



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOÃO MARTINS SEMEDO

A morte a pedido em Portugal

**ARTIGO DE REVISÃO ÁREA CIENTÍFICA DE ÉTICA, DEONTOLOGIA E
DIREITOS MÉDICOS**

Trabalho realizado sob a orientação de:

**PROFESSORA DOUTORA ISABEL MARGARIDA FIGUEIREDO SILVESTRE
PROFESSORA DOUTORA INÊS FERNANDES GUERREIRO GODINHO**

NOVEMBRO 2017

RESUMO

Introdução: A legitimidade da morte a pedido sempre foi um tópico de debate ao longo dos tempos. O grande desenvolvimento da medicina nos últimos dois séculos, feito à custa de inovações tecnológicas e científicas, alterou a forma como se vive e se morre hoje em dia. Surge a necessidade de nos adaptarmos a estas alterações. Para isso, é importante compreender o contexto histórico, em relação às ideologias mais prevalentes na nossa sociedade e à forma como se morria no passado, e também o contexto legal e deontológico português atual. Por último, e sintetizando a informação recolhida, são tecidas considerações éticas sobre a morte a pedido.

Métodos: Este estudo baseou-se na análise da literatura bioética atual sobre o tema, presente em livros e artigos científicos, desde o ano 2000. Para fornecer o contexto histórico, legal e social da morte a pedido, foram analisadas obras específicas sobre cada tema.

Resultados: O debate atual em torno da morte a pedido nas sociedades ocidentais, dividido entre quem apoia a despenalização e quem é contrário, resulta do confronto ideológico entre *vida e liberdade*, que se vem a desenvolver já desde o final da Idade Média. Os cuidados continuados, em relação à morte a pedido, reúnem um consenso mais alargado.

Conclusão: A evolução da medicina nos últimos séculos, paradigmaticamente exemplificada pelo aumento da esperança média de vida nas sociedades ditas ocidentais, tornou desajustada a nossa relação tradicional com a morte e com o fim de vida, exigindo, agora, que a sociedade tome medidas concretas para se adaptar a esta nova realidade.

PALAVRAS CHAVE: morte a pedido, eutanásia, suicídio assistido, ética, legislação, história, vida, liberdade, autodeterminação, cuidados paliativos.

ABSTRACT

Background: The legitimacy of death by request has always been a controversial topic since long ago. The great development of medical sciences during the last two centuries, changed the way we live and die in this day and age. Society as a whole must choose a path to adapt to these changes. In order to do this, it's essential we understand the historical, social and ideological background of the way we die and think about death as a society. Lastly, we finish with ethical implications of death by request.

Methods: This study is based on contemporary ethical literature, mainly books and articles, dedicated to death by request and end of life questions. For the historical, social and legal background, we dwell into specialized books on each topic.

Results: The current sides of the debate, either supporting or against death by request, follow old ideological lines of thought about the value of *life* and *freedom* that originated in Medieval times. Palliative care is relatively more consensual than death by request.

Conclusion: The development of the medical sciences in the last two centuries, epitomized by the significant increase in life expectancy in western societies, demands we make cultural changes to adapt to the new way we live and relate to death and the end of life.

KEYWORDS: death by request, euthansia, assisted suicide, ethics, legislation, history, life, freedom, paliative care.

Índice

Introdução.....	4
Definições	7
Contexto histórico	8
Antiguidade	8
Doutrina da Igreja	9
Renascimento	12
Iluminismo.....	17
Perspectiva Legal e Deontológica Portuguesa	20
Constituição.....	21
Código Penal	24
Código Deontológico.....	32
Conclusão de capítulo.....	36
Discussão Ética	38
Argumentos a favor da despenalização da morte a pedido:.....	42
Morte a pedido como solução para sofrimento	42
Morte a pedido possibilita uma morte confortável.....	44
Argumentos contra a despenalização da morte a pedido:	45
Falibilidade da Medicina.....	45
Deterioração do papel do médico.....	46
Morte a pedido como meio de atingir um fim político.....	48
Slippery slope.....	49
Conclusão	51
Referências Bibliográficas.....	55

Introdução

“A morte de uma pessoa é mais um assunto para os outros do que para o próprio.”

Thomas Mann,
in *Montanha Mágica*

A morte a pedido encontra-se atualmente em debate na sociedade portuguesa, mais frequentemente sob a forma do debate em torno da eventual legalização ou despenalização da eutanásia. Esta forma de morte a pedido ganhou lugar na consciência coletiva, impulsionada pela legalização da prática nos Países Baixos em 2002, o primeiro país europeu a fazê-lo.(1) Atualmente, este tema está em debate em Portugal, com propostas de lei do partido *Pessoas-Animais-Natureza* e do *Bloco de Esquerda* no ano de 2017.

Um dos argumentos comumente apresentados no nosso país a favor da eutanásia é a perda de dignidade que os doentes terminais por vezes experimentam.(1) Se não existe consenso sobre a prática eutanásica, existe, pelo menos, um consenso de que a forma como se morre hodiernamente é sem dúvida diferente do que acontecia há escassos séculos atrás.

Para ilustrar este fato socorremo-nos da obra do historiador francês Phillipe Ariès. Numa das suas obras mais importantes, *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*, o autor descreve como era vivida a experiência da morte de um familiar ou amigo em meios predominantemente rurais e com forte componente religiosa, típicos da época medieval, mas cujos rituais persistiram até meados do século XVIII. Descreve o autor: “O moribundo está deitado, rodeado de amigos e parentes”. “A morte é uma cerimónia pública, organizada; organizada pelo próprio moribundo, que a ela preside e lhe conhece o protocolo”. “Ainda no princípio do século XIX, os transeuntes que encontravam na rua o pequeno cortejo do sacerdote com o viático acompanhavam-no e entravam atrás dele no quarto do doente”. “A câmara do

doente convertia-se então em lugar público. A entrada era livre. Os médicos de finais do século XVIII que descobriram as primeiras regras de higiene queixavam-se do superpovoamento dos quartos dos agonizantes”.

Se o contexto do momento da morte mudou, mudou também a própria forma de morrer. João Lobo Antunes, na sua obra *O eco silencioso*, faz uma descrição desta mudança:

“O progresso da tecnologia e da ciência [alterou] radicalmente a epidemiologia da morte. Até ao século XX esta era devida, sobretudo, a doenças infecciosas; morria-se depressa, o sofrimento era curto, e nem o médico nem o doente tinham uma palavra a dizer sobre o desfecho.

Agora morre-se de patologias vasculares, oncológicas ou da falência de múltiplos sistemas, leva-se mais tempo a morrer, o sofrimento é mais prolongado e a ‘hora incerta’ da morte é agora desafiada por doentes e médicos”. “A morte ocorre cada vez mais no hospital, sem qualquer ritual de passagem e de um acontecimento passou a um processo.”(2)

Phillipe Ariès retrata também, a seu estilo, a morte nos dias de hoje: “Já não se morre em casa, no meio dos seus; morre-se no hospital, e só. Morre-se no hospital porque é no hospital que se proporcionam cuidados que já não são viáveis em casa.”¹ “A morte no hospital já não é uma ocasião para uma cerimónia ritual presidida pelo moribundo no meio da assembleia de parentes e amigos (...).” “A morte foi decomposta e segmentada numa série de pequenas fases, das quais não sabemos, em definitivo, qual é a morte verdadeira, se aquela em que se perdeu a consciência ou aquela em que cessou a respiração. Todas estas pequenas mortes silenciosas substituíram e anularam a grande ação dramática da morte, e já ninguém tem a força ou a paciência de esperar durante semanas um momento que perdeu uma parte do seu sentido”.(3).

¹ É este o caso segundo relata um estudo epidémológico sobre os locais de morte em Portugal em 2010: a morte em hospital/ clínica representa cerca de 61% de todas as mortes. (25)

Também o papel do médico foi sofrendo alterações por força da influência das inovações tecnológicas e científicas: “O médico moderno, que assiste doenças graves com tecnologias complexas, tende a perder a relação pessoal com um doente concreto, olhando mais para os números e gráficos e traçados que descrevem os comportamentos e a evolução dos seus parâmetros vitais, do que a própria pessoa doente que se aproxima do fim...”(4).

Em suma o papel do moribundo, da família e amigos e do médico sofreu grandes alterações nos tempos modernos, às quais a sociedade ainda não se adaptou. É esta mudança do contexto e da forma como se morre que impulsionou e justificou o debate atual sobre a morte a pedido.

Definições

Antes de continuarmos é importante definirmos alguns conceitos.

Definimos morte a pedido como a morte provocada intencionalmente e com envolvimento em grau variável de um médico ou outro profissional de saúde. A morte a pedido compreende assim várias modalidades das quais destacamos eutanásia e suicídio assistido.

Daniel Serrão define eutanásia: “designa a morte de uma pessoa, a seu pedido, por outra pessoa que acolhe o pedido e pratica um ato intencional destinado a produzir a morte”. Por suicídio assistido, o autor entende: “ajudar intencionalmente outra pessoa a cometer o suicídio ou dando-lhe os meios para que o possa cometer.” (4)

Alguns autores definem outros termos cuja validade não é consensual. A título de exemplo podemos citar: eutanásia passiva e eutanásia indireta.

Na eutanásia passiva a morte é provocada pela omissão ou interrupção de um tratamento vital. É o exemplo da interrupção de ventilação mecânica indispensável à sobrevivência do doente.

A eutanásia indireta é definida como morte precoce potenciada pela administração de um fármaco que visa o tratamento de um sintoma, geralmente um analgésico. O objetivo da administração deste fármaco é o tratamento; a morte precoce é um efeito secundário (ainda que previsível) desta administração. É o caso da administração de morfina para alívio de dor num doente com função renal comprometida e em doses adequadas para a supressão da dor, mas excessivas para a capacidade renal do doente. Nesta situação, a morfina estaria indicada visto existir dor, mas iria resultar previsivelmente numa degradação da função renal a curto prazo, com encurtamento da vida do doente.

Neste trabalho não pretendemos adotar uma posição em relação à validade destes termos. Contudo, reconhecemos a sua utilidade ao designar um tipo de morte a pedido específico. Assim, eles serão empregues no capítulo legal e deontológico.

Contexto histórico

Antiguidade

O debate sobre a morte a pedido não é de todo novo. Surgido com certeza noutras formulações, os primeiros registos deste debate surgem dos escritos gregos da Antiguidade Clássica.

Uma característica deste período é a multiplicidade de opiniões que coexistiam nas sociedades gregas deste período. Assim, para descrever o pensamento destas sociedades, é necessário, na verdade, descrever as várias correntes filosóficas que aqui coexistiam.

Para os epicuristas, o valor imenso do indivíduo, confere-lhe o poder de decidir se deve morrer ou continuar a viver. A vida deve ser vivida se ela constituir um bem para o indivíduo. Se por outro lado, os males superam os bens então é concordante com a razão por termo à vida.(5)

Platão escreve no seu célebre livro *A República* que o foco da medicina devem ser os cidadãos “bem constituídos de corpo e de alma”, devendo-se deixar morrer aqueles cujo corpo é “mal constituído”.

