

# ENSAIO SOBRE A MORTE E A AUTÓPSIA

*Prof J. Pinto da Costa*

O comportamento perante a morte é manifestamente contraditório. Uns lutam para além do razoável contra ela, outros desejam-na.

A rejeição da autópsia por convicções mágico-religiosas e a sujeição à lei têm sido palco de preocupações através dos tempos.

## MORTE

No dizer de Bertrand Russel, filósofo inglês, só tem medo da morte quem não viveu bem a vida.

A morte como fenómeno não existe. Ela é a parte final da vida para 20% da população mundial e uma passagem para outra vida na crença de 80%.

Seja como for, o saber acumulado permite-nos resumir o pensamento humano nesta matéria.

Na prática, a morte existe quando é declarada.

A verificação da morte encontra raízes no séc. XIX. A Portaria de 9 de Agosto de 1814 proibia o enterramento de cadáveres sem certificado de óbito.

A vida, em termos de direito, tem um começo e um fim, independentemente das múltiplas conceções de índole mágico-religiosa resultantes da angústia vital, com projeção para uma desejada eternidade.

Como valor fundamental protegido, a vida recebe tratamento legal no âmbito civil e penal.

A verificação da morte designada classicamente óbito acompanha-se de um documento chamado certificado de óbito. Este deriva da mais nobre atuação de toda a prática médica: a decisão.

O diagnóstico do óbito assenta na colheita e crítica dos sinais médico-legais da morte. É uma decisão da maior relevância, englobando problemas morais, éticos, deontológicos, civis e criminais, que garante a passagem da situação de uma pessoa viva à condição de morta. São evidentes o profundo envolvimento do médico e a sua responsabilidade legal ao certificar a morte de alguém.

O certificado de óbito é um documento médico-legal de grande significado social. É ele, desde logo, que vai determinar se o cadáver pode ser entregue à família, para o funeral, ou se haverá necessidade de autópsia médico-legal, como nos casos de morte violenta, isto é, quando esta resulta de causa externa (intoxicações, acidentes de trabalho, enforcamento,

esganadura, estrangulamento, Infanticídio e outros homicídios, aborto, etc.) ou nos casos de morte súbita suspeita de não ter sido natural.

O certificado de óbito pressupõe um gesto médico anterior. Trata-se do exame do hábito externo o qual consiste na observação cuidadosa e pormenorizada do aspeto exterior do cadáver, pesquisando a cor e aspeto da pele (sugestivos de intoxicações, hemorragias internas, leses traumáticas) e demais elementos que a medicina legal propõe para que haja ou não fundamento científico de que a morte não tenha sido natural.

O papel do médico não se extingue com a assistência que presta aos vivos nem ao doente terminal. Prolonga-se ainda na atividade profissional concernente ao falecido.

Quando for chamado para certificar um óbito, o clínico comparecerá prontamente, atuando segundo as *leges artis* e graciosamente nos termos da lei. Ao preencher o certificado de óbito com o dia e a hora deste, o médico atesta quando cessou a personalidade jurídica de certa pessoa. É a partir daquela data e mediante certos prazos que se pode proceder ao enterro, à cremação ou incineração, que se desenvolvem os processos sucessórios de reabilitação e herança, e que cessa a competência legal dos procuradores ou representantes do falecido.

Ainda o certificado de óbito, pela indicação da causa da morte nele contida, condiciona o pagamento dos prémios de seguro de vida ou indemnizações aos familiares, pois há apólices que apenas cobrem o risco de morte accidental. Quando ao verificar o óbito o médico diagnosticar uma doença de declaração obrigatória, terá que a comunicar superiormente e o cadáver será encerrado em caixões de zinco para proteção da saúde pública.

A verificação e a certificação do óbito competem ao médico assistente, entendido como tal aquele que observou o doente nos oito dias anteriores à data da morte.

Pode um médico não ter examinado o seu doente nas últimas semanas antes do falecimento, mas nem por isso perde aquela qualidade, devendo passar o certificado, obviamente após a verificação do óbito, com o diagnóstico de causa natural quando o desfecho foi uma consequência previsível da evolução da doença.

Quando a morte ocorreu no domicílio com assistência médica, o certificado compete ao médico assistente e, se aconteceu durante um internamento hospital a verificação do óbito é da competência de um médico da equipa que tenha idade do doente.

Não é fundamental que seja este ou aquele clínico a verificar o óbito, mas sim que seja um médico hospitalar, inclusive um médico do Serviço de Urgência que foi chamado a prestar assistência a um doente internado na enfermaria.

Para além das implicações legais do certificado de óbito e sua direta repercussão no direito civil, incluindo o do trabalho e direito criminal, ele é uma referência obrigatória para a estatística da mortalidade e morbidade das populações.

Apesar de todo o empenho que nestes últimos anos vem sendo feito, por louvável iniciativa do Ministério da Saúde, para o correto preenchimento do certificado em conformidade com as normas da OMS referidas no Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito, ainda há certificados, em conservatórias do Registo Civil, nos quais constam "morte indeterminada" .

Quando no certificado de óbito, relativamente à causa de morte, se alude às doenças ou condições que a provocaram ou para ela contribuíram, tal causa pode ser direta, intermédia e básica.

Quando for absolutamente impossível a comparência do médico, para a verificação do óbito, o certificado pode ser substituído por um au administrativo, sendo aquele passado, posteriormente, pelo médico assistente ou pelo delegado de saúde com base nos elementos contidos no auto.

A declaração do óbito, que não compete ao médico, é obrigatória como consigna o Código de Registo Civil, mas tem que ser comprovada pelo certificado de óbito passado pelo médico que o houver verificado. Quando não exista certificado, o funcionário que recebeu a declaração requisita à Autoridade Sanitária local a verificação e o respetivo certificado. Habitualmente, a verificação do óbito é feita por um só médico exceto no caso de colheita de órgãos cadavéricos para transplantações em que são necessários dois ou mais médicos que não estejam ligados aos transplantes (Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho, Código Deontológico da Ordem dos Médicos, artigo 51.º n.º 3).

O certificado de óbito pode ser recusado pelo conservador se a assinatura do médico não estiver reconhecida pelo notário ou autenticada com selo branco.

A verificação do óbito, quando há morte violenta, é, em regra, efetuada nos Serviços de Urgência hospitalares, com o fundamento de que quando se procedeu ao transporte do corpo ainda poderia haver um estado susceptível de reanimação cardiorrespiratória.

São evidentes hoje as vantagens da verificação de óbito, a qual, historicamente, assumiu, no passado, algo de fantástico, devido ao temor de ser enterrado vivo.

A dita inumação prematura foi, sem dúvida, um marco importante.

A morte, no critério científico médico-legal, é definida mesmo quando não há a paragem definitiva do coração e da respiração.

A dificuldade do estudo anatómico do sistema nervoso central, nomeadamente do cérebro, explica porque só nos últimos anos certos ramos do saber, como a neurologia e a psiquiatria, lograram um desenvolvimento paralelo às outras ciências. Também o espírito retrógrado mágico-religioso que grassou na Europa, na Idade Média, teve a sua influência.

Os estudos mais modernos deslocaram o simbolismo do amor, romanticamente representado por coraçõezinhos, para o cérebro. É assim que dois namorados, em vez de um coração,

deveriam gravar, nos bancos dos jardins e nos troncos das árvores, um pequenino cérebro, emocionados.

Quando um homem ou uma mulher estão apaixonados, embora as vias químicas do desejo e do prazer não sejam exatamente iguais, elas partem sempre do cérebro.

O cérebro é o maestro da musicalidade da grande orquestra que é comportamento humano. Na partitura encontram-se os múltiplos estímulos que maestro recebe e transmite por gestos aos músicos.

