

EUTANÁSIA – ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS*

FRALETTI, Paulo**

FRALETTI, P. et al Eutanásia – Aspectos Psiquiátricos.

Arq. Med. ABC, (1 e 2): 15 - 20,1995.

Resumo: O autor faz, de início, considerações sobre a morte, e os vários tipos de posição tomada pelas pessoas diante da mesma, inclusive, cita alguns casos, como exemplos, dos vários tipos de reação ao acontecimento do morrer, da mais solene à mais extravagante e dentre elas a da eutanásia. Desta, de acordo com Ricardo Royo – Villanova Y Morales, cita os vários aspectos de análise da eutanásia, para se deter nas quatro principais, que são os aspectos médio geral, o psiquiátrico, o ético e o jurídico-filosófico. Trata, a seguir dos motivos alegados para a justificação da legalização da eutanásia, que são os problemas do prognóstico (incurabilidade), do sofrimento, da dor (sua subjetividade e realidade clínico-científica, do consentimento do doente e do sofrimento dos familiares e executor do ato. Sobre todos tece considerações com base em argumentos clínicos e científicos.

Como adendo, acrescenta as declarações do cancerologista francês Lucien Israel, feitas sobre o tema, a uma revista brasileira, em 12.04.1986, posicionando-se contra a prática da eutanásia.

1 – EUTANÁSIA – ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS

Por mais que se queira ver na morte um simples desfecho de vida, sem maior sentido, senão mesmo uma banalidade e ser encarada com indiferença, ou frieza, ela é, no entanto, para a maioria das pessoas, um acontecimento trágico, ainda que não passe de mera possibilidade distante no tempo. Sabemos que se morre, e que morreremos, mas vivemos como se nunca fossemos morrer! Designa-se de virtualidade essa característica geral do psíquico, da transformação do real em espaço-tempo virtual. Sentir, virtualmente, que seremos o único a não morrer, é uma defesa, se bem que não completamente eficaz, contra a angústia, a ansiedade e o medo da morte.

Além do acontecimento trágico é, para a maioria das pessoas, um acontecimento solene, pois, experimentada, em seu aspecto, e vivenciada, no mundo interno, subjetivo, com os mais estranhos sentimento de valor, a convulsionar a profundidade da alma e seus mistérios. Isto, naturalmente, para aqueles que conjecturam que tudo ocorrerá conscientemente

É assim que o homem vê a morte e se vê diante da morte, bem como vê o morto e se vê morto no funeral. Solenidade essa que as famílias e a sociedade tem procurado abolir, internando em clínicas e hospitais de morte, os seus doentes desenganados ou já em agonia, para evitar trabalho, cuidados e sofrimento. Medida (prática) essa, reveladora de sentimentos egoísticos e comodismo. Fogem os familiares, cada vez mais, a tarefa tão difícil e sofredora, mas também tão profundamente afetiva quão humanitária, de assistir um parente em longa enfermidade em casos incuráveis, ou de arrastadas agônias.

Alguns poucos afirmam, não sem certa ponta de satisfação e orgulho, estar preparados para receberem serenamente a morte, dando-nos a impressão que a vida já não lhes interessa, se é que algum dia lhes interessou. Mas

causam revolta que admiração. São, de regra, pessoas ligadas mais a bens materiais que espirituais. Às vezes, vidas sem sentido, justamente pela falta de meta. Nada faz cansar tanto da vida como a ausência de espírito. Outros existem, para os quais, tal afirmativa não passa de blasonaria, ingênua ou ilusória coragem. Estes nos causam pena.

A maioria porém, sente-se intranquã, sob qualquer das formas de intranquãilidade, angústia, ansiedade, ou medo, ou tudo junto, seja por crença em outra vida, temerosos de castigos, seja por amor à vida ou pelo dois, conforme ditam os valores que cada um tem sobre a mesma, ou seja, o sentido que se empresta e a posição existencial em que se coloca, ambos em obediência a concepção que se tem do mundo, que não é a mesma para todos, mas que também não varia ao infinito. Essa – a da intranquãilidade – é a atitude de expectativa mais freqüente, a mais comum diante da morte e, por isso mesmo, e apesar de ansiedade e do temor, a mais normal. Em psicopatologia, em matéria de delimitação entre o normal e o anormal (não o patológico), o critério de avaliação usado é o estatístico.