Este preceito era seguido até ao extremo em Esparta, onde os recém-nascidos com malformações eram mortos após o nascimento. Em Cós, lugar de nascimento de Hipócrates, os idosos eram enviados para uma festa no final da qual lhes era servido veneno.(6)

Para os estóicos a morte é uma coroação da vida completa, devendo ser livre de coacção e indolor. Compete ao médico, na opinião estóica, aliviar as dores para facilitar o processo de morte. (7)

Pelo contrário, os pitagóricos opõem-se à morte voluntária pois, para eles, a vida corpórea é resultado de um pecado original, pelo que a vida, como processo de expiação deste pecado, deve ser vivida até ao fim.(5)

A civilização romana, sucessora dos ideais gregos, adotou enquanto sociedade a posição do estoicismo, tendo o suicídio constituído uma prática comum.(8) Nesta civilização, à semelhança da civilização grega, são frequentes os casos de suicídio de figuras célebres, movidos por sentimentos de honra e heroísmo.(5)

Com esta breve referência às diferentes correntes filosóficas existentes na Grécia, e que influenciaram também a civilização romana durante vários séculos, pretendemos realçar a diversidade de ideologias e motivos subjacentes às sociedades deste tempo. Esta diversidade é relevante, pois o período subsequente é largamente destituído desta heterogeneidade.

Doutrina da Igreja

A primeira grande alteração de paradigma na forma como é encarada a morte e o morrer no mundo ocidental (devidamente documentada) surge com o advento da religião cristã. Dispensando introduções históricas de maior, a religião cristã, particularmente sob a forma da Igreja Católica (Apostólica Romana) no ocidente da Europa, expandiu paulatinamente o seu impacto nas sociedades ocidentais europeias, alterando a forma de agir e pensar das sociedades onde se estabelecia.

Durante largos séculos, sensivelmente até ao período Iluminista quando a secularização dos estados começou, a doutrina cristã governou o pensamento intelectual europeu e moldou as sociedades ocidentais, auxiliada pelo fato de reunir sobre si boa parte dos intelectuais e, simultaneamente, os meios de produção de conhecimento. Durante muito tempo, desde o século IV até sensivelmente ao século XV, o clero representava grande parte dos letrados e, simultaneamente, detinha, produzia, mantinha e difundia o conhecimento. Por último, a Igreja detinha também muita influência junto das autoridades civis, que lhe permitia a prossecução de ações que interpretava como sacrilégios. É o caso do crime de heresia, que em França só chegará a ser descriminalizado no século XVIII já próximo da Revolução Francesa.

Sobre a posição de poder da Igreja, o autor diz-nos: “Contudo, é inútil procurar saber qual dos dois poderes o civil ou o religioso, influencia o outro, porque desde Constantino² ambos colaboram de forma estreita”(5).

Embora não possamos falar dos valores e ideais promovidos pela Igreja como algo absoluto e estático, dado que nos referimos a uma extensão temporal e espacial grande, podemos afirmar que a doutrina cristã favorecia, durante a Idade Média, a submissão do indivíduo perante a autoridade e sabedoria da Igreja. Dada a relação íntima entre a Igreja e o conhecimento, era ela a responsável por fornecer respostas às mais variadas questões e vindas de toda a sociedade. A valorização da tradição cristã, do dogma sobre os mistérios da religião, da fé e a submissão à Igreja são, numa possível síntese, algumas das ideias transversais ao período entre o século IV e o século XV.

A posição da Igreja sobre a morte a pedido é fundamentalmente dada por Santo Agostinho, Bispo de Hipona, nascido no século IV e um dos mais influentes teólogos dos primeiros anos do Cristianismo. Este afirma na sua obra *Cidade de Deus* que “Nós dizemos, declaramos e confirmamos de qualquer forma que ninguém tem o direito de espontaneamente se entregar à morte sob pretexto de escapar aos tormentos passageiros, sob pena de mergulhar nos tormentos eternos”.(5)

A posição da Igreja foi, e continua a ser, uma rejeição da morte a pedido, do suicídio, ou de qualquer prática segundo a qual o homem abrevie voluntariamente a sua vida, justificando-a com argumentos de natureza teológica. Esta rejeição teve um impacto direto nas sociedades ao longo dos séculos de hegemonia católica.

² Constantino (272-337 d.C.) foi o imperador romano responsável por terminar a prossecução de cristãos e, simultaneamente, promover a religião cristã como a religião do império.

George Minois, outro historiador francês, descreve na sua obra *História do Suicídio* a influência da Igreja durante este período e o impacto que a rejeição eclesiástica do abreviamento da vida por opção teve no dia a dia das sociedades.

Referindo-se ao Bispo de Hipona o autor relata: “A interdição de todos os tipos de suicídio apoia-se sobre o quinto mandamento³, não prevê qualquer exceção mas o Bispo reforça-a por outras considerações: aquele que se mata é um covarde incapaz de suportar as provações, um vaidoso que dá muita importância ao que os outros pensam dele”.(5)

Quanto à prossecução de quem “se matava”: “As autoridades civis e religiosas iniciam o mesmo combate contra o suicídio e completam-se as próprias medidas dissuasivas: confiscação dos bens e condenação eterna”. Os bens de um suicida eram assim confiscados pela Igreja, ficando os familiares do defunto expropriados deles. A miséria quase assegurada da família de um suicida, principalmente se este fosse o *chefe de família*, servia como mecanismo social dissuasor para desincentivar o suicídio.

Não só os bens, mas também os corpos dos defuntos eram alvos de penalizações: “Chega-se muitas vezes a colocar no chão o cadáver de rosto para baixo (...). A estaca enfiada no corpo pode também impedir essa ressurreição e impedirá de qualquer modo que o suicida perturbe os que vivem, (...) impressionando os fiéis que poderiam ser tentados a matarem-se”.(5)

A ambivalência de poder entre as autoridades religiosas, centralizadas no Vaticano, e as autoridades civis, e as monarquias, dura desde os tempos de Constantino, século IV, até sensivelmente ao século XV, quando a influência clerical, principalmente a nível cultural e intelectual, começa a diminuir.

³ A passagem refere-se a um dos *Dez Mandamentos*, “*Tu não matarás*”.

Renascimento

Esta mudança vem num período conhecido como Renascimento e que, especialmente, com epicentro em Itália, começou aproximadamente no século XV e estendeu-se até ao século XVI. Durante este período ocorreram marcadas mudanças nas sociedades europeias ocidentais, cujas consequências moldaram a cultura atual ocidental.

Em primeiro lugar, a mais importante quebra no poder eclesiástico neste período dá-se com a Reforma Protestante, iniciada na Alemanha no princípio do século XVI por iniciativa de Martinho Lutero, e que acabou por dividir o monopólio ideológico da Igreja Católica no oeste europeu. A Reforma Protestante teve um impacto mais significativo na Suíça (com Calvin), Alemanha (com Lutero), Inglaterra (com Henrique VIII que criou o anglicanismo) e estendeu-se aos países do Norte da Europa como Dinamarca, Suécia e Noruega.

Esta expansão da ideologia protestante neste período, foi facilitada por uma inovação tecnológica da época, a máquina de imprensa por Gutenberg. Lutero adotou imediatamente esta tecnologia, utilizando-a para difundir as suas contestações dirigidas à Igreja. Mais tarde, a imprensa permitiu difundir uma primeira versão alemã da *Bíblia* (que até aqui se encontrava unicamente em latim, grego antigo e hebraico), tornando-a acessível a quem soubesse ler, e destruindo a exclusividade eclesiástica na interpretação dos *Evangelhos*. A máquina da imprensa foi, assim, fulcral para cumprir um dos preceitos do que se viria a tornar a religião protestante: a necessidade de cada indivíduo interpretar por si próprio os textos bíblicos, afastando a figura do padre e da Igreja Católica da posição de autoridade absoluta na interpretação destes textos.

A imprensa foi também fulcral em Itália pois permitiu aos intelectuais deste país ter acesso e, assim, redescobrir as obras literárias gregas e romanas dos pensadores e filósofos da Antiguidade Clássica. Diz-nos Minois:

“No entanto, existem alguns sinais de uma mudança lenta, mas na verdade inegável. Um desses reveladores essenciais é a própria literatura, que exprime (...) as crenças, os valores mais respeitados na elite intelectual. Ora, essa elite alarga-se no Renascimento com a revolução da tipografia. As obras já não estão limitadas apenas aos clérigos para os tratados em latim (...). A cultura escrita abre-se a uma nova franja burguesa e à pequena nobreza, que fornecem ao mesmo tempo autores e leitores. Os livros, em muito maior número, refletem os sentimentos de uma camada mais importante da população e, sobretudo, o contributo do teatro permite atingir um público mais vasto e difundir junto dos iletrados os ideais da elite.”

“(...) As obras filosóficas estoicas e epicuristas, as adaptações das peças de Séneca, expõem sem a menor interferência cristã uma moral paralela ou até mais sedutora do que a aureolada por inúmeros exemplos históricos e místicos.”(5)

Esta diminuição da “interferência cristã” na cultura é exemplificada não só pelas obras da Antiguidade redescobertas, mas também por novos autores desta época que surgem com ideias novas e que se afastam dos ideais cristãos tradicionais.

Paradigmático disto, e bem a propósito do trabalho que empreendemos, é a obra de Thomas Moore. Este autor, à imagem do ideal deste período, desempenhou vários papéis entre eles autor, advogado, diplomata e conselheiro do rei de Inglaterra, Henrique VIII. Em 1516, ainda antes da cisão da coroa inglesa com a Igreja do Vaticano, publica a sua obra mais famosa, *Utopia*, obra de ficção que descreve, segundo os relatos de um navegador, curiosamente, português, uma sociedade próxima da perfeição (segundo a visão do autor). Nesta sociedade a eutanásia era incentivada em doentes incuráveis e com dor, sem prejuízo da vontade do doente:

“Se um homem “está privado de todos os prazeres e vantagens da vida, se não é mais do que um motivo de preocupação para os outros, prejudicial em si mesmo, um verdadeiro morto-vivo, não deve alimentar por muito mais tempo esse mal e, considerando que a vida não é mais que um tormento, não deve ter medo de morrer, mas pelo contrário deve ganhar coragem

e libertar-se por si mesmo dessa dolorosa e miserável vida, como de uma prisão e de um agulhão sempre a picá-lo, ou aceitar que os outros disso o libertem, destruindo através da sua morte não o próprio bem e o conforto, mas o seu suplício. (..) Tratar-se-á assim de uma ação piedosa e santa” (9)

Isto contrasta gritantemente com a doutrina cristã como a relatamos anteriormente. É, assim, evidência da experimentação dos autores desta época com universos e ideias alternativos ao *status quo* daquela altura.

Outro autor desta altura que se revelou muito influente foi Michel de Montaigne. Uma das suas citações mais célebres, “Que sais-je?” (Que sei eu?), é paradigmática a exemplificar o fim das certezas que se viveram ao longo da Idade Média e, ao apoiar-se acima de tudo no seu próprio julgamento sobre o mundo, Montaigne é considerado intelectualmente como um cético, à imagem dos grandes pensadores da Antiguidade Clássica. O pensamento deste autor é sintetizado por Minois: “Mas, como teólogo, estabelece logo um sistema: a morte voluntária é permitida e razoável se for resultado de uma decisão maduramente refletida e motivada”. Citando Montaigne: “Não é preciso esperar por esta última exploração sem uma muito grande e bem justa razão para que isto seja como dizem uma honesta e razoável saída e ponto de partida”. (5)

Com o exemplo destes dois autores procuramos provar que neste período começaram a surgir obras e correntes intelectuais incompatíveis com a doutrina católica dominante, ao contrário da homogeneidade que se tinha vivido até aqui, em parte graças ao poder hegemónico da Igreja sobre a criação e divulgação de obras escritas de cariz intelectual, função na prática, exclusiva do clero.