É na base do cérebro (hipotálamo) que se encontra a ordem de comando. Morto o cérebro, a personalidade humana com capacidade de decisão desaparece, e a "vida" vegetativa só é possível com o apoio de aparelhagem que permita artificialmente manter a respiração e a circulação sanguínea.

O cérebro do apaixonado encontra-se repleto de substâncias muito próximas das anfetaminas (dopamina, noradrenalina e feniletilamina), as quais se relacionam com o comportamento eufórico dos amorosos, que todos fomos, somos ou seremos. Mas o cérebro também produz substâncias aparentadas com a morfina, que são as endorfinas, de nível tranquilizante.

Também na morte, o cérebro comanda a vida. Antes da paragem definitiva do coração, uma pessoa humana está morta quando o órgão nobre do organismo, o cérebro, pela sua alteração irreversível, está impossibilitado de manter a vitalidade consciente do indivíduo.

É um conceito novo este, de morte cerebral. A morte, ancestralmente repleta de tabus, surge agora como um novo tabu de não ter tabus!

É questão básica e muito discutível se a lei deve definir a morte e, não o fazendo, não haverá que legislar sobre o modo de a diagnosticar.

Não será despiciendo adiantar que um assunto de tanta relevância social, aflorando matérias susceptíveis de criar conflitos com os direitos fundamentais das pessoas, merece uma audiência o mais alargada possível, mormente de todos os centros que, entre nós, empregam o diagnóstico de morte cerebral.

Uma matéria como esta, de característica muito técnica, exige que a resposta seja dada pela classe médica. No entanto, competirá aos juristas exigir a essa classe que ela assegure, com certeza, os meios de diagnóstico, já que, do ponto de vista jurídico e moral, não são admissíveis margens de erro, ainda que reduzidíssimas.

Não havendo na classe médica uniformidade de critérios para diagnosticar a morte cerebral, a lei permitirá uma uniformidade social. Se os interesses legítimos dos médicos e da opinião pública são tão divergentes e de tal importância, a melhor solução será legislar consoante preconiza o Professor Skegg (1976, *Journal of Medical Ethics*, p.190). Pela gravidade da questão e pelo interesse social que ela implica, é óbvio o máximo pormenor num documento normativo.

A morte cerebral encerra três aspetos fundamentais: como (os critérios), quando (em que circunstâncias) e quem (a diferenciação profissional dos médicos).

Parece, eticamente indubitável, que a certificação da morte cerebral requeira a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e que haja sempre a certeza de que uma pessoa "morta por impossibilidade de regressar à vida" não venha a recuperar as suas funções de relação, como cidadão vulgar.

O problema do diagnóstico da morte ultrapassa, largamente, a questão das transplantações de órgãos, muitas vezes invocada como mola impulsora da necessidade de revisão de certos conceitos. É com maior frequência durante a prática da reanimação que se põe com muita acuidade aquele problema.

Os dois ou três minutos de tempo máximo de morte, para o caso das transplantações cardíacas, origina que na prática o dador tenha sido considerado em vida artificial, quando persistem a respiração e a circulação mantidas por aparelhos. É evidente que o critério de morte, em tais circunstâncias, depende do médico que suspende o artificialismo e assume a responsabilidade de certificar o óbito.

O critério de morte cerebral implica a aceitação da irreversibilidade do coma, princípio sem o qual aquele critério seria inadmissível. Do ponto de vista civil, para que haja morte, exige-se a paragem irreversível da circulação e a impossibilidade de a manter por meios artificiais. Tal paragem definitiva é dispensada, pela jurisprudência em vigor, desde que seja verificada a morte cerebral, independentemente de haver ou não colheita de órgãos para transplantações.

Não se discute o normativo da questão. No plano ético é o respeito pela vida humana e as consequências morais e sociais do seu término que estão em jogo.

Em Portugal, as regras semiológicas para verificação da morte cerebral foram definidas no documento publicado na Revista da Ordem dos Médicos n° 4 de 1986.

Na Argentina, por exemplo, o art° 21 ° do Decreto 2011/77 enumera os sinais que, na totalidade, e como mínimo, se devem pesquisar para certificar a morte natural, incluindo a cerebral.

O art° 41 ° do Código Sanitário do Perú indica como sinal de morte para colheita de órgãos para transplante a eletroencefalografia.

Em Espanha, o Real Decreto 426/80, de 22 de Fevereiro, consigna no seu art° 10° os sinais para comprovação da morte cerebral.

A lei italiana (n° 644, de 2 de Dezembro de 1975) aponta no seu artigo 4° os sinais indicativos de morte.

A publicação de critérios no Diário da República asseguraria que em qualquer ponto do país aqueles critérios fossem os mesmos, evitando-se que difiram consoante o hospital em

questão. Isto poderia proporcionar uma noção de maior segurança para a determinação da data da morte. Tal consegue-se pelo reconhecimento legal dos critérios publicados pela Ordem dos Médicos.

A publicação dos critérios pode ser um meio de triagem, à partida, quanto à capacidade das instituições dotadas dos meios necessários para diagnóstico da morte cerebral.

A circunstância de mudança dos critérios, anteriormente previstos, não prejudica a sua publicação, porque compete à Ordem dos Médicos "manter atualizados, 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". (Artº 12º da Lei nº 12/93, de 22 de Abril .

A questão da morte cerebral é suficientemente controversa, pelo que, foi feito um estudo exaustivo do tema antes da aprovação dos procedimentos obrigatórios aos cidadãos.

Em suma, do ponto de vista ético, são pertinentes as Regras ou Critérios de Semiologia Médico-Legal para a verificação da morte cerebral, da Ordem dos Médicos (1986 e 1991), atualizáveis periodicamente de acordo com os progressos da ciência médica sem necessidade de publicação que ultrapasse a divulgação da Revista da Ordem dos Médicos.

Do ponto de vista legal, a sua publicação no Diário da República ou a mera referência neste Diário, remetendo para a Revista da Ordem dos Médicos, seria a garantia de todos conhecerem as "regras do jogo" e tanto mais quanto, na prática, só não é dador de órgãos quem não se oponha.

E importante argumentar-se com o "não direito" a receber órgãos aos que necessitarem deles para sobreviver quando tenham manifestado em vida que não autorizam que lhes retirem órgãos quando morrerem ou que expressam (testamento vital) que não desejam recebe-los quando deles necessitariam para sobreviver.

Acima de tudo, conta a liberdade das pessoas, pelo que ninguém pode impor os seus critérios ao próximo. Doía a quem doer.

À morte natural, sem violência, contrapõe-se o desenlace por múltiplos traumatismos e intoxicações inclusive pelas designadas drogas.

A morte pode surgir quando nada a fazia prever.

"Morrer de repente" é expressão enfatizada pela inopinada supressão do curso vital sem pré-aviso agónico ou, pelo menos, dum mal estar pregoeiro suficientemente justificativo do desenlace. Perturba sempre, mas, no jovem, muito mais . O corte prematuro do ritmo biológico é muito diferente, tão diverso que exige profunda explicação, quase uma satisfação de que ninguém provocou a morte. Que ela resultou somente de algo intrínseco àquele que deixou a vida.

A ciência departamentalizou a questão. À morte súbita das crianças chama-lhe SIDS

(Sudden Infant Death Syndrome) e aventa explicações sistemáticas que serão provavelmente diferentes, em 30%, daqui por cinco anos.

Nos jovens, a morte súbita arrasta uma pesada carga emocional na família ou no grupo, com uma certa dificuldade em divorciar a imagem do ente querido e o falecimento por overdose. No jovem, a imagem mortal espetacular eleva-se no futebol. A maior ou menor repercussão social varia com o valor económico do jogador.

A morte súbita é a morte inesperada, cuja raridade não é tão grande como às vezes se pensa. Mais frequente nos lactentes, diminui de frequência entre os 5 e os 30 anos mas existe e aumenta após os 40. É precisamente a sua raridade nos 20 e 30 anos que explica a relutância na aceitação do acontecido por quem desconhece o assunto.

