

# Artigo de Opinião

## Opinion Article

Filipe Monteiro<sup>1</sup>

### Medicina intensiva no fim da vida. Reflexão sobre o posicionamento da Igreja católica

#### *Intensive medicine in the End-of-life Care. Considerations on the disposition of the Catholic church*

Recebido para publicação/*received for publication*: 07.02.05

Aceite para publicação/*accepted for publication*: 07.04.20

#### Resumo

O fim da vida e os cuidados médicos são ciclicamente notícia nos órgãos da comunicação social. A posição da Igreja católica, em relação à qual existe um grande desconhecimento, tem estado, paradoxalmente, na origem de alguma controvérsia.

Neste artigo, analisamos e reflectimos sobre os vários documentos daquela instituição religiosa, bem como a opinião de algumas personalidades que estudaram esta temática numa perspectiva católica.

Rev Port Pneumol 2007; XIII (4): 605-612

**Palavras-chave:** Ética, medicina intensiva, fim da vida, Igreja católica.

#### Abstract

End-of-life care cyclically occupies the headlines of the mass media. The disposition of the Catholic church, this matter, although unknown to many, has been the subject of discussion and controversy.

In this article we analysed various documents of that religious institution, as well as the opinion of some well known personalities who studied this theme from a Catholic perspective.

Rev Port Pneumol 2007; XIII (4): 605-612

**Key-words:** Ethics, intensive medicine, end-of-life, Catholic church.

<sup>1</sup> Mestre em Bioética. Assistente Hospitalar Graduado no Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Em Dezembro passado, os *mass media* noticiaram o falecimento do italiano Piergiorgio Welby, que desafiara recentemente o Estado italiano com o seu pedido de eutanásia. Segundo a informação veiculada pelas agências noticiosas, Welby sofria de uma doença neuromuscular degenerativa e há mais de nove anos que estava totalmente dependente de ventilação mecânica invasiva. À margem da notícia, foram tecidos alguns comentários sobre a posição da Igreja católica, que condena inequivocamente a eutanásia.

Esta postura está alicerçada na concepção da vida como algo de sagrado: um dos pilares da doutrina cristã e que está bem explícito na Bíblia (*Exodus* 20:13), através do quinto mandamento – “Não matarás”.

Os cuidados médicos para encurtar ou prolongar o fim da vida são eticamente inaceitáveis à luz da ética cristã e têm merecido, desde há muitos anos, discussão no seio da Igreja católica, com reflexos no seu posicionamento.

Apesar de tudo, não será de mais lembrar que os problemas éticos relacionados com os cuidados no fim da vida não se esgotam na eutanásia; com efeito, existem outras questões éticas que podem surgir com determinadas atitudes terapêuticas no fim de vida e que têm estado na origem de alguma controvérsia, nomeadamente, e para citar as mais debatidas, a obstinação terapêutica e a que implica o duplo efeito da analgesia.

Em relação a todas estas questões, a Igreja católica, de acordo com a sua doutrina, tem manifestado a sua posição e enunciado directrizes orientadoras para os que professam a religião católica. Contudo, o seu posicionamento é desconhecido por parte significativa da sociedade, inclusivamente de alguns sectores da comunidade médica católica. E, no seio da própria instituição, parece que nem

sempre a interpretação das exortações é consensual.

Neste contexto, pela relevância ética e moral das recomendações da Igreja, será apropriado analisar e reflectir sobre os temas que estão na origem da dissonância.

Nas últimas décadas, a reflexão teológica e as orientações da Igreja foram expressas, entre outros, num discurso do papa Pio XII “Trois Questions Religieuses et Morales Concernant l’Analgésie” – 1957, pela Congregação para a Doutrina da Fé “Declaração sobre a Eutanásia” – 1980, pelo Conselho Pontifício *Cor Unum* “Questões Éticas Relativas aos Doentes Graves e Moribundos” – 1981, pela Pontifícia Academia de Ciências “Prolongamento da Vida e a Determinação da Morte” – 1985, pelo Pontifício Conselho para a Pastoral no Campo da Saúde “Carta aos Profissionais da Saúde” – 1995, por uma encíclica de João Paulo II “*Evangelium Vitae*” – 1995, no “Catecismo da Igreja Católica” e nos pronunciamentos de algumas conferências episcopais. É também de realçar que, perante uma matéria tão delicada, o debate não se tem restringido ao posicionamento oficial da Igreja, revelado naqueles documentos. O pensamento, os argumentos, os comentários e a opinião de leigos em relação à matéria em causa têm sido expressos em artigos publicados em revistas laicas ou de orientação católica.