Estes autores que no Renascimento encontram voz, vão criar obras que vão influenciar permanentemente as sociedades ocidentais. Sobre este fenómeno emergente de criação de uma nova classe intelectual, diz-nos o historiador suíço Jacob Burckhardt:

“Esta revolução consiste em, ao lado da Igreja que até então fizera a unidade do Ocidente (privilégio que cedo perderia) se constitui um novo meio intelectual que pouco a pouco se tornará como que a atmosfera em que viverão todos os espíritos cultivados da Europa.”(10)

Chegou agora o momento de analisarmos que ideais são estes.

Uma das ideias centrais que se impôs no Renascimento foi o Humanismo. Esta corrente filosófica valoriza o homem enquanto ser digno de apreço, enaltecendo a sua dignidade, livre-arbítrio e o seu poder de raciocínio, por oposição ao mundo do sobrenatural e da superstição, vigente durante a Idade Média.

Esta corrente ideológica apoiou-se nos recém-descobertos escritos da Antiguidade que transpareciam uma noção de honra, liberdade e responsabilidade, contrastante com a vida no período precedente, marcada pela identificação do indivíduo com o coletivo. Anteriormente e no resto do mundo, o indivíduo pouco se distinguia da sociedade onde se inseria, estando já à partida filiado, de acordo com a sua família ou com o local de nascimento. A noção de livre-arbítrio era esbatida para um sentido de dever para com a sociedade, o indivíduo submetia-se inteiramente ao coletivo, representado pela figura de autoridade (clerical, feudal, etc.).

Foi a noção de honra e dignidade pessoal, paradigmática do humanismo e tão patente nas obras da Antiguidade Clássica, que, aliada ao ambiente político despótico italiano e à decrescente importância da Igreja, permitiu o advento do individualismo na sociedade italiana no século XV.

“Se em França, em Espanha, e em Inglaterra o sistema feudal era tal que devia levar naturalmente à unidade monárquica; se na Alemanha este ajudava a manter pelo menos a unidade exterior do império, a Itália tinha rompido quase inteiramente com tal sistema. Os imperadores do século XIV não eram acolhidos e considerados como senhores suseranos (...).

Quanto ao papado (...) tinha precisamente a força necessária para no futuro impedir toda a unidade, sem todavia poder ele próprio criar uma.

“Entre o Império e a Santa Sé havia uma multidão de corpos políticos, cidades e soberanos despóticos (...). É neles que apareceu pela primeira vez o espírito político moderno, entregue sem constrangimentos aos seus próprios instintos.”(10)

Este novo ambiente político fragmentado permitiu pela primeira vez que os indivíduos com maior acúmen político pudessem aspirar a obter mais poder se, por exemplo, estabelecessem alianças políticas proveitosas. Esta autonomia chega primeiro aos soberanos, quer fossem figuras do Império, da Igreja ou senhores feudais, mas cedo se alastra aos seus súbditos pois também estes podiam aspirar a mais poder.

O estabelecimento do individualismo, que pode, à partida, parece pueril, foi na verdade uma das marcas mais importantes do Renascimento pois mudou todo o paradigma social vigente. Permitiu ao indivíduo adotar as suas próprias ambições e valores, livre da vontade do coletivo. Permitiu liberdade de associação entre indivíduos particulares com objetivos próprios, em lugar das grandes alianças entre senhores ou famílias monárquicas que se estabeleciam durante a época medieval.

Por último, estabeleceu as bases que permitiram às sociedades capitalistas florescer, como foi o caso de cidades comerciais italianas como Florença ou Veneza. As sociedades capitalistas, pela sua eficiência na distribuição de recursos, tornaram os regimes feudais inviáveis. Surgiu uma nova classe, a burguesia, que detinha uma porção significativa do poder e da influência junto das autoridades e servindo de contrapeso à influência da Igreja.

A pouco e pouco, as sociedades foram-se alterando. O Renascimento provocou um impacto duradouro nas sociedades, moldando-as e plantando a semente de um novo paradigma, mais centrado no homem e não tanto em Deus, que viria mais tarde à plena fruição com o Iluminismo.

Iluminismo

O Iluminismo ocorreu cerca de dois séculos depois do Renascimento, sensivelmente entre a morte do rei Luís XIV e a Revolução Francesa, e abrangeu, em traços gerais, a mesma localização geográfica do período anterior, nomeadamente as sociedades do ocidente europeu. Foi durante este período que se solidificaram os ideais modernos ocidentais, presentes no lema da Revolução Francesa “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”.

Immanuel Kant, filósofo alemão que viveu durante este período, define ambiciosamente o Iluminismo: “O Iluminismo é a saída do Homem da sua menoridade da qual ele próprio é culpado. A minoria de idade implica a incapacidade de se servir do próprio entendimento sem a orientação de outrem. (...) É tão cómodo ser menor de idade! Se tiver um livro que pense por mim, um diretor espiritual que substitua a minha consciência moral, um médico que me prescreva a dieta, etc., então não preciso de me esforçar”. (11)

O racionalismo foi, quiçá, a ideia central avançada pelo Iluminismo. “(...) Para os iluministas a razão desempenha um papel basilar, estando-lhe reservada a tarefa de libertar a humanidade dos dogmas metafísicos, das superstições mitológicas e religiosas e dos preconceitos morais; a fonte última de autoridade não seria a tradição mas a razão. Isto significa que nenhuma verdade (filosófica, ética, religiosa, política) pode ser aceite só porque uma autoridade a assegura, mas cada crença deve submeter-se à análise crítica da razão”. É com base no racionalismo que se viria mais tarde a desenvolver o método científico, que permitiu avanços incalculáveis na ciência e tecnologia, como é o caso da evolução recente de Medicina, tal como referimos anteriormente.(11)

Denis Diderot, filósofo francês deste período, traz à luz outro valor exaltado neste período, a liberdade: “Nenhum homem recebeu da natureza o direito a mandar nos outros. A

liberdade é um dom do céu e cada indivíduo da mesma espécie tem o direito de usufruir dele como usufruía do uso da razão”.

Por último, a fraternidade: “Precisamente em França, o Iluminismo jurídico permitiu acabar com os velhos privilégios derivados da condição (nobre, eclesiástico, protestante, judeu, católico, masculino, feminino, primogénito) e com relevância processual. Foi assim que se passou de uma jurisprudência típica do Antigo Regime para a uniformidade das leis civis, que abolia as desigualdades resultantes do nascimento, da classe social, da profissão e riqueza, para instituir a igualdade entre os cidadãos baseada na humanidade partilhada.”

Grande parte da organização das sociedades atuais deriva das ideias do Iluminismo, desde a valorização da ciência e da lógica, da distribuição de poder, da liberdade individual, da igualdade jurídica de todos os indivíduos, da valorização do progresso e do estabelecimento de governos constitucionais e seculares nas sociedades ocidentais.

É interessante notar que será precisamente nestas sociedades que adotaram estes valores iluministas que eclodirá o debate sobre a morte a pedido.

No capítulo seguinte do presente trabalho, referente ao enquadramento jurídico atual no que toca à morte a pedido, veremos como estes ideais iluministas estão presentes na Constituição Portuguesa, sendo transversais também ao regime penal português e código deontológico médico.

Compreendermos a origem dos ideais que regem a formulação das nossas sociedades permite, possivelmente, compreendermos melhor o contexto da discussão atual sobre a morte a pedido, compreendendo melhor o contexto deste debate ideológico entre os que a favorecem e os que a rejeitam, entre quem valoriza preferencialmente a autodeterminação e quem prefere a proteção da vida.

Perspectiva Legal e Deontológica Portuguesa

Neste capítulo pretendemos compreender o enquadramento jurídico e deontológico atual relativo à morte a pedido. Antes de nos focarmos totalmente sobre a legislação portuguesa, vamos indicar os principais países que adotaram legislação compatível com a morte a pedido.

Como foi referido na introdução, os Países Baixos foram o primeiro país europeu a despenalizar a morte a pedido, segundo legislação introduzida no ano de 2002. A *Lei da eutanásia* legaliza esta forma de morte a pedido, desde que o ato obedeça às seguintes diretrizes: o pedido tem de resultar do próprio doente e deve resultar de reflexão livre (sem interferência ou pressão externa de terceiros); o doente, que tem de ter capacidade de discernimento, deve pedir repetidamente a eutanásia, inclusive num documento escrito; o pedido deve ser motivado por um sofrimento físico ou psíquico intolerável e duradouro, sem qualquer perspectiva de cura; ao médico cabe assegurar a incurabilidade da doença, recorrendo aos meios de diagnóstico necessários para tal, e só deve praticar a eutanásia depois de consultar outro profissional independente; por último, o médico deve comunicar o fato consumado ao médico legista.(1,12)

A Bélgica formulou legislação relativa à morte a pedido também em 2002, mas com características diferentes da lei holandesa. Na Bélgica, a eutanásia não foi diretamente legalizada, mas sim despenalizada. Para a despenalização se verificar, para o ato não se considerar como crime, a eutanásia tem de corresponder a determinados critérios: o pedido deve ser feito de forma reiterada, cuidadosa e totalmente voluntário; deve existir sofrimento físico ou psíquico intolerável; a lesão causadora do sofrimento do doente deve ser incurável, não existindo esperança de cura. Se um destes critérios não se verificar, o médico será castigado, aplicando-se as disposições do código penal belga.(1)

Em 2009, o Luxemburgo despenalizou a morte a pedido, na forma de eutanásia e de suicídio assistido, na linha da doutrina belga. Ou seja, o ato não é considerado ilícito, conquanto

se cumpram os critérios estabelecidos na lei. Esta formulação é, assim, muito semelhante ao enquadramento jurídico belga, tendo este última servido de base para a legislação luxemburguesa.(12)

Por último, neste breve percurso internacional iremos explicar as disposições legais da Suíça. Neste país, ao contrário dos anteriores, a eutanásia é considerada ilegal. O que é permitido, graças a uma alteração no Código Civil em 1942, é a ajuda ao suicídio desde que esta ajuda não tenha por base motivos egoístas, mas sim o interesse e a vontade do doente. A ajuda, contudo, só pode ser prestada a um cidadão suíço ou com residência oficial na Suíça. Diversas associações internacionais escolheram este país para se fixarem, e neste momento recebem pessoas de todo o mundo que querem acabar com a vida no chamado “turismo da morte”. (1,12)

Com estas breves notas, esperamos ter dado um panorama geral dos países europeus nos quais a morte a pedido é considerada lícita, de modo a que se possa melhor avaliar a legislação e deontologia médica portuguesa vigente.

Iremos agora investigar as disposições presentes na *Constituição* referentes à morte a pedido, abordando de seguida a perspetiva do *Código Penal* e, finalmente, o *Código Deontológico* estabelecido da Ordem dos Médicos.

Constituição

O primeiro artigo da Constituição da República Portuguesa afirma que “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária.”. A valorização da dignidade da pessoa humana e a construção de uma sociedade livre e solidária são, desta feita, reveladores da valoração ideológica subjacente à formulação deste documento.

Sobre a dignidade humana, Harro Otto afirma: “A observação da dignidade humana é a observação da pessoa como ser livre, racional, como ser moralmente autónomo, ou seja, como um ser que tem condições de se autodeterminar em liberdade, de moldar o seu ambiente e de construir uma sociedade com outros.” (12)

Assim, logo no primeiro artigo da *Constituição* é consagrado o respeito pela dignidade individual, pelo direito de o indivíduo ser livre e de se autodeterminar.

Este direito à autodeterminação, que talvez tomemos atualmente como garantido, é na verdade uma marca distintiva das sociedades ocidentais como foi visto anteriormente. Para Inês Godinho, a morte voluntária (sob a forma de eutanásia) é, na verdade, o expoente máximo da autodeterminação pois representa o direito de decidirmos sobre a nossa própria morte. (12)

Mais à frente, no segundo título da *Constituição Portuguesa*, referente a direitos, liberdades e garantias, encontramos o artigo 24º que dispõe expressamente que “A vida humana é inviolável”.