Em regra, o perito não tem qualquer informação nos casos de morte súbita porque o indivíduo foi encontrado já morto, desconhecendo-se as circunstâncias da morte. Não é o caso do jogador que morre perante centenas ou milhares de espectadores.

Por vezes, em casos de morte súbita, há uma situação patológica evidente, facilmente sensível à visão, como, por exemplo, as roturas de aneurismas do coração consecutivas a enfartes e as roturas de aneurismas vasculares, entre outras.

Acontece, noutros casos, a morte surgir sem a exuberância patológica do género da referida.

Então, o exame cadavérico revelará patologia que poderá explicar a morte, sobretudo quando há conhecimento prévio de que outras pessoas, com grau de comprometimento orgânico de nível semelhante, foram vítimas de morte súbita.

Daqui o grande interesse do conhecimento das múltiplas situações para o estudo deste tipo de morte.

Não é aceitável que ao fazer-se uma autópsia de um jovem de 20 anos, que morre durante um jogo de futebol, não se preste atenção a certas particularidades, consideradas de rotina. O coração avaliado pela relação de tamanho, com a mão fechada do cadáver, pode indicar normalidade. Pelo contrário, um coração maior que a mão é sugestivo de patologia cardíaca. É indispensável que o coração seja pesado, em gramas, porquanto o seu peso quando desproporcionado ao restante corpo é a favor de alteração cardíaca patológica.

O calibre da aorta é relevante para avaliar a desproporcionalidade entre o coração que debita uma certa quantidade de sangue e o calibre da aorta por onde este tem que passar. Haverá suficiência do coração para as necessidades vitais?

É evidente que uma ligeira insuficiência cardíaca numa pessoa qualquer pode ser incompatível com a vida quando o indivíduo é futebolista. Por vezes, a autópsia evidencia com nítida objetividade, a causa da morte, com a rutura de artérias na base do cérebro (hemorragia cerebral) ou o enfarte do miocárdio com ruptura cardíaca. Noutros casos, compreende-se a morte em face da arteriosclerose coronária, lesões sífilíticas, endocardite e outra patologia do coração.

Na revolução cultural de que todos somos autores, coexiste o paradoxo da comunicação social atribuindo o desenlace a "ataque cardíaco fatal" quando defrontava determinado clube, enquanto a autópsia "não revelou nada de anormal" segundo o perito médico-legal que a efetuou.

A conclusão de "morte de causa indeterminada" só é admissível "in extremis" e, obviamente, após usados e esgotados todos os conhecimentos científicos atualizados e disponíveis para elucidar convenientemente a justiça. Autópsias brancas houve sempre e haverá sempre. Mas é necessário que esta designação esteja legitimada em conformidade com os conhecimentos científicos exigíveis em dado momento.

Quando a morte ocorre durante um jogo de futebol, as causas da morte encontram fundamento em circunstâncias bem definidas, na maior parte das vezes a doença coronária cardíaca, cardiopatia hipertensiva ou estenose aórtica (Bernard Knight, 1976).

Estes casos de estenose aórtica, quando surgem em desportistas em atividade, têm um enorme impacto social, como tem sido verificado no estrangeiro e entre nós aconteceu algumas vezes, com particular relevância no caso do jogador de futebol de um grande clube português que morreu durante um desafio de campeonato nacional.

O mecanismo da morte é a paragem cardíaca com repentina e completa baixa de pressão nas artérias cerebrais o que causa falta de oxigénio. Outros jogadores de agremiações mais modestas tiveram um funeral inerente à modesta repercussão social das suas mortes.

"A morte súbita, tão desejada por uns e temida por outros, exige, do ponto de vista médico-legal, um estudo sempre mais aprofundado, mercê das disponibilidades cada vez maiores da tecnologia dos múltiplos ramos das ciências médicas" (Revista de Investigação Criminal, 1984).

Mantenho a afirmação.

A morte hoje balança com o conceito de dignidade.

O conceito de morrer com dignidade mudou. Os filósofos gregos suicidavam-se. Os romanos pediam aos servos que os matassem com a espada. O comandante de um navio naufragado ia com ele para o fundo do mar. O general derrotado na batalha suicidava-se. Os cristãos entregavam-se aos leões, com hinos de amor, em vez de renegarem a sua fé.

O problema da morte é um falso problema que esconde o âmago da questão: o amor. Quem ama Cristo segue-lhe incondicionalmente os passos, como única meta existencial. O homem que ama uma mulher salta por cima de tudo, joga fora valores grandes em favor da amada, com a indiferença exponencial e exclusivista do amor. Este é a entrega total e incondicional a outrem. Não é justo nem injusto, é superior. Maomé, como valor absoluto interpretado numa certa angulação, explica múltiplas atrocidades.

Ao amor, como valor positivo, apenas se contrapõe o ódio, como valor negativo. O resto é acessório que não conduz à plenitude da personalidade humana.



O amor à pátria leva à aceitação da morte com naturalidade pelos militares e pelos familiares do morto, orgulhosos do acontecimento. O amor à camisola, de outrora, que fazia atletas heróis, transferiu-se para o amor ao dinheiro que leva os desportistas a lutar até ao máximo das suas forças e, às vezes, até para além delas, com auxílio pernicioso de drogas.

Hoje, o conceito adquiriu nova perspectiva, muito mais limitada ao doente, e não à pessoa humana na plenitude das suas virtualidades.

Os conspiradores contra Hitler, em vez do fuzilamento, foram enforcados para tirar dignidade à morte ato da pena de morte.

Preocupamo-nos muito com a questão de morrer com dignidade.

É mais importante viver com dignidade do que morrer com dignidade. É hipocrisia tratar com respeito, dignidade, competência e dedicação, utilizando, com oportunidade, os meios habituais de diagnóstico e prognóstico, aquela mesma pessoa a quem durante toda a vida negamos tais possibilidades, não mitigamos o sofrimento e a fome, nem materializamos o direito de uma vida digna.

Com as devidas reservas, e partindo do pressuposto de que ao nosso próximo trataríamos como irmãos, será admissível (menos chocante) a reflexão sobre o que, num plano ético, hoje se reconhece, internacionalmente, como corolário da morte com dignidade. É com esta reserva que sublinhamos alguns princípios fundamentais.

O doente tem o direito de aceitar ou recusar qualquer tratamento, após "consentimento informado" isto é, depois de devidamente esclarecido sobre a questão, compreendendo-a de forma a poder optar e não apenas quando o médico "explica bem".

No sequencial panorama ético, o que significa então a afirmação da Declaração dos Direitos do Doente (1981) de que o enfermo tem o direito de morrer?

Além do respeito e outras atitudes já referidas, para a pessoa humana em vias de deixar de o ser, serão legitimadas as questões de ordem económica decorrente dos custos de meios raros e caros de diagnóstico e terapêutica, cujos resultados são improváveis de melhoria de situação perante a irreversibilidade da doença em fase adiantada.

É óbvio que ao doente devem ser proporcionados meios para a mais completa e pronta reintegração na família e na sociedade.

A medicina, no sentido como antigamente, não é exclusivamente praticada por médicos. Recebe agora o nome de saúde (serviços de saúde, técnicos de saúde, programas de saúde, política de saúde, etc.) mas continua a ser a medicina de sempre. É o cuidado dos outros para alívio do sofrimento, com respeito da vontade, apenas limitado pelo convencionalismo de regras pré-estabelecidas no plano normativo ou naturalmente impostas pela moral e aceites pela ética.

Tudo decorrerá sob a capa protetora e confortante do segredo médico classicamente originário.

