‘*ad hominem*’ e perderíamos a razão.

O Estado que legisla sobre as condições em que tais atos não serão crime não está a promover o homicídio. Dizer isso é ameaçar com a falácia da ‘rampa escorregadia’.

Dizer que os cuidados paliativos conseguem evitar sempre e sempre o sofrimento da pessoa doente é ‘tomar a parte pelo todo’ – outra falácia.

Não creio que se justifique continuar a malhar em ferro frio. Os dados estão lançados. Pressente-se que, na sociedade dos nossos dias, cresce o número dos que concordam com a despenalização da morte ajudada ou suicídio assistido, em determinadas condições.

É hora de os legisladores sentirem essa mudança de perspetiva nos portugueses. Cabe, agora, aos deputados tomarem iniciativas legislativas concretas que definam as condições em que não há lugar a pena de prisão para os profissionais de saúde que, em consciência, procedam com compaixão e evitem somar sofrimento ao sofrimento. O dever de bem assistir à pessoa doente não implica o afastamento do direito à objeção de consciência. ●

O horror do absoluto

jornal PÚBLICO, 23/07/2016



Consideremos a morte medicamente assistida (ou medicamente ajudada, em bom português) como o conjunto excecional de ações (de prescrição e/ ou de administração) praticadas por médico, eventualmente assessorado por outros profissionais de saúde, destinadas a antecipar a morte de pessoa, maior de idade, com capacidade para decidir, afetada por doença ou lesão incurável, cujo prognóstico de sobrevida possa ser razoavelmente fixado como inferior a um ano ou que se encontre em estado de total e irreversível dependência física, que as solicita de forma livre, voluntária, assertiva e consciente, mo-

vida por sofrimento físico ou psíquico que não queira mais aceitar, ou que, se estiver fisicamente incapacitada de se manifestar, o tenha previamente feito de modo claro e expresso numa “diretiva antecipada de vontade” válida ou em instruções expressamente transmitidas por escrito a um procurador de Cuidados de Saúde credenciado.

Consideremos os atos médicos necessários à antecipação da morte, nos termos acima referidos, como só podendo ser concretizados após o médico, a quem a pessoa se dirija pedindo ajuda à antecipação da morte, ter obtido a concordância de um segundo médico (se possível especializado na doença em causa) para conjuntamente subscreverem um documento com a identificação completa da pessoa doente e dos seus subscritores, os fundamentos da anuência, as notas clínicas relevantes (os métodos e fármacos usados, o tempo entre o início do processo e o seu desfecho, os sintomas e ocorrências adversas), assim como a data e hora da verificação do óbito, cujo original deve ficar junto ao processo clínico ou, se não houver, ficar na posse do médico assistente, devendo o duplicado ser remetido, por um dos médicos subscritores, à Direção- Geral de Saúde (que elaborará um relatório anual).

Aceitemos que, em caso de dúvidas levantadas por familiares ou membros da equipa de saúde, os dois médicos, antes de prosseguirem, têm o dever de obter a concordância de um terceiro profissional, que deverá ser psiquiatra ou psicólogo, se as dúvidas se referirem a eventual perturbação psíquica que afete a capacidade da pessoa para tomar decisões, o qual igualmente deverá subscrever o referido documento, adicionando as notas clínicas que entenda relevantes.

A cumprirem-se estas disposições, podemos afastar receios de derivas e dar por finda a atual criminalização de gestos misericordiosos ou compassivos realizados a título excecional. Os que pensam ser a vida um bem absolutamente indisponível – e que, por isso, todos quantos se atrevam a satisfazer, nestas condições, um pedido de ajuda à antecipação da morte devem ser punidos com prisão – parecem querer dizer que o sofrimento que antecede a morte “natural” tem de ser aceite em quaisquer condições. Não é preciso estudar Direito ou ter acesso a uma biblioteca para ver o horror de uma tal atitude. ●

O debate sobre a morte medicamente antecipada tem posto os seus opostos na situação de defensores dos cuidados paliativos, parecendo que quem defende essa antecipação se opõe aos cuidados paliativos. Trata-se de uma confusão generalizada que a ninguém aproveita.

– *Queres dizer que todos os depoimentos que têm surgido nos jornais e nas redes sociais padecem dessa confusão?*

Sim, quase todos. Quem acha que a antecipação da morte certa deve continuar a ser proibida invoca os cuidados paliativos para dizer que nunca se justifica e quem acha o contrário parece esquecer que os cuidados paliativos desempenham um papel fundamental nos momentos finais da vida de uma pessoa.

– *Queres então dizer que os cuidados paliativos, sendo essenciais, não são a solução sempre?*

Sabemos, por conhecimento empírico e também de acordo com estudos realizados, que muitas pessoas na fase terminal das suas doenças, mesmo que recebam os melhores cuidados, continuam a pedir para morrer – o seu sofrimento pode ser uma dor física refratária a todos os tratamentos ou ser devido a razões existenciais que ninguém tem o direito de contrariar.

– *Então, mesmo que o direito a escolher o momento da morte não seja um direito constitucional, achas que essa escolha é lícita, em termos gerais?*

A licitude de uma escolha dessas não tem de ter fundamento legal – parece-me antes um direito natural. Não se trata de pedir para que me matem. Trata-se, tão só, de pedir para antecipar uma morte certa, ou seja, para que a morte que se espera para amanhã aconteça hoje.

– *Admitindo esse direito, haverá o dever de o satisfazer?*

Pode dizer-se, sem dúvida, que é estranho que alguém prefira morrer a viver mas, se o viver acarreta um sofrimento insuportável, quando alguém pede para que o ajudem a pôr termo à vida, porque não o pode fazer sozinho, recusar essa ajuda é uma maldade. Hoje, em Portugal como em outros países, tanto agir para a antecipação da morte certa a pedido do doente (eutanásia ativa voluntária) como agir para provocar a morte por compaixão de pessoa que sofre mas nada pede (eutanásia ativa involuntária) são crimes previstos no Código Penal. O que o Manifesto, que convictamente subscrevi, propõe é que deixe de ser crime apenas a ajuda à antecipação feita a pedido consciente da pessoa doente – que quem seja misericordioso não seja considerado criminoso.

– *É assim tão diferente? Uma coisa não irá levar à outra?*

A diferença reside num ponto capital: há um pedido repetido, consciente e livre da pessoa que sofre. Não havendo pedido, a prova da compaixão desinteressada é manifestamente difícil. É preciso, certamente, encontrar uma forma de evitar que alguém considere que houve esse pedido não o tendo havido. Tem de recorrer-se, como já se faz em algumas jurisdições, a normas legais: só aceitar pedidos que sejam verificados por dois médicos e/ou validados por entidades com poderes especiais; só considerar certos diagnósticos e prognósticos (expectativa de vida inferior a determinado tempo); excluir casos de doença mental confirmada; aceitar declarações antecipadas de vontade legitimamente registadas.

– *Então se é lícito pedir e é lícito atender, por que hão de ser os médicos a ajudar?*

Essa pergunta é enganadoramente interessante. Quem a formula está a admitir, sem querer, que os argumentos anteriores foram rebatidos. Temos visto que muitos opositores à despenalização da ajuda à antecipação da morte a pedido do doente saltam de um argumento para outro, talvez sem se aperceberem que se contradizem. Se aquilo de que estamos a falar é de doentes terminais sob cuidados médicos, como se pode pensar que o gesto de antecipar a morte possa ser executado por alguém que não seja profissional de saúde?

– *Mas é ou não verdade que o julgamento hipocrático impõe aos médicos que tudo façam pela vida dos seus doentes?*

Sim, os profissionais de saúde tudo devem fazer para os salvar mas também os obriga a não lhes fazer mal. Se os melhores cuidados paliativos não conseguem evitar a continuação do sofrimento, persistir com medidas que, prolongando a vida, apenas prolongam o sofrimento, isso é fazer o mal.

– *Isso é tudo muito bonito mas não basta suspender os tratamentos fúteis, atenuar os sintomas (nem que seja com sedativos) e esperar que a morte venha? Porquê agir para a antecipar?*

É verdade. Os cuidados paliativos são exatamente isso. Parar com medidas que só prolongam o sofrimento, controlar sintomas adversos, não temer o duplo efeito, reconhecer que o final se aproxima inexoravelmente – apoiar a pessoa, assistir empaticamente ao doente e à família. Perceber que não somos deuses. Com cuidados paliativos a esmagadora maioria dos doentes não pede que a morte venha depressa – simplesmente deixa-se morrer.

A conclusão – que alguns se recusam a ver – é despenalizar os raros casos de antecipação da morte a pedido do doente, depois de usados os melhores cuidados, seguindo regras bem definidas e globalmente aceites, não é ser contra os cuidados paliativos. É também ser a favor. É também defendê-los. É também exigí-los! ●



Manifesto-me firmemente contra a ideia de que se faça um referendo sobre a legalização da eutanásia.

Esta opinião deriva de não me parecer possível reduzir a questão a ser-se a favor ou contra a legalização de algo que contém, em si mesmo, diversos significados. Vou, aliás, evitar o uso dessa palavra até ao final deste texto para melhor me fazer entender.

Se se perguntar, ao comum dos mortais, se é legítimo praticar atos que tornem a morte digna, todos responderão: Sim. Mas, neste caso, estaremos a falar em cuidados paliativos. Esta expressão, recorde, tem sido muito usada significando apenas cuidados terminais. Na verdade, os cuidados paliativos incluem ações de vários tipos que devem iniciar-se a partir do momento em que se estabelece um prognóstico fatal, ainda que distante.

Se, por exemplo, estivermos perante uma pessoa que, no meio do seu sofrimento extremo, pede: “*deixem-me morrer em paz!*”, todos aceitarão que o médico suspenda intervenções fúteis e atos que apenas prologam esse sofrimento, mantendo toda a atenção na aplicação de medidas que o atenuem. Estaremos, nesta situação, a falar de evitar a distanásia (cujo significado é morte dolorosa, agonia lenta). Este é um posicionamento ético já previsto no Código Deontológico dos médicos portugueses e não carece de legitimação especial.

Se, por outro lado, um médico entender que um seu doente está a sofrer de mais e decide pôr-lhe termo à vida, antecipando uma morte esperada, ainda que certa, este médico estará a assumir poderes que não lhe foram conferidos. Estaremos, neste caso, a meu ver, perante um homicídio. Daí que entenda que a resposta sobre a legalização de um tal ato, independente da vontade do doente, deva ser, naturalmente, um Não, embora não julgue que seja isso que se pretende perguntar em referendo.

Se, finalmente, o doente pede: “*matem-me, não posso sofrer mais!*”, muitos aceitarão que, em certas condições, se admita como lícito o suicídio medicamente assistido. A antecipação ativa da morte (de pessoa que, conscientemente e sem margem para dúvidas, a peça) difere assim da suspensão ou não aplicação de medidas que prologuem inutilmente a vida.

Acredito que, se fosse feito um referendo especificamente sobre a legalização do suicídio medicamente assistido, com a necessária informação associada, muitos, como eu, votariam no Sim, apesar de algumas reservas, mas não me sinto capaz de antecipar a quem caberia a maioria.

Na minha vida profissional, em mais de três décadas de prática clínica, nunca ouvi o pedido: “*matem-me*” mas, muitas vezes, ouvi ou pensei ter ouvido a segunda parte: “*não posso sofrer mais*”. Acredito pois que, se os médicos tiverem os ouvidos, ou a mente, em alerta, saberão encontrar as formas adequadas de atenuar esse sofrimento e de administrar as expectativas com sensatez, em cooperação ativa com a família, de modo que aquele grito não chegue a aparecer.

Restarão, no final das contas, situações em que outra não possa ser a saída senão a satisfação de um desejo profundamente amadurecido, autonomamente determinado, não influenciado por interesses alheios e livre de qualquer suspeita.

