



FACULDADE DE DIREITO
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA



Carla Patrícia Dias Ferreira

**FIM DE VIDA:
PROBLEMAS JURÍDICOS E BIOÉTICOS**

**THE END OF LIFE:
JURIDIC AND BIOETHICS PROBLEMS**

Dissertação no âmbito do 2º Ciclo de Estudos em Direito, na área de especialização em Ciências-Jurídico Forenses, orientada pelo Professor Doutor André Gonçalo Dias Pereira e apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

Coimbra, 2019

“Perene flui a interminável hora

Que nos confessa nulos. No mesmo hausto

Em que vivemos, morreremos. Colhe

O dia, porque és ele.”

Ricardo Reis, in " Odes"

AGRADECIMENTOS

Perante mais uma etapa concluída que culmina num alcançar de um sonho, é com grande alegria que partilho esta realização com todos aqueles que sempre me presentearam com o seu amparo e que, de algum modo, contribuíram para a concretização deste trabalho.

Dirijo desde já, um obrigada ao meu orientador, o Doutor André Dias Pereira, pela imediata disponibilidade em acolher este projeto, por partilhar todos os seus conhecimentos de uma forma acessível e por toda a sabedoria preciosa que sempre me proporcionou em momentos de hesitação.

Com todo o amor do mundo, o meu mais sincero obrigado aos meus pais. Reconheço todos os vossos sacrifícios e a vossa capacidade incondicional de apoio ao longo de todo o meu percurso académico. Nunca me deixaram desistir dos meus sonhos e sempre me fizeram acreditar que tudo é possível.

À luz da minha vida e há sempre presente avó Orquídea a quem dedico a realização desta aspiração. Por todos os ensinamentos e por perpetuamente me guiar na direção certa.

À minha irmã por entender o quão importante para mim foi este ciclo e ao resto da minha querida família por estar sempre presente.

Ao meu namorado Bruno que sempre esteve do meu lado, que suportou as minhas inseguranças, que me encorajou e incentivou de uma forma infundável e me fez acreditar que todo o esforço é recompensado.

A todos os amigos que Coimbra me trouxe e a todos aqueles que desde sempre me acompanharam, imensamente grata pela paciência para me ouvir, aconselhar e por todos os bons momentos a que me brindaram e que se refletiram em todo o meu percurso académico.

À minha querida Professora Rosário por me ter auxiliado quando mais necessitei.

À Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, prestigiosa instituição que tão bem me acolheu.

A todos, a minha sincera gratidão! Obrigada por me enaltecerem e experienciarem as minhas conquistas como se fossem vossas.

RESUMO

Este trabalho versa sobre a problemática do fim de vida e pretende analisar a extrema importância que a morte tem a nível jurídico, médico e da bioética. Nele, será dada especial ênfase à temática da eutanásia, porque esta encontra-se em constante debate e há uma diversidade de respostas que cada país lhe dá, incluindo Portugal. Tem-se, assim, uma clara multiplicidade de opiniões pelo que se torna relevante avaliar todos os pontos de vista e deduzir destes a pertinência deste assunto para a sociedade atual.

PALAVRAS-CHAVE:

Fim de vida. Bioética. Doente Terminal. Eutanásia.

ABSTRACT

This dissertation deals with the end-of-life problem and intends to analyse the extreme importance that death has on the legal, medical and bioethical level. Special emphasis will be placed on the theme of euthanasia, due to its constant debate and diversity of responses that each country gives to it, including Portugal. Thus, there is a clear multiplicity of opinions, so that is relevant to evaluate all points of view and deduce from them the pertinence of this subject for the present society.

KEYWORDS:

End of life. Bioethics. Terminal Patient. Euthanasia.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Ac. – Acórdão

AHA – Alimentação e Hidratação Artificial

AMA – American Medical Association

Art. (s) – Artigo (s)

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

Cf. – Confer

CRP – Constituição da República Portuguesa

CP – Código Penal

EAPC – European Association for Palliative Care

Ed. – Edição

FMUC - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Ibid. – Ibidem

Id. – Idem

Loc.cit. – Loco citato

OMS – Organização Mundial de Saúde

Op.cit – Opere citat

P./pp. – Página (s)

Pref. – Prefácio

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

UBI – Universidade da Beira Interior

V. – Vide

VERF – Voluntary Euthanasia Research Foundation

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

ÍNDICE

Introdução	7
1. A morte e o seu contexto social.....	9
1.1 Conceito e os critérios da morte.....	11
2. Origem histórica do vocábulo eutanásia e a sua interpretação ao longo do tempo.....	13
2.1 Delimitação de conceitos	15
2.2 Diferenciação entre suspensão, abstenção e omissão de tratamentos em doentes terminais.....	19
2.2.1 A controvérsia em torno da alimentação e hidratação artificial	24
2.3 Eutanásia passiva e ativa: uma distinção (ir)relevante?	26
3. Legalização da eutanásia: reflexão crítica.....	31
3.1 Argumentação desfavorável à aceitação da eutanásia	31
3.2 Resposta positiva à legalização da eutanásia	35
4. Estatuto jurídico da eutanásia em Portugal	39
4.1 Direito Comparado: os casos de legalização.....	43
5. Cuidados Paliativos: uma alternativa viável?.....	48
5.1 Breve referência à sedação paliativa	51
5.2 O núcleo familiar – direitos e deveres.....	52
6. Eutanásia Pediátrica: uma visão sumária	54
Conclusão.....	59

INTRODUÇÃO

O ciclo da vida concretiza-se no nascimento, crescimento e na sua etapa final, a morte. De todos os seres existentes à face da Terra, o Homem é o único que tem consciência da sua própria finitude e das repercussões que esta provoca em todos aqueles que o rodeiam. Citando Edgar Morin: “A consciência da morte não é algo inato, e sim produto de uma consciência que capta o real. É só “por experiência”, como diz Voltaire, que o homem sabe que há de morrer. A morte humana é um conhecimento do indivíduo”.¹

Falar de fim vida torna-se assim um tema sensível, uma vez que envolve uma obscuridade e incompreensão que lhe é inerente. Sabemos que esta, um dia, irá sobrechegar, só que a incerteza de quando e das circunstâncias em que ocorrerá, amedronta-nos de forma irracional, principalmente pela sua inevitabilidade e dubiedade.