Na análise e reflexão que propomos, decidiu-se não aprofundar o tema da eutanásia, tendo em consideração as particularidades intrínsecas que encerra e que merecem ser objecto de uma apreciação à parte.

Apesar das especificidades próprias de cada condição, existem, no debate hodierno relacionado com os cuidados no fim de vida, alguns pontos comuns, nomeadamente no que se refere a vários dilemas.

### Duplo efeito de fármacos

No “duplo efeito de fármacos” estão incluídas as situações em que a administração de determinado fármaco, para além de provocar o resultado desejado, pode estar na origem de um efeito não pretendido e, por vezes, até nefasto. O exemplo paradigmático é a administração de um medicamento analgésico que, para além do provocar o efeito desejado (analgésia), pode, pela sua actuação ao nível dos centros respiratórios, estar na origem de uma hipoventilação e de uma eventual paragem respiratória.

Analisando esta situação à luz de princípios bioéticos, espera-se que todo o acto médico respeite, entre outros, os princípios de beneficência e não maleficência. Na prática, as quatro regras que definem estes dois princípios podem ser apresentadas como:

- 1) dever de não infligir o sofrimento;
- 2) dever de prevenir o mal ou o sofrimento;
- 3) dever de suprimir o mal ou o sofrimento;
- 4) dever de fazer o bem ou de o promover.

No caso do duplo efeito da analgesia, parecem estar em confronto duas destas premissas, a primeira e a terceira. Perante uma situação de conflito, as opiniões nem sempre são convergentes. Assim, para alguns bioeticistas<sup>1</sup>, nestas circunstâncias, deve haver uma hierarquização dos princípios. Os princípios de não maleficência e de justiça são, na sua opinião, princípios absolutos, colocados no 1.º nível, enquanto o princípio de beneficência e o de autonomia seriam do 2.º nível, sendo respeitados após o cumprimento dos de 1.º nível. Para outros autores<sup>2</sup>, a existência de conflitos deve ser em relação a valores e não a deveres, visto que admitir a existência destes seria admitir um comportamento di-

ferente e incompatível para a mesma situação, o que seria moralmente inaceitável. Um aspecto muito perigoso associado a esta questão é que, a coberto do duplo efeito, um fármaco analgésico pode ser utilizado como instrumento de eutanásia.

A posição da Igreja católica perante um assunto tão delicado foi abordada há perto de meio século pelo papa Pio XII num notável discurso dirigido a um grupo de médicos, onde fez uma distinção clara entre a eutanásia e o princípio do duplo efeito. Na sua alocução, o papa clarificou a posição da Igreja, utilizando como argumento o **intuito da prescrição**. Nas suas palavras, “a administração de narcóticos com o fim de provocar ou apressar a morte é ilícita, porque nesse caso pretende-se dispor directamente da vida. Um dos princípios fundamentais da moral natural cristã é o de que o homem não é senhor nem dono, mas somente usufrui do seu corpo e da sua existência. Ora, o homem arroga-se o direito de disposição directa da vida toda vez que quer encurtá-la como fim ou como meio.

Se entre a narcose e o encurtamento da vida não existe nenhum nexos causal directo, posto pela vontade dos interessados ou pela natureza das coisas (e seria o caso se a supressão da dor não pudesse ser obtida senão por meio do encurtamento da vida), e se, pelo contrário, a administração de narcóticos produz por si mesma dois efeitos distintos, o alívio das dores e o encurtamento da vida, então é lícita”<sup>3</sup>.

No mesmo sentido vão as palavras do papa João Paulo II na sua encíclica “O Evangelho da Vida”: “Se não existem outros meios e se, naquelas circunstâncias, isso em nada impede o cumprimento de outros deveres religiosos e morais, é lícito suprimir a dor por

meio de narcóticos, mesmo com a consequência de limitar a consciência e abreviar a vida”.<sup>4</sup>

Em relação à analgesia e à narcose, há ainda a referir uma situação usual em medicina intensiva, em que se verifica a necessidade de uma sedação muito forte para se poder ventilar eficazmente o doente, daí resultando um corte da sua relação cognitiva com o meio que o rodeia.

A dúvida que persiste é a de se saber se deve ou não existir algum limite temporal para manter um doente sedado. Qual a posição da Igreja católica nestas circunstâncias? Esta conjuntura pode ser enquadrada na perspectiva de uma das mais antigas doutrinas da Igreja católica em relação aos cuidados no fim da vida.