É por isso que me declaro pelo Não ao referendo e pelo Sim à aprovação de uma lei que contemple a possibilidade de a Eutanásia Voluntária (por parte do doente) e Ativa (por parte do médico) não ser considerada crime e deixe de ser eticamente condenada, desde que salvaguardadas tantas condições, quantas as necessárias, para a tornar uma verdadeira exceção na prática clínica quotidiana. ●

SEIS

Da Morte Cerebral

“Como expressão de solidariedade ou de generosidade, a doação de órgãos após a morte deve ser encorajada.” Maria do Céu Patrão Neves e Walter Osswald ⁽⁴²⁾

A utilização de órgãos de pessoas falecidas para transplantação em pessoas que carecem dos mesmos é um grande avanço tecnológico, uma importante conquista civilizacional. Existe hoje um amplo consenso de que essa utilização não levanta especiais dúvidas de natureza ética. O sistema em vigor em Portugal de registo nacional de não-dadores, de consulta obrigatória antes de se proceder a qualquer recolha de órgãos com a finalidade de transplante, é também facilmente reconhecido como eticamente aceitável.

⁽⁴²⁾ M.C. Patrão Neves e W. Osswald, *Bioética Simples*. Verbo, 2007, p. 155

Os critérios de morte cerebral definidos em 1998 são um marco importante na história da transplantação no nosso país, dada a convergência verificada entre os aspetos técnico-científicos e as soluções legislativas.

Mais tarde, sentiu-se a necessidade de alargar a possibilidade de recolha de órgãos em situações de morte não definida com critérios neurológicos e, em 2013, o CNECV aprovou o Parecer 76 sobre “a colheita de órgãos em pessoas com paragem cardiorrespiratória irreversível”, afirmando, designadamente, *«Sob o ponto de vista do princípio da autonomia, tem sido objeto de discussão a presunção de consentimento em vigor no nosso país, segundo a qual todos somos potenciais dadores salvo se expressarmos oposição através de inscrição no Registo Nacional de Não Dadores. Também neste aspeto particular, não se vislumbram diferenças nas duas situações de recolha de órgãos em pessoa falecida, sendo extemporâneo colocar em causa uma prática que tem sido globalmente aceite na nossa sociedade e que mereceu atempada apreciação favorável deste Conselho no seu Parecer n.º 5/1993»*. ⁽⁴³⁾

Ter sido correlator deste Parecer e correlator/coordenador do Guia de Diagnóstico da Morte Cerebral, faz vir à memória a antiguidade do interesse por estes temas, já evidente na participação de um grupo de trabalho junto do Ministério da Saúde para a redação do que veio a ser a Lei da verificação da morte, com que se tentou uniformizar critérios e procedimentos, nomeadamente por parte dos médicos de Saúde Pública. ⁽⁴⁴⁾

⁽⁴³⁾ CNECV, Parecer n.º 76/2013^{xviii} sobre o Despacho relativo à colheita de órgãos em pessoas com paragem cardiorrespiratória irreversível, relatores R. Almeida e D.N. Vieira

⁽⁴⁴⁾ Lei n.º 141/99^{xix} (Estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte)

Agradeço o convite da Direção da Sociedade Portuguesa de Neurologia para escrever um breve texto sobre “morte cerebral” na publicação comemorativa dos 30 anos desta sociedade científica. Faço-o ao mesmo tempo que ouço, no computador onde escrevo, o *adagietto* de Mahler ⁽⁴⁵⁾, recordando o célebre filme de Visconti: “Morte em Veneza”. Tantas vezes ouvida, esta música leva-nos sempre aos mares suaves do isolamento tranquilo.

O desenvolvimento, nomeadamente na área da anestesiologia, de extraordinárias capacidades técnicas que asseguram a ventilação artificial de pessoas vítimas de traumatismos cranianos graves ou de outras patologias causadores de lesões reversíveis a nível cerebral, conduziu, em todo o mundo, à sobrevivência de milhões de seres humanos que, sem esse recurso, não escapariam a um destino fatal.

A iminência da morte, em unidades de cuidados intensivos cada vez mais sofisticadas, constitui um desafio a que os profissionais de saúde não negaram forças, empenhamento e criatividade. Hoje essas unidades são locais onde, todos os dias, se trava uma verdadeira luta de vida ou de morte. Os mecanismos poderosos e muitas vezes automatizados de que dispomos, assim como os progressos farmacológicos, levaram ao surgimento de um novo conceito de morte. Além da morte por paragem cardiorrespiratória, constatou-se que havia também a morte “por paragem” neurológica ⁽⁴⁶⁾. A verificação de que, apesar dos batimentos cardíacos persistirem e da respiração poder ser assistida mecanicamente, um corpo estava já morto levou a que, nesses casos, se considerasse lícito colher órgãos ou tecidos para benefício de quem deles necessitasse.

Contudo, antes das dúvidas sobre a licitude das colheitas para transplantes, houve necessidade de resolver a questão da legitimidade para desligar as máquinas. Na verdade, se se reconhece que uma pessoa morreu, não se compreende, nem se justifica, que se mantenha uma ventilação artificial a um cadáver.

Quando, em 1993, foi aprovada a Lei dos Transplantes ⁽⁴⁷⁾, ficou definido que a Ordem dos Médicos deveria «*enunciar e manter atualizado, de acordo com os progressos científicos que venham a registar-se, o conjunto de critérios e regras de semiologia médico-legal idóneos para a verificação da morte cerebral*». Tal vem a verificar-se em

⁽⁴⁵⁾ ♪ G. Mahler, 3.º andamento^{xx}, 5.ª sinfonia, G. Dudamel

⁽⁴⁶⁾ R. Almeida, Morte há só uma^{xxi}. Revista da Ordem dos Médicos, nº 91. Junho 2008

⁽⁴⁷⁾ Lei n.º 12/93^{xxii} (Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana)

1994 pela publicação de uma Declaração ⁽⁴⁸⁾ que estabelece os critérios de morte cerebral e afirma que a sua certificação «*requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade*». Esta declaração vem a ser corroborada, em 1995, pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida ⁽⁴⁹⁾. Contudo só em 1998 é publicado na “Acta Médica Portuguesa” o Guia de Diagnóstico da Morte Cerebral ⁽⁵⁰⁾, onde se afirma que «*o diagnóstico se baseia na noção de que a morte do tronco cerebral é componente necessária e suficiente para a confirmação da morte cerebral. Por isso se pesquisam, um a um, todos os reflexos dependentes do tronco cerebral, incluindo aqueles que, embora de execução mais demorada, são conhecidos como sendo os últimos a desaparecer*». Este Guia foi elaborado por uma comissão designada pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos que, além do autor destas linhas, integrava o Dr. Mário Lopes (designado pelo Colégio de Anestesiologia), o Dr. Nelson Rocha (designado pelo Colégio de Medicina Interna) e a Doutora Paula Coutinho (designada pelo Colégio de Neurologia). A Comissão pediu a colaboração do Dr. Dílio Alves (da Comissão Diretiva da subespecialidade de Neuropediatria). O texto foi amplamente discutido pelos diversos Colégios da Ordem antes de ser fixada a versão final. Participaram, portanto, na sua redação três membros desta Sociedade.

Ficou, deste modo, resolvido o problema legal da verificação da morte em pessoas internadas em unidades de cuidados intensivos e submetidas a apoio respiratório mecânico. Para alguns subsistem, no entanto, algumas dúvidas.

Do ponto de vista técnico-científico, permanecem algumas correntes que defendem que só se pode falar em morte cerebral quando há lesão irreversível de todo o cérebro e não apenas do tronco cerebral. Esta opção, embora minoritária, é especialmente seguida nos Estados Unidos da América (EUA) e configura o que se pode talvez considerar um excesso de zelo. As controvérsias sobre o receio de que se possa desligar a ventilação a alguém que não está verdadeiramente morto continuam a dar origem a pronunciamentos nem sempre bem fundamentados. Este tema é abordado com clareza, por Fernando Pita e Cátia Carmona, num artigo da “Acta Médica Portuguesa” ⁽⁵¹⁾, em 2004.

Do ponto de vista ético, há outras faces do problema que, dentro dos limites espaciais de um texto como este, ainda valerá a pena focar.

⁽⁴⁸⁾ Declaração da Ordem dos Médicos^{xxiii} (DR, I série, B, n.º 235, 11/10/94)

⁽⁴⁹⁾ CNECV, Parecer n.º 10/95^{xxiv} sobre o Critério de Morte, relator A. Falcão de Freitas

⁽⁵⁰⁾ Guia de Diagnóstico da Morte Cerebral^{xxv}. *Acta-Med-Port*, 1998, Vol.11, N.º 1: 91-95

⁽⁵¹⁾ F. Pita e C. Carmona, Do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo^{xxvi}. *Acta-Med-Port*, 2004, Vol. 17, N.º 1: 70-75

Merece reflexão a necessidade de claramente se separar o momento da colheita de órgãos do momento da verificação da morte cerebral. Por outras palavras, deverá tornar-se evidente que só há colheita de órgãos em pessoa morta e não que se apressa uma verificação de morte porque há urgência num transplante. É aliás o que concluiu, em 2008, o Conselho de Bioética do Presidente dos EUA no seu relatório sobre as controvérsias na determinação da morte ⁽⁵²⁾. Veja-se, a este respeito, o citado Guia de Diagnóstico que rege os procedimentos diariamente, entre nós, há mais de uma dúzia de anos e as especiais precauções no que se refere às provas de verificação e às qualidades dos seus intervenientes, separando-os, de modo transparente, dos profissionais envolvidos em transplantes.

Refira-se também a posição expressa por pensadores da área jurídico-filosófica sobre a impossibilidade de o legislador estabelecer processos declarativos de morte face à alegada incapacidade de dirimir dúvidas e ao risco de ferir a inviolabilidade da vida ⁽⁵³⁾.

Finalmente, e não menos importante, sobressai a questão do respeito pela dignidade da pessoa humana e em particular pela dignidade dos familiares da pessoa falecida. Daí a importância de todos os atos referentes à verificação da morte, à comunicação da mesma e à eventual colheita de órgãos ou tecidos deverem ser sempre acompanhados de especiais cuidados de explicação, adequada à cultura e literacia dos interlocutores. Sabe-se que as diferentes morais religiosas não coincidem na forma como estes assuntos são encarados.

Se católicos e protestantes consideram os transplantes lícitos, já a moral judaica lhes levantam óbices, apenas ultrapassáveis em condições especiais, dados os seus preceitos de inviolabilidade dos cadáveres. Algo de similar se passa com a moral muçulmana, sendo que esta, tal como a budista, consideram essencial o prévio consentimento em vida ⁽⁵⁴⁾. Entre nós, a opção por um registo nacional de não-dadores consagrou, sem controvérsia moral ou ética, o consentimento presumido. Todavia, não haverá razões substantivas para deixar de adotar uma posição compassiva perante familiares que invoquem objeções à colheita de órgãos, mesmo depois de adequadamente informados da bondade do mesmo.

⁽⁵²⁾ Controversies in the Determinations of Death^{xxvii}. A white paper by the President's Council on Bioethics.

⁽⁵³⁾ J.O. Geraldês, *Finis vitae ou Ficta mortis*^{xxviii}. Revista da Ordem dos Advogados, ano 70, Lisboa, 2010

⁽⁵⁴⁾ Rede Europeia de Cooperação Científica «Medicina e Direitos dos Homens» da Federação Europeia das Redes Científicas - *A Saúde face aos Direitos dos Homens, à Ética e às Morais*. M.T. Serpa (trad). Ed. Conselho da Europa, 1996, Instituto Piaget, Lisboa.

A morte e as atitudes perante a morte hão de ser sempre temas que precisam tanto da serenidade da música como da profundidade do pensamento. ●

Morte há só uma!

revista da ORDEM DOS MÉDICOS, junho/2008



Passados que foram 10 anos sobre a publicação na *Acta Médica Portuguesa* do “Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral” ⁽⁵⁵⁾ voltam à liça argumentos sobre a definição de morte quando se discute a colheita de órgãos em dadores com coração parado.

Recordo ⁽⁵⁶⁾, com alguma vaidade, os trabalhos da comissão de que fiz parte e as participações de Paula Coutinho, Nelson Rocha, Mário Lopes e Dílio Alves, assim como os debates que precederam a redação final.

