

O "direito de morrer"
transformou-se em "dever de
morrer"? Eis a história chocante

Licença

BRIAN EADS

QUANDO O doutor Ben Zylicz examinou a mulher de 50 anos soube imediatamente que lhe restava pouco tempo de vida. O câncer de mama espalhara-se para os ossos, o fígado e os pulmões.

Com muito cuidado, o oncologista da Holanda, nascido na Polônia, explicou à paciente que a dor poderia ser aliviada com medicamentos e ofereceu-lhe um quarto de hospital. Zylicz, no entanto, percebeu o temor da mulher quanto à política holandesa que autorizava os médicos a pôr fim à vida de doentes terminais. "Sou católica",

informou. "Minhas convicções religiosas jamais me permitiriam aceitar a eutanásia."

Depois que Zylicz garantiu que cuidaria pessoalmente dela, a mulher concordou em se internar. Após 24 horas de tratamento com morfina, livrou-se da dor. Embora consciente de que a morte não tardaria, a paciente estava calma, em condições de ver o marido e a família.

Mais tarde, entretanto, uma enfermeira ligou para a casa de Zylicz com notícias devastadoras. Depois que deixara o hospital, outro médico havia entrado no quar-

Artigos de interesse permanente



para matar

to, pedindo ao marido e à irmã da paciente que se retirassem. Ordenou então que aumentassem a dose de morfina, recusando-se, porém, a confirmar a ordem por escrito. Em minutos a paciente estava morta.

Zylicz exigiu explicação. “Poderia levar mais uma semana até que ela morresse”, disse-lhe o colega. “Eu precisava do leito.”

NO BRASIL, ASSIM como em todo o mundo, as pessoas têm dificuldade de lidar com a questão da morte – particularmente quando se trata de doenças terminais dolorosas. O

dilema complicou-se nos últimos anos. Os avanços na tecnologia médica têm permitido que se prolongue cada vez mais a vida dos doentes, mesmo nos casos extremos. Pacientes têm o direito de, a qualquer momento, recusar tratamento. Mas o pedido de injeção letal é algo bem distinto.

Em junho, a Suprema Corte dos Estados Unidos decidiu que os estados têm poder de banir a assistência ao suicídio – mas concedeu-lhes também a liberdade de legalizar a prática. Enquanto prossegue o debate, defensores da assistência ao suicídio e da eutanásia inspi-

ram-se no modelo vigente na Holanda, único país onde se permitem ambas as práticas. "A política holandesa é notável triunfo do bom senso", sustenta Jack Kevorkian, dos Estados Unidos.

Exame mais profundo traz à tona a verdade sobre a prática da eutanásia na Holanda.

A critério dos médicos

A ASSOCIAÇÃO Médica Holandesa aprovou a eutanásia em 1984, elaborando regras rígidas para o modo de conduzi-la. O paciente, além de se encontrar em estado de sofrimento que não possa ser aliviado, precisa expressar espontaneamente o pedido para morrer. E quando o faz, o médico só pode dar prosseguimento à solicitação após consultar outro médico que não esteja ligado ao caso.

Cada ocorrência deve então ser comunicada às autoridades locais como "morte não natural". Médicos que descumprem as regras podem ser condenados a até 12 anos de prisão.

Aprovadas pelo parlamento, essas normas tinham como objetivo não só proteger pacientes terminais como também lhes dar poder. No entanto, há evidências de que tal poder foi, na realidade, concedido aos médicos.

Embora a decisão caiba aos pacientes holandeses, muitas vezes eles sofrem influência dos profissionais. "Nos casos em que os médicos consideram a qualidade de vida de alguém muito ruim, em geral se perguntam: 'Por que deveríamos contribuir para esse sofrimento?'" , comenta K. J. P. Haasnoot, clínico geral em Baarn.

Pesquisa feita pelo governo holan-

dês mostrou que, em 1995, ocorreram apenas 3.600 mortes decorrentes da assistência ao suicídio ou de eutanásia. Mas só foram incluídos casos em que os pacientes pediram para morrer.

A pesquisa não classificou como eutanásia ou como assistência ao suicídio os 900 casos em que se pôs fim à vida de pacientes sem solicitação, além dos 1.900 casos em que médicos aumentaram as doses das drogas supressoras da dor com a inequívoca intenção de apressar a morte.

"Foi homicídio"

UMA SENHORA de 64 anos manifestou desejo de morrer em casa depois de ter sido informada, em 1988, de que tinha câncer ovariano avançado.