Dentre as que não temem a morte, existem exceções. É o caso dos santos e dos que não tem fé, que muito se aproxima da dos estóicos, cujo ideal supremo de felicidade a ser atingido, através do equilíbrio e moderação na escolha dos prazeres sensíveis e espirituais, era a imperturbabilidade ou ataraxia.

Apesar de não estóico foi o que aconteceu com Sócrates. Dentre nos com Miguel Couto...E como exemplo de santo, o caso de Aurelius Augustinus, genial africano de Tagasta, teólogo e filosofo e bispo de Hipona, o grande Santo Agostinho, que não temia a morte, e que talvez não a desejasse, e se a desejava, pelo menos não a procurava, como refere Giovanni Pepini, na biografia que dela escreveu. Para a febre que o vitimou, socorreu-se de médicos e não deixava de se alimentar.

Proibido de ler e escrever, que eram sua grande atividade, fez gravar em amplas folhas de pergaminho os salmos de penitência, para que fossem fixados na parede, em frente a sua cama, para tê-los sempre ante os olhos e não cansava de os reler e de chorar.

Fora um grande pecador e se tomara num dos maiores santos do cristianismo católico. Seu choro deveria ser o de quem sabia próxima a hora da bem aventurança de contemplar a Deus de perto, mas não deixaria de ser, também a do homem que muito vivera a vida a procura de concupiscência, dinheiro e glória, na mocidade (restos inconscientes de apego à vida), e a do místico que, após a conversão, muito lutara e ainda desejava lutar por Cristo, como havia feito São Paulo, o responsável principal pela sua conversão.

*Relatório à mesa redonda "Eutanásia, sobre aspectos psiquiátricos, em 20.08.1984, no IX Congresso Médico Universitário do ABC, de 20 a 24 de agosto com participação de Oswaldo Gianotti Filho, Marcos de Almeida, Jorge Roberto Pagura e Afonso Oetting Jr.

**Prof. Titular de Psiquiatria e Psicologia da Faculdade de Medicina do ABC

Era noite quando morreu. Oravam e torno de seu modesto leito de monge, bispos, padre e amigos. E, enquanto oravam, seu coração deixaria de bater, simples, mas comovedora solenidade de morte cristã. E para aqueles que conhecem sua vida, sua longa luta interna e externa pela conversão, e o quando representa sua obra para o cristianismo, sua morte foi comovedora. De solene vivência interna, para ele, e da experiência da majestosa solenidade para os que o rodeavam.

Apesar da morte ser temida como uma permanente realidade ameaçadora, a maioria dispõe-se a enfrentá-la, com maior ou menor amadurecimento. Há porém, uma parcela de pessoas que prefere esquivar-se dela, fugindo ao seu contato, desejando morrer repentinamente, o mais grave ainda, em sono. É no fundo uma aspiração eutanásia, mas por outro lado não pode haver medo maior nem mais disfarçado, nada humano e nada solene. Como abdicar de ver, ouvir e sentir junto a si, aqueles aos quais se ama e dos quais se separa para sempre. Só mesmo os frios de ânimo, os pobres de afeto, os insensíveis de espírito podem optar por tal desfecho de vida.

Mais grave, ainda é o dos que banalizam a morte e o morto do culto dos mortos, da antiga Roma, transformados em Deuses e lares, a simples cremação do cadáver, com as cinzas encerradas em uma urna. É gravíssima a atitude dos extravagantes ou originalista, como o daquele médico que deixou como última vontade, que seu corpo fosse cremado e suas cinzas jogadas no Rio Tietê, naturalmente, na intenção de chamar a atenção do mundo, supondo-se uma grande figura histórica, caso não fosse um anormal ou doente. Ou ainda o caso chocante acontecido numa cidade do interior. Para atender o pedido que o falecido fizera, em fim de vida, ao saírem com o caixão da Igreja, deram uma volta na praça carregando o caixão ao som não de uma marcha fúnebre, mas de sambas!!!