Pronunciarmo-nos sobre as implicações que acarreta a fase final da vida de qualquer ser humano é, primeiramente, discutir e compreender as aceções e contextos da mesma ao longo do tempo. De forma sucinta, podemos dizer que as evoluções tecnológicas e o constante progresso da ciência e da medicina fizeram com que houvesse um aumento da esperança de vida da população. As novas descobertas levaram os médicos a alcançar formas de prolongar a vida dos seus pacientes artificialmente e para além do expectável. Estas descobertas aliadas ao facto de se tratar de um assunto sensível e polémico na sociedade, fazem com que as decisões médicas diariamente tomadas em relação à etapa final da vida de alguém sejam extremamente difíceis e controversas.

Indubitavelmente, os médicos têm como objetivo curar e cuidar dos seus pacientes e, quando por vezes, a cura não é alcançável, não se conformam fazendo tudo para conseguir prolongar-lhes o tempo de vida; por isso, é-lhes difícil resignarem-se com algumas possibilidades: o doente recusar um qualquer tratamento, pedir ao médico que o ajude a finalizar o seu sofrimento, pondo-lhe termo à vida ou que o auxilie a fazê-lo. É neste sentido que surge a temática da eutanásia: um doente em fim de vida está num sofrimento tão agonizante que pede ao médico que termine com a sua existência. É nestas situações em particular que surge a controvérsia entre o que é lícito ou ilícito, ético ou não ético. É também nestes casos que assumem particular relevância áreas completamente opostas, mas que se interligam entre si, como é o caso do Direito, da Medicina e da Bioética.

¹Voltaire *apud* MORIN, Edgar, *O Homem e a Morte*, Imago, 1997, p.61

Neste estudo, dar-se-á realce à eutanásia, porque é uma matéria estudada em várias vertentes como a académica, política, social e jurídica. Torna-se, portanto, relevante abordar as problemáticas desta numa perspetiva bioética. É de mencionar que se empregam princípios éticos na argumentação a favor e contra a eutanásia, integrando-a num contexto histórico, social e cultural atual. Entende-se que os avanços médicos devem ser investigados na ótica dos direitos fundamentais, em virtude de se conseguir uma harmonia entre a moral, a vida humana e os direitos do cidadão.

Acresce a questão de se saber em que medida pôr termo à vida de uma pessoa pode ser decidido por ela própria, salientando o facto de estar em condições terminais, num sofrimento agonizante. Portanto, é de investigar quais serão as consequências que esse seu ato poderá implicar a nível ético, das próprias ciências da vida e ainda da ótica da saúde, questionando-se a viabilidade desta opção.

A pertinência desta matéria relaciona-se com a circunstância de não haver uma unanimidade a seu respeito, existindo diferentes pontos de vista, justificados por vários argumentos pró e contra. O que se pretende é respeitar e entender a multiplicidade de raciocínios, apurando-se o valor teórico e prático que estes venham a ter na discussão do assunto em causa. É uma matéria polémica porque envolve a decisão de uma pessoa pôr termo à sua vida de uma forma legítima, mas violando um dos pilares dos direitos fundamentais, o seu direito à vida.

Desde logo, sobressaem questões como: de que maneira e em que condições psicológicas e físicas as pessoas podem tomar essa decisão e se o seu sofrimento e a circunstância de estarem em condições terminais de vida justificam essa alternativa.

A questão essencial da eutanásia prende-se com facto de se saber se a morte que dela resulta é para benefício do paciente. Ademais, teremos de mencionar se poderá ser aplicada a crianças ou mesmo a recém-nascidos, sendo que o consentimento que é, no essencial, o que legitima a eutanásia voluntária, nestes casos, não poderá ser dado de forma explícita.

Outra temática importante quando se aborda o fim de vida, é saber as opções que os cuidados paliativos trazem, se são realmente eficientes ao ponto de se tornarem uma possibilidade em vez do recurso à eutanásia. Aqui, o papel da família terá o maior relevo, sendo desde já necessário perceber-se que direitos e deveres tem estes familiares com entes queridos em fim de vida.

Atualmente, este é um assunto de grande valia sendo debatido em vários países, inclusive em Portugal. Na base da contenda, estão diversas razões desde sociais, demográficas, políticas e culturais, não havendo, portanto, uma opinião unânime quanto a este. Assim, com esta abordagem, procura-se dar sentido ao valor social que este tema emana, usando a investigação de um tema notável como este em benefício do desenvolvimento da própria sociedade.