Todo o doente, rico ou pobre, deveria dispor da mesma oportunidade de sofisticadas intervenções cirúrgicas ou metodologias dispendiosas para a sua recuperação, contando apenas, caso a caso, no prato da balança dos valores, o programa a encetar e os resultados a obter.

Em termos de custos, não pode haver limite para salvar a vida da pessoa humana. É aqui que assenta a essência do problema ético: para que vida?! É a contradição em ziguezague da hipertrofia normativa do valor da pessoa humana que matamos porque não encontramos outro meio de impor os nossos próprios valores, ou que privamos da liberdade, pela mesma razão.

Gastam-se fortunas a tratar do inimigo por motivos de ferimentos que lhe infligimos em tempo de guerra. É mesmo do conceito internacional a obrigação ética de tratar, em primeiro lugar, o ferido mais grave, seja ele amigo ou inimigo. O diminuído adquire importância. O mais doente prefere sobre o menos doente.

O que significa morrer com dignidade, no caso dos que nascem com graves deficiências incompatíveis com futura relação humana?

Deixar que o "monstro" após algum tempo morra naturalmente?

Tentar prolongar-lhe a vida com alimentação e respiração artificial e outros meios técnicos? Ou matá-lo?

A ética ensina que apenas a pessoa humana pode matar o seu semelhante na guerra, valorizando inclusive como heróis os que mais matam. Fora disso, matar é proscrito, com exceção das comunidades que entendem que a pena de morte é solução para certas questões criminais.

O doente terminal, que difere do agónico pelo nível de consciência, necessita de apoio contrário à solidão geradora de todas as aflições e desconfortos.

A prática ensina que as pessoas não querem morrer sós. Outras preocupam-se em não estar sozinhas quando metidas no caixão à espera do funeral. É o sentimento ético do facto que nos leva a estar junto dos nossos mortos, nem que seja noutra sala ou à porta da rua, em conversa animada exterior ao falecido. Mas estamos lá, aparentemente, pelo morto, Em boa verdade, pela nossa consciência ética da questão.

A presença, a certeza de que está alguém com o doente terminal, que mais não se faz porque não é possível, num plano de aceitação superior, é reconfortante.

Ao conforto não será estranho, naturalmente, o substrato mágico religioso do enfermo, como guião mais fácil e acessível para o passamento.

Até ao condenado à morte, na véspera de execução, é concedida mais atenção, refeição melhorada, vinho, e a presença pela assistência religiosa da companhia confortante para os que acreditam no Além.

Fora da morte súbita, o processo de morrer evolui por cinco fases, como inicialmente propôs Kübler-Ross: negação e isolamento, cólera, negociação, depressão e aceitação.

Morrer com dignidade está na moda. O substrato da dialética é profundamente materialista. A dignidade evocada não é do moribundo, é nossa, que não queremos aceitar a veracidade dos factos e a pequenez do que somos.

A importância (o desejo de ser importante de Adler, fulcro da conflitualidade neurótica), que o ser humano assume na família, no grupo, na comunidade, é um verniz que não resiste à pesquisa psicossomática do indivíduo.

Terminal dizia-se do limite do caminho de ferro ou das últimas paragens dos autocarros ou dos camiões TIR. Hoje, terminal é também o doente que antigamente estava a morrer. Era o moribundo, o agónico, com todos os seus problemas.

Dantes sublinhava-se que o médico, independentemente das suas convicções, devia promover a assistência religiosa da personalidade humana que em breve se extinguiria. Hoje exalta-se, especialmente, a assistência a prestar aos cancerosos na fase mais avançada da doença quando a morte é praticamente inevitável.

A dignidade está mais próxima do recato, da privacidade, do direito à intimidade, do que ao ato intrinsecamente em si mesmo de estar ligado ou não ligado a aparelhos ou submetido a medicação farmacológica considerada desnecessária.

Mas, se queremos discutir o âmago filosófico do problema, permita-se-nos pensar, despindo as roupagens do convencionalismo estereotipado das frases feitas dos jornais, revistas, pasquins e livros do mais diferente tamanho, feitio e cor de capa. Então, a morte com dignidade, para a pessoa humana religiosa, será o pórtico importante da passagem de uma vida para outra vida diferente e mais importante, pela proximidade do ente superior que é a origem de tudo ou, muito rudimentarmente, para o incrédulo, a nova situação de terminar, acabar, finir, deixar de existir.

A questão de morrer com dignidade só tem sentido quando surge no ómega dum processo linear que começa com nascer com dignidade e prossegue em viver com dignidade.

Morrer é o acontecimento final da vida, tão natural como nascer. A pessoa humana assume a plenitude existencial quando é absolutamente livre na escolha de opções boas ou más, responsabilmente tomadas.

"Morrer com dignidade" é um chavão moderno sem sentido quando desinserido do processo longitudinal da pessoa humana. Seria mesmo desarmonioso e aviltante proporcionarmos uma morte digna àquela pessoa a quem demos uma vida indigna, às vezes dispensando-lhes

menos favores do que ao cão e ao gato.

Deixemos que a morte surja como remate natural de uma vida que, bem ou mal, foi vivida por cada um, como quis ou pôde. Nada de soluções fáceis impostas com piedade forçada, ultrapassando as possibilidades técnicas de prolongar a vida no interesse particular do doente que muitas vezes é a projeção de si próprio na família ou no grupo que o acolhe. Sem exageros, sem regras, sobretudo com bom-senso e no interesse do doente.

Há circunstâncias em que a morte é procurada nos outros (homicídios) e casualmente (acidentes) ou por decisão do próprio em si mesmo.

A morte procurada pelo próprio ou pelos outros no próprio englobando o suicídio e a sua irmã mais nova, a eutanásia. A morte do próximo, com intenção ou sem ela. O homicídio, com muitos nomes no Código Penal: qualificado, privilegiado, a pedido da vítima, na ajuda ao suicídio, o homicídio por negligência, o infanticídio privilegiado e a exposição ou abandono de pessoa com a morte como resultado.

O indivíduo que atropelamos mortalmente, sem intenção, nem preocupação porque estamos cobertos pelo seguro. A morte, ignorada, temida, desprezada, consentida, procurada, rejeitada, sempre a morte.

A morte na criminalidade e na guerra, nas vítimas inocentes dos atentados bombistas, nas catástrofes inevitáveis e nas guerras infundáveis pela conquista do poder.

A morte de outrem, consecutiva a tortura, é condenada com 12 anos de prisão (máxima de 25) (Artº 132º, Código Penal). Se a morte sobrevier (Artº 152º) após maus tratos, a pena aplicável é de prisão de 3 a 10 anos.

A pena de morte é proscrita, atualmente, pela Constituição da República Portuguesa (Artº 24º). O critério ético dos portugueses nesta área não é exatamente coincidente com o princípio constitucional, ao admitir que haverá situações excepcionais. A morte procurada para o próximo tem mecanismos diversos na pena de morte: enforcamento, decapitação, guilhotina, garrote, fuzilamento, apedrejamento, cadeira elétrica, câmara de gás, injeção letal, açoites, achatamento dos ossos por compressão, potro, roda, tormento da água, fogo e outros.

Alguns, quando estão sem esperança de continuar na vida e querem fugir ao sofrimento, que adivinham progressivo, pedem que outros os matem, mais vezes do que se pensa. Mas a aprovação social da morte praticada por outrem num interessado a morrer implica a mudança da lei penal no sentido permissivo sem o que o gesto é crime.

Será legítimo dar a morte a quem a pede?

Direito à vida e direito sobre a vida não são exatamente a mesma coisa. Paradoxalmente, às múltiplas declarações sobre os direitos à vida, culminando na declaração universal dos direitos humanos, contrapõe-se a licitude de manipulação de um direito sobre a vida das pessoas, dando-lhes a morte.