A *Constituição* atribui, desta forma, um grande valor à vida humana, exigindo a sua defesa e proteção, impedindo qualquer governo de dispor da vida de qualquer cidadão.(13) Outra consequência decorrente desta formulação é que a constituição assume o valor de cada vida como igual entre todos os cidadãos, não distinguido entre raças, *status* social, e mais importante, entre estados de saúde. Assim, a vida de um jovem reveste-se do mesmo valor que a vida de um moribundo. São ambas invioláveis e exigem respeito e proteção. As exceções à ilicitude do atentado contra a vida são situações de legítima defesa, morte em contexto de guerra e, mais recentemente, a interrupção voluntária da gravidez. (12)

O artigo 18º que diz respeito à Força Jurídica afirma no número dois que: “A lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo as restrições limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos”. Similarmente, o artigo 26º, referente ao direito ao

desenvolvimento da personalidade afirma no número quatro que: “A privação da cidadania e as restrições à capacidade civil só podem efetuar-se nos casos e termos previstos na lei, não podendo ter como fundamento motivos políticos”.(13)

Quer isto dizer que para um governo limitar a liberdade dos seus cidadãos é necessário que exista uma fundamentação sólida para o fazer, prevista na *Constituição*. Além disso, só poderá fazê-lo no âmbito mais limitado possível, segundo o mínimo exigível para “*salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos*”.

Estas disposições são consistentes com o artigo primeiro e evidenciam o valor que os legisladores constitucionais atribuíram à liberdade individual e aos direitos civis. A limitação da liberdade só pode ocorrer caso outros valores constitucionais estejam em causa, em situações específicas e antevistas.

A morte a pedido encontra-se, assim, na interseção de dois grandes pilares constitucionais: se por um lado “a vida humana é inviolável”, por outro “a lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição”. Escreve Inês Godinho: “A restrição de direitos fundamentais tem, muito mais de obedecer a critérios justificativos coincidentes com a proteção de interesses da coletividade, com a manutenção do bem comum. (...) Daqui resulta que o próprio é autónomo, beneficiando a esfera privada de proteção absoluta, conquanto não afete as posições jurídicas de terceiros. (...) Consequentemente, a proteção do próprio de si mesmo enquanto razão única de uma restrição legislativa de liberdade não pode ser legitimada. (...) Aliás, o nosso legislador constitucional expressou-o claramente: as restrições têm de se limitar ao necessário para salvaguarda de outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos”.(12)

Logo, a posição da *Constituição* em relação à morte a pedido é de certa forma ambígua: se por um lado a “*vida é inviolável*”, a limitação da liberdade e autodeterminação só pode

ocorrer para a proteção dos interesses da sociedade como um todo e em situações previstas na própria *Constituição*.

Como afirma Valadão e Silveira, “a reprovabilidade jurídica do suicídio teria de passar pela violação de um dever de viver com fundamento na Ordem Jurídica a partir da Lei Fundamental. Mas ainda ninguém demonstrou que o dever constitucional de proteção de vida se imponha ao próprio titular.”, “constata-se uma ‘tolerância’ pela ordem jurídica relativamente a tal ato desde que efetuado sem intervenções alheias que contribuam para a sua promoção”.

(14)

Código Penal

O *Código Penal* português elabora sobre a proteção da vida como prevista na *Constituição*. As disposições acerca dos *crimes contra a vida* encontram-se descritas entre o artigo 131º e o artigo 139º, sendo que existem mais disposições relacionadas com a vida intrauterina.

Sobre o bem jurídico-penal *vida humana*, Inês Godinho afirma que: “O ordenamento jurídico-penal protege a vida independentemente de qualquer consideração de valor sobre a mesma. (...) o interesse em viver do próprio não teria influência sobre a proteção da vida, sendo o bem jurídico autonomizado face aquele interesse.” (12)

Assim, as nossas considerações sobre o valor da nossa própria vida não têm relevância jurídica e a nossa vida deve disfrutar do mesmo grau de proteção e dos mesmos direitos.

Citando o Comentário Conimbricense do Código Penal: “O Estado: (a) não pode dispor da vida das pessoas, a qualquer título que seja; (b) tem obrigação de proteger a vida das pessoas contra ataques ou ameaças de terceiros (...)”. Isto implica que a proteção penal da vida ocorre, sobretudo, com vista a protegê-la de ofensas por terceiros. “(...) Uma proteção penal que vá

para além da imposição a terceiros da abstenção de ataques à vida determina uma negação da autodeterminação do próprio titular do bem-jurídico. O que seria o caso se se considerasse o suicídio como um crime”. Logo, se esta proteção penal da vida fosse estendida ao seu titular, ficaríamos obrigados a viver, podendo ser penalizados caso tentássemos o suicídio. Isto seria, portanto, uma privação de uma liberdade que não encontraria, segundo a doutrina penal vigente, justificação na Lei Fundamental. A não penalização do suicídio não é exclusiva de Portugal, afirmando Godinho que a não penalização da prática é comum aos ordenamentos penais de todos os países desenvolvidos.(12,15)

Outra salvaguarda da proteção penal conferida à liberdade e à autodeterminação é feita pela importância atribuída ao consentimento. O consentimento é abordado artigo 38º e com o mesmo nome. No número um é explicado que: “*Além dos casos especialmente previstos na lei, o consentimento exclui a ilicitude do facto quando se referir a interesses jurídicos livremente disponíveis e o facto não ofender os bons costumes*”.(16) Ou seja, ações que normalmente seriam consideradas crimes, não o são por contarem com o consentimento do titular do bem jurídico. Isto corresponde ao axioma jurídico denominado *volenti non fit injuria* que pode ser traduzido por “não se faz injúria àquele que consente”. Logo, por exemplo, um boxer consente em receber atentados à sua integridade física, desde que estes estejam de acordo com as regras do jogo.

O número dois ainda do mesmo artigo 38º esclarece quais as condições sob as quais o consentimento deve ser estabelecido: “pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto”.(16) Finalmente, o consentimento só é válido se for dado por um indivíduo com mais de dezasseis anos e dotado de capacidade de discernimento que lhe permita compreender o “sentido e o alcance” do que consente.

Por último, o artigo 149º aborda o consentimento no âmbito das ofensas à integridade física. O número um estabelece que a integridade física é um bem “*livremente disponível*”, o que significa que o consentimento exclui a ilicitude de uma ofensa à integridade física⁴. O conceito de ofensa à integridade física abrange “*ofensas ao corpo ou à saúde de outra pessoa*” mas não abrange, contudo, o bem jurídico *vida*.

Assim, o consentimento permite apenas ofensas à integridade física conquanto não haja ameaça do bem-jurídico vida. A vida está assim valorada para além dos limites de ação do indivíduo, ficando este impedido de ameaçar vida de outra pessoa. Logo, o *Código Penal* estabelece que a proteção da vida humana prevalece sobre a autodeterminação do indivíduo, ou seja, o indivíduo não tem o direito de manipular a sua vida por meio de outrem.

No caso de um médico (ou pessoa legalmente autorizada) praticar uma intervenção ou tratamento sem o consentimento do paciente é punido com pena prisão ou pena de multa, como previsto no artigo 156º, entitulado “*intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários*”. Simultaneamente, se o doente recusar o auxílio médico oferecido pelo profissional, este último fica dispensado do seu dever de agir.

Claro está que o ponto dois do mesmo artigo esclarece que constituem exceções situações nas quais o consentimento “*só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde*” ou quando o consentimento “*tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde; e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado*”. Assim, situações de urgência médica dispensam a obtenção de consentimento. (16)

⁴ Assumindo que não ocorre ofensa dos *bons costumes* conforme indicado no artigo antecedente.

A autodeterminação é também assegurada por um outro artigo, diretamente associado ao consentimento, “*dever de esclarecimento*” no artigo 157º. Este artigo estipula que o consentimento, relativo a intervenções médico-cirúrgicas e abordado no artigo anterior (156º), só é eficaz quando “*o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento*”. Assim, para existir consentimento, o doente tem de estar devidamente informado, senão o consentimento não tem efeito (salvo se o fornecimento de informação ao doente implicasse dano à saúde, física ou mental).

Esta característica da regulamentação penal das intervenções médicas, segundo Godinho, é particular ao sistema penal português, não figurando no código penal da Espanha e da Alemanha.(12) Nestes sistemas penais, as intervenções médico-cirúrgicas não são abordadas especificamente, sendo abordadas conjuntamente com as ofensas à integridade física. Já no sistema português, estas disposições acabam por reforçar o direito à autodeterminação, dado que o doente deve estar informado para consentir e só com consentimento é que o médico pode intervir.

O direito à liberdade e à autodeterminação, consagrados na Constituição Portuguesa, estão, assim, assegurados na área médica pelas normas do Código Penal associadas ao dever de esclarecimento e ao consentimento.

Mas falta refletir sobre mais uma faceta do consentimento especialmente importante para o nosso trabalho. Para excluir a ilicitude da ação, de acordo com o presente no artigo 38º, esta tem de ser condizente com os “*bons costumes*”. Assim, no caso da morte a pedido, a morte é provocada com o consentimento da vítima mas, por não ser concordante com estes *bons costumes*, é considerada ilícita “aos olhos da lei”. O homicídio a pedido da vítima é assim considerado uma exceção ao axioma “*volenti non fit injuria*”, como será descrito mais à frente.(12)

Debrucemo-nos agora sobre os artigos mais pertinentes para a prática médica e para o nosso trabalho sobre a morte a pedido. Começaremos por abordar o tema do suicídio.

O artigo 135º, “incitamento ou ajuda ao suicídio”, diz que: “Quem incitar outra pessoa a suicidar-se, ou lhe prestar ajuda para esse fim, é punido com pena de prisão até três anos, se o suicídio vier efetivamente a ser tentado ou a consumir-se”. O número dois do mesmo artigo refere um agravamento da pena se a vítima for menor de dezasseis anos ou tiver a sua capacidade de valoração/ determinação diminuída. (16)

Esta “ajuda ao suicídio” pode ser definida como “colocação de meios à disposição do suicida para que ele possa levar a cabo o ato final”.(12) Para a ajuda ao suicídio acontecer, tem de existir uma vontade e ação livres por parte do suicida. Sinteticamente, este tem de decidir o “se”, “quando” e “como”. Assim, quem ajudar outrem a praticar o suicídio, possibilitando meios ou condições, é punido de acordo com este artigo. O suicídio assistido é, desta forma, ilícito. Logo, se um médico prestasse auxílio à concretização de um suicídio, poderia ser incriminado segundo este artigo, além de outras prováveis infrações associadas ao Código Deontológico segundo a Ordem dos Médicos portugueses.

Importa também realçar que o papel de quem ajuda é apenas possibilitar a execução, não decidir nem influenciar o suicida à prática do fato. Se tal acontecer, se o suposto “ajudante” possuir, na verdade, o domínio sobre a vontade do doente estamos perante uma outra situação, o homicídio em autoria mediata de acordo com as disposições sobre autoria presentes no artigo 26º do Código.

Agora que vimos as disposições penais atuais sobre o suicídio assistido, iremos voltarmo-nos para as disposições pertinentes para a eutanásia. Mas antes importa abordar um artigo referente às condições necessárias para a legitimação da ação médica.