Coroamento esplêndido de vida, para o que trabalha é – disse Flaminéio Favero – fechar os olhos no seu posto de ação. Outro não era o pensamento de Ramon y Cajal, tanto que escreveu: “se fores lavrador, pede a Deus que te surpreenda a morte plantando uma árvore, se fores escritor, roga-lhe que a implacável te apanhe com a pena vibrando, reclinada a cabeça sobre o alvo papel - é o mais lindo sudário. Foi o que emocionou a classe médica paulista em maior de 1938, numa das salas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, quando em plena aula sofreu um íctus cerebral, o Dr. Enjoaras Vampré, primeiro professor de neuro-Psiquiatria do Juqueri.

Fausto Guerner, primeiro professor de Neurologia da Escola Paulista de Medicina e também dos mais notáveis psiquiatras do antigo Juqueri, viajava de navio para a Europa, quando sentiu-se enfermo. Voltou para São Paulo. Soube de seu mal, neoplasia. Reuniu todos os colegas no Departamento de Neuro-Psiquiatria da Associação Paulista de Medicina, para deles se despedir. Cena de profunda coragem e comovedora repercussão.

Se a morte, por si só, tranquiliza com angústia, ansiedade e medo, muito mais aflige saber que ela pode ser precedida ou acompanhada de mal doloroso, ou outro qualquer, longo e sofredor, e mais terrível ainda, se com

conhecimento de sua incurabilidade. É o que se denomina de distanásia, a chamada morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento.

Distanásia vem da raiz thanatus = morte, e do prefixo dis = difícil. Quer pois, dizer – morte difícil, dificuldade em morrer agonia longa e demorada.

A grande aspiração humana, porém manifestada em cada ser particular é o da eutanásia, em seu sentido etimológico, de boa morte, morrer bem, já que o prefixo eu significa bem, ou seja é a morte calma, tranqüila, ou no dizer do saudoso médico legista, Prof. Flaminéio Favero, é a morte suave, doce, fácil, sem sofrimento, sem dor.

Ricardo Royo – Villanova y Morales, em o “Direito de morrer sem dor” (Madrid, 1929), dá a definição e conceito da eutanásia em seus vários aspectos:

“É a morte doce e tranqüila, sem dores, nem torturas morais, que pode sobrevir de modo natural, nas idades mais avançadas da vida, surgir de modo sobrenatural como graça divina, ser sugerida por uma exaltação das virtudes estóicas, ou ser provocada artificialmente, já por motivos eugênicos, ou com fins terapêuticos para suprimir ou abreviar uma inevitável, larga e dolorosa agonia, mas sempre com prévio consentimento do paciente ou prévia regulamentação legal”.

Em tal definição estão implícitos:

- ⇒ O aspecto piedoso, criativo (afetivo – humanitário)
- ⇒ O aspecto místico – religioso (sobrenatural)
- ⇒ O aspecto espiritual (filosófico)
- ⇒ O aspecto eugênico – higiênico (sócio-racial, sociológico)
- ⇒ O aspecto econômico (político)
- ⇒ O aspecto biológico (natural)
- ⇒ O aspecto terapêutico (médico)
- ⇒ O aspecto psicológico (médico-psiquiátrico)
- ⇒ O aspecto legal – jurídico – penal
- ⇒ O aspecto moral (médico-deontológico)

Destacaremos os de interesse para entendimento da eutanásia terapêutica isto é:

- ⇒ O aspecto médico legal
- ⇒ O aspecto psiquiátrico
- ⇒ O aspecto ético e
- ⇒ O aspecto jurídico

Para se compreender bem o aspecto psiquiátrico é preciso antes se compreender o aspecto médico legal. E, para se entender a ambos, necessário se ter em mente o aspecto jurídico, mas para clareza deste se faz o preciso antes, conhecer o aspecto ético.

Aspecto Ético – de imprescindível conhecimento para a vida profissional do médico, quanto a conduta moral a seguir nos casos práticos que se lhes possam surgir.

Trata de saber se basta o conhecimento do doente para que o médico possa utilizar recursos terapêuticos para abreviar a morte dos incuráveis, poupando ao doente os sofrimentos dos últimos dias e da agonia quando desta, a morte é precedida.

Para uns, só os incuráveis (eutanásia terapêutica), para outros, também os que acham que não vale a pena serem mantidos pela coletividade (eutanásia eugênica).