A palavra eutanásia, dizem alguns, terá sido empregue pela primeira vez por W.E.H. Lecky

(em 1869), com o significado de ação de induzir suave a facilmente a morte, sobretudo de doentes incuráveis ou terminais, com o mínimo de sofrimento. Thomas More (1478-1535), em duas obras, "Utopia" e "Diálogo da Consolação", apresenta nesta última a noção do alívio que se dá à dor e refere com clareza o conceito de eutanásia, centrado na medicina e na moral.

A aceitar-se a eutanásia, ela não deveria ser praticada pelo médico, para salvaguarda da sua imagem como pessoa que luta pela vida, contra a morte do próximo. Na pena de morte, não é o médico que atua. Ele limita-se a verificar a morte.

Com uma certa ingenuidade, alguns pretendem igualar a morte de um doente cujo desenlace aconteceu por evolução natural, porque não recebeu tratamento, e um doente que morreu porque, propositadamente, para o matar, evitando mais sofrimento, lhe foi administrada uma droga.

Independentemente da eventual e futura legislação sobre a eutanásia, esta encontra ancestral resistência no juramento de Hipócrates: Não darei veneno a ninguém, ainda que me sei a pedido.

O argumento de "irremediavelmente perdido", utilizado para justificar a eutanásia, é uma falácia, e se não gostarmos da palavra, digamos que é um engano ou uma burla. Em boa verdade, irremediavelmente perdidos estamos todos nós desde que nascemos. Então, todo aquele que não encontre significado na vida, por falta de solução para os seus problemas teria o direito a ser morto ou a morrer.

Se à primeira vista não parece difícil optar pela eutanásia ou rejeitá-la, ao refletirmos sobre a morte desejada, em liberdade, agudiza-se a dificuldade de opinião.

É eticamente aceitável que um doente terminal peça morfina, cianeto ou outro meio qualquer para que o matem? Talvez sim, talvez não. Que sim, desde que a vontade do interessado nesse sentido seja indubitável e inquestionável a autenticidade da sua opinião, quando munido da capacidade de decisão. Que não, com algumas reservas, exatamente pela apreciação das circunstâncias em que se diz que sim à morte expressamente desejada.

O impressionante caso de Ingrid Frank, que diante das câmaras de vídeo ingeriu conscientemente cianeto para se matar, abalou a opinião pública: É eticamente aceitável que em tais circunstâncias uma pessoa procure a morte? Este é um problema que no caso apontado de Ingrid Frank coincidiu com o *modus faciendi* do suicídio, espetacularmente difundido pela comunicação social, através da TV e largamente comentado pela imprensa. A corrente de opinião muito favorável ao ato de Ingrid é um forte ingrediente de propaganda ao suicídio.

Na sociedade atual, onde cada vez mais a Bíblia e o Corão apenas se encontram nos Hotéis de Luxo, e a indústria hoteleira menor reduz a disponibilidade livresca às volumosas listas telefônicas, incluindo a valorização comercial local das páginas amarelas, a liberdade de cada um constitui o último degrau, para preenchimento do espaço vazio deixado por um Deus eliminado como referência final das decisões humanas e substituído pela perversa

religião atual “Nosso Senhor o Dinheiro”, máxima divindade que subjuga a humanidade.

Nesta ótica, o suicídio seria eticamente aceitável. Esta pirueta sem rede pode constituir embuste muito artificioso ao admitir-se que a liberdade humana deverá conciliar-se com a responsabilidade pessoal e social de cada um. No caso do doente terminal, as relações deste com a família e com o próximo não existem ou são negativas pela continuidade da sua existência. É assim que a morte é um alívio para a família, mais que para o interessado que, não raramente, já nada tem de que ser aliviado.

O culto da morte é inseparável de um conteúdo mágico-religioso. A falta de crença numa entidade divina a quem se deve a vida, bem como numa vida sobrenatural, como valores máximos e últimos, leva a que a morte e o sofrimento físico ou psíquico, que a precedem, percam sentido, pelo que não têm que ser assumidos. Assim, caímos na possibilidade de dispor, de modo positivo, do fim da existência.

Por outras palavras, se a afirmação da liberdade é o supremo valor, não é possível negar à personalidade humana a capacidade de poder decidir, de modo ativo, sobre o seu fim existencial. Onde vamos desembocar? O Mundo de hoje não é melhor nem pior, é essencialmente diferente.

Um dos meios mais frequentes de suicídio é o enforcamento. Muitas formas existem condicionadas pelos costumes e pela moda. Causam certa surpresa alguns suicídios cometidos no fim da vida, quando pouco faltava para a morte em comparação com o percurso existencial percorrido.

A marginalização sócio afetiva indiscriminada, sentida pelo velho, pode relacionar-se com condutas desviadas na terceira idade, constituindo fatores de ativação de reações anti-sociais o desemprego, a inconstância e a inatividade ocupacional e o fracasso técnico-profissional.

A conduta tóxicodependente pode ser considerada muito próxima do comportamento suicida. Ela traduz a perturbação da organização das pulsões, provocando a morte ulterior e um prazer imediato.

O suicídio nos militares merece um breve apontamento, quanto mais não seja para sublinhar que a taxa de suicídio é inferior à da população civil entre os 16 e os 24 anos.

O suicídio nos Hospitais é diferente consoante se consideram os hospitais psiquiátricos e o hospital geral, sendo dupla naqueles.

Nas prisões, cuja difusão das notícias do suicídio agita a opinião pública, o acontecimento merece uma pausa.

O sentido existencial na prisão, como na vida livre, para muitos, é vazio, ao ponto de anular o instinto de conservação da vida. Há quem admita que, os suicídios nas prisões não são mais do que a resultante final das tendências perversas ou auto-punitivas do condenado, imputando exclusivamente ao seu autor a responsabilidade de tais atos. Para outros, tais gestos traduzem a revolta e o desespero dos privados das liberdades fundamentais. A única prevenção seria a mudança nas estruturas prisionais.

Com a morte procurada ou não, há uma verdade inegável: o homem arrasta, no percurso da vida, o peso do seu caixão vazio. É preferível entrar nele o mais tardiamente possível e com a naturalidade biológica do finar. Vai nisso, como compensação, uma certa segurança e alegria de viver.

A morte do outro implica uma afirmação do outro, de cariz criminal.

Vontade é, na interpretação do étimo animus, de Cícero (ânimo, espírito, afeto, coração, desejo, vontade, conselho, propósito, atrevimento, esforço) a expressiva e clássica componente da intenção de matar (animus necandi), sumamente relevante do ponto de vista criminal, ligada ao termo necandi (necans, necantis, que mata) de Ovídio.

Questão essencialmente jurídica, a decidir pelo Tribunal, ela tem uma base médico-legal que os juízes demandam ao perito para aplicação penal.

O problema da intenção de matar não é novo. No princípio do século (1900), as instruções regulamentares a observar, aquando da realização das autópsias médico-legais, prescreviam, no caso de morte por ferimentos, que o perito médico indicasse ao juiz a intenção com que os ferimentos denotavam haver sido feitos.

Efetivamente, não é o perito que diz qual foi a intenção. São os ferimentos que, pelas suas próprias características sugerem, a nível apenas de presunção, se poderá ter havido tal intenção. Quem vai decidir sobre a intenção é o juiz, não se limitando à prova objetiva médico-legal, concluindo mediante apreciação dos múltiplos elementos processuais de que dispõe e dos quais a conclusão médico legal, apesar de elemento importante, não deixa de ser uma parcela.

Os ferimentos falam por si. Eles podem dizer-nos se houve uma facada no pescoço, no tórax ou no abdómen, se a faca tinha o gume afiado, altamente cortante, ou se já revelava um certo uso, se o ferimento resultou de queda, se o tiro por arma de fogo foi dado de muito perto ou de longe fora do alcance da pontaria do indivíduo comum, se houve ricochete da bala por ter sido disparada, por exemplo, primeiro para o chão.