Recordo e reproduzo os primeiros parágrafos da Introdução ao “Guia”:
«Durante séculos, a morte foi definida pela paragem cardiorrespiratória irreversível. O desenvolvimento, nas últimas décadas, de técnicas de ventilação mecânica, suporte circulatório e diálise em doentes em coma profundo ditou a necessidade de definição de um novo conceito, o de morte cerebral, situação em que todas as funções cerebrais estão irreversivelmente comprometidas embora o coração continue a bater e a respiração seja assegurada artificialmente. A experiência acumulada demonstrou que a verificação da morte cerebral, segundo os critérios atualmente aceites, determina inexoravelmente, em horas ou poucos dias, a assistolia e morte somática, apesar do recurso às melhores técnicas de cuidados intensivos.

Em certas doenças (de natureza vascular, traumática ou outras) a lesão do sistema nervoso central cria uma hipertensão intracraniana que ultrapassa a pressão de perfusão arterial, impedindo a circulação encefálica. A partir desse momento, e apesar de uma circulação e oxigenação eficazes nos outros departamentos orgânicos, o encéfalo entra em autólise e vai decompor-se nas horas imediatas. Esta situação pode prolongar-se com elevados custos, não apenas do ponto de vista de gastos hospitalares, mas, sobretudo, de ansiedade e falsas esperanças de uma família.

Importa, como primeiro objetivo, salvaguardar o respeito pela dignidade da pessoa (que é ou que foi) e pela sua condição de ser humano vivo ou, eventualmente, já falecido. Por tudo isto, sucederam-se, ao longo dos anos, critérios de morte cerebral que foram evoluindo desde os iniciais, mais complicados, até aos atuais – simples, essencialmente clínicos, inteiramente fiáveis e reprodutíveis.»

Uma década depois, a aplicação concreta e amplamente generalizada dos critérios orientadores do “Guia” representa a sua validação, não se tendo

⁽⁵⁵⁾ Guia de Diagnóstico da Morte Cerebral^{xxix}, *Acta-Med-Port*, 1998, vol.11, N°1:91-95

⁽⁵⁶⁾ Declaração de interesses: O autor não tem qualquer relacionamento profissional com equipas de transplantes e deixou de exercer clínica em 2005.

feito sentir a necessidade da sua eventual revisão ⁽⁵⁷⁾, pese embora a recomendação, feita mas não atendida, de se formar uma comissão de acompanhamento na Ordem dos Médicos.

Com a publicação deste “Guia” e, sobretudo, com a sua utilização, tornou-se mais fácil lidar, a nível profissional, com as dúvidas éticas que sempre surgem na hora da verificação de um óbito apesar da existência de batimentos cardíacos. Os critérios clínicos, consolidados em casos extremos por meios auxiliares de diagnóstico, mostraram ser suficientemente fortes para suspender intervenções que deixam de ser fúteis para passarem a ser inúteis.

O reconhecimento da morte cerebral não representa o reconhecimento de que haja duas mortes possíveis. Ou que haja duas formas de morrer. Morte há uma!

Aliás, sobre esta questão, não deve ignorar-se que está em vigor a Lei n.º 141/99 ⁽⁵⁸⁾, em cuja redação também tive o privilégio de participar em nome da Ordem dos Médicos. Assim, desde Agosto de 1999, a lei portuguesa considera que «a morte corresponde à cessação irreversível das funções do tronco cerebral», o que, como se sabe, também acontece na paragem cardiorrespiratória ocorrida fora do contexto de suporte artificial de funções vitais.

O conceito de morte cerebral não passa de um requisito suplementar utilizável quando é preciso reconhecer que uma pessoa está em situação irreversível, sem regresso possível à vida. As dificuldades linguísticas e semânticas para a definição de vida e de morte não se colocam quando, perante um corpo, em paragem cardiorrespiratória, começa a arrefecer, a mudar de cor e a dar sinais generalizados de degradação tecidular. A questão está, pois, em estarmos seguros de que a vida acabou e de que aquele corpo merece que o respeitem enquanto cadáver da pessoa que foi.

Quando, depois de verificados todos os critérios do diagnóstico de morte cerebral, se pode declarar o óbito, a morte assim verificada não difere da morte verificada fora das unidades de cuidados intensivos. É que vida também só há uma! Contudo, importa que os médicos saibam manter a comunidade suficientemente informada do que fazem, como o fazem e porque o fazem ⁽⁵⁹⁾.

As questões utilitárias do aproveitamento de tecidos ou órgãos de pessoa falecida não podem ignorar que a morte não é instantânea em todos os lu-

⁽⁵⁷⁾ F. Pita e C. Carmona, obra citada.

⁽⁵⁸⁾ Lei n.º 141/99^{xxx} (Estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte)

⁽⁵⁹⁾ I.H. Kerridge *et al.*, *Death, dying and donation: organ transplantation and the diagnosis of death*. *Journal of Medical Ethics* 2002;28:89-94

gares do corpo e que é possível e ético salvar outras vidas com recurso a transplantes.

Alguns autores discutem a bondade deste aproveitamento por recearem aplicações levianas ou apressadas dos critérios. Esta discussão ganha nova força a propósito da colheita de órgãos em situações de coração parado ⁽⁶⁰⁾. O tempo de espera para declarar a morte em casos de paragem cardíaca e o tempo em que se devem manter manobras que permitam assegurar a vitalidade de órgãos, em pessoa morta, são parte de um novo problema com que se debatem os socorristas numa sociedade onde, cada vez mais, parece pensar-se que a morte é sempre evitável.

Está na hora de encarar as diversas facetas deste novo problema e de encontrar respostas éticas e aceites pelos médicos e pela comunidade ⁽⁶¹⁾. A iniciativa pode ser da Ordem dos Médicos ou do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida mas convinha que não fosse tardia. ●

SETE

Das Diretivas Antecipadas de Vontades

“Esta é uma distinção [vida biológica/vida biográfica] que nos ajuda a entender o sentido de certas recusas de tratamento e o facto de as pessoas quererem ter ainda uma palavra a dizer, mesmo que de forma indireta, quando em determinadas situações clínicas já não puderem falar por si próprios, querendo que se respeite a sua narrativa pessoal de valores.” Laura Ferreira dos Santos ⁽⁶²⁾

A. Se alguém se manifesta pedindo a antecipação da morte, face a sofrimentos intoleráveis, a legislação aprovada (embora ainda não em vigor) impõe que essa manifestação se faça mediante registo presencial. Não é o caso dos pedidos de cessão de cuidados ou recusa de tratamentos. Temos já legislação em vigor que possibilita que qualquer cidadão possa, em qualquer altura –

⁽⁶⁰⁾ M. Potts, *Truthfulness in transplantation: non-heart-beating organ donation. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 2007: 2:17

⁽⁶¹⁾ S.D. Shemie, *Clarifying the paradigm for the ethics of donation and transplantation: Was 'dead' really so clear before organ donation? Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 2007, 2:18

⁽⁶²⁾ L. Ferreira dos Santos, *Testamento vital - O que é? Como elaborá-lo?* Sextante Ed., 2011, p. 101

esteja saudável ou doente, registar as suas vontades para o caso de se encontrar impossibilitado de poder expressá-las. Trata-se, portanto, de vontades negativas (registar o que não queremos que se faça – dissentimento antecipado) e, subsidiariamente, também de vontades positivas (registar o que queremos que se faça). Assim, a lei conhecida por Lei do Testamento Vital (Lei n.º 25/2012 ⁽⁶³⁾) estatui as condições em que uma pessoa elabora um «*documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.*»

De tal documento podem constar «*disposições que expressem a vontade clara e inequívoca do outorgante, nomeadamente: a) Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais; b) Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte; c) Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada; d) Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental; e) Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.*»

(63) Lei n.º 25/2012^{xxx} (Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV); alterada pela Lei n.º 49/2018 e pela Lei n.º 35/2023)

Consequentemente, fora de situações atuais, podemos, querendo, antecipar os nossos desejos em matéria de cuidados em fim de vida, sendo certo que, se alguém exarar no seu testamento vital um pedido ilegal ou absurdo, a lei também prevê que, fundamentadamente, tal pedido não seja satisfeito.

Perante uma situação de fim de vida há, pelo menos, quatro frases, plenas de angústia, que se ouvem com frequência: duas que partem de doentes – *matem-me!* e *deixem-me morrer!* – e duas que partem dos prestadores de cuidados – *matar por compaixão!* e *suspender futilidades!*

Não restam dúvidas de que as duas últimas têm resposta fácil: o código penal proíbe liminarmente o homicídio ainda que por compaixão e o código deontológico contraria claramente a prática da distanásia. Trata-se, como é claro, na primeira situação, de impedir que o privilégio terapêutico dos profissionais de saúde seja usado sem ouvir a pessoa em sofrimento ou, na segunda situação, de não prosseguir uma escalada terapêutica por decisão médica, a qual acrescenta sofrimento ao sofrimento.



Não cabe neste momento a defesa do “duplo efeito”, doutrina aliás pacificamente acolhida por autoridades religiosas, segundo a qual importa sobre-

maneira a intenção. Ou seja, o recurso a meios poderosos de controlo da dor – ainda que daí resulte algum encurtamento da vida – é legítimo desde que a intenção não seja encurtar a vida mas tão só atenuar o sofrimento.

Restam, portanto, as duas primeiras frases. Para o pedido insistente, voluntário, atual, inabalável de “*matem-me!*” temos de esperar pela entrada em vigor da lei da “Morte Assistida”. ⁽⁶⁴⁾ Já quanto ao pedido “*deixem-me morrer!*”, estamos perante o terreno de aplicação do testamento vital e da intervenção do procurador de cuidados de saúde – formas lícitas de manifestar dissenti-mento e afirmar autonomia (prerrogativa que, até 2012, só cabia a pessoa consciente e capaz de o afirmar).

Apesar do que diz a Lei, haverá médicos que acham, em consciência, por exemplo, que devem ligar aparelhos de respiração artificial a pessoas inconscientes que declararam formal e precisamente que recusariam tais tratamentos. Assumem um “paternalismo” em grau supremo. Mas, por outro lado, há muitos outros que sabem os limites das suas funções e compreendem o significado e o valor do princípio da autonomia.

A Lei repete disposições que já estão em vigor e não precisavam constar de um testamento vital, por exemplo, não devia ser preciso fazer um documento para que possamos ter direito a cuidados paliativos ou a um tratamento apropriado ao “*sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada*”!

B. Para tentar conhecer melhor o terreno, divulguei a partir de 15.05.2025 um pedido de preenchimento de um questionário (usando a rede LinkedIn),

⁽⁶⁴⁾ Lei n.º 22/2023^{xxxii} (Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal), com declarações de inconstitucionalidade do Tribunal Constitucional – Acórdão 307/2025^{xxxiii}

pedindo a ajuda da plataforma MGFamiliar^(k) e recorrendo a listas de endereços de amigos e amigos de amigos), através do qual procurava ter uma visão panorâmica do que pensam os Médicos de Família (MF) portugueses (o questionário está em Anexo). Foram recebidas, até 13.11.2025, 186 respostas – uma amostra de conveniência demasiado curta e que, infelizmente, não permite extrair conclusões estatisticamente significativas.

Os respondentes foram predominantemente do sexo feminino (70,4%) e com idades inferiores a 50 anos (74,8%). Esta distribuição afasta-se, contudo, da das inscrições em Medicina Geral e Familiar na Ordem dos Médicos ⁽⁶⁵⁾ onde 65% são do sexo feminino e os que têm menos de 50 anos são apenas 42% ⁽⁶⁶⁾. Assim, esta amostra não ajuda a fazer correlações firmes com a idade e sexo. Talvez a explicação seja haver mais disponibilidade dos mais novos para responderem a inquéritos *online*. Por outro lado, na OM estão também incluídos os reformados.