### **Doutrina dos meios ordinários e extraordinários**

A doutrina de meios ordinários e extraordinários teve a sua origem na Idade Média e foi elaborada pelos professores dominicanos Francisco de Vitória (1486-1546), Domingo de Soto (1494-1560) e Domingo Báñez (1528-1604), da Universidade de Salamanca.<sup>5</sup> Com uma formação filosófica e teológica nominalista, estes dominicanos centraram a sua tese no doente. A doutrina teve como ponto de partida o conflito entre os superiores e os subordinados da ordem religiosa a que pertenciam, e que dizia respeito à obrigatoriedade de os segundos tomarem remédios em situação de doença. Segundo Domingo de Soto, a exigência só era aceitável em relação aos medicamentos de fácil ingestão.

Posteriormente (1587), Francisco de Vitória, em relação a esta questão, expressava-se assim na *Reflection Theologica*: “Um doente que

não se alimenta porque não gosta da comida seria culpado de um pecado equivalente ao suicídio? Se o doente está tão deprimido ou perdeu o apetite de maneira que é somente com o maior dos esforços que ele se alimenta, esta situação deve ser considerada como criando uma espécie de impossibilidade, e o doente está isento, pelo menos, de pecado moral, especialmente se existe pouca ou nenhuma esperança de vida.”

A distinção entre meios ordinários e meios extraordinários foi concluída por Domingos Báñez em 1595, ao estabelecer que as medidas devem ser proporcionais à condição ou ao estado da vida. Na sua óptica, se alguma coisa fosse muito custosa ou onerosa, ou se não oferecesse um benefício substancial para o doente, não existia a obrigação moral de usá-la.

Este conceito tornou-se no ensinamento da tradição moral católica em relação a esta temática e foi sendo aperfeiçoado ao longo dos tempos, nomeadamente pelo jesuíta norte-americano Gerald Kelly (1902-1964), que os aplicou à situação médica contemporânea<sup>67</sup>. Este teólogo centrou o pensamento não só no doente (medicamentos ou terapêutica sem custo excessivo, dor ou outros inconvenientes), mas também no médico, ao reflectir sobre quais os tratamentos que devem ser entendidos como ordinários (que ofereçam uma esperança razoável de benefício). Em termos éticos, considerou que a aplicação dos meios ordinários é um imperativo moral. Os meios extraordinários compreenderiam aqueles que implicam uma experiência negativa em termos de sofrimento e de custo e que, sob o ponto de vista médico, não oferecem uma esperança razoável de benefício: assim sendo, a sua utilização não é um imperativo moral.

A distinção entre os meios ordinários e extraordinários passou a ser algo confusa e pouco esclarecedora com a aquisição de novos conhecimentos na área da medicina e com a consequente evolução tecnológica. O paradigma da dificuldade em diferenciar os dois meios na actualidade é exemplificado pela situação que a seguir se apresenta.

### Nutrição e hidratação

Em relação à nutrição e à hidratação, a posição dos moralistas dominicanos de Salamanca era bem clara. Como é óbvio, não era do conhecimento destes teólogos a utilização de meios artificiais na hidratação e na alimentação (nomeadamente, através do uso de sondas). Contudo, nos tempos mais actuais, já com plena utilização destes meios de tratamento, o seu ponto de vista foi corroborado por outros teólogos, nomeadamente pelo jesuíta Gerald Kelly<sup>6,7</sup>.

A tentativa de rever a posição tradicional e considerar a nutrição e a hidratação como sendo sempre obrigatórias está explícita no documento do Conselho Pontifício *Cor Unum*, “Questões Éticas Relativas aos Doentes Graves e Moribundos”, de 1981, onde se pode ler: “Existe uma estrita obrigação de aplicar em todas as circunstâncias as medidas terapêuticas consideradas mínimas: isto é, aquelas que são normalmente utilizadas para manter a vida (alimentação, transfusões sanguíneas, injeções etc...)”. Do mesmo modo se pronunciou a *Pontifícia Academia de Ciências* no documento “Prolongamento da Vida e a Determinação da Morte”, em 1985, “Se o doente estiver num estado de coma permanente e irreversível, deve ser-lhe proporcionado todo o cuidado, incluindo a alimentação.”

Analisando estes documentos, parece pouco lógico e inconsistente englobar a nutrição e a hidratação, quando administradas por meios artificiais, como meios ordinários e não fazer o mesmo com o oxigénio quando fornecido pela ventilação mecânica.