O ferimento é diferente conforme é feito por uma arma caçadeira, por uma pistola vulgar, ou por uma arma de guerra, variando muito o seu aspeto com a distância do disparo.

Já o velho Código Penal (1886) referia-se explicitamente à intenção de matar na tentativa de homicídio, no homicídio frustrado e no caso de ofensas corporais voluntárias de que resultasse a morte, bem como no homicídio voluntário simples, homicídio qualificado, parricídio e infanticídio. Em todos estes casos o sentido da palavra é a vontade.

A intenção de matar não se limita aos mortos. Também nos vivos a informação sobre a presunção que o médico legista proporciona ao Tribunal é decisiva para a Justiça.

A observação direta das lesões nas pessoas vivas permite a apreciação de um certo número de características do ferimento, designadamente a natureza do instrumento que o produziu, a direção e o sentido de atuação e a violência empregada no manejo, cujo conjunto é essencial para a objetividade da presunção médico-legal da intenção de matar.

Qualquer médico que trate de um ferimento de etiologia traumática deve tentar interpretar o porquê desse ferimento, como é que foi produzido, sem olvidar que os elementos da sua observação serão basicamente fundamentais para a investigação judiciária e para a decisão final do Tribunal.

O problema da intenção de matar é extremamente complexo e subtil. A intenção é uma questão de ordem subjetiva pelo que, do ponto de vista médico-legal, nunca se pode dizer se houve ou não intenção de matar.

Quando se desfecha uma arma, visando os joelhos, ela pode ser levantada inadvertidamente e atingir a cabeça em vez dos membros. Outros quando pretendem alvejar a cabeça, o disparo atinge os pés.

Nunca se pode afirmar a intenção de matar. Que seria do perito que garantisse tal intenção, em face de uma facada mortal no coração, quando confrontado com a realidade dela ter sido provocada por uma criança?

O mesmo princípio de inimputabilidade aplica-se também aos doentes mentais sem lucidez de consciência para o ato praticado e para os que atuam sob embriaguez alcoólica ou sob a influência de outras drogas quando não procuram, propositadamente, estes estados.

A prática médico legal ensina que, por vezes, o álcool origina que grandes amigos e até familiares próximos cometam homicídios que, em estado de sobriedade, não teriam praticado.

Quando os ferimentos, pela sua sede, pela violência com que foram produzidos, pela natureza deles, pelo número e distribuição relativa são do género dos que a experiência anterior ensina como terem sido produzidos com intenção de matar, devemos concluir apenas que fazem presumir médico-legalmente aquela intenção em face da evidência adequada da capacidade vulnerante do instrumento empregado na agressão.

O número de ferimentos pode contribuir para a presunção quando eles são feitos pelo mesmo indivíduo. O caso do emprego de pedras, como instrumento contundente ou outros objetos, reveste um aspeto particular. Há que distinguir se o instrumento contundente foi utilizado diretamente ou por arremesso. O instrumento arremessado não confere à agressão a exatidão suficiente para que se possa inferir da intenção de matar.

No caso de ferimentos por armas de fogo, no vivo, há toda a conveniência que o médico, que assistiu ao ferido no hospital, colha os sinais de disparo e os registre no seu relatório clínico porque mais tarde poderão ser úteis.

Só por ironia é concebível que um agressor peça à vítima que esteja quietinha com o pescoço porque apenas lhe quer dar uma facada superficial. O ridículo da situação é evidente.

Toda a facada no pescoço, como em outras regiões que a pessoa comum sabe existirem órgãos vitais, como o tórax e o abdómen (o povo diz estripo-te, ponho-te as tripas ao sol) faz presumir médico-legalmente a intenção de matar. A superficialidade do ferimento deve-se a circunstâncias estranhas à vontade do agressor, porque a vítima fugiu ou porque foi



impedida, de algum modo, de ser atingida a profundidade mortal.

O médico-legista conclui pela presunção através de elementos objetivos. O magistrado dispõe do relatório daquele e de outros relativos ao exame às faculdades mentais do agressor, sabe a idade do réu, tem o depoimento de testemunhas e conhece os factos que precederam a agressão.

O juiz confronta-se, por vezes, com a hipótese do ferimento mortal poder ter resultado, involuntariamente, durante uma luta.

O perito é interrogado sobre a intencionalidade e a sua resposta deverá ser sempre objetiva sem ultrapassar o limite pericial. É uma abordagem que o magistrado não dispensa e ainda bem.

## AUTÓPSIA

Meditação sobre uma palavra imprópria. O impossível da auto-observação, como cadáver. Do grego *autos* (por si mesmo) e *opsis* (observar, olhar).

É possível que a referência mais antiga à prática das autópsias date de 1286, quando um médico abriu vários cadáveres, procurando a causa de uma epidemia de peste, em Cremona, Itália.

Segundo um médico holandês do séc. XIV, o Papa teria ordenado que se abrissem cadáveres, com a mesma finalidade, em Avinhão. Na primeira metade daquele século a prática da autópsia era um facto, em Bolonha. Era de Florença o médico António Benivieni (1440-1502) que, pela primeira vez, pediu autorização aos familiares para examinar os cadáveres dos parentes.

No fim da Idade Média, o prestígio alcançado pelas autópsias médico-legais levou a que a Faculdade de Medicina de Montpellier estivesse autorizada para realizar autópsias.

A primeira autópsia, na América, foi feita pelo médico Juan Camacho, na ilha de La Espanola, em 18 de Julho de 1533, a pedido de um padre que queria saber se duas gémeas siamesas, unidas pelo umbigo, cuja morte ocorreu oito dias após o nascimento, tinham uma ou duas almas.

Na Rússia, no fim do séc. XVIII, por imperativo de Pedro o Grande, a autópsia passou a ser obrigatória em casos de morte violenta.

O nível científico da autópsia atual teve início em Viena, com Rokitansky (1804-1878) e, em Berlim, com Virchow (1821-1902). Autópsia é palavra impregnada de algo mágico-religioso, quanto ao destino e à vida depois da morte.

Cientificamente, na humilhação do finar, autópsia clínica é o estudo pormenorizado do cadáver com o objetivo de aprofundar a causa da morte já conhecida de um doente.

A autópsia médico-legal, de sentido social mais alargado, pretende um diagnóstico para quem morreu de causa ignorada, ou foi vítima de ação violenta, tomada esta como causa externa ao organismo, trate-se de homicídio, suicídio ou acidente de trabalho, de viação,

doméstico ou qualquer outro.

O objetivo da autópsia médico-legal processa-se em dois tempos. Primeiro, para distinguir a causa de morte em natural e violenta. Está consagrada pelo uso a noção de que as mortes naturais são aquelas que não resultaram de agentes externos convencionais como o excesso de calor ou frio, a eletricidade, os traumatismos, os tóxicos, etc.

Compreendem-se nas mortes naturais as doenças do coração, as pneumonias, as doenças renais e muitas outras. Em boa verdade, natural só deveria ser a morte que resultasse da velhice. Estabelecido o caráter da morte, a autópsia decidirá sobre o homicídio, o suicídio ou o acidente.

O alcance jurídico e social da autópsia médico-legal é inquestionável. Ela pode ter como objetivos essenciais a determinação da data da morte, a identificação do indivíduo a quem pertenceu o cadáver mediante o diagnóstico do sexo, idade, estatura, fórmula dentária e vestígios de tratamentos registados no odontograma, tatuagens, cicatrizes, impressões digitais, grupos sanguíneos e outros marcadores genéticos.

Pode ser importante averiguar se a morte foi rápida ou precedida de agonia, se houve deslocação do cadáver e qual era a sua localização ou posição primitiva. É fulcral distinguir se os ferimentos encontrados no cadáver foram feitos em vida ou após a morte. Havendo vários ferimentos, qual deles provocou a morte, o que permitirá apontar o responsável quando houve vários agressores. É relevante estabelecer a cronologia dos ferimentos, isto é, qual deles foi feito em primeiro lugar e sucessivamente.