Não cabe ao médico matar, sua missão é curar. Raros são os países que aceitam e permitem em seu códigos penais.

Tanto o cristianismo como a medicina a rejeitam. No decálogo de Moisés, inspirado por Deus, esta bem gravado: Não matarás. No juramento de Hipócrates acha-se bem explícito: “A ninguém darei, para agradar remédio mortal, nem conselho que o induza a perdição”.

Aspecto Filosófico – e interesse para o problema jurídico. Trata de saber se existe ou não o direito de morrer, ou direito de matar, diante de causa que possa justificar tal morte, de regra, provocada para término de sofrimento, a pedido da vítima, que deseja morrer, para evitar sofrimento, ou agonia, por moléstia incurável, quando se haja perdido toda esperança científica, ou então, “sob evocação de concepções eugênicas”.

A eutanásia ou “morte eutanásica” é a morte provocada por outrem a pedido do doente, e realizada por misericórdia ou piedade, ou suprema caridade, por isso mesmo, também designada de homicídio eutanásico ou homicídio piedoso. (Morte eutanásica é péssima forma de se exprimir, pois constitui redundância, que quer dizer “morte boa morte”. Erro semelhante a “tratamento psicoterápico”, que redundante em “tratamento de terapêutica psíquica”).

Considerações – Dos conceitos jurídicos – filosóficos e éticos, sobre os quais procuram justificar e legalizar a eutanásia, alguns pontos de vem ser isolados para considerações de ordem médica geral e psiquiátrica, já que em ambos os setores de nossa ciência e arte, eles são comuns ou interdependem. Dentre os muitos, isolaremos os seguintes:

1. O problema da incurabilidade, ou seja, prognóstico
2. O problema do sofrimento pela dor – sua subjetividade e realidade clínico-científica
3. O problema do consentimento do doente-vítima
4. O problema do sofrimento dos familiares e do executor, isto é do eutanásista médico e do “písto-homicida”(com excusas pelo neologismo).

Incurabilidade-Prognóstico-O curso das doenças físicas é muito diferente e, muito mais variável, do que o das doenças mentais que, não raro, cada uma delas, em particular, tem cursos diversos. Quantos casos não existem de clientes desenganados, de nosso conhecimento e relatados na literatura médica, que vieram a se curar?

Todos os tipos de prognóstico são juízos propedêuticos difíceis delicados, seja o quoad slitudinem ou quoad restitutiogem, que se refere a cura, seja quoad vitam, que trata da possibilidade ou certeza de morte, ou seja, ainda, o quoad volitudinem, que leva a conjecturar sobre a possibilidade de invalidez ou de defeito psíquico.

De outro lado, o prognóstico não é tão só, e simplesmente, bem deduzida conjectura quanto ao desfecho da moléstia, senão também um juízo seguro sobre o processo e tendência da mesma, bem como sobre a resistência constitucional do paciente. Lembramos aqui, o caso da moça que, nos Estados Unidos, fora vítima de decerebração (morte cerebral), cuja família entrou com pedido na Justiça, para obtenção da licença, com o fim de ser feito o deligamento dos aparelhos que mantinham-na vegetativamente. A concessão

foi obtida (Pobre e ingênuo juiz!). E o que aconteceu? Continua “viva”. Não contaram, médicos, advogados,juiz e familiares com a sua resistência.

Alertamos que, em nosso relatório não ousamos considerações sobre os casos de morte cerebral. Há um tema de ordem não só metafísico-teológico, mas também empírico-científica, para os cientistas possuídos de fé, a alma se localizaria apenas nos cérebro ou no corpo todo? A levar-se em conta a segunda hipótese, como praticar a eutanásia numa pessoa à morte, que, apesar do cérebro estar morto o coração continua a bater?

E atente-se, ainda, para o que é mais grave: o prognóstico depende do diagnóstico tanto que, afirmava o grande propedêuta Francisco de Castro, o criador da propedêutica médica brasileira, sem diagnóstico é impossível a medicina.

E quantos erros de diagnóstico não existem?