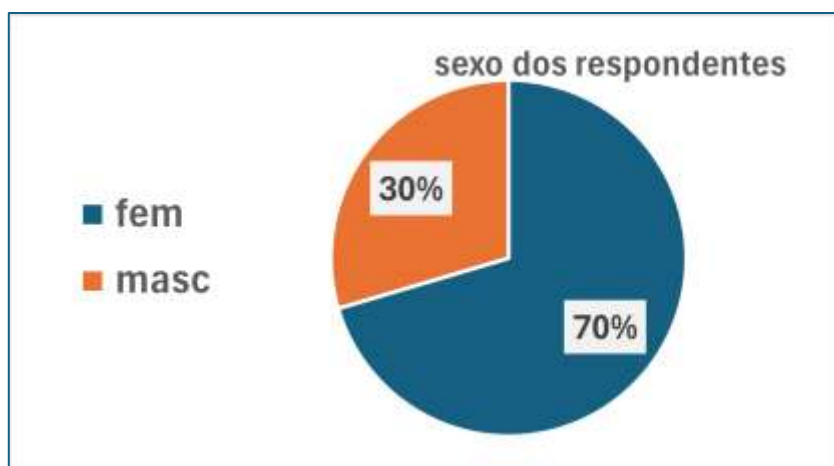


Gráfico 3 - Sexo dos respondentes

⁽⁶⁵⁾ Quando chegará a ocasião para mudar para “Ordem das Médicas e dos Médicos”?

⁽⁶⁶⁾ Ordem dos Médicos, Estatísticas de 2024^{xxxiv}



Gráfico 4 - Idade dos respondentes

A quase totalidade (96,2%) dos respondentes não registou as suas próprias DAV. Destes, 47,2% tencionam vir a fazê-lo, 12,4% pensam que não o vão fazer e 40,4% manifestam-se hesitantes. É de admitir que estes resultados também se expliquem pela baixa idade média da amostra.

Segundo os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), em «21 de janeiro de 2025 encontravam-se [no Registo Nacional do Testamento Vital - RENTEV] ativos 42 mil testamentos vitais, sendo que mais de 14 mil foram outorgados por homens e mais de 27 mil por mulheres. Em qualquer dos géneros, as faixas etárias com maior número de registos ativos de testamento vital situam-se entre os 65 e os 80 anos e entre os 50 e os 65 anos.»⁽⁶⁷⁾

No nosso questionário, vemos que 71% dos Médicos de Família que responderam têm conhecimento de doentes da sua lista que tenham feito registos no RENTEV. Destes, 62,9% contam 1 a 5 casos, 24,5% calculam que sejam 6 a 10 e 12,6% admitem conhecerem mais de 10 casos.

Se considerarmos que os números do SPMS são aparentemente baixos, esta revelação do questionário, de certo modo, surpreende.

⁽⁶⁷⁾ SPMS – número de testamentos vitais ativos^{xxxv}

A pergunta seguinte dizia respeito ao número de vezes em que o Testamento Vital foi motivo de conversas entre os MF e os seus doentes. Somando o “raramente” (54,3%) ao “nunca” (26,9%), pode ser legítimo concluir que o tema está afastado das preocupações da grande maioria de ambas as partes do encontro clínico. Contudo, várias podem ser as razões: desconhecimento, inibição, receio de falar em morte, etc.

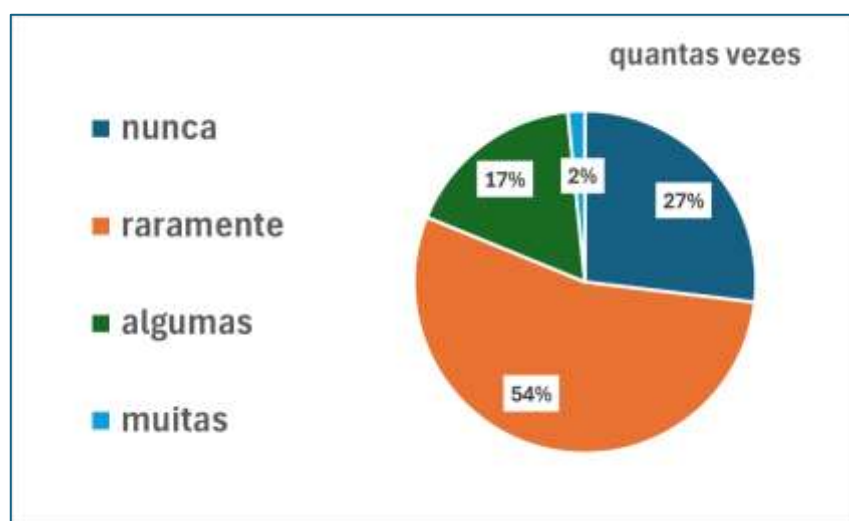


Gráfico 5 - Quantas vezes

Sobre o local adequado para iniciar uma conversa sobre as DAV, 96,2% preferem o Centro de Saúde, mas o Hospital e o Domicílio também são aceitáveis para mais de metade dos respondentes (59,7% e 64,5%, respetivamente).

Quanto às circunstâncias em que considerariam tomar a iniciativa de ter uma conversa sobre as DAV com um doente, a maioria (60,2%) optou por “qualquer doença grave”, mas a resposta mais curiosa (20,4%) é a de apenas abordar o assunto se houver sugestão de um familiar ou convivente do doente...

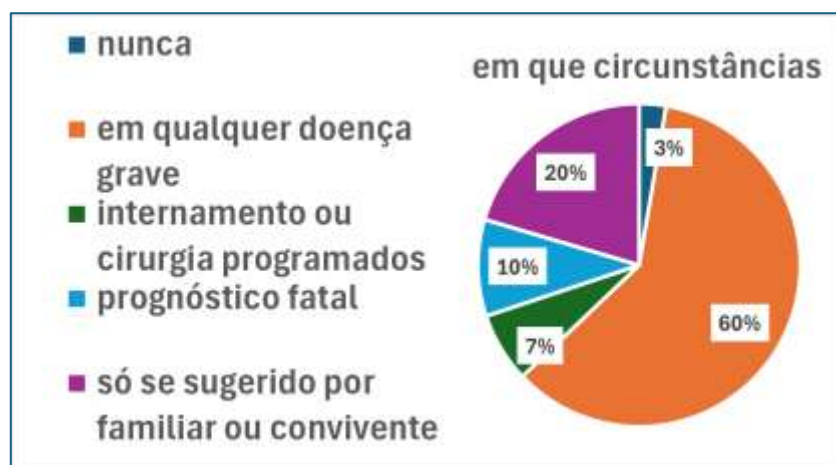


Gráfico 6 - Em que circunstâncias

Finalmente, pedimos aos respondentes que se pontuassem quanto aos seus próprios conhecimentos sobre as DAV, atribuindo 1 ponto ao conhecimento fraco e 10 ao conhecimento forte. A distribuição é quase-normal e isso torna-se mais evidente se virmos que a soma dos que se classificam mais baixo é quase igual aos que se classificam mais alto. Mesmo tirando os centrais, os extremos estão bastante equilibrados.

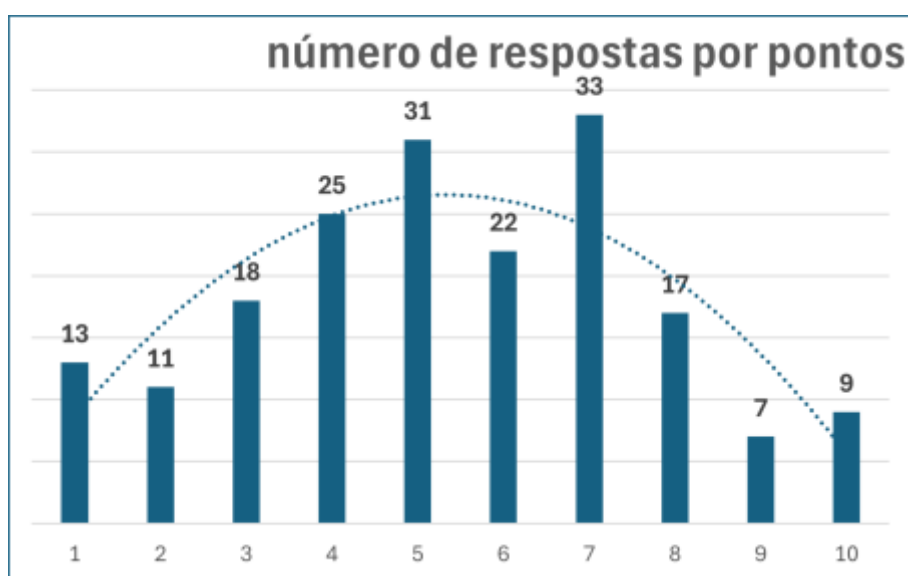


Gráfico 7 - Número de respostas por pontos

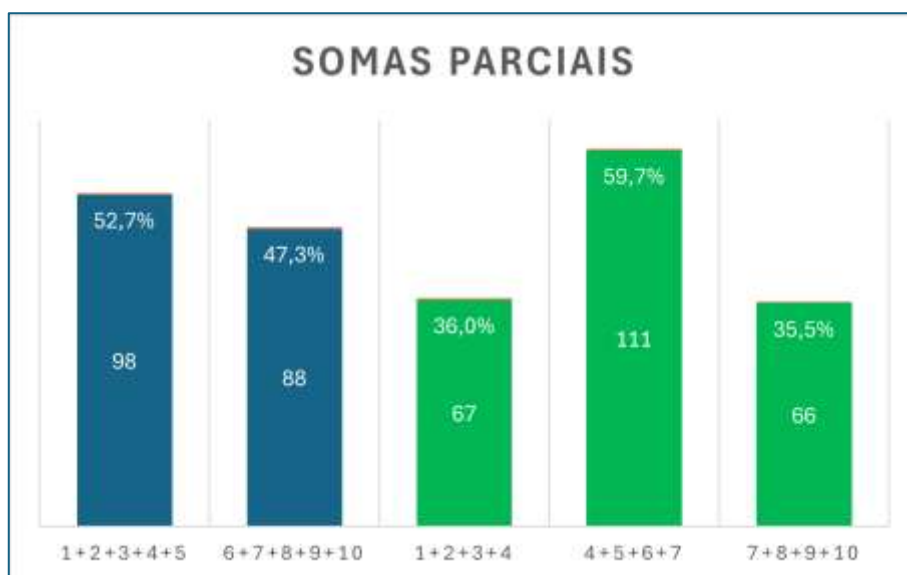


Gráfico 8 - Somas parciais

Mais uma vez, podemos dizer que este estudo levanta mais perguntas do que respostas. Contudo, é bem possível que uma reformulação do modelo disponibilizado no RENTEV, evitando algumas contradições internas, possa contribuir para mais clareza face aos cidadãos e aos profissionais de saúde.

C. De notar que o tema das DAV mereceu já a atenção, entre outros, de investigadores belgas ao publicarem um estudo na revista *BMC Medical Ethics* que conclui: «A maioria dos 502 cidadãos já ouviu falar de uma diretiva antecipada, mas apenas 17 declararam tê-la e 21 nunca a quiseram. Oitenta por cento querem ser eles a tomar a iniciativa, mas metade dos participantes quer que o médico de família participe ativamente. [...] A necessidade de redigir uma diretiva antecipada aumentou com o aumento da idade. Dos 117 médicos de família envolvidos, 65% redigiram cinco ou menos diretivas antecipadas no último ano. A falta de tempo, de experiência e um acesso deficiente aos requisitos administrativos corretos foram apenas alguns dos obstáculos.» ⁽⁶⁸⁾

⁽⁶⁸⁾ G. Scholten *et al.*, *Advance directive: does the GP know and address what the patient wants? Advance directive in primary care*, *BMC Medical Ethics* 2018 19:58

Há, pois, muito trabalho pela frente. E há quem se faça ao caminho – veja-se, entre outras iniciativas, a proposta de uma consulta de aconselhamento de João Gama Macedo, destinada a utentes. ⁽⁶⁹⁾ Leia-se também, por estar relacionado, o que escreveu Ana Mateus: *«O Médico de Família precisa de gerir relações interpessoais duradouras, respeitar autonomias diversas, garantir confidencialidade em territórios muitas vezes pantanosos – como o da presença de familiares na consulta ou assumidos como mandatários do paciente, manter uma comunicação eficaz e empática, e ainda cooperar em equipa multidisciplinar, muitas vezes sob pressão de interesses antagónicos dentro ou fora da mesma.»* ⁽⁷⁰⁾

Seja como for, o recurso a manifestações antecipadas de vontade terá sempre de ter aproximações baseadas na boa-fé e no discernimento fundamentado dos decisores, tanto os agentes jurídicos como os clínicos, quando se questione a validade atual das disposições testamentárias.