A contradição está bem patente na “Declaração sobre a Eutanásia” pela Congregação para a Doutrina da Fé, de 1980, onde se interroga: “Mas será preciso, em todas as circunstâncias, recorrer a todos os meios possíveis? Até agora, os moralistas respondiam que nunca se era obrigado a usar meios ‘extraordinários’. Essa resposta, que continua a ser válida em princípio, pode talvez parecer hoje menos clara, já pela imprecisão do termo, já pela rápida evolução terapêutica. Por isso, há quem prefira falar de meios ‘proporcionais’ e ‘não proporcionais’. De qualquer forma, poder-se-á ponderar bem os meios quanto ao tipo de terapêutica a usar, o grau de dificuldade, o custo e as possibilidades de aplicação em confronto com o resultado que se pode esperar, atendendo ao estado do doente e às suas forças físicas e morais.”

Contudo, este documento é extremamente elucidativo na destriça entre a eutanásia e a ortotanásia quando se afirma: “Se por um lado a vida é um dom de Deus, por outro a morte é inevitável: é necessário, portanto, que, sem antecipar de algum modo a hora da morte, se saiba aceitá-la com plena responsabilidade e com toda a dignidade.”

O papa João Paulo II deu o seu contributo para o esclarecimento desta querela quando, em 2004, dirigindo-se aos médicos numa conferência sobre a nutrição e hidratação no estado vegetativo persistente, organizada pela *Federação Internacional das Associações dos Médicos Católicos* e pela *Pontifícia Academia para a Vida*, afirmou: “A administração de água e

comida, mesmo através de meios artificiais, representa um meio natural de preservar a vida e não um acto médico. O seu uso deve, além de mais, ser considerado, em princípio, ordinário e proporcional, e como tal moralmente obrigatório, para e até que atinja o seu objectivo que no presente caso (estado vegetativo persistente) consiste em proporcionar a alimentação ao doente e aliviar o seu sofrimento.”

De acordo com alguns analistas, esta afirmação do papa pode ter duas leituras: a tradicional, isto é, que a nutrição e a hidratação são sempre obrigatórias; ou a circunstancial, que pode resultar da análise da frase “para e até que atinja o seu objectivo”.

O intuito da Igreja católica, ao clarificar a sua posição, tem que ver com a cultura laxista e relativista no que se refere à vida, que enferma a sociedade ocidental contemporânea. Neste contexto, a suspensão de hidratação e de alimentação poderia facilmente conduzir à eutanásia.

### **Conceito de vida humana na ética cristã**

No cerne de todas estas questões, como já referimos, está a vida humana, que para a Igreja católica é sagrada, princípio que está bem explícito no quinto mandamento.

Numa perspectiva médica, qual a interpretação da vida humana?

De acordo com muitas opiniões, a vida humana é o somatório da vida biológica – onde estão incluídos os processos vitais ou metabólicos – com a vida cognitiva – que inclui a capacidade de escolher, relacionar e pensar. Para outros, a vida é só uma.

No estado vegetativo persistente (EVP) existe vida biológica, mas a vida cognitiva não.

Deve a vida ser mantida artificialmente através de meios extraordinários numa situação de EVP?

Na opinião do jesuíta Richard McCormick: “A vida é um valor a ser preservado somente enquanto contém alguma potencialidade para relacionamentos humanos. Quando o julgamento humano desta potencialidade está ou poderá vir a ser totalmente ausente, porque a condição do indivíduo é completamente dependente do mero esforço de sobrevivência, pode-se dizer que esta vida já atingiu a sua potencialidade.”<sup>8</sup>

Esta controvérsia em relação ao conceito de vida humana levou a que o debate se polarizasse em duas orientações: a pró-vida (*pro-life*), em que se defende a existência da vida como um todo e a sua sacralidade; e a pró-escolha (*pro-choice*), em que se interpreta a vida como um somatório das dimensões biológica e cognitiva, e em que, numa situação de EVP, se defende a qualidade de vida e a liberdade de escolha.

São vários os argumentos que os partidários das duas posições usam, quer para defender as suas posições quer para atacar as do campo oposto.

Assim, os partidários da sacralidade da vida alegam que a defesa da qualidade da vida implica que uma vida sem qualidade não vale a pena ser vivida e, como tal, que esta postura pode acarretar uma justificação para a eutanásia.

Por outro lado, os defensores do princípio *pro-choice* advogam que a absolutização da dimensão biológica do ser humano, que leva à defesa do valor imperativo de manter a vida biológica, abre o caminho para a obstinação terapêutica.

Na nossa opinião, a resolução do problema passa por esclarecer o conceito de qualidade de vida. A definição e a interpretação desta

noção não originam consensos. Quanto a nós, a qualidade de vida não deve implicar qualquer juízo subjectivo. Uma definição objectiva deste atributo, na nossa perspectiva, é a de Richard McCormick: não pode existir qualidade de vida na ausência irreversível da potencialidade para relacionamento humano.