Certa manhã despertou salpicada de pontos avermelhados. O marido logo a deixou no hospital, partindo em seguida. Ao retornar no dia seguinte para buscá-la, deu uma volta enquanto aguardava que o médico terminasse o atendimento. Quando chegou ao quarto, sua mulher não reagia a estímulos.

Três horas depois, ela morreu em consequência das drogas letais que o médico lhe injetara na veia.

O marido acredita que o médico tenha proposto a injeção e que sua mulher tenha sido influenciada. "Ela sempre confiou na capacidade dos médicos", conta o marido. "Não foi eutanásia - foi homicídio." No entanto, por não desejar que o profissional fosse processado, o caso não foi investigado.

"Como a eutanásia é considerada procedimento politicamente correto,

promotores freqüentemente relutam em oferecer denúncia”, pondera o criminologista Chris Rutenfrans. Desde 1981, apenas 20 médicos enfrentaram os tribunais. Nove foram condenados. Destes, seis tiveram a pena suspensa e três ficaram sem punição.

Críticos afirmam que os partidários da eutanásia instauram processos em determinados casos com o único objetivo de estender os limites do que é considerado aceitável.

Em junho de 1994, por exemplo, o Supremo Tribunal holandês decidiu sobre um caso em que o psiquiatra Boudewijn Chabot, de Haarlem, prestou assistência ao suicídio a certa mulher de 50 anos. Embora não fosse doente terminal nem sofresse dor física, a paciente estava deprimida.

Nenhum dos médicos que apresentou “segunda opinião” examinou-a pessoalmente. Contudo, pela primeira vez o tribunal aceitou aquilo que antes era considerado crime: ajudar um paciente fisicamente saudável a morrer.

O doutor Herbert Hendin, diretor da Fundação Americana para Prevenção ao Suicídio, estudou a eutanásia nos Países Baixos. “O que foi criado para solucionar situações excepcionais tornou-se prática rotineira de lidar com casos terminais. Nos Países Baixos, o conceito da prática da eutanásia se ampliou de doentes terminais a doentes crônicos; de doentes físicos a indivíduos com distúrbios psicológicos; e de voluntária a involuntária”, afirma.

As próprias regras holandesas sobre eutanásia oferecem escassa pro-

teção a doentes mentais e a recém-nascidos. Pesquisadores do Centro de Bioética e Direito da Saúde da Universidade de Utrecht verificaram que mais de 40% das mortes de todos os pacientes portadores de deficiência mental em 1995 ocorreram após decisão médica de suspender o tratamento, aumentar drogas supressoras da dor ou aplicar injeções letais.

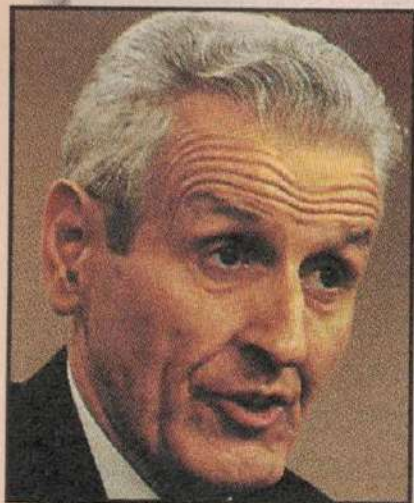
Naquele mesmo ano, médicos foram acusados de matar dois recém-nascidos portadores de deficiência. Os tribunais decidiram que não lhes restara outra opção senão a de matar. Estudo feito pelo governo holandês revela que atualmente médicos matam cerca de 15 recém-nascidos incapacitados por ano.

“Dever de morrer”

EM ALGUNS CASOS, o “direito de morrer” de um paciente se transforma sutilmente em “dever de morrer”. “Com freqüência vejo pacientes serem pressionados a optar pela eutanásia por familiares exaustos e impacientes”, revela o psiquiatra Frank Koerselman, de Amsterdã.

Na Holanda, cuidados paliativos – principal alternativa à eutanásia – praticamente não existem. Surgida na Inglaterra há trinta anos, essa filosofia de atendimento completo aos doentes terminais e às suas famílias oferece conforto espiritual e controle da dor física e mental, sem apressar ou adiar a morte. Atualmente, quase todas as comunidades no Reino Unido, e muitas na Europa e na América do Norte, proporcionam tais serviços, freqüentemente em abrigos.

"Doutor Morte"



No final da década de 80, influenciado por uma visita aos Países Baixos, o patologista de Michigan Jack Kevorkian – “Doutor Morte” – decidiu ajudar pacientes terminais a se suicidarem. Em 1989, construiu sua primeira máquina de suicídio.