1. A morte e o seu contexto social

A morte é comum a todas as espécies que habitam a Terra, não obstante, apenas os seres humanos são capazes de compreender o quão a sua vida é efémera. Sabemos que não há muito a fazer, ela é inevitável e sentimo-nos impotentes perante esta. A todo o ser humano é associado um sentido de sobrevivência e, como tal, negamos sempre a morte e tudo o que a ela diz respeito.²

A forma como se encara a morte foi evoluindo ao longo do tempo. Na antiguidade, morrer era visto com naturalidade, fazia parte do quotidiano das pessoas, pois elas sabiam que mais tarde ou mais cedo algum familiar ou elas próprias iam morrer. Era fácil compreender esta simplicidade com que se encarava a morte, porque, como a esperança de vida era muito baixa, não havia condições de higiene adequadas e a medicina era uma área muito deficitária em que sobressaia constantemente a sua ineficiência, a probabilidade de se morrer cedo acabava por se ir incutindo na comunidade pelos casos a que diariamente assistiam.³

Na Idade Média, as pessoas encaravam a morte como algo a ser entendido e preparado com antecedência, com uma certa solenidade. O que mais temiam era uma morte repentina.⁴ Durante muitos anos, ninguém falava publicamente sobre este assunto, era evitado, sendo apenas questionado pelas religiões. Philippe Ariés considerava que a experiência e vivência atual tornaram a morte um assunto considerado “tabu, um interdito”.⁵

² PEIXOTO, Alberto; Pref. José Martins Barra da Costa, *Da morte á Eutanásia. Representações Sociais*, Macaronésia, Ponta Delgada: Nova Gráfica, 2006

³ GONÇALVES, José Ferraz, *A Boa-Morte. Ética no fim da Vida*, Coisas de Ler Edições, Lisboa, 2009, p.20

⁴ *Id.*, p.21

⁵ ARIÉS, Philippe, *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*, Lisboa, 1988

Em meados do século XX, passamos a ter uma perspetiva completamente distinta, a morte ideal passa a ser aquela que é desprovida de qualquer sofrimento. As grandes inovações tecnológicas e científicas, as descobertas médicas, o aumento da esperança média de vida (que se ficou a dever às melhores condições em que a população passou a viver) levaram a este pensamento. Deixou-se de encarar a morte como algo natural, para se passar a recusar aceitá-la. Passa a ser vista como o fracasso, a impotência e a limitação da medicina.⁶

Assim, a morte vista como um acontecimento solene e público para a comunidade é um conceito que desaparece para ser substituído por uma morte solitária e intimista, morresse no “hospital, despido, entubado, ligado a uma ou várias máquinas que asseguram a manutenção das funções vitais”.⁷ Retirou-se todo o sentido aos rituais comunitários que existiam em redor da morte.⁸

Morrer passa a ser exteriorizado e entendido como um acontecimento decorrente de uma doença ou de um estado de velhice avançado. Transforma-se numa morte medicada e mais ou menos previsível, mas continua a ser vista com grande desconforto quer pela comunidade em geral quer pela classe médica.⁹ Admitir a morte de um paciente por causa de uma doença é, de certa forma admitir que a medicina falhou.

Em pleno século XXI com o aumento dos idosos em idade avançada e o crescimento de pessoas com doenças crónicas, encaminhamo-nos em direção a uma “humanização da morte”.¹⁰ Criou-se a especialidade médica dos cuidados paliativos, com o objetivo de amparar os doentes terminais nos seus últimos momentos, tentando minimizar-lhes a dor, o sofrimento, prepará-los e orientá-los bem como aos seus entes queridos para a aceitação da morte. Abriu-se a relação entre instituições hospitalares e famílias dos doentes, havendo atualmente uma maior convivência entre as instituições e a morte.¹¹

⁶ MOURA, Maria da Conceição Ferreira, *A Inevitabilidade da Morte e o Cuidar em Fim de Vida. Entre a Filosofia e a Bioética*, Coleção: Ler para Cuidar, Coisas de Ler Edições, Lisboa, 2011

⁷ MELO, Helena Pereira de, O Direito a Morrer com Dignidade, *Lex Medicinæ, Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Ano 3, nº6, julho, 2006, p.69

⁸ REAL, Miguel, *Manifesto em Defesa de uma Morte Livre. Pelo Direito a Terminar a Vida com Dignidade e Sem Sofrimento*, Edições Parsifal, Lisboa, 2015, pp.76-77

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *Id., ibid.*

Se, ao longo do século XX, a morte foi sempre um acontecimento comedido, atualmente deixou de o ser, passando a estar constantemente em debate quer no que toca aos cuidados paliativos quer no que toca à eutanásia.

Posto isto, “A interiorização da morte pode e deve ser factor de realização do ser humano; a humanização da morte humaniza a vida. Por isso, atender à morte é atender à vida; aprender a morrer e aprender a viver e é na dimensão ética da morte que a morte adquire também sentido na vida dos homens”.¹² Portanto, morrer faz parte do sentido da vida, é algo que lhe é inerente e como tal deve aceitar-se e viver-se esta como uma experiência única, pois só assim a morte será “vivida” com dignidade. Só quando percebemos a real dimensão da morte é que podemos morrer cientes e em harmonia de que esta é uma fase da vida como qualquer outra.

1.1 Conceito e os critérios da morte

Depois desta breve exposição conseguimos refletir sobre como a morte foi sendo perspectivada e como, na atualidade, de facto é entendida. No entanto, continuamos sem ter uma definição de morte em sentido literal. É desde já, um conceito que adquire várias aceções, mas à primeira vista poderá definir-se morte como o fim ou término de uma etapa.