É diante de problemas tão graves e sérios como esses, que não compreendemos a posição de certos psiquiatras de orientação psicanalítica, psicológica e sociológica, hoje, reforçados pela antipsiquiatria, lutam contra as designações nosográficas, apregoando o tão dissolvente lema do “no diagnosis at all”(nenhum diagnóstico). Posição que beira ao ridículo, à ligeireza e à irresponsabilidade.

Questão intimamente relacionada à da incurabilidade, de natureza histórico-evolutiva da medicina, é o do progresso médico-científico e terapêutico relacionados com muitas doenças. Quantas delas não eram tidas, até há algumas décadas, como irreversíveis, hoje plenamente curáveis. Tal é o caso da paralisia geral progressiva (demência paralítica), fase quaternária da sífilis, por processo orgânico meningoencefálico parenquimatoso difuso, que inutiliza completamente o doente, e para sempre. Com o malarioterapia e, após com a penisilinoerapia, tornou-se doenças mentais mais curáveis para surpresa geral.

Nunca será demais lembrar o caso do médico francês, com uma filha atacada de grave mal, para a qual Pasteur ensaiava um soro. O pai, desesperado, injetou-lhe um entorpecente para abreviar o sofrimento dela e da família. Horas depois, chegara a notícia do efeito nocivo do soro.

No início dos anos 30, um médico no Colorado matou a própria filha de 22 anos, que era débil mental e paralítica. Na semana passada ainda examinamos um doente semelhante, de 29 anos, epiléptica e oligofrênia, o dia todo a se locomover como criança que engatinha, movendo-se só na casa ou no quintal, dando grande trabalho e exigindo vigilância permanente.

Se fôssemos agir assim, quantos milhares não ter-se iam que matar. Esses pobres retardados têm vida mental, mas têm..., como as crianças. As crianças se desenvolverão. Os retardados de hoje, não, mas quantos não serão normais, porque os que precedem serviram de esperança e braço de ciência?

Hoje em dia não se faz, e com sucesso, a profilaxia da debilidade mental fenilacetônúrica e do hipotiroidismo, e com obrigatoriedade de lei? (falta de metabolização e eliminação do aminoácido fenilamina, no caso desta forma de debilidade. O excesso intoxica o cérebro e produz deficiência intelectual. No hipotiroidismo, doença hereditária, há a falta de uma enzima que impossibilita a formação do hormônio T4, fundamental para o crescimento, especialmente o cérebro).

É ainda de se perguntar como Flâmíneo Fávero: seriam os portadores de distúrbios psíquicos totalmente inúteis?

Óbviamente, não. Assim como os velhos são úteis pela experiência, os mutilados e deficientes físicos, pelo aproveitamento em atividades compatíveis com sua condição, os alienados pela realização de trabalhos que são laborterapia e entretenimento para eles e, até fonte de renda para os hospitais. Franco da Rocha, o inesquecível fundador do Juquerí, manteve o hospital até 1919, quase que exclusivamente, com rendas de laborterapia.

Isto sem falar no braço que são da ciência, como fonte de prática, ensino e estímulo para a pesquisa e avanço da ciência médica.

Sufrimento pela dor – Nem sempre a morte é dolorosa. O legista carioca Leonildo Ribeiro cita o caso de Oslan, que assistiu a 500 agonias, e constatou que só em 20% dos casos havia sinais de sofrimento.

Miguel Pereira esclarecera bem, que a causa imediata de morte, com exclusão dos casos excepcionais com os acidentes, que no sangue, vai acumulado, a medida que a circulação se entorpece e paralisa, pois o gás carbônico com possuir propriedades anestésicas, evita a dor, como se fosse uma medida defensiva da natureza.

A morte natural, segundo Saley, importa em acontecimento indolor, geralmente precedido de perda gradual de consciência, que torna incapaz (analogamente ao sono) de criar estímulos dolorosos ou percepções afetivas. É típico o caso da caquexia cancerosa.

Morselli, ilustre psiquiatra italiano, esclarece outros pontos: “As expressões atrozes que contemplamos no muribundo não significam dor, nem mesmo nas mais tumultuosas agonias. Contrações, gemidos, suspiros, agitações de mãos, são reflexos, subconscientes, e muitas vezes, não significam terrenos lúcidos ou dolorosos”.