Desde então, a invenção de Kevorkian matou pelo menos 45 pessoas. Muitos não eram doentes terminais. Alguns não apresentaram sequer sinal de doença quando examinados por legista. Outros eram portadores de deficiência que poderiam ter escolhido a vida caso tivessem acesso a outros serviços e opções.

Se alguém pede ajuda para se suicidar, a quem cabe decidir se seria essa a medida correta? “Trata-se de procedimento médico a respeito do qual apenas profissionais da Medicina deveriam decidir”, afirmou Kevorkian em 1993. Os trabalhos de Kevorkian descrevem eventuais candidatos à eutanásia. Incluem indivíduos com “trauma grave”, vítimas de “ansiedade intensa ou tortura psíquica”, além de “fetos, bebês, crianças, assim como qualquer ser humano incapaz de consentir por si só, ou de fazê-lo com conhecimento de causa”.

Essas idéias podem parecer assustadoras à medida que aumentam as pressões para racionar serviços de assistência à saúde. Não é assim, entretanto, que muitos americanos julgam a atividade de Kevorkian. Só enxergam aquilo que a mídia quer. Ao chamá-lo de doutor, os jornalistas legitimam suas atividades, sem mencionar, a não ser raramente, que sua licença médica foi suspensa em 1991. E com que frequência os casos de Kevorkian são investigados com o intuito de se determinar quem controla os experimentos com a morte?

Ultimamente, essa história tornou-se rotineira. Livre de fiscalização, Kevorkian fornece drogas letais, transporta cadáveres – e desafia quem quer que seja a detê-lo.

Michael Betzold, em *The New Republic*

O doutor Robert Twycross, uma das maiores autoridades em cuidados paliativos da Universidade de Oxford, lembra-se de um paciente com câncer que bebia demais para fugir da dor e

da angústia mental provocadas pela doença. O homem acabou por exigir que lhe pusessem fim à vida. Depois de ter sido submetido a tratamento para aliviar a dor, o paciente mudou

de idéia, dizendo: “Não era eu quem falava. Era o álcool.”

“A depressão freqüentemente se sobrepõe à doença terminal, complicando-a”, afirma Twycross. “À medida que o paciente vai saindo da depressão, some a necessidade da eutanásia.”

Nos Estados Unidos, onde há cerca de 3 mil abrigos, 450 mil pessoas utilizaram esses serviços em 1996. A Grã-Bretanha dispõe de 207 desses estabelecimentos, com 3.068 leitos.

Na Holanda, entretanto, não há mais do que meia dúzia de abrigos independentes com até 36 leitos. “Lamentavelmente, os holandeses descobriram a eutanásia antes de descobrirem os cuidados paliativos”, diz o doutor Ben Zylicz.

Morte com dignidade

NEKE VERLOOP soube em outubro de 1996 que seria improvável que a cirurgia ou a quimioterapia curasse o câncer da garganta e do estômago. No entanto, as duas opções disponíveis – hospital ou clínica de repouso – não agradavam à viúva, de 65 anos.

Ela temia que ali seus desejos fossem ignorados. *Não estou com medo da morte, mas não quero que outros decidam como devo morrer*, ponderou. Pensou seriamente em submeter-se à eutanásia.

Assim como a maioria dos holandeses, conhecia pouco a respeito de cui-

dados paliativos, até que um conhecido lhe falou do Abrigo Rozenheuvel. Cinco semanas depois, Verloop sentava-se no solário do Rozenheuvel. Considerava-se abençoada. “Ao chegar aqui, mal podia andar ou falar, e não comia havia um mês”, recorda-se. “Depois de dez dias, converso, ando e estou calma. Embora saiba que não vou sair viva daqui, sinto-me um ser humano.”

Verloop morreu tranqüilamente algumas semanas mais tarde. Recebeu os cuidados de um médico dotado de arraigada fé em sua missão – Ben Zylicz.

Cinco anos antes, logo depois que um colega praticara a eutanásia num paciente seu, Zylicz abandonou o emprego no hospital para se dedicar a outra opção.

“Como médico, vejo vidas sendo tiradas por razões que pouco se relacionam com o processo de cura”, diz ele. “Agora tenho condições de ajudar os pacientes de forma mais dedicada e humana. Só espero que outros – tanto médicos quanto pacientes – possam ter essa oportunidade.”

No Brasil, a lei não disciplina a eutanásia. A jurisprudência é escassa sobre o assunto e a doutrina enquadra a eutanásia na definição de homicídio privilegiado, admitindo redução de um sexto a um terço da pena.



NÃO É A INTENSIDADE, mas a duração dos sentimentos nobres que torna os homens bons.

Friedrich Nietzsche