A noção de morte não tem um significado unívoco, podemos defini-la num contexto religioso, num contexto filosófico ou moral. Ademais, é no contexto religioso que a morte desde sempre se notabilizou, a religião encara-a e manifesta-se sobre ela de forma clara. Desde a antiguidade até à atualidade, é encarada como uma “visão que destaca a importância da origem sagrada da espécie humana face aos restantes seres vivos”.¹³

Mas o que significa realmente o ato de morrer? De maneira descomplicada, morrer é o oposto de estar vivo ou de viver. Morremos quando entram em falência as nossas características biológicas, quando os nossos sinais vitais falham. Ou seja, a morte acontece quando biologicamente o aparelho cardiovascular ou o sistema nervoso cessam. E é aqui que se gera confusão, pois falamos de vários conceitos como “morte cerebral” e “morte cardiorrespiratória”, mas a verdade é que estes termos em nada nos dão um conceito definido

¹² NEVES, Maria Patrão, O Sentido da Morte na Vida dos Homens, *Cadernos de Bioética*, Coimbra, Centro de Estudos de Bioética, 12, outubro, 1996, p.7

¹³ REAL, Miguel, *op.cit.*, p.75

do que é a morte, apenas são critérios biológicos que possibilitam verificar a sua ocorrência.¹⁴

De acordo com os vários critérios existentes, Portugal adotou o critério da morte do tronco cerebral, “corresponde à cessação irreversível das funções do tronco cerebral”.¹⁵ Com o acolhimento deste critério pretendeu-se que os doentes que se encontrem numa situação irreversível e que não conseguem sobreviver de forma natural, apenas subsistindo através de meios artificiais como a ventilação, possam morrer tranquilamente aquando da decisão da sua família. Sendo os meios artificiais os únicos suportes que o mantêm vivo, a ideia crucial é que não se deixe a viver neste estado alguém indefinidamente. Apesar de haver uma grande indecisão nas normas a utilizar, o critério usado e aceite na generalidade dos países é o da morte do tronco cerebral.¹⁶

A morte é um acontecimento em que um ser humano deixa de coexistir na sociedade, deixa de ter as funções ativas biológicas, emocionais e psicológicas que fazem dele um ser vivo, passando a ser apenas um corpo, “estar morto é um estado que ocorre após a morte (...) a morte está entre o nascer e o estar morto; está no fim do morrer e no princípio de estar morto”.¹⁷ Diz-se por vezes que a morte é contrária à vida, mas a verdade é que a morte apenas é contrária ao nascimento. Nas palavras de Miguel Leal “a vida não se resume ao tempo em que se passa entre o nascimento e a morte, mas sim à experiência social e individual que levamos desse tempo, na intensidade e qualidade com que aproveitamos esse mesmo tempo”.¹⁸ A vida define-se não só pelas condições biológicas, mas por tudo o que nos rodeia, pelos nossos projetos, pelos nossos princípios, por todas as nossas vivências enquanto seres integrantes de um meio social.

Sendo a morte considerada um processo biológico, poderá prolongar-se no tempo ou ocorrer de forma súbita, existe sempre esta indeterminação, mas a verdade é que o desejo da maioria das pessoas será este último caso, uma morte repentina advinda de uma certa idade

¹⁴ LIMA, Ana Cláudia, A Determinação da Morte, *Artigo de Revisão na Área Científica da Ética Médica*, FMUC, Coimbra, 2015

¹⁵ A Lei n.º 12/93 define os critérios que deverão ser seguidos, a metodologia e as regras de semiologia. Só será preciso atender a esta quando as funções vitais são mantidas artificialmente.

¹⁶ Em 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu morte como: “a perda permanente da consciência e de todas as funções do tronco cerebral. Pode decorrer da cessação irreversível da circulação, ou de lesão encefálica catastrófica. No contexto de determinação da morte, ‘permanente’ refere-se à perda de função que não pode recuperar espontaneamente e não é recuperável por intervenção.”

ISHEMIE, S. D. *et al.*, International Guideline Development for the Determination of Death, *Intensive Care Med*, 2014, pp. 789–796

¹⁷ GONÇALVES, José Ferraz, *op.cit.*, p.29

¹⁸ REAL, Miguel, *op.cit.*, p.80

avançada, sem sofrimento. E como se diz na gíria popular “a morte é o que temos de mais certo” e é por a morte ser inevitável que cabe avaliar todas as opções que detemos quando entramos no ciclo final da nossa vida. A eutanásia é uma opção suscitada por doentes em estado terminal e como tal carece de ser investigada e exposta em todos os seus sentidos.

2. Origem histórica do vocábulo eutanásia e a sua interpretação ao longo do tempo

Principiemos pela decomposição da palavra eutanásia, *eu* (belo, bom) + *thanatos* (morte), etimologicamente significa uma boa morte, uma morte serena. Este termo advém da antiguidade, altura em que vários povos, gregos, espartanos, romanos instigavam a morte de pessoas consideradas velhas, doentes, frágeis ou com deformações e deficiências quer mentais quer físicas.¹⁹

A propósito, é de mencionar que Cícero em 106–43 a.C., já teria utilizado a palavra eutanásia numa das suas cartas.²⁰ Platão, anos mais tarde, asseverou numa das suas obras mais conhecidas, a possibilidade de se recorrer à eutanásia. Nas suas palavras “se o seu corpo [do homem atingido por enfermidade mortal] não é capaz de resistir, a morte liberta-o de dificuldades”²¹. Já Aristóteles, defendia que tirar a vida a recém-nascidos deformados ou doentes seria uma benesse para eles e ao mesmo tempo uma medida benigna para a sociedade, falava-se de uma morte por piedade.²²

Passando para o período da Idade Média (século V a XV) e da Idade Moderna (século XV até XVII), os povos cristãos acreditavam que matar alguém por compaixão era incompreensível. Na sua crença isso seria poder de Deus, só ele tinha a faculdade de decidir quando alguém nascia e morria. No entanto, os povos protestantes eram totalmente a favor desta morte, provocando-a em pessoas com avançada idade e em doentes incuráveis.²³

Em 1623 aparece um conceito de eutanásia formulado por Francis Bacon em uma das suas obras “*Historia Vitae et Mortis*”. Consistia num “tratamento adequado a doenças incuráveis”. Afastou-se da conceção da morte sem dor e aproximou-se de um conceito mais

¹⁹ BRITO, António José; RIJO, José Manuel, *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal. Direito sobre a vida ou direito de viver?* Coimbra: Almedina, 2000, pp.53-54

²⁰ O vocábulo eutanásia foi utilizado num dos seus volumes das *Cartas a Ático*.