O artigo 150º é referente a “*intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos*” e é a base do artigo 156º (“*intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários*”). O primeiro número

do artigo esclarece que, para as intervenções e tratamentos não se considerarem ofensas à integridade física, devem ser levadas a cabo segundo o estado dos conhecimentos científicos e da experiência médica, pela mão de médicos (ou pessoal legalmente autorizado) e com intenção de “prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental”. A ação médica deve, assim, servir um propósito concreto e que de algum modo beneficie a saúde de acordo com a vontade do doente (16)

Outra condição indispensável presente neste número é que as intervenções têm de ser condizentes com as *leges artis*, tem de ter indicação médica, sob o risco da manobra ser considerada uma ofensa à integridade física. Se tal não for respeitado e, por consequência, ocorrer um perigo para a vida ou saúde ou se ocorrer uma ofensa corporal grave, a pessoa pode ser punida com pena de prisão até dois anos ou com pena de multa, se outra pena mais grave não for aplicável.(16)

Este artigo tem várias implicações para o nosso trabalho. Em primeiro lugar, de acordo com o número um, a manobra médica deve ser empregue para beneficiar a saúde, ou pelo menos a qualidade de vida do doente. Assim, exclui-se uma manobra eutanásica ativa da definição legal de acção médica visto que não ocorrerá benefício para a saúde do doente.

De seguida, em concordância com o número dois, a manobra médica tem de estar indicada no contexto clínico daquele doente, de acordo com as *leges artis*. Similarmente, uma manobra eutanásica, por nunca estar indicada nas *leges artis* atuais, será punida criminalmente. Por outro lado, se se der obstinação terapêutica por um profissional, e de um tratamento ou intervenção resultar uma ofensa para a saúde do doente, poderá também haver lugar a penalização, assumindo que a manobra efetuada não tinha indicação médica formal.

Como refere Godinho: “Em suma, o dever de intervenção médica termina onde deixa de existir indicação médica”. (12) Termina, também, com a ausência de consentimento do doente conforme foi visto anteriormente. Logo, se o dever de intervenção médica está

comprometido como descrito nestas duas situações, abre-se a possibilidade, no enquadramento penal, da ocorrência lícita de eutanásia passiva; o médico não está legalmente obrigado a tratar o doente podendo optar por deixar a doença seguir o seu curso. Na segunda situação, a ausência de consentimento, o médico poderá ser incriminado se intervir medicamente segundo o artigo 156º “tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários”, desde que o doente decida apresentar queixa.

A ênfase atribuída pela *Constituição* e pelo *Código Penal* à autodeterminação, favorecem, em teoria, a possibilidade de eutanásia passiva. O facto de a eutanásia passiva dispensar, por natureza, a intervenção médica permite “escapar” às obrigações penais impostas pela necessidade da intervenção médica beneficiar a saúde do doente. Se o médico, acatando o desejo do doente, não intervém, não se pode exigir um impacto positivo, dado não ter existido intervenção. (14)

O artigo do *Código Penal* mais diretamente relacionado com o nosso estudo da morte a pedido é o “*homicídio a pedido da vítima*”, que configura assim um caso de eutanásia ativa (supondo o envolvimento de um médico). Este encontra-se descrito no artigo 134º e determina que “*Quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha feito é punido com pena de prisão até três anos*”. O número restante acrescenta que a tentativa também é punível.(16)

Ora, dada a ênfase atribuída juridicamente ao direito à autodeterminação tanto na *Constituição* como no *Código Penal*, qual é o motivo para a penalização do homicídio a pedido da vítima? Qual o motivo para este tipo de homicídio constituir uma exceção ao axioma “*volenti non fit injuria*”? A justificação pela infração dos *bons costumes* não é suficiente. Afinal de contas, a *Constituição* só confere ao Estado o direito de intervir sobre a liberdade dos indivíduos quando estes comprometerem “*direitos ou interesses constitucionalmente protegidos*”. Poder-se-ia argumentar que este crime, ao ser alvo da pena mais reduzida entre os crimes de homicídio,

apenas três anos, constitui um privilegiamento pelos legisladores, protegendo o direito à autodeterminação do falecido, mas esta resposta é insuficiente.(14)

Uma resposta mais concreta a esta aparente contradição surge por Wilms/Jager, conforme aponta Godinho. Segundo estes autores, no contexto de homicídio a pedido da vítima, esta coloca-se numa posição incompatível com a sua dignidade ao permitir que terceiros possam livremente dispor sobre a sua própria vida. Este facto objetiva a vítima, situação que se torna incompatível com a sua dignidade inerente enquanto indivíduo livre. Assim, o Estado intervém para salvaguardar a dignidade do indivíduo, um “*interesse constitucionalmente protegido*” e que, portanto, justifica a limitação da autodeterminação. (12) A eutanásia ativa é, desta forma, juridicamente ilícita.

Resta apenas abordar a legislação que pode ter implicação para a eutanásia na forma indireta. Na eutanásia indireta, o tratamento indicado para dada clínica, reduz a esperança de vida do doente. É exemplificada pela administração de morfina, para o tratamento de dor num paciente com insuficiência renal crónica, em doses necessárias para tratar a dor, mas desajustadas para a função renal do doente, comprometendo-a e conduzindo a um abreviamento da vida do doente.(12)

A eutanásia indireta é penalmente permitida graças à proteção do consentimento do doente, à formulação do artigo 150º e é desculpada também pelo artigo 35º do Código, “*Estado de necessidade desculpante*”. Segundo este último: “*Age sem culpa quem praticar um facto ilícito adequado a afastar um perigo atual, e não removível de outro modo, que ameace a vida, a integridade física, a honra ou a liberdade do agente ou de terceiro, quando não for razoável exigir-lhe, segundo as circunstâncias do caso, comportamento diferente*”. Assim, um tratamento que poderia ser considerado como ilícito é considerado válido pois está destinado a debelar um “*perigo atual*”. (14)

Diz-nos Cardoso Lopes sobre o papel do estado de necessidade desculpante: “Como causa de exclusão de culpa, culpa sem a qual, mesmo que sob a menor gravidade da mera negligência, não pode haver crime”. Acrescenta: “(...) para que esta desculpabilização seja aplicável forçoso será sempre o recurso às melhores *leges artis*, ou seja, uma medicação perigosa não é admissível senão quando não existe outra”. (14)

Por último, quanto à eutanásia indireta importa realçar dois pontos: o consentimento do doente é a base de qualquer ação médica deste tipo e as disposições legais que expusemos nos vários tipos de morte voluntária são apenas as disposições do *Código Penal*, não contemplando as disposições do *Código Deontológico* da Ordem dos Médicos, fulcrais para a ação médica. Iremos, então, analisar estas disposições.

Código Deontológico

O *Código Deontológico* da Ordem dos Médicos portugueses mais recente é datado de 21 de Julho de 2016, data em que constou no *Diário da República*. Este documento contém “o conjunto de regras de natureza ética que, com caráter de permanência e a necessária adequação histórica, o médico deve observar no exercício da sua atividade profissional.” Assume, portanto, uma grande relevância para o nosso trabalho, dado que estabelece a doutrina ética que deve guiar todos os médicos no exercício da sua profissão. (17)

Em vista a não nos estendermos em demasia neste capítulo, tentarei ser o mais sucinto possível na análise deste *Código*, tarefa difícil dada a importância prática das diretivas aqui expostas. Assim, citaremos os artigos mais diretamente relacionados com o nosso tema, sem querer, contudo, diminuir a importância do documento. Tentaremos, assim, referir os pontos que distinguem o *Código Deontológico* das disposições presentes nos documentos precedentes

Primeiramente, faremos uma resenha dos artigos que vão na mesma linha relativamente os artigos penais e constitucionais que já abordamos.

A defesa da dignidade e liberdade individual, tão presente na Constituição e no Direito Penal, apresenta-se no artigo 14º do Código Deontológico, “Dever de respeito”. “O médico tem o dever de respeitar a pessoa do doente” e “A idade, o sexo, as convicções do doente, bem como a natureza da doença devem ser tidos em consideração no exame clínico e tratamento do doente”. O fato da disposição referir convicções indicia a importância de o médico respeitar as opções que o doente possa tomar e, indiretamente, a necessidade do consentimento.(17)

Estas disposições relativas às convicções são cimentadas pelo artigo 26º, “Respeito pelas crenças e interesses do doente” “1- O médico deve respeitar as opções religiosas, filosóficas ou ideológicas e os interesses legítimos do doente”. Estas considerações vão em linha com a defesa da dignidade da pessoa humana presente no primeiro artigo da Constituição, assegurando a liberdade do indivíduo para se autodeterminar.

O consentimento é também reforçado pelo artigo 20º, com o mesmo nome. O artigo indica que o consentimento dado pelo doente “só é válido se este, no momento em que o dá, tiver capacidade de decidir livremente, se estiver na posse da informação relevante e se for dado na ausência de coações físicas ou morais”. (17)

O artigo 25º, “informação de diagnóstico e prognóstico”, defende que o “diagnóstico e o prognóstico devem, por regra, serem comunicados ao doente”, respeitando a sua “dignidade e autonomia”. Apesar da introdução da opção de escolha do médico (corporizado nas palavras “por regra”), estas disposições confirmam as do Código Penal no que toca ao artigo 157º Dever de Esclarecimento, que implica que doente só pode consentir depois de estar informado.

A importância do médico agir segundo as *leges artis* está reforçada no número um do artigo quarto que estabelece os deveres dos médicos (tal como indicado no artigo 150º do Código Penal “*intervenções ou tratamentos médico-cirúrgicos*”). A proibição do médico atuar

contras as *leges artis* está reiterada no artigo 10º (“*Tratamentos vedados ou condicionados*”).
(17)

No segundo título do *Código Deontológico*, “*Da vida*”, encontramos as normas mais pertinentes para a nossa investigação.

O artigo 63º, “*Respeito pela vida humana*”, afirma que o médico deve guardar o respeito pela vida humana desde o momento do seu início. No número dois do mesmo artigo ressalva-se que em situações de gravidezes que coloquem a vida da mãe em risco, o médico não está impedido de intervir para salvaguardar a vida desta.

O artigo 65º denominado “*O fim da vida*” é o mais importante para o nosso trabalho. Depois de confirmar, mais uma vez, a necessidade de respeito pela dignidade do doente, afirma claramente no número dois: “*Ao médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia*”.(17)

Esta disposição proíbe, portanto, o médico de facilitar a morte voluntária de um doente. Simultaneamente, proíbe também a distanásia, ou seja, proíbe a intervenção médica que prolongue, por meios artificiais, a vida de um doente incurável ou moribundo.

O *Código Deontológico* proíbe, assim, os extremos da ação médica no que toca ao fim de vida: se proíbe o médico de a abreviar, proíbe-o igualmente de a prolongar. Podemos, talvez, afirmar que estas disposições pretendem então restringir a ação e a conduta médica, afastando-a de extremos, impedindo-o de manipular a vida segundo o seu parecer. Impedir o médico de praticar ações extremas, num sentido ou noutro, protege a dignidade e o respeito pela vida que a sociedade, e o médico enquanto membro desta, deve manter.

Estas disposições, além de protegerem a vida e a dignidade dos doentes, conservam também o papel do médico aos olhos da sociedade, conservando o médico como “guardião” da vida e impedindo-o de provocar a morte. Do outro lado do espetro, está também proibido de manter e prolongar a vida a todo o custo.