D. Entretanto, o CNECV tornou pública uma Tomada de Posição sobre Diretivas Antecipadas de Vontades ⁽⁷¹⁾, onde se recomenda que seja:

«a. incentivada a divulgação das DAV em todos os níveis dos cuidados de saúde, em particular, nos cuidados de saúde primários;

b. incluída uma referência às DAV nos guias de acolhimento dos hospitais e unidades de cuidados continuados, em conjunto com outras informações essenciais, como horários de visitas, espólios, dietas, entre outras, de modo que as pessoas internadas possam ser informadas sobre este direito, de forma acessível e humanizada;

c. prevista a produção e disponibilização de cartazes e conteúdos audiovisuais informativos simples sobre as DAV em todos os níveis dos cuidados de saúde, em particular, dos cuidados de saúde primários;

⁽⁶⁹⁾ J.C. Gama Macedo e M.F. Nogueira Lopes, *Consulta de Aconselhamento para o Testamento Vital (CATV)*, manuscrito facultado pelo autor, Menção honrosa em Concurso de Ideias da FSNS^{xxxvi}.

⁽⁷⁰⁾ A. Resende Mateus, *Aprender e ensinar profissionalismo no internato de medicina geral e familiar – a arte de formar médicos inteiros, para pessoas inteiras*. *AIMGF Magazine*, v. 15, n.º 1, 2025

⁽⁷¹⁾ CNECV, Tomada de Posição 11/2026,^{xxxvii} sobre as DAV, relatores R. Almeida, M. Silvestre, M. Ricou e M.C. Patrão Neves

- d. realizada uma divulgação ativa das DAV pelo profissional de saúde mais próximo, no contexto dos cuidados paliativos, nas unidades de cuidados continuados integrados e nas instituições residenciais para pessoas idosas, respeitando sempre o tempo e a vontade da pessoa;*
- e. promovido o apoio ativo aos utentes durante todo o processo, isto é, o acompanhamento desde o esclarecimento e tomada de decisão até ao preenchimento, registo e eventual atualização, incluindo, quando desejado, clarificação clínica por médico e apoio processual por profissionais credenciados;*
- f. assegurada a credenciação de, pelo menos, dois profissionais com acesso ao sistema RENTEV em cada instituição de saúde, pública ou privada, para que possam apoiar presencialmente pessoas internadas no preenchimento e registo de DAV, quando o solicitarem;*
- g. feita a integração do registo de DAV nos balcões de saúde autárquicos, sem comprometer a possibilidade de apoio por médico;*
- h. operacionalizada uma forma de registo de DAV online que garanta a autentificação da identidade do outorgante;*
- i. possível acesso ao RENTEV por parte dos profissionais de saúde em todo o sistema de prestação de cuidados português e não apenas para quem exerça no Serviço Nacional de Saúde; criados ou apoiados programas de formação para profissionais de saúde, a nível pré- e pós-graduado, com o objetivo de garantir a capacitação ética, jurídica e procedimental necessária ao seu registo e respeito pela vontade expressa;*
- j. feita a revisão do formulário atualmente disponibilizado pelo RENTEV, visando a simplificação, a uniformização linguística e a melhoria da inteligibilidade;*
- k. promovida a revisão periódica do modelo e das políticas públicas associadas, decorrentes dos dados resultantes da monitorização e avaliação contínua das DAV;*
- l. clarificada a solução para eventuais conflitos de representação derivados do estatuto do maior acompanhado e Procurador de Cuidados de Saúde, quando não coincidirem na mesma pessoa.»*

Espera-se então que daqui resulte num panorama mais consentâneo com a importância deste instrumento e com o respeito devido pela autonomia e dignidade de quem o use.

E. A existência de Diretivas Antecipadas é também muito relevante no caso de ensaios clínicos que eventualmente se pretenda realizar em doentes inconscientes. Não havendo, em tais situações, forma de obter consentimento livre e informado atual para que o doente seja considerado sujeito participante e havendo justificação robusta para a realização do ensaio nessas con-

dições, o CNECV elaborou um Parecer ⁽⁷²⁾, em conjunto com a Comissão de Ética para a Investigação Clínica (Infarmed), onde aborda as dificuldades e aponta «soluções eticamente adequadas para a participação, se justificada, destes doentes em ensaios clínicos», caso haja «ausência de diretivas antecipadas de vontade (testamento vital e ou procuradores de cuidados de saúde) ou outro representante legalmente autorizado, nomeadamente acompanhante com legitimidade para prestar consentimento nas situações em apreço».

A Importância da Manifestação de Vontade – Reflexão sobre o Testamento Vital e a Eutanásia

**Boletim da ORDEM DOS ADVOGADOS, outubro/2025
com André Dias Pereira ***



As Diretivas Antecipadas de Vontade (Testamento Vital e designação de Procurador de Cuidados de Saúde) e a Morte Medicamente Ajudada (Eutanásia e Suicídio Assistido) estão intimamente relacionadas: seja por se referirem ao final de vida, seja por se basearem no primordial princípio da autonomia da pessoa doente.

Contudo, sobressaem diferenças essenciais: as DAV são, fundamentalmente, manifestações negativas (recusas) e na MMA são positivas (pedidos de atuação). Por outro lado, as DAV são documentos firmados antes de ocorrerem os acontecimentos a que dizem respeito e na MMA há obrigação de repetidas confirmações presenciais e atuais.

Acresce que os instrumentos legais que regulam essas circunstâncias diferem bastante: as DAV foram aprovadas por unanimidade (Lei n.º 25/2012⁽¹⁾) no Parlamento e são socialmente aceites, enquanto a MMA mereceu, apesar de aprovação maioritária (Lei n.º 22/2023⁽²⁾), contestação social e sucessivas reservas constitucionais.

O CNECV tem um longo acervo de posicionamentos (Pareceres n.ºs 11/1995, 59/2010, 69/2013, 70/2013, 82/2015, 95/2017, 100/2018, 101/2018, 105/2019, 107/2020, 108/2020, 109/2020, 110/2020, 116/2022, 118/2022, 121/2023, 129/2024, 134/2025)⁽³⁾ em que ambas as matérias são referenciadas, verifi-

⁽⁷²⁾ CNECV, Parecer n.º 129/2024^{xxxviii} sobre aspetos éticos da investigação clínica em situações de emergência, relatores A. Dias Pereira, C. Águas, M. Silvestre e R. Nunes, pelo CNECV, e A. Lourenço, M.R. Zincke dos Reis, P. Póvoa, pela CEIC

cando-se que são predominantemente favoráveis às DAV e desfavoráveis à MMA. De assinalar que está em preparação uma Tomada de Posição sobre as DAV com eventual proposta de medidas para a sua melhor divulgação.

A manifestação antecipada de aceitar ou rejeitar a participação em ensaios clínicos, caso a pessoa fique incapaz de subscrever o consentimento informado e esclarecido, é abordada em alguns destes pareceres como uma forma de ultrapassar constrangimentos e de facilitar decisões de investigadores, tanto no sentido positivo quanto no negativo. O mesmo se pode dizer no que diz respeito a decisões clínicas perante pessoas com problemas de saúde mental (medidas de contenção, greves de fome ou tratamentos compulsivos).

A lei de despenalização da MMA não permite o testamento vital eutanásico. Ou seja, no contexto de sofrimento intenso e irreversível em fase terminal, e diante de solicitações reiteradas e atuais de acesso a medicação letal, a existência de DAV não configura, por si só, autorização suficiente para a prática da MMA. Contudo, tal documento pode contribuir para a formação de juízo mais consistente acerca dos valores, princípios e trajetória existencial do outorgante, servindo como elemento complementar na avaliação da sua vontade esclarecida e persistente.

Resta uma questão de ordem procedimental sobre a qual aparentemente não há certeza jurídica – como assegurar que uma DAV ou um pedido de MMA é uma manifestação absolutamente livre e esclarecida, não influenciada por fatores económicos ou apreciações afetadas emocional ou psicologicamente? Importa salvaguardar que o sistema de saúde preserva o valor da equidade e da justiça e que se cumpra o direito social à saúde, em todas as fases da vida, para que nenhuma decisão seja condicionada por outros motivos.

Merece ainda referência a Lei n.º 31/2018⁽ⁿ⁾, que regulamenta os direitos das pessoas em contexto de doença avançada e fim de vida em Portugal. Esta lei consagra o direito a não sofrer de forma desproporcionada e prevê o acesso a cuidados paliativos, apoio espiritual, apoio à família e a realização de testamento vital. ●

[*] O presente texto^(o) exprime as opiniões dos seus autores, não tendo sido alvo de apreciação institucional pelo CNECV, face às condicionantes de tempo e espaço decorrentes do honroso convite da Ordem dos Advogados.



Prezado Professor Vilaça Ramos,

Permita que, com todo o respeito que me merece a sua figura de pessoa prestigiada, sabedora e moderada, comente brevemente na Revista da OM o seu artigo sobre “As diretivas antecipadas de vontade” (DAV), publicado no número de abril e chegado a nossas casas no início de junho.

O que me move é mostrar aos nossos leitores que as coisas podem ter aspetos diferentes consoante o ângulo de que são vistas e isso não é sempre mau. Na verdade, pode ver-se, claramente visto, que a sua perspetiva é a do profissional e eu, sem deixar de o ser (ou ter sido), gostaria de pronunciar-me como cidadão que já inscreveu as suas DAV no RENTEV (registo nacional do testamento vital).

O mais importante reparo que pretendo apresentar relaciona-se com alguma inconsistência que noto na mistura de vontades que os cidadãos podem indicar: uma coisa é “recusar”, outra é “pedir”. Se se pode, certamente, afirmar que os médicos não podem realizar tudo o que os seus “doentes” pedem, e que isso não configura um consentimento informado, já recusar certos tratamentos é – sem margem para dúvida – um dissentimento (consentimento negativo) antecipado. Se posso, hoje, na posse de todas as minhas faculdades e direitos, recusar, por exemplo, uma quimioterapia, mesmo que isso não seja bem entendido por quem me trata, também poderei deixar escrito que no futuro, se não estiver em condições de expressar verbalmente a minha vontade, essa é de facto a minha vontade inultrapassável. O legislador pensou nisso e definiu um prazo para a eficácia das diretivas – cinco anos. Talvez pudesse ser menos, mas seria sempre a minha vontade.

O seu artigo e outros que sobre o assunto se pronunciaram nesta Revista pecam, na minha opinião, por esquecer que a legislação sobre as DAV não surgiu por acaso. A justificação desta lei, tal como noutros países, é antes uma necessidade histórica ou, como se diz às vezes, resulta de um avanço civilizacional. Ou seja, todos quantos exercem medicina – nomeadamente em casos de fim de vida – sabem e sentem que, se dispuserem de uma DAV, todas as suas decisões sobre futilidade se tornam mais racionais. A autonomia a que temos direito pode não ter um carácter absoluto, mas o confronto entre a minha autonomia enquanto pessoa doente e a do médico enquanto pessoa tratante não pode acabar sempre na predominância desta.

Resta uma terceira questão que não pode passar sem crítica. Ao contrário do que afirma no início do seu artigo, o carácter vinculativo das DAV, na Lei 25/2012^P, não tem só escapatória na objeção de consciência. O citado ar-

tigo 6.º, no n.º 1, diz «Se constar do RENTEV um documento de diretivas antecipadas de vontade, ou se este for entregue à equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde pelo outorgante ou pelo procurador de cuidados de saúde, esta deve respeitar o seu conteúdo, sem prejuízo do disposto na presente lei.» Ora, o sublinhado pode bem remeter, entre outros, para o n.º 2 do mesmo artigo, o qual menciona as situações em que as DAV não devem ser respeitadas. Além de que as considerações sobre a objeção de consciência parecem esquecer que o Código Deontológico⁽⁴⁾ contempla dois tipos de objeção – a de consciência (artigo 12.º) e a técnica (artigo 13.º). Se a primeira tem de ser alvo de registo prévio, a segunda é que é verdadeiramente casuística e é a que pode e deve ser invocada se a DAV não puder ser respeitada.