VIDAL, Marciano, *Eutanásia - Um Desafio para a Consciência*, Editora: Santuário, 1996, p.53

²¹ PLATÃO, *A República*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1987, p.142

²² GRACIA, Diego, *Historia de la eutanasia, Eutanasia hoy, un debate abierto*, Madrid: Noesis, 1996, p.85

²³ BRITO, António José; RIJO, José Manuel, *op.cit.*, pp.55-57

moderno, utilizado no sentido de ser uma abreviação da morte de um doente, em que a função do médico não seria só curar, mas sim dar ao paciente uma “boa morte”.²⁴ Em 1869, W.E.H Lecky numa das suas coletâneas descreve a eutanásia como a “ação de induzir suave e facilmente a morte”.

No século XX, surge na Inglaterra o movimento *Exit*. Atualmente, designa-se por *Voluntary Euthanasia Research Foundation* (VERF) e no começo dos anos noventa já tinha oito mil associados. Passado três anos, em 1938, nasce a *Euthanasia Society of America* que institui o *Euthanasia Education Fund*. Este tinha como propósito suportar todas as despesas relativas a programas que dessem a conhecer esta temática, divulgando-a e propagando-a, de forma a que a informação chegasse à maioria das pessoas.²⁵

Cabe ainda dizer que no período da Alemanha nazista (1939 a 1945), se praticaram crueldades sob a veste enganadora da palavra eutanásia. Surgiu assim o conceito de eutanásia selecionadora ou eugénica, em que ao abrigo da ideia da purificação da raça se cometeu o extermínio de milhares de pessoas. O termo e o sentido das expressões morte piedosa ou por compaixão foi completamente deixado de lado, o que tivemos, foram mortes por questões raciais, económicas e políticas.²⁶

Passado este período cinzento e já em 1980, há um crescimento de organizações que defendem a eutanásia. Mais de 20 países decidem juntar-se num congresso em Oxford e criam a Federação Mundial de Sociedades para o Direito à Morte.²⁷

Em Portugal, ergue-se o designado “Movimento Cívico pela Despenalização da Morte Assistida” apelidado de “Direito a Morrer com Dignidade”. Recentemente acolhido como membro da Federação Mundial das Associações pelo Direito a Morrer.²⁸

Após este percurso sintetizado, podemos constatar que há uma variedade de definições e significados que se mantiveram até à atualidade de uma forma pertinente e problemática.

Presentemente, mantêm-se a pluralidade de aceções, havendo vários autores a dar diferentes noções de eutanásia. Jorge de Figueiredo Dias define-a como “a morte dada por

²⁴ VIDAL, Marciano, *op.cit.*, p.57

²⁵ BRITO, António José; RIJO, José Manuel, *op.cit.*, pp.53-59

²⁶ *Ibid.*

²⁷ *Id.*, *ibid.*

²⁸ Este movimento contém um manifesto assinado por 292 personalidades portuguesas.

[Acesso em 2018-10-23] Disponível em: <https://morteassistida.com/2017/12/24/admitidos-na-federacao-mundial/>

médico a um doente incurável e em sofrimento atroz”.²⁹ Por sua vez, o autor Alberto Peixoto afirma que “é defensável ser a eutanásia o direito de cada indivíduo dispor do seu corpo numa vertente dual entre a vida e uma morte o mais suave possível, contando para tal com a ajuda de outrem por não se encontrar com capacidade física de se autodeterminar”.³⁰

Numa definição mais elementar, é uma ação ou omissão provocada por um médico num doente considerado em estado terminal³¹, antecipando a sua morte, não com um intuito doloso, mas sim com a finalidade de aliviar a sua dor e sofrimento. Tem assim dois fundamentos que a caracterizam: uma ação realizada por um médico com o propósito de se causar intencionalmente a morte a um doente em fim de vida com um intuito de se pôr fim ao seu sofrimento e um pedido solicitado por este para que concretize a ação.

2.1 Delimitação de conceitos

Existem vários conceitos de eutanásia que acabam por se mesclar, cumpre assim esclarecê-los para que logremos alcançar os seus autênticos sentidos.

Iniciemos pela definição de eutanásia ativa direta, é aquela em que há um ato deliberado a fim de causar a morte antecipada a um doente terminal. Este encontra-se numa condição penosa e com um nível de dor e sofrimento agudo, o seu quadro clínico é irreversível, não havendo qualquer esperança de vida. Implica que haja uma intervenção médica que origine a sua morte, mas sem qualquer dor ou sofrimento, normalmente através de um medicamento letal.³² É uma ação movida por um sentimento altruísta, de compaixão.

Por sua vez, na eutanásia ativa indireta a morte de um paciente ocorre como efeito colateral da ação principal. Neste caso, não estamos perante um verdadeiro ato eutanásico porque não há um pedido expresso do paciente para que um profissional de saúde lhe cause a morte. Os médicos utilizam analgésicos e outros medicamentos com o objetivo de reduzir a dor do paciente e proporcionar-lhe algum bem-estar físico e psicológico nesta etapa final.