Tendo em conta esta disposição (e as outras), vemos que a vida e a morte são colocadas fora do alcance do médico, este vê-se impedido de as provocar. Resta-lhe, então, fazer o que lhe é possível, enquanto é possível, para manter a saúde e a vida; mas, quando a morte “se avistar no horizonte”, quando o doente tem uma baixa esperança de vida e mau prognóstico, derivado de doença incurável, o médico nada pode fazer senão atender à sintomatologia e ao sofrimento do doente, aliviando-os.

Assim, estas disposições embora se estendam além das considerações constitucionais e penais (como é expetável, dado tratarem-se as normas diretivas específicas de uma profissão), fazem-no de forma equilibrada, não favorecendo o prolongamento ou abreviamento da vida, priorizando antes o respeito pela vida e dignidade do doente. É notável a semelhança entre esta dicotomia deontológica entre eutanásia-distanásia e a dicotomia penal entre o direito à autodeterminação e proteção da vida, conforme abordamos na problemática do homicídio a pedido da vítima.

As normas deontológicas acabam por ser, na minha opinião, consonantes com o espírito ideológico inscrito na *Constituição* e no sistema jurídico português.

Por último resta ressaltar um direito importante, protegido pelo código deontológico, o direito à objeção de consciência, presente no artigo 12º. Este artigo defende o direito de o médico “*de recusar a prática de ato da sua profissão quando tal prática entre em conflito com a sua consciência, ofendendo os seus princípios éticos, morais, religiosos, filosóficos, ideológicos ou humanitários*”.(17)

A possibilidade de o médico poder-se abster de realizar quaisquer atos que conflituem com a sua consciência, acaba por ser concordante com o direito à autodeterminação que é comum a todos os portugueses segundo a *Constituição*. Aliada ao artigo 65º, esta disposição permite que o médico, enquanto pessoa livre e autodeterminada, viva e aja de acordo com o seu

próprio julgamento, não podendo ser juridicamente coagido a adotar uma qualquer posição acerca do seu método de ação no fim de vida (ou noutra matéria qualquer).

Conclusão de capítulo

A análise destes três documentos no seu conjunto permite constatar que existe uma consistência ideológica e prática sobre as normas jurídicas e deontológicas que rodeiam o tema da morte voluntária em Portugal.

Como exemplos desta consistência podemos citar: o respeito pela vida e dignidade, constante na *Constituição*, *Código Penal* e *Código Deontológico*; a necessidade de consentimento do doente em qualquer intervenção médica, observada pelo *Código Penal* e *Código Deontológico*; o dever do médico informar o doente sobre o seu estado de saúde e prognóstico, patentes no *Código Penal* e *Código Deontológico*); o respeito pelas crenças e liberdade de autodeterminação, evidentes na *Constituição* e no *Código Deontológico*; o dever do médico agir pelas *leges artis*, visível no *Código Penal* e no *Código Deontológico*.

Em suma, o regime jurídico atual em torno da morte voluntária é claro: tanto a vida como a dignidade da pessoa humana merecem o respeito de todos.

Deontologicamente, o médico está proibido de “manipular” a vida, quer encurtá-la quer prolongá-la, devendo antes garantir a saúde, a qualidade de vida e, na medida do possível, os interesse e as convicções do doente.

Se em Portugal a vida é um valor inviolável, a dignidade e a liberdade do doente também exigem o nosso respeito. Cabe a cada pessoa, a cada médico, e a toda a sociedade, decidir qual o valor relativo que atribui a estas qualidades

Por outro lado, se cada um de nós deve refletir sobre estas questões, a ação caberá à sociedade como um todo, não apenas ao julgamento de um ou de alguns indivíduos isolados. Importa assim, estabelecer consensos alargados, baseados numa base ética e filosófica com que a grande maioria de nós se possa identificar.

No capítulo seguinte, referente à ética e às suas questões, iremos integrar a informação recolhida até agora e refletir sobre esta problemática como um todo.

Discussão Ética

No capítulo anterior observamos que a lei e a deontologia médica em Portugal dão uma importância considerável ao valor “liberdade”, independentemente de também existir uma forte proteção do valor “vida” de acordo com a moral tradicional. No campo das intervenções médicas, a valorização da liberdade é demonstrada na lei portuguesa pela primazia do consentimento e do dever de esclarecimento do doente, que não tem necessariamente correspondência noutros sistemas legislativos europeus.

Como vimos na introdução, a valorização do indivíduo acompanha a história intelectual europeia desde o Renascimento, e a valorização dos seus direitos, como é o caso da liberdade, tornou-se muito premente desde o Iluminismo.

Esta primeira valorização do indivíduo surge no Renascimento acompanhada do início do fim da hegemonia intelectual e ideológica da Igreja Católica no ocidente europeu. A influência da Igreja, que outrora lhe permitiu influenciar fortemente o direito (considerando, por exemplo, a heresia como um crime punível), está hoje esmagadoramente reduzida. Consequentemente, os valores associados à doutrina moral cristã como as tradições religiosas, a fé e o respeito dogmático pela autoridade caíram, lentamente e com o passar dos séculos, em desuso.

A nova classe intelectual que surge pela altura do Renascimento, apresenta características distintas na investigação, produção e divulgação de conhecimento em relação ao período precedente. A natureza descentralizada e aberta desta elite intelectual europeia permitiu um aumento exponencial do conhecimento em muitas áreas da ciência, principalmente a partir do Iluminismo, e da tecnologia, a partir da Revolução Industrial (que surge décadas depois do Iluminismo) nestas sociedades.

A Revolução Francesa, que marcou permanentemente a concepção ocidental de Estado e de direitos civis, tinha como lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” e continuam a ser estes os ideais subjacentes às mudanças culturais que se verificam no ocidente nos últimos séculos.

Já no século XX, esta defesa dos direitos do indivíduo continua a ser feita e é paradigmaticamente exemplificada pelos “*civil rights movements*” que ocorrem primeiramente na África do Sul e na Índia, de acordo com a visão de Mahatma Gandhi, mas que depois se alastram a outras ex-colónias europeias, como a luta pela igualdade racial nos Estados-Unidos, com Martin Luther King, e novamente na África do Sul, com Nelson Mandela.

Note-se que estes movimentos pacíficos pela liberdade individual dão-se com mais intensidade nos países da esfera de influência ocidental, e mesmo o seu fundador, Gandhi, nascido na Índia, foi receber a sua formação intelectual em Londres, onde estudou direito num país com forte tradição de defesa da autodeterminação.

Nas últimas décadas, a defesa da igualdade passou pela afirmação dos direitos da mulher, com o feminismo, e da comunidade *LGBT* um pouco por todo o mundo. Os ideais do Iluminismo e da Revolução Francesa estão ainda hoje em dia a moldar as sociedades em que vivemos.

Este raciocínio pretende demonstrar que Portugal, inserido no contexto dito “ocidental”, vem paulatinamente acumular sucessivas mudanças a nível de ideais e de direitos, mas principalmente a nível do dia a dia e da experiência de vida hodierna, movida pelo enorme avanço médico e tecnológico. Se a nossa forma de ver o mundo se alterou significativamente em dois séculos, a alteração da vida a nível material foi marcadamente maior, existindo, por ventura, um desfasamento legislativo e cultural no acompanhamento destas mudanças.

A pertinência do problema da morte a pedido, surge precisamente pela inadequação das leis e dos recursos em relação às necessidades dos doentes em fim de vida. Esta incapacidade

da legislação atual de lidar com a realidade que se vive nos dias de hoje nos hospitais e estabelecimentos de saúde é inegável e consensual entre ambos os lados do debate sobre a morte a pedido.

Existem duas soluções previsíveis para resolver esta questão da perda de qualidade no fim de vida: a legalização da morte a pedido ou o investimento em cuidados continuados e paliativos.

Num esforço de abstração, vemos que estas soluções representam valorações ideológicas distintas dos valores *vida e liberdade*. A morte a pedido valoriza a liberdade e a autodeterminação do indivíduo em detrimento da valorização do bem vida. Esta valorização da liberdade é, como vimos na introdução, uma tendência histórica crescente que acompanha as nossas sociedades desde, pelo menos, do Iluminismo.

O investimento nos cuidados paliativos ou continuados representa, por tanto, a defesa da vida sobre a liberdade do indivíduo. A defesa da vida humana é também, sem dúvida, uma tendência histórica e de cariz mais universal do que a promoção da autodeterminação nas sociedades ocidentais. A defesa da vida humana pode ser exemplificada pela abolição da pena de morte, retirando ao Estado, que era o único possível candidato, a capacidade de manipular ou destruir. A dezembro de 2015, a pena de morte estava abolida, na lei ou na prática, em dois terços dos países do mundo, de acordo com um relatório da *Amnistia Internacional*.⁽¹⁸⁾

Saindo do plano do abstrato e encarando as soluções na prática, encontramos rapidamente vantagens e desvantagens para ambas as soluções.

A morte a pedido tem a vantagem de, aparentemente, reforçar a liberdade do indivíduo e também de permitir uma morte mais confortável e expectável. Aycke Smook, médico holandês favorável à prática de eutanásia como ocorre no seu país, ao relatar a sua experiência, refere que a eutanásia permite planear o momento da despedida, e o doente morrer

acompanhado de amigos e familiares. Além disso, permite que o processo de luto se inicie mais cedo, chegando a ser, em alguns casos, o próprio doente a consolar os seus familiares.(1)

As desvantagens da legalização da morte a pedido prendem-se, como facilmente se percebe, com a legalização do que é, em última análise, um tipo de homicídio.

Os cuidados continuados, que verdadeiramente só têm como desvantagem o seu custo financeiro, protegem a vida e a dignidade do doente e permitem, na melhor das hipóteses, a manutenção da qualidade de vida do doente até à sua morte.

Além disso, são, aparentemente, mais consensuais. O projeto de lei apresentado pelo partido *PAN* e que visa regular “*o acesso à morte assistida*”, refere a propósito dos cuidados paliativos: “*No entanto, o PAN entende que a despenalização da morte medicamente assistida não exclui nem conflitua com os cuidados paliativos. Estes são de enorme importância, devendo por isso ser valorizados e continuamente reforçados*”. (19)

Uma coisa é certa, independentemente da solução que se escolha, é essencial reunir um consenso antes de agir. Walter Osswald, na sua obra “*Da Vida à Morte*”, explica a importância do consenso na matéria da morte a pedido. Para o fazer, contrasta esta decisão com a escolha democrática de um presidente: “*(...) O presidente é eleito por uma maioria, mesmo que tangencial, ao(s) seu(s) opositor(s) e seus apoiantes não resta senão aceitar o veredito (...)*”. “*Mas uma eleição, por mais importante que seja, é por sua natureza de alcance limitado, efêmera e revogável, enquanto que uma resolução que diga respeito à dignidade, integridade ou até vida de seres humanos tem consequências irreversíveis (os condenados à pena capital (...) não voltarão à vida, se um dia (...) for suprimida a disposição legal)*.”(20)

Este fato é evidente e reforça a importância da solução que adotarmos. O estabelecimento de um consenso que seja o mais amplo possível é crucial nesta decisão.

Se voltarmos temporariamente ao plano do abstrato, à luta dicotómica entre *vida* e *liberdade*, concluímos que uma solução socialmente consensual será, idealmente, uma solução que privilegie tanto a vida como a liberdade do indivíduo.

Exemplo disso foi o projeto de lei aprovado em julho deste ano, que reforça os direitos dos doentes em final de vida, estabelecendo o direito a sedação paliativa em “*peçoas com prognóstico vital estimado de semanas ou de dias e que apresentem sintomas de sofrimento não controlado pelas medidas de primeira linha*”.(21)

Medidas como esta, que estabelecem direitos, reforçando a autodeterminação, sem, contudo, ameaçar o bem *vida* têm maior probabilidade de serem consensuais entre todos.