Poderia ainda comentar a questão da confidencialidade, mas tenho a certeza de que concorda comigo em que revelar ao próprio e/ou ao seu procurador (e escrevê-los no processo clínico por dever de documentação) os fundamentos do não respeito pela vontade antecipadamente manifestada pela pessoa, nas situações previstas na lei e no Código Deontológico, nunca poderá ser considerada uma quebra de sigilo. Saudações colegiais. ●

Alvíssaras!

revista da ORDEM DOS MÉDICOS, junho/2012



Foi publicada finalmente a lei que «regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital».

Nos tempos que vão correndo é caso para saudar esta boa notícia.

Contra ventos e marés, enfrentando receios infundados, os deputados aprovaram uma legislação similar à que muitas regiões autonómicas espanholas têm há vários anos. Vai ser possível agora que as equipas de saúde deixem de se refugiar em posições pretensamente defensivas, receosas de perseguição judicial, quando “apenas” respeitem a vontade da pessoa que estão a tratar.

Sim, é certo que a lei podia ser melhor mas ter sido aprovada por unanimidade na Assembleia da República é, só por si, motivo para a inscrever no rol das coisas boas.

Sim, é verdade que ainda falta que o governo regule alguns aspetos indispensáveis à aplicação plena do que foi aprovado – o prazo limite termina em meados de janeiro de 2013.

Sim, há clausulados mal redigidos que podem ser mal interpretados e até já o foram. Veja-se a “notícia” que a Lusa produziu no dia da publicação da lei: «Os profissionais que atendam um doente que tenha feito testamento vital e corra “perigo imediato” não têm de levar em consideração as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) se isso implicar uma demora que agrave os riscos». Ora o que diz a lei, textualmente, é que «em caso de urgência ou de perigo imediato para a vida do paciente, a equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde não tem o dever de ter em consideração as diretivas antecipadas de vontade, no caso de o acesso às mesmas poder implicar uma demora que agrave, previsivelmente, os riscos para a vida ou a saúde do outorgante.» Esta redação arrevesada significa, suponho que sem margem para dúvidas, que o legislador pretendeu recomendar que, não havendo tempo para consultar eventuais diretivas, os médicos não deixem de agir em casos de risco de vida.

Sim, pode dizer-se que não é claro, numa primeira leitura da lei, que qualquer pessoa pode fazer um “testamento vital” e também nomear um procurador de cuidados de saúde. Assim como pode optar apenas por um desses modos de garantir o respeito pelas suas vontades, caso fique incapaz de as expressar.

Sim, sempre haverá médicos que acham, em consciência, que devem ligar aparelhos de suporte artificial de vida a pessoas inconscientes que declararam formal e precisamente que recusam tais tratamentos. Mas, em contrapartida, muitos outros há que sabem os limites das suas funções (não se arvoram em possuidores de poderes divinos) e compreendem o significado do princípio da autonomia.

Sim, há quem queira abrir um debate sobre a morte medicamente assistida e defenda que é chegado o tempo de rever o Código Penal nessa matéria. Mas não é disso que trata este diploma.

Sim, a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, repete disposições que já estão em vigor e não precisariam constar de um testamento vital – não é preciso ir ao notário para que uma pessoa tenha direito a cuidados paliativos e a uma terapêutica sintomática apropriada ao «sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada». Tão pouco parece necessário que alguém precise de escrever, assinar e registar que deseja «não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte». Contudo não se perde nada em que a lei realce essas e outras redundâncias.

Sim, há quem considere que a lei era desnecessária, alegando que “hoje” os médicos já não praticam futilidades terapêuticas e não se encarniçam na defesa absoluta da vida, mesmo quando a morte é certa. Quem o diz está, certamente, desfasado da realidade. Pelo contrário, as pessoas sentem necessidade de se protegerem de deslumbramentos tecnológicos, de profissionais que sabem quase tudo sobre quase nada, de técnicos desumanizados e anónimos.

É portanto justo felicitar os nossos deputados! E ao fazê-lo felicitamos a nossa sociedade e a nossa profissão. ●

PREFÁCIO

“Testamento Vital – O que é? Como elaborá-lo?”, por Laura Ferreira Santos, Sextante, 2010



Escrever um prefácio não é fazer a interpretação do livro prefaciado. Tão-pouco será fazer a apologia das ideias aí defendidas, nem, muito menos, fazer a crítica do seu conteúdo. Um prefácio deve ser, na minha opinião, uma breve apresentação do livro e de quem o escreveu, apontando, perante os seus potenciais leitores, razões para uma leitura atenta.

Esta obra aparece no tempo certo na medida em que está aberto um debate, de âmbito nacional, sobre o “Testamento Vital” e sobre a forma como a legislação deve ser redigida. É tempo de esse debate se alargar e de nele entrarem contributos oriundos de áreas diversificadas. O assunto é demasiado importante para ser deixado aos médicos, aos juristas ou aos eticistas do costume.

Um debate que se queira produtivo implica que o cidadão comum disponha de meios para formar a sua opinião individual e para que a opinião coletiva se vá consolidando de modo racional. Debater assuntos desta índole e sensibilidade com base em preconceitos, estreiteza de vistas ou ignorância, só pode acabar mal.

O livro adota um formato pedagógico com linguagem acessível e fundamenta-se em informações sólidas e bibliografia exaustiva. É isso a pedagogia – ciência que trata da educação dos jovens! Só alguém vindo das ciências da educação, com domínio das ferramentas académicas, com provas dadas na reflexão sobre questões da vida e da morte, poderia proporcionar-nos uma obra tão completa (e ao mesmo tempo tão concentrada) como a que temos agora ao nosso dispor.

A professora Laura Ferreira dos Santos consegue colocar-nos a pensar sobre este tema, não escondendo dos leitores as opiniões diversas das suas,

defendendo os seus pontos de vista com clareza e com honestidade intelectual notáveis. ⁽⁷³⁾

A futura legislação sobre o respeito pela vontade de uma pessoa (expressa de modo inequívoco e relativa a factos que podem vir a passar-se se essa pessoa ficar incapaz) será, certamente, mais justa e equilibrada se todos quantos contribuírem para a sua formulação final tiverem lido esta obra.

O respeito pela autonomia da pessoa – princípio bioético dominante, embora não absoluto – há de ser tanto maior quanto mais consciente estiverem todos os intervenientes no processo de decisão. A consciencialização destes intervenientes começa por uma atitude de abertura à compreensão do problema e pela capacidade de aceitar as consequências das suas decisões. Não são só os médicos (alguns, muitos) que necessitam de mudar o paradigma do seu exercício profissional no que se refere ao respeito pela autodeterminação dos “seus” doentes. Não basta que os juristas traduzam em lei o que os médicos discutem, já que por vezes se limitam a tentar prevenir confrontos judiciais ou disciplinares.

É verdade que os problemas legais e os dilemas éticos relacionados com os cuidados do fim de vida não se resolvem todos milagrosamente com a redação, assinatura, registo e publicitação de umas Diretivas Antecipadas de Tratamento, por mais completas e bem pensadas que estas sejam. Todavia, com Diretivas completas e bem pensadas, havendo sustentação legal, alguns problemas encontram solução e alguns dilemas dissolvem-se. ●

⁽⁷³⁾ Veja-se, por exemplo, sobre a questão da autonomia precedente, as posições contrapostas de Ronald Dworkin (“*Life Past Reason*”) e de Rebecca Dresser (“*Dworkin on Dementia: Elegant Theory, Questionable Policy*”), transcritas em “*Bioethics, An Anthology, Edited by Helga Kuhse and Peter Singer, Blackwell Philosophy Antologies, 2nd ed., 2006*”: 262, 357, 365.

OITO

Eu tenho um sonho!

*“Eles não sabem, nem sonham,
que o sonho comanda a vida.”* António Gedeão ⁽⁷⁴⁾

“Em sonhos, é sabido, não se morre”, canta Sérgio Godinho ⁽⁷⁵⁾ e é por essas e por outras que pensamos ser imortais!...

I HAVE A DREAM

Congresso da Fundação SNS
“SNS, Património de todos”
27 setembro 2013



É, para mim, uma honra, uma responsabilidade e alguma emoção, estar hoje aqui a dizer as primeiras palavras deste Congresso. Espero não desiludir quem a mim atribuiu tal tarefa.

Hoje e amanhã, vamos ouvir falar de muitos e variados aspetos do SNS. Em muitos casos, vamos falar de custos, sustentabilidade, financiamentos.

Pois, para foco desta minha intervenção, escolhi falar-vos de temas que poucos ou nenhuns custos têm.

Quero falar de sonhos! Desculpem o atrevimento mas...

I HAVE A DREAM!

Ou melhor, *NÓS TEMOS UM SONHO!*

Que o SNS seja cada vez mais o lugar onde tanto utilizadores como prestadores reconhecem nos outros direitos humanos básicos e o fazem com naturalidade.

SIM, NÓS TEMOS UM SONHO!

CONFIDENCIALIDADE

Que o SNS seja, ou continue a ser, o lugar onde os cidadãos acreditam que os seus dados pessoais, os dados de saúde, estão a salvo de usos ilegítimos, por parte de companhias ou de empresas que apenas visam o lucro dos seus acionistas. Ou da curiosidade dos “amigos” e menos amigos...



⁽⁷⁴⁾ A. Gedeão, *Pedra Filosofal, Poesia Completa*, Ed. João Sá da Costa, 1996, p. 29

⁽⁷⁵⁾ S. Godinho, *✪ Lisboa que amanhece*^{xxxix}, 1995

RESPEITO pela DIGNIDADE das PESSOAS

Que o SNS seja – ou que em certas das suas unidades de saúde passe a ser – o lugar onde uma reclamação não seja considerada uma perda de tempo, seja respondida com respeito pela dignidade das pessoas que, certa ou erradamente, se sentiram de algum modo defraudadas nas suas expectativas. Respondidas a tempo. Não respondidas ao lado...

PROFISSIONALISMO

Que seja, sempre, o lugar onde os seus profissionais se sintam motivados para um desempenho que a si mesmos dê sentido de vida, prestígio social, motivação pessoal, capacidade para enfrentar dificuldades e incompreensões.

QUALIDADE

Que o SNS seja, quando comparado com outras instituições prestadoras de cuidados de saúde, do setor privado ou do setor social, uma referência de excelência técnica.

Que isso não seja apenas verificado nos cuidados relativos a situações críticas, mas se estenda ao mais banal dos atendimentos. (esta custa dinheiro)

SIM, NÓS TEMOS UM SONHO!

CONSENTIMENTO INFORMADO VOLUNTÁRIO

Que, no SNS, o relacionamento com os doentes, assim como com as pessoas saudáveis, se baseie sempre numa informação honesta, completa e adaptada à condição de cada um, gradual se necessário, sem paternalismos nem condescendências, sem mentiras ainda que piedosas, de tal modo que a adesão de cada um aos tratamentos propostos ou a aceitação de medidas preventivas sejam a consequência natural desse relacionamento.

Que, no SNS, o direito à recusa (ou a uma segunda opinião) não mais se traduza em retaliações assistenciais mas sim num esforço suplementar no explicar da informação.

SIM, NÓS TEMOS UM SONHO!