²⁹ DIAS, Jorge de Figueiredo, *O Problema da Ortotanásia: Introdução à sua Consideração Jurídica*, in “As técnicas modernas de reanimação; conceito de morte; aspetos médicos, teológico-morais e jurídicos”, Porto, 1973, pp. 29-48 / “Ciência Penal” (S. Paulo), 1975, tomo 1, pp.10-23

³⁰ PEIXOTO, Alberto, *op.cit.*, p.35

³¹ A Lei n.º 31/2018 “considera-se que uma pessoa se encontra em contexto de doença avançada e em fim de vida quando padeça de doença grave, que ameace a vida, em fase avançada, incurável e irreversível e exista prognóstico vital estimado de 6 a 12 meses.”

³² FERREIRA, Nuno, A Eutanásia: entre o debate jurídico e a evolução da opinião pública, *Lex Medicinæ, Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, ano 3, nº6, 2006, p.139

Contudo, a administração destes, por vezes, leva a que haja um encurtamento da vida do doente.³³ Estamos perante a aceitação da doutrina do duplo efeito, dado que consentimos a hipótese de a vida ser encurtada por uma consequência não intencional e secundária da utilização de qualquer fármaco para diminuir as dores insuportáveis.³⁴

Este tipo de eutanásia também é designado de eutanásia passiva ou ortotanásia. Etimologicamente *orthos* (justo) + *thanatos* (morte) traduzido à letra significa uma morte justa ou uma morte considerada natural. Consiste na supressão de qualquer ato médico, tratamento ou intervenção que seja considerada desproporcionada à condição clínica em que o doente terminal se encontra. Com desproporcionado queremos dizer atos, tratamentos ou intervenções que se destinariam a prolongar a existência do paciente, para além do que seria naturalmente previsível pelo decurso do tempo. Este termo é empregue para caraterizar situações em que decide deixar-se morrer o paciente naturalmente, recusando-se o prolongamento da sua vida de modo completamente artificial.³⁵

Segundo André Dias Pereira, o doente tem sempre a opção de não consentir tratamentos e intervenções cirúrgicas ao abrigo do princípio da autonomia, sempre que esteja plenamente consciente e este consentimento seja livre e precedido de informação adequada.³⁶ O Código Penal Português não pune a prática de ortotanásia, o médico não pode ser responsabilizado por não agir, quando foi o próprio doente que recusou um qualquer tratamento ou ato médico.

Todos os seres humanos têm direito a ter uma morte natural, sem o prolongamento desta de modo desproporcionado. Não há nenhum ato que provoque deliberadamente a morte

³³ COSTA, José de Faria, O fim da vida e o Direito Penal in *Liberum Discipulorum para Jorge de Figueiredo Dias, Manuel Costa Andrade et al.*, Coimbra Editora, 2003, p.782

³⁴ PEREIRA, André Dias; MATOS, Mafalda Francisco, *A Dignidade (da Morte) da Pessoa Humana: o Caso Eluana Englaro* in NOVAIS, Jorge Reis; FREITAS Tiago Fidalgo de, *A Dignidade da Pessoa Humana na Justiça Constitucional*, Almedina, 2018, p.376

³⁵ DIAS, Jorge de Figueiredo, Artigo 131º (Homicídio) in *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial*, Tomo I, Coimbra Editora, 1999, p.13

³⁶ PEREIRA, André Dias, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente*, Coimbra Editora, 2004 A Lei n.º 48/90, “Lei de Bases da Saúde” menciona que os utentes têm direito a “decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei”. O art.38º do CP afirma que: “ (...) o consentimento 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 (...) só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.”

do doente como se passa na eutanásia ativa, mas também não há nenhum ato que impeça a morte como na distanásia.³⁷

A distanásia ou a designada obstinação terapêutica, transpõem-se na opção de se retardar a morte, valendo-se de todos os meios exequíveis e à disposição, mesmo que não haja qualquer esperança de cura, não importando o sofrimento que estes vão infligir ao paciente.³⁸ É considerada uma morte lenta e com muito sofrimento, retardando-se ao máximo o momento desta, mesmo que com isso se leve à prática de medidas que ampliem a dor.³⁹ Temos um prolongamento da vida de modo artificial e em vez de tratamentos desproporcionais, estes dizem-se fúteis, porque não há qualquer probabilidade destas operações trazerem algum benefício terapêutico ou as que há são ínfimas.⁴⁰

Em síntese, situações consideradas eutanásicas serão aquelas nas quais a vida humana encontra-se numa tal degradação que uma antecipação da morte do doente parece ser a única possibilidade existente, o que está em causa é a dimensão qualitativa da vida humana. Helmut Thielcke afirma: “quando falamos do dever do médico de proteger a vida, queremos dizer não a vida biológica, mas sim a vida humana”.⁴¹

Já as situações distanásicas serão aquelas criadas pelos médicos para prolongar o mais possível a vida humana do paciente, retardando-se a sua morte e respeitando-se em absoluto o valor da vida. Por sua vez, nas situações antidistanásicas, deixa-se o doente terminal morrer com serenidade, não se usando nenhum meio para lhe alterar o processo natural da morte.⁴²

Falemos agora das várias modalidades de eutanásia. Quanto ao consentimento, podemos ter eutanásia voluntária ou involuntária. Enquanto no primeiro caso existe um pedido expresso do paciente para que se tome uma ação que se concretize na sua morte, já no segundo, o paciente não manifesta a sua vontade e esta é praticada na mesma. Qualquer das modalidades que se contrapõem à eutanásia ativa, quer a eutanásia passiva quer a distanásia podem ocorrer quando esta seja voluntária ou caso não o seja. Há quem defenda que toda a

³⁷ V. GONÇALVES, Manuel Maia, *Código Penal Português, Anotado e Comentado – legislação complementar*, 18ª ed., Coimbra: Almedina, 2007

³⁸ ALVES, Ricardo, *Eutanásia, Bioética e Vidas Sucessivas*, Brazilian Books, Sarocaba, 2001, p.30

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ V. PRATA, Ana; VEIGA, Catarina; VILALONGA, José Manuel, *Dicionário Jurídico, Volume II, Direito Penal – Direito Processual Penal*, 2ª ed., Coimbra: Almedina, 2010

⁴¹ HELMUT, Thielcke, *A Little Exercise for Young Theologians*. 1908-1986 [S.l.]: [S.N.]