Se, por outro lado, na busca da solução, ofendermos algum destes valores, podemos esperar descontentamento de um dos lados da contenda, tornando-se provavelmente difícil reunir um consenso significativo.

Em última análise, o consenso particular que se vier a estabelecer em Portugal sobre esta temática, será revelador da nossa postura e carácter enquanto sociedade, e permitirá perceber importância relativa que atribuímos aos valores *vida* e *liberdade* enquanto país.

Uma forma de caminharmos em direção a este consenso, passa por nos questionarmos, compreendermos os nossos valores e encontrar respostas transversais a toda a sociedade. Assim, no final do capítulo estão algumas questões para auxiliar esta reflexão.

Antes, iremos apenas apresentar, resumidamente, alguns argumentos a favor e contra a prática de homicídio a pedido.

Argumentos a favor da despenalização da morte a pedido:

Morte a pedido como solução para sofrimento

Um dos possíveis argumentos a favor da legalização da morte a pedido defende que, em certos casos terminais, a eutanásia ou o suicídio assistido constituem a única solução para aliviar o sofrimento do doente.

São exemplos casos de doentes que apresentam sintomas intratáveis como disfagia dispneia que não resolve e que dificilmente é aliviada, incontinência urinária/ fecal, patologias que retirem liberdade de movimentação ao doente na sequência de trauma (casos de tetraplegia) ou casos nos quais a qualidade de vida está permanentemente comprometida e em que os cuidados de saúde constantes são indispensáveis (diálise ad infinitum em situação de insuficiência renal crónica).

Segundo um relatório do *Instituto Europeu de Bioética* sobre a prática de eutanásia nos Países Baixos em 2016, 68% das eutanásias praticadas ocorreram em doentes oncológicos, 7% em doentes com sintomatologia neurológica, 5% em doentes com patologia cardiovascular, 4% em doentes com sintomas associados à velhice e 3,5% em doentes com sintomas respiratórios (não neoplásicos).(22)

Nestes casos, a medicina convencional pouco pode fazer para melhorar a expectativa de qualidade de vida do doente, sendo que resta apenas a possibilidade de este ser integrado em redes de cuidados paliativos ou continuados, onde os seus sintomas podem ser aliviados, mas sem, contudo, desaparecerem completamente.

Contra esta argumentação é possível afirmar que os cuidados continuados são, na verdade a melhor solução, minimizando o sofrimento do doente e aliviando também os seus familiares no final de vida. (23) Além disso, em certas situações, como num paciente tetraplégico que pouca ou nenhuma liberdade tem nos termos convencionais ou um paciente com insuficiência renal crónica que tem de fazer múltiplas visitas semanais a um centro de diálise para assegurar a sua sobrevivência, os sacrifícios que tem de ser feitos para manter a

vida podem parecer, para um observador externo, excessivos. Ainda assim, cabe apenas ao indivíduo decidir sobre a sua vida, nunca a terceiros.

Morte a pedido possibilita uma morte confortável

Outra possível argumentação a favor da eutanásia prende-se com o possível conforto no momento da morte que a morte a pedido possibilita. Num relatório de 2016 da *British Medical Association*, um inquérito feito junto da população revelou quais são as suas maiores preocupações associadas ao momento de morte.(24) Nos desejos mais comuns encontramos: morte rápida, indolor, com acompanhamento de familiares, num local segundo a preferência do doente e já com as questões patrimoniais e de herança resolvidas.

Outro estudo, de 2010, investigou qual o local de morte preferido pelos portugueses. Cerca de 51% afirma que gostava de morrer em casa (própria ou de um familiar ou amigo), sendo que nos inquiridos com mais de 75 anos a proporção sobe para 66%. Apenas 8% afirmou que gostaria de morrer no hospital. (25)

Contudo, hoje em dia, a morte no hospital/ clínica representa cerca de 62% das mortes em Portugal.(25) Além disso, raramente encontramos uma morte com as características enunciadas pela *British Medical Association*: a morte é frequentemente lenta, dolorosa (ou pelo menos incómoda) e é vivida mais frequentemente em solidão, condicionada pelas possibilidades do estabelecimento de saúde. O moribundo, que outrora ocupava um lugar de destaque na sua própria morte, hoje é encarado como um objeto clínico, a sua palavra já não tem autoridade sobre quem o rodeia ou dele cuida. (3) Além disso, a verdade sobre o seu verdadeiro estado de saúde e prognóstico é frequentemente ocultada pelo médico (20) ou pela própria família (3), apesar das prováveis boas intenções de ambos nesta prática (poupar eventual sofrimento ao doente).

Se não existe consenso sobre a legalização de formas de morte a pedido, talvez seja mais fácil reunir um consenso sobre a falta de qualidade no fim de vida para a generalidade da população. A morte a pedido poderá, eventualmente, dar resposta a alguns dos problemas enunciados neste ponto, mas certamente não a todos. Fornecer uma morte rápida e indolor e facilitar o eventual acompanhamento dos familiares no derradeiro momento pode, certamente, proporcionar uma melhoria de qualidade para quem morre. Contudo, a legalização da morte por pedido não irá certamente resolver todos os problemas relacionados com o fim de vida. Para isso, é necessária uma mudança mais ampla dos cuidados disponibilizados a quem está no final da sua vida.

Como último ponto resta afirmar que proporcionar uma morte confortável ao doente não implica diretamente legalizar a prática de eutanásia, esta apresenta-se apenas como um dos possíveis meios para garantir uma melhor qualidade de final de vida e para proporcionar uma melhor experiência para todos os envolvidos, poupando sofrimento ao doente, à família e aos cuidadores.

Argumentos contra a despenalização da morte a pedido:

Falibilidade da Medicina

Um argumento contra a legalização da eutanásia prende-se com a imperfeição dos nossos meios de diagnóstico e logo correta avaliação do prognóstico.

Um estudo sobre erro e iatrogenia médica nos Estados Unidos concluiu que, em 2013, ocorreram aproximadamente duzentas e cinquenta mil mortes devido a erro médico, constituindo a terceira causa de morte neste país (após morte de causa cardíaca e pela morte

associada a doença oncológica). O erro e a iatrogenia médica foram assim responsáveis por quase 10% das mortes ocorridas neste ano. (26)

Este fato serve assim de prova ao facto de a medicina moderna ainda não ter total precisão diagnóstica e estar sujeita ao erro, apesar dos enormes avanços que se verificam na área no último século.

Caso a eutanásia ou o suicídio assistido fossem legalizados neste momento, ocorreriam, com certeza, falhas de diagnóstico, tratamento ou prognóstico que poderiam irreversivelmente abreviar uma vida. A eutanásia serviria assim para catalisar o erro médico, tornando irreversível qualquer erro diagnóstico ou prognóstico, abreviando a vida de uma porção de doentes sem fundamento.

Além disso, o próprio avanço tecnológico constante nos campos da medicina e farmacologia significa que outra porção das vidas abreviadas seriam privadas de novos tratamentos eficazes que poderiam ter melhorado a qualidade de vida significativamente antes da morte do doente. Em casos mais extremos, a certeza da morte próxima poderia ter sido revertida por um tratamento eficaz.

Assim, a legalização da eutanásia traria um abreviamento desnecessário e pernicioso de múltiplas vidas, impedindo inúmeras pessoas de viver a sua vida na totalidade. Esta perspectiva deve nos colocar em sobreaviso para os excessos que poderiam ser cometidos com a prática disseminada de uma ou mais formas de morte a pedido.

Deterioração do papel do médico

Outro possível argumento contra esta prática prende-se com a alteração do papel e da imagem do médico aos olhos do doente.

Apesar de todos os problemas hodiernos da medicina, como os incómodos associados aos cuidados de saúde (tempos de espera para consulta, dor associada a manobras diagnósticas, solidão e desconforto sentidos no internamento), hoje podemos afirmar que a generalidade da população portuguesa considera a generalidade (senão todos) os médicos como, no mínimo, bem-intencionados, independentemente de outras qualidades como simpatia ou competência. O doente confia que o médico tem os seus melhores interesses e, acima de tudo, a sua vida como prioridade.

Esta relação de confiança entre doente e médico é a base fundamental da prática médica. Sem confiança não existe comunicação sincera ou cooperação. Se não existe confiança no médico como poderá existir a necessária adesão à terapêutica por este sugerida? Se os doentes não confiam nos médicos, pelo menos confiança na sua pureza de intenções, como pode alguma vez existir a medicina no sentido que hoje em dia a concebemos?

Assim, dificilmente é possível praticar medicina sem confiança, sem uma boa relação com o doente, alvo e beneficiário dos nossos cuidados.

A legalização da eutanásia implantaria a dúvida sobre as intenções do médico numa porção inquantificável de doentes já de si fragilizados e inseguros pela doença de que são vítimas. A prática de eutanásia pode, assim, levar a uma deterioração acentuada na confiança da população em geral na classe médica, acarretando prejuízos para todos os envolvidos e, sem dúvida, para a sociedade como um todo.

Será que vale a pena arriscar a confiança em nós depositada, essencial para o nosso trabalho, para quiçá diminuir o sofrimento de uma minoria da população?

Contra este raciocínio é possível afirmar que na verdade aconteceria o oposto, a relação médico-doente sairia reforçada pois o doente sabe que, se assim desejar, caso o sofrimento se torne intolerável, pode contar com o seu médico para terminar a sua vida. Deste modo, é possível que outra porção dos doentes veja tal fato como um novo alicerce da confiança e

fiabilidade que pode depositar na medicina. O doente sabe que se a vida se tornar insuportável, o seu médico poderá terminá-la, sempre segundo a vontade do doente.

Morte a pedido com fim político

Outro argumento contra a prática da eutanásia prende-se com a possibilidade de, eventualmente, um governo ou instituição mal-intencionados promoverem a eutanásia para atingir um qualquer fim que não seja o respeito pela dignidade e direito à autodeterminação do doente.

Como exemplo claro e acutilante disto temos a prática de eutanásia pelo governo nazi na Alemanha em meados do século XX. Neste exemplo, a eutanásia facilitou o avanço dos ideais e interesses políticos do partido governante, contribuindo para o genocídio de milhares de pessoas, frequentemente minorias étnicas ou de pessoas com doenças hereditárias ou malformações congénitas, sob pretextos eugénicos, como o de melhorar a saúde e produtividade geral da população, eliminando “vidas indignas de serem vividas” (expressão comumente utilizada pelo partido nazi para designar a prática de eutanásia).

É impossível impedir que, após a legalização da eutanásia, surja um governo que a utilize para fins maleficientes e sob uma multitude de possíveis pretextos. Podemos facilmente imaginar um exemplo como a eliminação de idosos para um suposto alívio financeiro do *Sistema Nacional de Saúde*, equilibrando as contas da instituição. O mesmo poderá ser feito contra oponentes políticos de um governo em funções. Outro cenário é ser a própria família, ou alguns dos seus elementos, a sugerirem a dado doente que ele devia pedir a morte para, desta forma, se apropriarem dos seus bens. Como último de muitos cenários que poderíamos traçar, surge o cenário de dado doente depressivo, inseguro, que se vê como um fardo e estorvo para a sua família, pensando que, se optasse pela morte, os aliviaria de esforços e incómodos.

Este argumento é difícil de refutar pois na prática, é impossível impor medidas que vinculem todos os governos futuros a um dado comportamento. É impossível refutar que, eventualmente, pode surgir um governo mal-intencionado que faça uso da legislação já existente para atingir um qualquer fim nefasto para a sociedade.