UNIVERSALIDADE

Que o SNS esteja sempre em prontidão para atender a todos segundo as suas necessidades e não segundo as suas possibilidades. ●

NOVE

Conclusões

“Neste capítulo, defende-se uma perspectiva objetivista, naturalista e otimista do sentido da vida. Objetivista, porque se defende que o sentido da vida não é independente da realidade. Naturalista, porque se defende uma posição não religiosa. E otimista porque se defende que é possível viver uma vida com sentido.” Desidério Murcho ⁽⁷⁶⁾

Assim,

1. Coletivamente

As propostas terapêuticas contidas em normas de orientação, oriundas da sociedade científicas ou de institutos académicos, ainda que prescrevam medidas individuais, formam um conjunto que tende a ter consequências globais. Sirva de exemplo o *quantum* de despesa que a prescrição de certos fármacos inovadores gera e como o Estado tem de se reger por critérios gerais e abstratos, conhecidos e publicitados antes das decisões ⁽⁷⁷⁾. De novo, as normas legais e as diretrizes oficiais têm de ter, também elas, em conta que o equilíbrio entre o benefício e o não-malefício nem sempre é fácil de legislar. Por outras palavras, têm de ter consistência ética, mesmo que o controlo das mortalidades tenha, convém não esquecer, além do mais, um preço orçamental. Daí a importância que o tema tem e os desafios que levanta, seja a nível legislativo, seja a nível da execução pelos serviços no terreno. Os dirigentes intermédios são, portanto, chamados a promover uma atuação com dimensão ética, onde o ‘lícito’ se sobreponha ao ‘útil’, o ‘dever fazer’ prevaleça sobre o ‘poder fazer’, a ‘pessoa’ valha mais do que a ‘técnica’.

⁽⁷⁶⁾ D. Murcho, *Pensar outra vez*, Quasi Edições, 2005, p. 23

⁽⁷⁷⁾ CNECV, Parecer n.º 64/2012^{xl} sobre um modelo de deliberação para financiamento do custo dos medicamentos, relatores A.S. Carvalho e R. Almeida

2. Individualmente

Cada médico, cada profissional da área da saúde, tendo um dever de atuar segundo as melhores práticas perante a possibilidade da morte, não pode ignorar que esse dever tem implicações no viver dos doentes, seus familiares e seus conviventes. A morte, seja ela iminente ou mera hipótese, tem de estar presente no pensar de cada profissional de saúde. Se o desfecho do seu agir depende das suas decisões, não se poderá, na vida clínica, deixar de refletir sobre as dúvidas que nos assaltam ou que nos são apresentadas. A morte como inevitabilidade e a morte pacífica contrapõem-se à morte surpresa e à morte dolorosa. Igualmente, a morte pode ser encarada, por quem tem o poder de a prolongar (a que custo?), como um fracasso ou como o fim da jornada. Só o conhecimento, resultado da experiência e do refletir, permite agir adequadamente.

3. Racionalmente

Sem pretensões apologéticas, esta reflexão confirma a convicção de que o tema da morte, estando presente no quotidiano do profissional de saúde, como no de muitos doentes, é matéria que justifica atenção continuada.

Este ensaio procura, em síntese, atravessar várias fases:

- a. A vida como etapa com sentido
- b. A morte como interesse coletivo
- c. A vida como projeto individual
- d. A morte como fim da vida
- e. A vida como trajeto saudável
- f. A morte como desfecho indolor
- g. A vida como alegria
- h. A morte sem tristeza
- i. A vida decidida
- j. A morte decidida

A finitude é uma condição incontornável do ser humano e a finalidade que atribuímos à vida ganha significado justamente diante desse limite. Ao per-

correr temas como a imortalidade, o sentido da vida, o medo da morte, os dilemas éticos e as escolhas no fim da vida, percebemos que a morte não é apenas um fim, mas também um reflexo dos valores e as prioridades de cada um. Seja através das diretivas antecipadas de vontade, dos cuidados paliativos ou do debate sobre a morte ajudada, o que temos como imperioso é a necessidade de encarar a finitude com dignidade, respeito e autonomia. É por conhecermos a nossa limitação temporal que valorizamos um viver com propósito e um legado que transcende o tempo. Uma vida com sentido é a que se funda em valores.

Sendo a finitude humana algo individual, também é um desafio coletivo que a Saúde Pública deve enfrentar com políticas claras, educação e acesso equitativo a cuidados dignos. A Saúde Pública tem o papel de promover uma cultura que normalize e simplifique a discussão sobre a morte, garantindo que decisões no fim da vida sejam informadas, respeitadas e acessíveis a todos, sem discriminação. Seja através da regulamentação da morte ajudada, da ampliação da rede de cuidados paliativos ou da educação sobre testamento vital, é essencial que as políticas públicas assegurem que ninguém sofra desnecessariamente. ■

ALGUMA BIBLIOGRAFIA

NÓS SOMOS OS LIVROS QUE LEMOS... ⁽⁷⁸⁾

- Abel Salazar, **TESTAMENTO DE UM MORTO VIVO SEPULTO NA CASA DOS MORTOS, EM BARCELOS**, T. Cabral (pref), I. Pacheco (coord edit), C. Morais Pires e M. J. Cunha (rev), C. Sequeira (rev. transcrições), U.Porto, 2022. *Uma obra esquecida que nos faz ver a depressão grave e o enfrentamento da morte pelas palavras de Abel Salazar – um cientista/artista/pensador, nem sempre compreendido no seu tempo.*
- Abílio Oliveira, **O DESAFIO DA MORTE**, D. Sampaio (pref), Ed. Notícias, 1999. *Uma importante dissertação de Mestrado em Psicologia Social, que inclui uma concisa e bem desenhada Breve História Social da Morte.*
- Alexandra Fernandes – **MÉDICOS DE FAMÍLIA FELIZES... PORQUE NÃO?**, I. Branco (ilust), APMGF, 2019. *Um depoimento sincero sobre um projeto de vida.*
- Atul Gawande, **SER MORTAL**, T. Ganho (trad), N. Silva e D. Reis (rev), Lua de Papel, 2014. *A mais importante obra sobre cuidados paliativos, de leitura e releitura obrigatórias.*
- Christopher Hitchens, **MORTALIDADE**, G. Carter (pref), C. Blue (posf), M. J. Camacho (trad), R. Almeida Simões (rev), D. Quixote, 2013 *Os últimos dias de um ateu militante, num relato impressionante escrito pelo próprio.*
- Desidério Murcho *et al.*, **VIVER PARA QUÊ? ENSAIOS SOBRE O SENTIDO DA VIDA**, D. Murcho (org, pref, trad), S. Ramos (rev), Filosofia Pública, Dinalivro, 2009. *Uma excelente seleção de textos, muito valorizada pelo prefácio de Desidério Murcho, apesar de o seu autor humildemente pedir para só o lermos no final.*
- Dino Baldi, **MORTES FABULOSAS DOS ANTIGOS**, V. Gato (trad), C. Duarte (rev). Cavalo de Ferro, 2004 *Mortes admiráveis de figuras da Antiguidade Grega e Latina contadas de modo irónico e sério, ao mesmo tempo.*
- Fernando Santos Pessoa, **VIVER A VIDA, LIDAR COM A MORTE**, Culturgalia, 2014. *Uma reflexão espontânea sobre os tempos da pandemia.*
- Isabel Galriça Neto *et al.*, **A DIGNIDADE E O SENTIDO DA VIDA – UMA REFLEXÃO SOBRE A NOSSA EXISTÊNCIA**, Pergaminho, 2004. *Um ensaio sobre cuidados paliativos numa perspetiva budista!*
- J. Filipe Monteiro, **TESTAMENTO VITAL – NOS DILEMAS ÉTICOS DO FIM DA VIDA**, R. Carvalho e Guerra (trad), I. Figueiras (rev), Guerra & Paz, 2020. *Um manual estruturado e fundamentado sobre distanásia, com explicações claras sobre Diretivas Antecipadas de Vontade.*

⁽⁷⁸⁾ Frase batida atribuída a vários autores: Jorge Luís Borges, Cath Crowley, John Updike, Airton Ortiz, ...

- Jaime Milheiro, **A INVENÇÃO DA ALMA**, E. Figueiredo (pref), Fim de século, 2012. *Um dos ensaios mais bem conseguidos do autor.*
- João C. Gama Macedo, **EDUCAR PARA A MORTE**, L. Ferreira dos Santos (pref), Almedina, 2011. *Um bom projeto em defesa de um discurso social que não esconda a temática da morte.*
- Jorge Melo, **DECISÕES MÉDICAS EM FIM DE VIDA**, Revista Portuguesa de Filosofia, 66, f. 2, Faculdade de Filosofia da UCP, Braga, 2010. *Um texto profundo de um saudoso precursor da ligação da Medicina à Filosofia.*
- José Cardoso Pires, **DE PROFUNDIS - VALSA LENTA**, J. Lobo Antunes (pref), D. Quixote, 1997. *Um testemunho inesquecível de quem esteve quase morto.*
- José Luís Peixoto, **MORRESTE-ME**, M. Filipe (rev), Quetzal, 2024. *Uma carta co-movente escrita ao pai que perdeu.*
- José Nuno Ferreira da Silva, **A MORTE E O MORRER ENTRE O DESLUGAR E O LUGAR**, A. Ferreira (pref), M. Clemente (pref), Afrontamento, 2012. *Uma tese de doutoramento centrada na morte hospitalar escrita por quem acompanhou muitas.*
- José Saramago, **AS INTERMITÊNCIAS DA MORTE**, Caminho, 2005. *Um romance que começa no dia em que as pessoas deixaram de morrer.*
- José A. Ferraz Gonçalves, **A BOA-MORTE - ÉTICA NO FIM DA VIDA**, Rui Nunes (pref), M. Piedade Ferreira (rev), Coisas de ler, 2009. *A dissertação de mestrado de um dos nossos mais sérios paliativistas.*
- Juan J. Millás e Juan L. Arsuaga, **A MORTE CONTADA POR UM SAPIENS A UM NEANDERTAL**, M. Ferro (trad), H. Guégués (rev), Ed. Presença, 2023. *Um diálogo fabuloso, cientificamente fundamentado e imperdível – o mais interessante livro dos últimos tempos.*
- Juan J. Millás e Juan L. Arsuaga, **A VIDA CONTADA POR UM SAPIENS A UM NEANDERTAL**, P. Vieira (trad), H. Guégués (rev), Ed. Presença, 2022. *A primeira parte da obra anterior, igualmente magnífica.*
- Laura Ferreira dos Santos, **A MORTE ASSISTIDA E OUTRAS QUESTÕES DE FIM-DE-VIDA**, Almedina, 2015. *A continuação de uma luta que marcou a vida da autora.*
- Laura Ferreira dos Santos, **AJUDAS-ME A MORRER? A MORTE ASSISTIDA NA CULTURA OCIDENTAL DO SÉCULO XXI**, Sextante Ed., 2009. *A contribuição inaugural da saudosa Laura para um debate público sério.*
- Laura Ferreira dos Santos, **DIZER ADEUS**, Cavalo de Ferro, 2014. *Como escrever sobre a perda de um irmão que dá origem a uma reflexão sobre o luto.*
- Laura Ferreira dos Santos, **TESTAMENTO VITAL - O QUE É? COMO ELABORÁ-LO?**, R. Almeida (pref), A Sampaio da Nóvoa (posf), Sextante Ed., 2011. *Uma obra que marcou os debates sobre o Testamento Vital e que tive o gosto de prefaciá-la.*
- Lídia Jorge, **MISERICÓRDIA**, S. Mendes e C. Boléo (rev), D. Quixote, 2022. *Uma tocante novela sobre a vida de uma idosa.*