A posição da Igreja católica está clarificada no documento do Conselho Pontifício *Cor Unum* “Questões Éticas Relativas aos Doentes Graves e Moribundos”. No que diz respeito ao conceito de qualidade de vida e de intervenção terapêutica, pode-se ler: “Entre todos os critérios para decidir, deve ser dada uma importância especial ao da qualidade de vida a ser salva ou mantida viva pela terapêutica. A carta do cardeal Villot ao Congresso da Federação Internacional das Associações de Médicos Católicos é muito clara nesta questão: “Deve ser enfatizado que é o carácter sagrado da vida que proíbe um médico de matar e que ao mesmo tempo transforma num dever usar todos os recursos da sua arte para lutar contra a morte. Isto, contudo, não significa que o médico tem obrigação de usar toda e qualquer técnica de manutenção da vida que esteja ao seu dispor pela infatigável criatividade da ciência. Não seria uma tortura inútil, em muitos casos, impor reanimação vegetativa durante a última fase de uma doença incurável?”

Uma outra visão desta questão, de cunho filosófico, centra a discussão na importância da vida humana, isto é, na sua existência, pois na sua ausência não existem outros valores e experiências. Na opinião de alguns teólogos, como Richard McCormick, assim se compreende que a vida é um valor a ser preservado: precisamente porque torna possível outras conquistas.

Numa perspectiva cristã, o amor do homem pelo seu deus realiza-se através do amor ao próximo. Na ausência, potencial ou irreversível, desta capacidade de amar, não se justificam os meios extraordinários ou desproporcionados para manter a vida biológica. Vai neste sentido a opinião de Lisa Sowle Cahill, antiga presidente da Sociedade Teológica Católica dos EUA (1992-93): “A vida física tem valor para uma pessoa somente na medida em que ela a capacita para atingir o bem maior, Deus, por meio do amor pelos outros. A vida é um bem relativo, não absoluto, e não precisa de ser preservado se ela se caracteriza por inconsciência permanente ou sofrimento tão extremo que compromete seriamente a própria capacidade de amar outras pessoas.”

### Considerações finais

O carácter sagrado da vida e o dever de preservá-la faz parte dos fundamentos da doutrina da Igreja católica. De acordo com os ensinamentos desta instituição, é amando o próximo que entramos em comunhão com Deus, o objectivo último da existência humana. Assim sendo, é dever de todo o cristão proteger e preservar a vida.

A preservação de funções metabólicas à custa de meios tecnológicos estará de acordo com estes princípios? Não será um atentado à dignidade da pessoa humana protelar a morte por meios desproporcionados, numa vida que chegou ao seu fim?

Não será de mais alertar que a não utilização de meios desproporcionados à situação não implica a suspensão de cuidados. Há que saber a diferença entre o curar e o tratar, sendo que o último não pode nem deve, em circunstância alguma, deixar de ser prestado ao doente.

O contributo da Igreja católica nesta matéria, que é extremamente delicada e melindrosa, tem sido enorme. As discordâncias com alguma sociedade laica, ou dentro da própria instituição, são perfeitamente naturais. Numa perspectiva ética, o fundamento do agir passa pelo levantamento da dúvida, pela auscultação das opiniões e pela reflexão sobre os problemas.

### **Bibliografia / Bibliography**

1. González MAS. História, teoria y método de la medicina: introducción al pensamiento médico. Barcelona: Masson, 1998: 150.
2. Cabral R. Princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. *In*: Archer L, Biscaia J, Osswald W (Eds.). Bioética. Lisboa: Editorial Verbo, 1996: 58.
3. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Edições Loyola: 2001.
4. Papa João Paulo II. O evangelho da vida. Lisboa: Editora Rei dos Livros, 1995: 116.
5. Gracia D. The old and the new in the doctrine of the ordinary and the extraordinary means. *In*: Wildes KW (Eds.). Critical choices and critical care: catholic perspectives on allocating resources in intensive care medicine. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1995: 119-125.
6. Kelly G. The duty of using artificial means of preserving life. *Theological Studies* 1950; 11:20320.
7. Kelly G. The duty to preserve life. *Theological Studies* 1951; 12:5506.
8. McCormick RA. How brave a new world? Dilemmas in bioethics. New York: Doubleday, 1981: 345346.
9. Cahill LS. Within shouting distance: Paul Ramsey and Richard McCormick on method. *J Med Philos* 1979; 4(4):398-417.