A autópsia médico - legal indicará o número de agressores, a posição destes e da vítima e a identidade daqueles. Esta pode ser denunciada por manchas de sangue diferente do da vítima ou pela forma das mordeduras, indicando alterações na arcada dentária de quem mordeu.

O objetivo da autópsia estende-se por vezes à averiguação da eventual alteração do comportamento em face do teor do álcool encontrado no cadáver, em caso de agressões, acidentes de trabalho ou a acidentes de viação. Também a autópsia dirá sobre a natureza do instrumento que provocou os ferimentos encontrados. Se as balas retiradas do corpo foram desfechadas por determinada arma. Se houve ricochete aquando do disparo, o que atenua a responsabilidade criminal.

A distância do disparo da arma traduz uma certa intencionalidade.

Se o corpo encontrado num foco de incêndio se encontrava vivo antes do contacto com o fogo. Se os restos cadavéricos resultaram de explosão ou de espostejamento criminoso.

O estudo do conteúdo dos pulmões, brônquios, traqueia e medula óssea, mediante o plâncton, permitirá dizer o local onde se deu o afogamento.

Enfim, se certas lesões cadavéricas foram feitas por animais, nomeadamente insetos, roedores, aves, peixes ou outros.

Uma autópsia é um ato médico de cariz técnico científico que não pode andar a reboque de

pressões de nenhum tipo, para apressar a sua realização para permitir que o cadáver seja entregue à família para o funeral ou a entidades oficiais para exéquias fúnebres.

O perito médico legal, como disse o insigne médico legista Devergie, deve fechar os ouvidos e abrir os olhos.

O poder instituído é responsável pela falta de qualidade das autópsias quando permite que elas sejam realizadas em termos que contrariam as condições exigidas pela ciência médico-legal.

A realização de uma autópsia médico-legal, para além dos recursos humanos, basicamente médicos e acessoriamente paramédicos e de complementaridade técnica, exige condições materiais à luz do século vinte e um. Os que fazem ou toleram que se realizem autópsias mal feitas são verdadeiros coveiros da medicina legal, que a enterram e destroem, pela má prática.

É o adormecimento tolerante dos responsáveis pelo incumprimento dos deveres médicos e a passividade perante a inoperância do serviço pericial. As autópsias incompletas, com o argumento retrógrado de que são muito superficiais porque há muitas para fazer, decorrem de uma incongruência matemática uma vez que nem sequer uma autópsia é completa.

Em regra, a autópsia não deve ter lugar, antes de terem passado vinte e quatro horas após a morte. O princípio encontra raízes históricas no medo que as pessoas tinham de ser enterradas vivas. Em certos casos, contudo, a autópsia pode fazer-se antes desse período, quando os sinais de morte são evidentes para qualquer pessoa quando existe a mancha verde de putrefação no abdómen, livores cadavéricos, esmagamento da cabeça ou do tronco, ou outra evidência do género, como, por exemplo, a decapitação.

Uma autópsia médico-legal não se limita a cortar um morto. Se o poder público quer autópsias bem feitas terá que fazer por isso.

Há determinados pressupostos que a ciência médico-legal preconiza e aconselha e que o poder executivo deveria obrigar a respeitar. São já do século passado as normas que em face da autorização concedida pelo artº 18º da carta de lei de 17 de Agosto de 1899 foram emitidas pelo Governo de então.

A pormenorizada apresentação dos preceitos gerais para a autópsia evidencia, sem margem de dúvida, a exigência de autópsia completa, em todos os casos, variando consoante o caso em apreço, começando a abertura do cadáver pela região ou cavidade onde existem ou se supõe existir as lesões determinantes da morte. A autópsia deve ser completa ainda que no seu decurso se encontre causa suficiente de morte, pois que pode haver concorrência de causas ou acontecer inclusive que a primeira lesão encontrada não seja a verdadeira causa da morte.

São os médicos que, por lei, devem fazer os cortes no cadáver, ditando em voz alta tudo quanto observam que o escriba vai anotando por escrito. Este é, em regra, um funcionário do Tribunal que acompanha o juiz.

A autópsia deve ser realizada em local amplo e arejado, sempre que possível com luz natural. O cadáver deve ser removido, com suavidade para o local onde vai ser autopsiado, evitando tombos do corpo ou compressão deste. Não deve deitar-se qualquer substância sobre o cadáver ou as vísceras para o desinfetar ou desodorizar. Os cortes nítidos e amplos constituem a técnica apropriada para abrir e examinar todas as cavidades. As vísceras devem ser observadas no corpo antes de serem retiradas, evitando-se tocar-lhes com as luvas sujas ou repuxá-las ou comprimi-las quando se extraem. Antes de abertos os órgãos devem ser pesados, pois o peso é um elemento valioso para o diagnóstico de certas doenças naturais que possam afastar a hipótese de crime. A autópsia não deve ser interrompida.

Em regra, uma autópsia médico-legal demora uma hora. Assim, para fazer vinte e cinco autópsias, no mesmo dia, seriam necessários vinte e cinco médicos, na base de que mais do que uma autópsia por dia é uma sobrecarga exaustiva para qualquer profissional. É óbvio que o excesso pedido, por vezes, é uma exigência a evitar, o que nem sempre tem sido possível.

O número de médicos disponíveis deve ser consentâneo de modo que elas não sejam “feitas á pressa”.

Compete, obviamente, ao Estado o controlo de qualidade, isto é, a maneira como as autópsias são realizadas de acordo com a ciência médico-legal ou à margem desta, o que, se atenua, não inibe os médicos de eventual responsabilidade profissional pelos prejuízos de terceiros.

A autópsia médico-legal inclui a sua obrigatoriedade em face de pressupostos previstos na legislação.

A finalidade de uma autópsia médico-legal é sempre distinguir entre morte de causa natural e violenta e, neste caso, se resultou de suicídio, homicídio ou acidente. Sem tal diagnóstico, a missão pericial médico-legal nunca é cumprida. Erros iniciais, em matéria de autópsia, são dificilmente corrigíveis.

Não é pela mera reformulação de frigoríficos ou de mesas de autópsia ou de aparelhagem complementar que se resolvem os problemas responsáveis pela inoperância médico-legal. Não foi ainda encetada uma modificação estrutural quanto ao desempenho em termos de recursos humanos. Pelo tempo perdido, surgem novos casos demonstrativos de que não foi feito o suficiente pela medicina legal portuguesa, necessária e imprescindível auxiliar da Justiça.

Não se criaram as condições estruturais básicas de forma a evitar as contradições apontadas. Uma autópsia médico-legal é obrigatoriamente constituída por várias partes: 1ª Informação; 2ª Exame do local; 3ª Exame do corpo (com vestuário, adornos, ferimentos externos e internos); 4ª Exames complementares laboratoriais.

O menor cuidado com que certas autópsias são feitas repercute-se na falta de credibilidade da população.

A autópsia médico-legal é um ato profissional de máxima responsabilidade social a que

todos os juristas (magistrados, advogados e outros que até falam sobre ela) deveriam obrigatoriamente assistir, pelo menos, uma vez.

O princípio, salvo melhor opinião, deveria ser extensivo a todas as Escolas de Direito do País. Em breve, deixaríamos de ter juristas com "*medo*" de ver uma autópsia ou de entrarem num necrotério. Um dos tipos de autópsia de maior acuidade social é, sem dúvida, o dos ferimentos por armas de fogo. Isto não exclui a necessidade da autópsia médico-legal em casos variados como os atualmente previstos na lei, designadamente no Decreto-Lei 387-C/87, de 29 de Dezembro.