É como o choro ou riso espasmódico de certos estados psicopatológicos por lesão cerebral, por puro mecanismo neurológico, não afetivo-humoral (P.F.).

Pedido e consentimento do doente-pergunta o professor Flamíneo Fávoro, terá valor o consentimento forçado pela dor? pelo desespero? pela perturbação de consciência que altera a capacidade de julgamento e consentimento?

É bom que se esclareça que muitas moléstias, por si mesmas, pela toxemia, altera a consciência, tirando ao indivíduo a capacidade de discernimento entre o bem e o mal e, conseqüentemente, a capacidade de consentimento. É o caso das psicoses sintomáticas (loucuras de causas gerais), e os processos terminais com distúrbios metabólicos, como na caquexia. Já nas psicoses cérebro-orgânicas, a perda da capacidade se dá por causas lesionais directas, como na senilidade, psicose tumorais cerebrais, etc.

A própria dor, a angústia, a ansiedade, o desespero e o medo, alternam o julgamento. Toda emoção intensa tira a capacidade de avaliação, completa ou parcialmente, tanto que no Código Penal Brasileiro que vigiu de 1891 a 1940, eram tidos como inimputáveis (irresponsáveis) os que delinquiram sob a paixão ou violenta emoção.

A angústia e a ansiedade, o medo e o desespero (pânico) são distúrbios do instinto, do humor e do afeto à um só tempo, e, se alteram o julgamento em casos de causa

material ou psicológica, consciente ou inconsciente, imagine-se diante da morte, que produz vivência muito mais intensa e aterrorizante! Tanto assim é verdade que, passado tais estados, a capacidade de julgamento é totalmente restabelecida.

Tais estados podem ser melhor compreendidos e avaliados através de dois exemplos: o da depressão ou melancolia e o da embriaguez nos não viciados.

O melancólico, pela depressão do humor, que leva a alteração de todas as funções psíquicas por conexão compreensível, isto é, surgida a tristeza patológica, esta “contamina” todas as peças do psiquismo, principalmente o estado de ânimo e a vontade (desânimo, falta de vontade, insegurança) os instintos (diminuição de impulsos, sexual e alimentar), sentimento (sentimento de perda de sentimento e pessimismo) acompanhado, conforme a biografia e valores de cada um, de idéias delirantes de ruína, de pecado, de incurabilidade, etc. Nada tem graça, nada interessa, nada estimula nem entusiasmo, redundando tudo em alteração de julgamento. O doente perde a capacidade de avaliar e decidir com acerto, tanto que dados inimputáveis criminalmente (irresponsáveis) caso delinquem, e como incapazes civilmente, em atos cívicos que venham a praticar, como negócios, por exemplo. Mais grave ainda, se em casos de depressão ansiosa, tanto as ocorrências físicas da psicose maníaco-depressiva, como se simples depressão sintomática ou psicógena. Dentre as centenas de casos de perícia forense e de clínica civil, citarei um deles, o de um professor de curso superior, que se achava decidido a vender todos os bens e solicitar demissão da faculdade em que lecionava. Ordenado que nada fizesse antes de um a dois meses e orientada a família no mesmo sentido, evitamos que viesse a cometer tantos erros, dos quais naturalmente viria a se arrepender e a agravar seu estado, caso não se suicidasse, como é freqüente acontecer em tal psicose. Passado o mal, seu julgamento era outro, inclusive, o reconhecimento pelo quanto de erros evitamos que praticasse.

O embriagado não viciado, pela náusea, vômito e tontura, durante e após a embriaguez, promete a si mesmo que nunca mais beberá. Passado o mal, numa próxima oportunidade, julga o mal estar da embriaguez anterior, sem a sua ação, mais encorajado e volta a beber!

Luiz Gimenez de Asua, em livro “Liberdade de Amar e Direito de Morrer”, sentença: “o consentimento não legitima o homicídio-nem a ajuda a quem por si mesmo se dá a morte-e seria inútil invocá-lo no extermínio de vidas atormentadas”.

A eutanásia é, juridicamente, considerada como homicídio piedoso, mas psicológica e psicopatologicamente não deixa de ter características do suicídio. Por isso o psiquiatra Moselli, ao se referir ao escasso valor psicológico do consentimento, pergunta: “Poderia dizer-se sempre que está a integridade das suas faculdades o enfermo que reclama a morte? Não é de ordinário, o suicídio, um motivo para duvidar da saúde mental de quem se priva da vida?”