⁴² BRITO, António José; RIJO, José Manuel, *op.cit.*, pp.33-40

enunciação destas noções é discutível e que qualquer das modalidades expostas, não são mais que “formas de levar a cabo a eutanásia *tout court*”.⁴³

Por seu turno, eutanásia penal ou punitiva, é aquela em que se mata alguém porque cometeu um crime, sendo igualmente uma medida que ocorre sem provocar dor. É a praticada nos países em que subsiste uma punição através de pena de morte.⁴⁴

Já a eutanásia eugénica ou selecionadora foi a utilizada por Hitler na Alemanha e consiste em eliminar o sofrimento em pessoas débeis, deficientes físicos e mentais, criminosos, psicopatas.⁴⁵ Aqui a intenção seria suprimir essas questões da sociedade e como tal é uma eutanásia involuntária, feita sem assentimento, é completamente condenável em todos os ordenamentos jurídicos. Semelhante a esta será a eutanásia económica, há a eliminação dos doentes crónicos e incuráveis apenas por meras razões socioeconómicas, também será involuntária e reprovável, considerando-se um verdadeiro homicídio.⁴⁶

Dentro da eutanásia voluntária temos a eutanásia suicida, quando o próprio doente concebe a decisão de se matar recorrendo aos seus próprios meios. O suicídio não se confunde com eutanásia, porque este acontece independentemente do estado de saúde da pessoa em causa, não é um ato punível, já que não se consegue aplicar uma sanção previamente prevista à pessoa que tenha tido sucesso na sua consumação.

Diferentemente será a “morte assistida”, exteriorização também aplicada ao suicídio assistido com o auxílio de outrem. É o caso do paciente em que ele próprio provoca a sua morte. Há fármacos prescritos pelo médico que o ajudam nesse fim, mas não é o médico que o mata, pois é o próprio que ingere essas substâncias.⁴⁷ O médico não intervém diretamente na sua morte, este apenas o auxilia a conseguir o instrumento para concretizar a ação.

O suicídio ajudado consiste na “ingestão por um doente oralmente, capaz de o fazer de um fármaco ou conjunto de fármacos letais, para o efeito legalmente cedidos por uma instituição de saúde com aprovação médica”.⁴⁸ Em Portugal, ajudar alguém a cometer suicídio é considerado crime, podendo ser punido com pena de prisão.⁴⁹

⁴³ PINTO, José Manuel; CUNHA, Teresa Montalvão da, *Eutanásia e Suicídio Assistido - Legislação Comparada*, Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar, Coleção Temas n.º: 60, 2016, pp.7-11
PEREIRA, André Dias; MATOS, Mafalda Francisco, *op.cit.*, p.356

⁴⁴ BRITO, António José; RIJO, José Manuel, *op.cit.*, pp.25-32

⁴⁵ *Id.*, pp.110-116

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ *Id.*, pp.32-40

⁴⁸ SILVA, Miguel Oliveira da, *Eutanásia, suicídio ajudado, barrigas de aluguer. Para um debate de cidadãos*, Editora Caminho, 2017, p.175

⁴⁹ V. artº.135 CP

Por fim, aludamos à eutanásia lenitiva que consiste no uso de instrumentos e meios com o intuito de mitigar o sofrimento ou pelo menos tentar apaziguá-lo. Aqui subsiste a conservação da vida dos doentes terminais e não há uma qualquer antecipação da sua morte. É considerada lícita e é designada de cuidados terminais por não constituir eutanásia na sua conceção ética, mesmo que, por vezes, alguns cuidados possam levar à morte do doente de uma forma não intencional.⁵⁰ Neste caso, aplicam-se as regras quer da negligência, quer do dolo eventual ou mesmo a exclusão da culpa.⁵¹

Em suma, circunscrevemos a eutanásia às situações em que o escopo essencial é a redução da dor sentida pelo doente terminal, afastamos todos os casos nos quais a morte não resulte da causa principal, mas sim de efeitos secundários.

2.2 Diferenciação entre suspensão, abstenção e omissão de tratamentos em doentes terminais

Há uma distinção clara entre suspensão (*withdraw*) e a abstenção (*withhold*) de tratamentos no que toca à fase final da vida de um paciente.⁵² Em vez de obstinação terapêutica ou distanásia, ou seja, tratamentos e medidas que sejam inúteis, fúteis ou desproporcionadas, o que se prefere é uma intervenção diligente e adequada ao caso concreto, isto é, a ortotanásia.

Normalmente, uma suspensão de tratamento está ligada ao desenvolvimento natural da morte enquanto uma abstenção relaciona-se com a evolução natural da doença. Existem correntes que defendem que não há uma qualquer diferença ética entre suspender e não iniciar o tratamento ou manobras de suporte avançado de vida.⁵³ A distinção só por si não é relevante, porque o importante aqui é o ato médico ser realmente benéfico para o doente, é esta a justificação que se deve ter em conta para se continuar ou interromper um tratamento.⁵⁴

⁵⁰ BRITO, António José; RIJO, José Manuel, *op.cit.*, pp.110-116

⁵¹ *Ibid.*

⁵² “É necessário fazer uma delimitação entre conceitos. Temos recusa terapêutica quando um paciente decide informado e livremente recusar uma determinada medida terapêutica, mesmo sabendo que assim irá morrer prematuramente; suspensão terapêutica quando há a interrupção de um tratamento por ser considerado uma medida inútil ou fútil e omissão terapêutica quando há uma abstenção em se iniciar uma medida terapêutica que seria desproporcionada ou quando corresponde à vontade do doente.”