Importa salientar, contudo, que neste caso a prática em causa não constituiria eutanásia nem morte a pedido, segundo o âmbito que definimos neste trabalho. Dado que a morte ocorreria contra a vontade da pessoa, trata-se na verdade de um caso de homicídio e não de morte a pedido.

Slippery slope

Por último, queremos fazer referência a um argumento clássico contra a eutanásia que é o argumento do “slippery slope” ou “rebetamento do dique”. Segundo este argumento, que se associa ligeiramente ao argumento anterior, a legalização da morte a pedido levará a “brechas” legais na proteção incondicional da vida, que podem levar mais tarde à flexibilização desta proteção. Assim, poderia dar-se o caso de se permitirem, com o tempo, outras formas de atentados contra a vida como a chamada “eutanásia não voluntária”, tipo ainda mais controverso de eutanásia no qual a vontade do doente, por não poder ser apurada (no caso de um recém-nascido ou de um doente em estado vegetativo persistente), assume-se que seria favorável à prática de eutanásia.(12)

Assim, termino este capítulo com duas questões para reflexão que vejo como muito pertinentes para a discussão em torno da morte a pedido. Questões que urge resolver e cuja solução pode abrir caminhos consensuais sobre como lidar com pacientes em fim de vida. São questões que nos podem ajudar a esclarecer o contexto do problema da falta de qualidade no fim de vida, permitindo construir a base de possíveis soluções futuras.

- Onde está a linha de marcação entre cuidados médicos essenciais e obstinação terapêutica? Qual é o(s) critério(s) que podemos estabelecer para nos ajudar a distingui-los consensualmente enquanto sociedade/ profissionais?
- Qual é/ qual deve ser o papel do médico para com a sociedade? A prioridade do médico é salvaguarda da vida do doente ou salvaguarda daquilo que o doente tem como seus interesses? E qual deve ser o papel do médico numa situação em que os interesses do doente vão contra os interesses da sua família?

Conclusão

A morte a pedido, corporizada sob a forma de eutanásia ou de suicídio assistido, sempre foi um tópico controverso ao longo da história das sociedades ocidentais. A morte, de carácter absoluto, irreversível e inevitável, gera uma forte impressão na nossa consciência. A vida, como a morte, surge frequentemente sem ser esperada. O Homem, intuitivamente, luta para perpetuar a vida e adiar a morte. Nos últimos dois séculos em particular foram feitos grandes avanços na medicina e na tecnologia que permitiram aumentos muito substanciais no número de anos de vida que cada um de nós pode aspirar viver.(2)

Contudo, nem todos estes anos que viveremos adicionalmente serão vividos com plena qualidade. Os últimos anos de vida, senão as últimas décadas, são assolados por doenças crónicas, acompanhadas das respetivas agudizações, predispondo a internamentos, exames e terapêuticas que, ainda que benéficos, trazem um custo direto para o doente. A fatura corporiza-se pelo sofrimento que acarretam algumas manobras médicas, pelo tempo gasto em deslocações para serviços de saúde e em internamentos, pelo custo financeiro e pelo isolamento e solidão a que estão por vezes sujeitos os doentes em internamento.

Se nos tornamos peritos na vida, talvez tenhamos esquecido a morte. Esta agora menos frequente, por razão de melhores cuidados de saúde (particularmente no que toca ao rastreio precoce de doenças, ao tratamento de doenças infecciosas e eventos traumáticos e a uma melhoria substancial nos cuidados obstétricos e peri-natais) e respectivo aumento da esperança média de vida, de famílias menos numerosas, de ambientes de trabalho mais seguros e a ausência de guerras ou epidemias de larga escala no mundo ocidental, escapa ao mundo quotidiano na intensidade que teve outrora. A morte tornou-se um evento menos frequente e que, por isso, surge-nos mais estranho, invasivo e perturbador.

Além disso, o desenvolvimento de sociedades de carácter consumista-capitalista trouxe o advento da publicidade como meio de difusão de cultura, geralmente apelando a instintos hedonistas, promovendo a juventude e a beleza. A morte, pelo contrário, surge como garantia que a vida e a juventude não são eternas, por muito que tentemos acreditar que assim é. A morte simboliza, assim, o decaimento inevitável a que (quase) todos gostaríamos de escapar.

Medicamente, a morte surge como evidência de falência terapêutica em revitalizar e curar, pelo menos recuperar, o doente. Ela é evitada em muitos casos, a muito custo, gerando desconforto e sofrimento no doente, nos seus familiares e também nos profissionais de saúde.

Os doentes, que pelo seu contexto precisam de acompanhamento médico mais próximo, são por vezes forçados a internamentos repetidos em virtude da degradação do seu estado de consciência. No internamento recebem os cuidados que necessitam mas ficam sujeitos a outros tipos de sofrimento como o isolamento dos seus entes queridos.

Nos hospitais, que não foram estruturados para fornecer este tipo de cuidados e acompanhamento, funcionam a capacidade máxima. Acresce ainda o custo de oportunidade de fornecer os serviços especializados que os hospitais permitem e a doentes com maior expectativa de vida, que não podem ser fornecidos por falta de camas ou recursos, empregues em parte em doentes com menor expectativa de vida mas que não têm um outro local que melhor se ajuste às suas necessidades.

O que podemos em teoria apontar como a inadequação da nossa sociedade, a nível cultural, legal, institucional e mesmo médico de lidar com a morte, torna-se real quando encaramos todos estes custos a que todos, em maior ou menor grau, ficamos obrigados. Estes custos terão tendência, com o envelhecimento populacional que se regista nas sociedades ocidentais, a agravarem-se em todas as suas vertentes.

Assim, urge encontrar uma solução para o este problema da falta de qualidade do fim de vida.

Inquéritos que permitam concluir quais as principais preocupações da população em relação ao final de vida e à morte, à semelhança do que foi elaborado pela *British Medical Association* e que citamos, podem constituir uma boa base para começar a construir uma possível solução. (24)

Como vimos na seção ética, os cuidados continuados/ paliativos constituem a alternativa mais consensual mas implicam um investimento significativo para que possam responder às necessidades atuais e futuras.

A morte a pedido, praticamente sem custo financeiro, acarreta antes um custo moral e ético que corre o risco de ser excessivo.

O progresso explosivo da medicina e da tecnologia, que nos permitiu viver décadas mais, afinal vinha com uma fatura, a banalização das doenças crónicas em fim de vida, o envelhecimento populacional e a degradação da qualidade em fim de vida, que, a menor ou maior custo, terá de ser paga no futuro próximo. O meio de pagamento será uma mudança social, cultural, legal e deontológica que, sem dúvida, provocará desconforto e descontentamento qualquer que seja a solução adotada.

Termino com as palavras de Steve Jobs, diagnosticado com uma forma incomum de cancro pancreático, a que veio sobreviver durante alguns anos graças a um transplante. Já depois desta cirurgia, e no que viriam a ser os últimos anos da sua vida, fez uma palestra onde deu a sua perspetiva sobre a morte:

“When I was 17, I read a quote that went something like: “If you live each day as if it was your last, someday you’ll most certainly be right.” It made an impression on me, and since then, for the past 33 years, I have looked in the mirror every morning and asked myself: “If today were the last day of my life, would I want to do what I am about to do today?” And whenever the answer has been “No” for too many days in a row, I know I need to change something.

“Remembering that I’ll be dead soon is the most important tool I’ve ever encountered to help me make the big choices in life. Because almost everything — all external expectations, all pride, all fear of embarrassment or failure — these things just fall away in the face of death, leaving only what is truly important. Remembering that you are going to die is the best way I know to avoid the trap of thinking you have something to lose. You are already naked. There is no reason not to follow your heart.

“No one wants to die. Even people who want to go to heaven don’t want to die to get there. And yet death is the destination we all share. No one has ever escaped it. And that is as it should be, because Death is very likely the single best invention of Life. It is Life’s change agent. It clears out the old to make way for the new.”(27)

Referências Bibliográficas

1. Melguizo Jiménez M, Simón Lorda P, Arriba Marcos B. Eutanasia y suicidio asistido. AMF Actual en Med Fam. 2015;p384-391.
2. Antunes JL. O eco silencioso: ensaios. Gradiva Publicações; 2008.
3. Ariès P. Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média. 4ª edição. Teorema; 1975.
4. Serrão D, Archer L, Biscaia J, Osswald W. Novos desafios à bioética. 1ª edição. Porto Editora; 2001.
5. Minois G. História do Suicídio. 4825th ed. Círculo de Leitores; 1999.
6. Hottois G, Parizeau M-H. Dicionário da Bioética. 1ª edição. Instituto Piaget; 1993.
7. Leone S, Privitera S, Cunha JT da. Dicionário de Bioética. 1ª edição. Coimbra Editora; 2011.
8. Gillon R. Suicídio e Eutanásia Voluntária: Perspectiva Histórica. In: A Eutanásia (Estudos). 124th ed. Delfos; 1972.
9. Moore T. A utopia. 16ª edição. Guimarães Editores;
10. Burckhardt J. O Renascimento Italiano. Editorial. 1860. 107 p.
11. Milani C. Diderot: o espírito do Iluminismo francês. 1ª edição. Atlântico Press; 2015.
12. Godinho IF. Eutanásia, Homicídio a Pedido da Vítima e os Problemas de Participação em Direito Penal. 1ª edição. 2015.
13. Constituição da República Portuguesa. Lisboa: Assembleia da República; 2005.
14. Serrão D, Cardoso AL. Estudos de Direito da Bioética. 1ª edição. Almedina; 2005.

15. Figueiredo Dias J, de Carvalho AAT. Comentário conimbricense do Código penal: Parte especial. 2ª edição. Coimbra Editora; 2012. (Comentário conimbricense do Código penal: parte especial).
16. Código Penal Português. Assembleia da República; 2007 p. 1–85.
17. Médicos O dos. Código Deontológico da Ordem dos Médicos. 2016.
18. Coope CM. Death Sentences. *Amnestia Int* [Internet]. 2006;81(1):5. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0031819106000027
19. PAN. Projecto de Lei n.º 418/XIII/2ª [Internet]. 2017 p. 1–31. Available from: <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=61485230634446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c336470626d6c7561574e7059585270646d467a4c31684a53556b76644756346447397a4c334271624451784f43315953556c4a4c6d527659773d3d&fich=pjl418-XIII.doc&Inline=true>
20. Osswald W. *Da Vida à Morte*. 2014.
21. Lusa A. Parlamento aprova projeto de lei do CDS “anti-eutanásia.” *Observador* [Internet]. 2017; Available from: <http://observador.pt/2017/07/06/parlamento-aprova-projeto-de-lei-do-cds-anti-eutanasia/>
22. Institut Européen de Bioéthique. Bruxelles Pays-Bas : accroissement de 10 % des cas d ’ euthanasie en 2016 [Internet]. 2017. Available from: <https://www.ieb-eib.org/fr/document/synthese-du-rapport-euthanasie-pays-bas-487.html%0D>
23. Wright A, Keating N. Family perspectives on aggressive cancer care near the end of life. *JAMA*. 2016 Jan 19;315(3):284–92.
24. British Medical Association, End-of-Life Care and Physician-Assisted Dying Steering Group. *End-of-life care and physician-assisted dying. 3 Reflections and recommendations*. 2016.

25. Gomes B, Sarmiento VP, Ferreira PL, Higginson IJ. Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa. *Rev Científica da Ordem dos Médicos*. 2013;4(4):327–34.
26. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *Bmj*. 2016;2139(May):i2139.
27. Jobs S. Stanford Commencement adress [Internet]. 2005. Available from: <https://news.stanford.edu/2005/06/14/jobs-061505/>