O próprio Esquirol, o grande psiquiatra francês, discípulo de Pinel, o pai da psiquiatria, já afirmava no início do século passado, que o “homem não atenta contra os seus dias, senão quando está em delírio e que os suicidas são alienados”.

A maiores dos alienistas os dão como anormais psíquicos, ou como psicóticos.

O sempre bem lembrado e saudoso prof. Flamíneo Fávoro, assim sintetiza seu ponto de vista: “O instinto de conservação é uma força poderosa. Seu embotamento é mórbido.

Quem deserta da vida não tem perfeita a saúde mental. É verdade que o critério de normalidade somato-psíquico é relativo. Mas dentro dessa relatividade está a maioria. O que aberraria pois, é patológico”.

Isso vale para o suicida e vale o que se entrega à eutanásia.

O problema da família e do executor – A situação do doente é mais fácil de ser compreendida a aceita. Nem toda pessoa tem a mesma força interna nem a mesma resistência para a dor e o sofrimento. O que não se aceita, quando não revolta até, é a do familiar que propõe, ou concorda, quando não executa o ato de piedade homicida. É mais inconcebível e menos aceitável ainda, pois, seu poder de discernimento e decisão estão menos comprometidos.

A agonia prolongada ou o término doloroso, impressionante, que faz sofrer a terceiros, familiares ou não, em nome dos quais também se procura justificar a eutanásia, para encurtar sofrimento e cansaço, é mais fruto de sentimento egoísticos que altruísticos. O sentimento piedoso, nesses casos, não passa, as mais das vezes, de racionalização, que é um raciocínio lógico, mas não verdadeiro. Sentimento piedoso disfarçando o egoísmo de não querer sofrer, a que Stakel chama de princípio do prazer sem pecado, comumente observado nas pessoas que são obrigadas a assistir, cuidar e tratar de familiares doentes, com desejo claro de morte ou sob disfarce piedoso, como neste exemplo: coitado está sofrendo tanto, se morresse, descansava, em consequência do qual e de outros acontecimentos e sentimentos de neurose de angústia por sentimento de culpa. Mais grave é quando entra em jogo, algum interesse. Inclusive o aproveitamento de órgãos para transplantes.

O prof. Afonso, como intensivista, contou em seu relatório que na UTI em que trabalha, informadas as famílias da morte cerebral de seus clientes, nunca nenhum parente realizou tal ato, o que demonstra o alto respeito que todos nós temos pelos nossos doentes e a profunda esperança que ainda mantemos de cura, mesmo quando desenganados. Não há pessoa afetivamente normal que não queira prolongar o quanto mais a vida de um ente querido.

Quando um familiar age apostamente, isto é, desliga os aparelhos que mantêm a vida, incorre no perigo de vir a se arrepender, cujo arrependimento será recalçado e transformado em sentimento de culpa (arrependimento inconsciente) e neurose de angústia. É o que aconteceu com duas clientes nossas que assistiram cada uma delas a uma irmã doente. No primeiro caso, a cliente agiu só, por sua conta e risco. No segundo caso, eram várias as irmãs que, por consenso, concordaram no desligamento, que a cliente, a mais corajosa das irmãs realizou. Ambas pagaram com a auto-punição inconsciente de crises periódicas de angústia e ansiedade, com sensação de morte iminente.

Muitos são personalidades de tipos inafetivo ou sem sentimento. Os sentimentos psíquicos são de dois tipos: para com a própria pessoa e para com terceiros. O anestésico ou hipostésico efetivo é indiferente para com os outros e para consigo e, às vezes, os tem só para consigo. São os que menos estruturam valores espirituais, principalmente os éticos, daí a facilidade com que aceitam ou praticam a eutanásia.

Para terminar, uma palavra sobre a eutanásia eugênica, na opinião do já citado Morselli, em sua obra “L’uccisione Pietosa”. Diz ele:

“L’eutanasia non arreca, segundo Lindsay, alcun beneficio sociale, essa abassa il nostro rispetto per la vida humana, ii miglioramento físico dele umanità o dela raza non deve ottersi a scapito dei sentimenti morali”.