Deve fomentar-se a prática da autópsia e não a sua dispensa. É mais que evidente a obrigatoriedade de autópsia em casos de acidente de viação para que os familiares tenham direito à reparação patrimonial competente. Sem ela, as Companhias de Seguros recusam-se, e muito bem, a pagar as eventuais indemnizações. Isto porque a morte pode ter sido devida a uma causa natural não relacionada com o acidente.

Haverá ainda que alargar a extensão da autópsia médico-legal aos casos de eventual responsabilidade médica, a única que, por exemplo, acabou por revelar uma pinça cirúrgica na cavidade abdominal de um paciente que a transportou durante seis anos.

Deverá promover-se a autópsia médico-legal em todos os casos mal esclarecidos, como, entre outros, o caso de uma paciente que, apresentando uma suposta síndrome neurológica, a autópsia provou ter sido envenenada por arsénio.

Também a segurança social dos trabalhadores exige a autópsia médico-legal para que não lhes possa ser atribuída uma causa de morte natural que anule o direito à indemnização.

E para além de todas estas razões e de outras, haverá ainda o aproveitamento destes casos com interesse jurídico para que os médicos aprendam a fazer autópsias, ultrapassando o ensino livresco quase medieval, para que deixem de praticar erros grosseiros por ignorância e por falta de condições para o seu exercício profissional.

De um modo geral a autópsia médico-legal está ligada à violência humana.

Ao respeitar os mortos, estamos a respeitar-nos a nós próprios, porque vivos somos, mortos seremos. A base do problema está na projeção dimensional da angustiante não existência terrena.

A violência humana culmina na morte como meta final da vida de cada um, como bem superiormente protegido.

Matar a gente só Deus, ou a pessoa humana na guerra ou em legítima defesa. Todos vivemos, todos morremos.

Na prática, a experiência das situações mostra que, embora todos sejamos iguais, há uns que são mais iguais do que outros e que há filhos e enteados da vida.

A morte é um acontecimento diversamente encarado. Há pessoas que não perdem o sentido de humor perante ela.

A Sociedade, em regime de contemporização, sublima o símbolo da morte com objetos utilitários: porta-chaves, "bibelots" de tamanho variado ou pequenos esqueletos de bijuteria. Tudo serve de antídoto.

O eu desarticulado permite o sofrimento sobre-humano, como o coma, o delírio ou a interrupção dos circuitos reversíveis. O sofrimento anestesiado pela fé, as ferradelas dos leões no Coliseu, o amor cego exclusivista do egoísmo da felicidade interna com o bem amado supremo, consentem a violência exagerada.

À desmitificação da morte cria-se uma nova edição mitificada, na modernidade renascentista do retomar de todas as questões, com a relevância da pista do aeroporto que, ao não ser abandonada, nos projeta na catástrofe da desintegração. Ou, vencida a gravidade, nos dirige para o céu, ultrapassando a realidade terrena que vemos de cima. Fugimos, assim, das trivialidades que nos impedem de atingir rapidamente o destino desejado.

Não há segurança a julgar os loucos. Há pessoas que sob o pretexto da glória divina, por zelo ou pelo sentido mágico-religioso do seu comportamento, são capazes de tentar tudo e de se expor a todas as torturas, sem que, por isso, possam ser enquadradas no âmbito da vulgar vezânia.

O limiar à dor, tão variável, individualmente, é diverso mesmo em relação ao sexo.

Não falemos só da vítima, mas do prazer da contemplação do sofrimento alheio. A população, de olhos esbugalhados, vê nos outros a projeção do seu próprio sofrimento e castigo.

Não é a mesma a posição do condenado à morte judicialmente e a da vítima por altruísmo, porque àquele falta a motivação mágico-religiosa ou o desvio pragmático da verdade imposta.

A Inquisição, duplamente, pelas vítimas e pelos inquisidores, é uma fonte inesgotável de reflexão sobre a temática da violência humana. O radicalismo fanático começa quando a tolerância deixa de existir. A bondade exemplar de Jesus Cristo foi substituída por uma agressividade desconforme, que encontra na Inquisição a sua expressão formal.

Antes da Santa Inquisição, as sanções que implicavam lesões corporais eram da competência do poder civil. Pode dizer-se que, até ao século XIII, a Igreja não era "oficialmente" responsável pelas múltiplas condenações algumas das quais atingiam o suplício como pena.

Em face do crescente terrorismo internacional, o médico deve constituir uma implacável barreira à tortura e outras penas e tratamentos cruéis, desumanos e degradantes.

A Inquisição constituiu, para os médicos, um conflito de princípios éticos. Não é difícil admitir que tal conflito brotava da necessidade de cumprir as suas obrigações para com a Santa Inquisição e para com a humanidade, na base do Juramento de Hipócrates de conceder tratamento igual sem distinção de credos, de raça ou de nacionalidade.

A tortura é concetualmente definida pela dor corporal causada ao réu, ou a uma pessoa

detida legal ou ilegalmente, contra quem há indícios de probabilidade, para a obrigar a confessar ou a declarar.

A tortura compreende todo o tipo de maus tratos e violências que causem dores e sofrimentos de tal nível que, para os evitar, a vítima declare o que os torturadores pretendem.

O capítulo "Direitos, liberdades e garantias pessoais" (Artº 25º do Código Penal Português), define o direito à integridade pessoal: 1. A integridade moral e física das pessoas é inviolável. 2. Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanas.

Pela Constituição da República Portuguesa em caso algum haverá pena de morte (Artº 24º).

A morte violenta pode ser provocada no próprio quando a agressividade, por razões diversas, tem a sua existência como alvo.

Difícilmente separáveis o homicídio e o suicídio, este segue-se, por vezes, àquele. O suicídio não é sempre um desejo de morte. Ele pode representar uma forte determinação de viver diferente e, como manifestação do comportamento humano, tem sido exaltado e condenado consoante a ponderação de valores morais e éticos. Não deve esquecer-se que o suicídio e o homicídio são a expressão de um mesmo fenómeno agressivo. Quando a autoviolência aumenta, diminui a héteroviolência.

Os acidentes de trabalho mortais, por não serem observadas as regras de segurança necessárias, continuam a surgir nas sociedades industrializadas.

O infanticídio e o aborto são formas de morte violenta altamente relacionadas com o desenvolvimento sociocultural e a ética das populações.

As queimaduras em explosões e incêndios e a ação do frio são outras causas de morte violenta. A violência humana acontece na submersão em água salgada e em água doce.

A morte violenta pode resultar de múltiplas causas. Quando a harmonia biológica é afetada por forças exteriores de ordem química ou física, ultrapassando a estabilidade vital, a morte surge, como nas grandes catástrofes.

As relações sexuais seguidas de homicídio são o paradigma da violência humana. Para quem deseja estudar, entre nós portugueses, a violência humana, encontra forte oposição na colheita de dados que ofereçam credibilidade. Quando tais dados são obtidos, após moroso trabalho, eles surgem de tal modo atrasados, tão desfasados no tempo, que apenas refletem o que se passou largos anos atrás e nunca a realidade do momento que passa. O crescimento e o desenvolvimento do país exigem uma lavagem de mentalidades.

A morte violenta obriga a autópsia médico-legal para descoberta da verdade jurídica.

Um cadáver pode se autopsiado sem certificado de óbito porquanto a lei prevê que o certificado de óbito seja emitido após a realização da autópsia médico-legal.

A verdade biológica da questão será múltipla consoante o gesto cometido por cada um. Uma

verdade é inegável: o homem arrasta no percurso da vida o peso do seu caixão vazio.

Que o aspeto positivo do sentido existencial da vida contribua para aliviar o fardo, e lhe dê, com a humildade necessária, a alegria de viver.

E que morra, em paz, sem ter que passar pelo degrau da violência.