- Luís Archer *et al.*, **TEMPO DE VIDA E DE MORTE** (Actas do VII Seminário Nacional do CNECV, 2000), Coleção Bioética, VII, CNECV, 2000. *Uma coletânea útil e heterogénea, com pontos altos e baixos.*
- Manuel Cruz, **O CONCEITO DE MORTE CEREBRAL NUMA PERSPECTIVA ÉTICA**, dissertação de Mestrado (fotocópias oferecidas pelo autor), 2003. *Um estudo sério sobre a aplicação das regras de diagnóstico da morte cerebral.*
- Maria Filomena Mónica, **A MORTE**, H. Guégues (rev), Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2011. *Um lúcido testemunho de alguém face à hipótese de morrer.*
- Michel de Montaigne, **QUE FILOSOFAR É APRENDER A MORRER**, 2.^a ed., Diogo Paiva (trad), Carina Correia (rev), VS Editor, 2022. *Uma espécie de tratado contra o desespero que nos ensina que aprender a viver é aprender a morrer – um clássico!*
- Pedro Galvão, **TRÊS DIÁLOGOS SOBRE A MORTE**, F. Rogeiro (ilustr), Filosofia Aberta, 40, Gradiva, 2020. *Uma forma inteligente de explicar o que Descartes, Leibniz, Locke, Hume pensaram sobre a morte ...*
- Ricardo Araújo Pereira, **A DOENÇA, O SOFRIMENTO E A MORTE ENTRAM NUM BAR**, 9.^a ed., Tinta da China, 2021. *Um divertido ensaio sobre o humor onde a morte, afinal, não é assunto.*
- Richard Dawkins, **A DESILUSÃO DE DEUS**, L. Rodrigues e M. J. Camilo (trad), Casa das Letras, 2008. *O mais consistente e influente cientista ateu, cuja obra é incontornável.*
- Sêneca, **MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA A MORTE**, James S. Romm (seleção, introd, edição), Pedro Braga Falcão (trad), Diogo Paiva (rev), VS Editor, 2024. *Reflexões plenas de atualidade de um senador romano – um clássico!*
- Simone Beauvoir *et al.*, **VELHICE E MORTE**, E. Andersson, M. Lopes, E. Andersson e M. C. Pizarro (trad), Novos Cadernos, D. Quixote, 1973. *Um conjunto de textos que mantêm atualidade, mais de meio século depois de escritos.*
- Stéphane Allix, **A MORTE NÃO EXISTE**, H. Guégues (trad), I. Guerreiro (rev), Marcador, 2024. *Um livro cujo esforço de leitura é uma perda de tempo. Pretende dar caráter científico à existência de consciência após a morte.*
- Susana Moreira Marques, **AGORA E NA HORA DA NOSSA MORTE**, Tinta da China, 2013. *Uma reportagem pedagógica e bem estruturada sobre cuidados paliativos domiciliários.*
- Valter Hugo Mãe, **A MÁQUINA DE FAZER ESPANHÓIS**, Alfaguara, 2010. *Uma prosa poética feita para nos fazer pensar na Feliz Idade... Uma delícia!*
- Walter Osswald, **DA VIDA À MORTE - HORIZONTES DA BIOÉTICA**, M. F. Carmo (rev), Gradiva, 2014. *Um grande ensaio-síntese que mostra bem por que o autor é o bioeticista mais acarinhado e influente em Portugal.*
- William Walker Atkinson, **A VIDA DEPOIS DA MORTE**, C. Ribeiro (trad), S. Sousa (rev), Alma dos Livros, 2024. *Um livro para esquecer!... Uma autêntica fraude intelectual.*

Diretivas Antecipadas de Vontade (Testamento Vital + Procurador de Cuidados de Saúde)

Questionário destinado a especialistas e internos de Medicina Geral e Familiar

Cara/caro Colega, Apresento-me como um neurologista aposentado que se aproxima dos 80 anos e anseia manter-se intelectualmente ativo e útil para com a comunidade que lhe proporcionou uma longa e feliz vida profissional. Estou a preparar um ensaio a que penso dar o título de “Finitude e Finalidade” onde procurarei abordar o tema da morte sob diversos ângulos. Num dos capítulos gostaria de me basear em dados concretos sobre **Diretivas Antecipadas de Vontade** (testamento vital e procurador de cuidados de saúde). Pretendo reunir elementos que me sejam proporcionados solidariamente por **médicos de família**, usando este questionário *Google Form* (com garantia de anonimato dos respondentes e sem quaisquer elementos de identificação de utentes, consequentemente isento de documento formal de consentimento) e tentando uma amostra de conveniência cuja dimensão dependerá da adesão conseguida. Correndo embora o risco de um viés de seleção, pareceu-me que poderia aproximar-me de obter um panorama realista do recurso dos médicos de família e dos “seus” utentes às Diretivas Antecipadas de Vontade, na atualidade. Ficaria, por isso, muito grato se dedicasse uns minutos do seu precioso tempo a preencher o breve questionário seguinte.

Muito obrigado pelas suas respostas.

Aceite as mais cordiais saudações,

Rosalvo Almeida, TM 966008155, rosalvo.almeida@gmail.com

[Este questionário mereceu aprovação da Comissão de Avaliação Ética da Ordem dos Médicos]

É Médica/o de Família ou Interna/o de MGF?

☐ SIM (se NÃO, por favor, não prossiga)

Grupo etário de quem responde

☐ MENOS de 40 ANOS

☐ ENTRE 40 e 49 ANOS

☐ ENTRE 50 e 59 ANOS

☐ ENTRE 60 e 69 ANOS

☐ MAIS de 70 ANOS

Sexo

☐ FEMININO

☐ MASCULINO

A. Registou no RENTEV as suas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)?

☐ SIM

☐ NÃO

A.a. Caso não tenha registado, tenciona fazê-lo?

☐ SIM

☐ NÃO

☐ TALVEZ

B. Tem conhecimento de doentes da sua lista que registaram DAV?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

B.b. Caso afirmativo, quantos serão

- ☐ 1 a 5 DOENTES
- ☐ 6 a 10 DOENTES
- ☐ mais de 10 DOENTES

C. Quantas vezes, no último ano, o tema das DAV foi motivo de conversas com os seus doentes

- ☐ NUNCA
- ☐ RARAMENTE
- ☐ ALGUMAS VEZES
- ☐ MUITAS VEZES
- ☐ SEMPRE

D. Qual é, no seu parecer, o local adequado para iniciar uma conversas obre as DAV? (pode sinalizar mais do que um)

- ☐ CENTRO DE SAÚDE
- ☐ HOSPITAL
- ☐ DOMICÍLIO

E. Em que circunstâncias considera tomar a iniciativa de uma conversa sobre as DAV com um doente?

- ☐ NUNCA
- ☐ EM QUALQUER DOENÇA GRAVE
- ☐ EM CASOS DE INTERNAMENTO OU CIRURGIA PROGRAMADOS, INDEPENDENTEMENTE DO DIAGNÓSTICO
- ☐ APENAS PERANTE UM PROGNÓSTICO FATAL
- ☐ APENAS SE FOR SUGERIDO POR FAMILIAR OU CONVIVENTE DO DOENTE

F. Se questionado por um doente sobre qual a modalidade mais recomendável, qual seria

- ☐ TESTAMENTO VITAL
- ☐ PROCURADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE
- ☐ AMBOS

G. Como pontua o seu conhecimento sobre as DAV?

- ☐ 1 (fraco)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 (forte)

Para ver a folha de cálculo com os resultados totais, clicar [AQUI](#) (†)

Hiperligações do texto

- (^a) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>
- (^b) <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607>
- (^c) <https://www.publico.pt/2021/02/18/politica/noticia/marcelo-envia-lei-eutanasia-tribunalconstitucional-1951225>
- (^d) <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20080632.html>
- (^e) https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/09_End_of_Life/Guide/Guide_FdV.pt.pdf
- (^f) <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2007-70462232>
- (^g) <https://www.publico.pt/2003/07/04/culturaipsilon/noticia/morreu-augusto-abelaira-1155695>
- (^h) <https://www.publico.pt/2018/05/29/sociedade/noticia/glossario-sobre-a-mortemedicamente-assistida-1832446>
- (ⁱ) <https://www.publico.pt/2020/01/30/politica/noticia/morte-assistidaagendada-20-fevereiro-1902262>
- (^j) <https://www.linkedin.com/in/rosalvo-almeida-a8802b244/>
- (^k) <https://www.mgfamiliar.net/>
- (^l) <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607>
- (^m) <https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres>
- (ⁿ) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/31-2018-115712240>
- (^o) <https://boletim.oa.pt/2025/10/30/direito-da-familia-a-importancia-da-manifestacao-de-vontade-reflexao-sobre-o-testamento-vital-e-a-eutanasia/>
- (^p) <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607>
- (^q) <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2016/07/139000000/2257522588.pdf>
- (^r) <https://1drv.ms/x/c/823a05e76f807f72/EQbz4EFuQEPL-kANFHQp3q0EB6o1zFNOR0BX7tiAQZIYPaQ?e=RdC6Ao>

Hiperligações das notas de rodapé

- i. <https://doi.org/10.1017/S1478951525101338>
- ii. <https://www.pordata.pt/>
- iii. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/esperanca-de-vida-e-obitos/esperanca-de-vida-nascenca-por-sexo>
- iv. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/esperanca-de-vida-e-obitos/esperanca-de-vida-aos-65-anos-por-sexo>
- v. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(96\)91412-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(96)91412-9/fulltext)
- vi. https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df%5bds%5d=dsDisseminateFinaIDMZ&df%5bid%5d=DSD_HE-ALTH_STAT%40DF_AM&df%5bag%5d=OECD.ELS.HD&dq=.A....T.....&pd=2010%2C&to%5bTIME_PERIOD%5d=false
- vii. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/saude/outros-indicadores-de-saude/taxa-de-mortalidade-evitavel>
- viii. <https://www.publico.pt/2025/05/16/ciencia/ensaio/nao-existe-espiritualidade-cientifica-2133138>
- ix. <https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-n-o-64-cneqv-2012-sobre-um-modelo-de-deliberacao-para-fi>
- x. <https://arquivo.ecclesia.pt/arquivo/noticias/vaticano/francisco-alerta-para-economia-que-mata/>
- xi. <http://www.nuffieldbioethics.org/neurotechnology>
- xii. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4224996/>
- xiii. <https://criticanarede.com/sentido.html>
- xiv. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/707-2016-75007439>
- xv. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2482334>
- xvi. <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20250307.html>

-
- xvii. <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/1521>
- xviii. <https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-n-o-76-cneqv-2013-sobre-o-despacho-relativo-a-colheita-d>
- xix. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/141-1999-532449>
- xx. https://www.youtube.com/watch?v=Gsl0t6qFie0&list=RDGsl0t6qFie0&start_radio=1
- xxi. <https://rosalvoalmeida.blogspot.com/2008/06/morte-ha-so-uma.html>
- xxii. <http://dre.pt/pdf1sdip/1993/04/094A00/19611963.pdf>
- xxiii. <http://dre.pt/pdf1s/1994/10/235B00/61606160.pdf>
- xxiv. <https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/10-cneqv-95>
- xxv. <https://rosalvoalmeida.blogspot.com/1998/01/guia-de-diagnostico-da-morte-cerebral.html>
- xxvi. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1750/1327>
- xxvii. <http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/death/index.html>
- xxviii. http://www.oa.pt/Conteudos/Artigos/detalhe_artigo.aspx?idc=30777&idsc=112472&ida=112723
- xxix. <https://rosalvoalmeida.blogspot.com/1998/01/guia-de-diagnostico-da-morte-cerebral.html>
- xxx. <https://files.dre.pt/1s/1999/08/201a00/59555955.pdf>
- xxxi. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607>
- xxxii. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2023-213560882>
- xxxiii. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/acordao-tribunal-constitucional/307-2025-920668876>
- xxxiv. https://ordemdosmedicos.pt/files/pdfs/Wf1z-ESTATISTICAS-por-ESPECIALIDADE_2024.pdf
- xxxv. <https://www.spmis.min-saude.pt/2025/01/42-mil-testamentos-vitais-ativos-no-rentev/>
- xxxvi. <https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:7340640865901543425/>
- xxxvii. <https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/tomadas-de-posicao/tomada-de-posicao-11-posicao-do-cneqv-sobre-diretivas-antecipada>
- xxxviii. <https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-conjunto-cneqv-ceic-sobre-aspetos-eticos-da-investigacao>
- xxxix. <https://www.youtube.com/watch?v=MM-PNGRPUE>
- xl. <https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-n-o-64-cneqv-2012-sobre-um-modelo-de-deliberacao-para-fi>
-

AGRADECIMENTOS

Estou muito grato por todo o apoio empático do professor doutor Henrique Barros desde a primeira hora. Agradeço as estimulantes leituras críticas que a doutora Mónica Granja, médica de família e bioeticista amadora, e o meu muito velho amigo Zé Lima, tradutor e “poeta nas horas mais vagas”, aceitaram fazer de uma versão preliminar deste ensaio. Registo também, com agrado, as observações solidárias da minha mulher e dos nossos filhos que ouvi ao longo da feitura deste trabalho.