Adendo: Menos de dois anos após o nosso relatório em 12.4.1986, o ilustre cancerologista francês, Lucien Israel, ao opinar sobre a eutanásia para a revista Manchete, disse: “A eutanásia deve ser abolida do manual do cancerologista”. Fico horrorizado ao ver cancerologistas considerados especialistas da morte. Em todo o caso, não temos os mesmos pacientes, pois nenhum canceroso jamais pediu que eu praticasse eutanásia. Ao contrário, os doentes aqui chegam e perguntam: “Aqui não se pratica eutanásia. Não é? Só é a favor da eutanásia quem está bem de saúde. Quem está doente adquire um certo sentido do relativo mesmo quando compreendem que estão lutando apenas por mais um pouco de tempo, eles querem que nós lutemos ao seu lado. São sempre as pessoas sadias que pedem que matemos seus entes queridos. Não é meu ofício a angústia dos saudáveis”.

Citou a seguir casos de pessoas que fazem o pedido, só ficarem sabendo que o cônjuge esta com câncer. E acrescentou ao repórter. “Que covardia. Vou lhe contar uma história. Um homem esteve em tratamento aqui conosco durante quatro meses. No dia da sua alta estava em ótimas condições. Foi nesse dia que vi sua mulher pela primeira vez e lhe disse que ele ia bem e que só precisava seguir o tratamento. Ela respondeu: tenho horror dessa doença. Pode ficar com ele”.

E terminou assim; “Quando uma pessoa pede que seja abreviado o sofrimento de um paciente, ela também está se protegendo. Não creio que as campanhas pela eutanásia sirvam aos interesses do paciente. Mesmo que os médicos que delas participam sejam homens de boa vontade. Não basta ser gentil: é preciso estar mais solidamente estruturado. E essa estrutura só se obtém através do preparo”.

Qualquer médico pode se deparar com casos semelhantes ao de Lucien Israel. Nós mesmos tivemos dois casos bem marcantes de nosofobia cancerosa. O primeiro, de uma esposa que recebera tudo do marido, homem bom, conceituado e respeitado. Recebera dele, inclusive, muito afeto e dedicação. Ao enfermar, nada recebera em troca, e continuou a não assistí-lo, mesmo orientada que o câncer não é contagioso. Não morreu, ou ela, de mal menos grave: hemorragia esofagiana pôr cirrose hepática. O segundo, fora acometido de fobia, mas nem visitava a mãe enquanto o doente e, após sua morte, mandou desinfetar todos os objetos da casa, mesmo os que não tinham necessidade de passar pela desinfecção, caso a afecção fosse contagiosa.

A literatura médica é rica de casos ilustrativos, que gritam contra a eutanásia. Bastam, porém, os aí citados para alertar os seus defensores.

2 – BIBLIOGRAFIA

1. ASUA – LUIZ DIMENEZ DE: “Liberdade de Amar e direito de Morrer”(?)
2. CARDOSO – ALVARO LOPES: “O Direito de Morrer (Suicídio e Eutanásia)”-(Publicações Europa – América, Portugal, 1986)
3. DAVI – ROCCO: “L”eutanásia (Edizioni dei Ciclope, Piermo, 1929).
4. FÁVARO – FLAMÍNEO: “Medicina Legal”- 3º volume, (Livraria Martina Editora, São Paulo, 3ª edição, 1945)
5. ISRAEL – LUCIEN – Revista “Manchete”(Rio de Janeiro, 12.4.1986)
6. MENEZES – EVANDRO CORREA DE – “Direito de Matar”(Livraria Freitas Bastos, S.A; Rio de Janeiro – S.Paulo, 2ª edição, 1977)
7. MORSELLI – A: “L’uccisione Pietosa (1923)
8. PAPINI – GIOVANNI: “A vida de Santo Agostinho”(Companhia Editora Nacional, S.Paulo, 3ª edição, 1946)
9. RIBEIRO-LEONILDO – “Medicina Legal”(Companhia Editora Nacional S.Paulo, 1933)
10. VILLANOVA Y MORALES – RICARDO ROYO: “Direito de Morrer sem Dor”(Madrid, 1929)