SILVA, Miguel Oliveira da, *op.cit.*, pp.174-175

⁵³ São “manobras médicas invasivas destinadas à estabilização clínica de um paciente” como a reanimação cardiopulmonar ou as ordens de reanimação.

⁵⁴ GONÇALVES, José Ferraz, *op.cit.*, pp.44-45

Em Portugal, com a legislação das diretivas antecipadas de vontade, ficou salvaguardada de uma maneira mais eficaz, quer a autodeterminação, quer a vontade do paciente.⁵⁵ Estas traduzem-se em orientações ou instruções que um sujeito dá consciente e previamente acerca dos tratamentos e intervenções que autoriza e deseja receber na fase final da sua vida, quando se encontrar incapaz de ter poder decisório ou capacidade para exprimir a sua vontade. Designou-se testamento vital (*living will*) e surgiu no sentido de fortalecer os direitos individuais dos doentes terminais no que toca a atos médicos que não sejam da sua vontade. É de crucial importância para os doentes que se encontrem em estado vegetativo persistente⁵⁶, no sentido em que estes deverão poder imiscuir-se nas decisões tomadas relativamente à fase final da sua vida.⁵⁷

No quadro das doenças terminais, as ordens de não reanimação são eticamente legítimas, sendo que as manobras de reanimação são consideradas uma medida desproporcionada.⁵⁸ Segundo Guy Durand, por meios proporcionais entendem -se “as intervenções em que os custos, os investimentos pessoais exigidos são proporcionais aos resultados esperados para o bem do doente”, já no que toca aos meios desproporcionais são “as intervenções que sejam desadequadas aos resultados previstos, são apreciadas em relação ao doente e ao benefício que lhe pode trazer”.⁵⁹ Quanto à definição de futilidade, esta “refere-se a uma expectativa de sucesso tão improvável que a sua exata probabilidade é muitas vezes incalculável”.⁶⁰ Presentemente, não há um conceito específico de futilidade porque qualquer probabilidade de sucesso de um recurso terapêutico ou de qualquer ação médica, é custosa de avaliar, podendo haver discordâncias entre os próprios médicos.

⁵⁵ V. Lei n.º 25/2012

⁵⁶ “O estado vegetativo é uma situação clínica de completa ausência da consciência de si e do ambiente circundante, com ciclos de sono-vigília e preservação completa ou parcial das funções hipotálamicas e do tronco cerebral (...). Em termos de desenvolvimento temporal, designa-se de estado vegetativo o quadro clínico inicial, estado vegetativo continuado quando o quadro persiste pelo menos 4 semanas e estado vegetativo persistente quando as alterações neurológicas persistem por mais de 3 meses após anóxia cerebral e 12 meses na sequência de traumatismo craniano.”

GODINHO, Inês, Problemas Jurídico-Penais em Torno da Vida Humana in *Projeto: “Vida, Medicina e Direito Penal”*, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2003, p.13

Relatório sobre o Estado Vegetativo Persistente, CNECV, Fevereiro, 2005, pp.3-4

⁵⁷ NUNES, Rui, *Guidelines sobre Suspensão e Abstenção de Tratamentos em Doentes Terminais* in NUNES Rui; REGO Guilhermina; DUARTE Ivone, Eutanásia e Outras Questões Éticas no Fim de Vida, Gráfica de Coimbra, 2009, pp.121-130

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ DURAND, Guy, *Introduction Générale à la Bioéthique : Histoire, Concepts et Outils*, Montréal : éditions Fides, 1999, p.215

⁶⁰ Schneiderman *apud* GONÇALVES, José Ferraz, *op.cit.*, p.40

V. SCHNEIDERMAN et al., Medical Futility: Responses to Critiques, *Annals of Internal Medicine*, 1996; 125 :669-674

Os conceitos tratamento proporcional ou ordinário e tratamento desproporcional ou extraordinário têm sido diferentemente interpretados no decorrer do tempo, respondendo sempre a distintos critérios. Esta distinção, na prática, é muitas vezes árdua de se executar e, deste modo, existem algumas orientações que coadjuvam a decisão de sustentar ou descontinuar um tratamento.

O autor Cronin citado por Salvino Leone, define uma série de critérios que deverão estar presentes: é necessário ter em conta a degradação do estado de saúde, a ínfima possibilidade de existir cura; o tratamento ou ato médico só deve ser considerado desproporcionado quando cause o agravamento da condição do doente no global; quando os esforços e meios usados tornam-se demasiado extenuantes para o enfermo, a equipa médica terá o papel de aconselhar o paciente nas escolhas que tem a seu dispor, concedendo-lhe orientação e evitando que este se submeta a sofrimentos que, no panorama geral da sua saúde, não farão diferenças significativas; há que ter sempre em consideração o nível da dor e, sempre que qualquer ato médico transforme o benefício que poderia advir dele em malefício, a proporcionalidade dos tratamentos deve ser o parâmetro a seguir.⁶¹ Fala-se de custo excessivo das terapias, mas este é um conceito subjetivo porque irá depender do estado económico de cada país, apenas se interrompendo quando não haja mesmo outra possibilidade ou quando o seguimento do tratamento seja materialmente impossível levando a situações de carência no âmbito familiar.⁶² Teremos de analisar vários fatores como os resultados esperados, o tipo de medida terapêutica em causa, quais são as verdadeiras possibilidades de aplicação, os custos e mais importante, o total respeito pelas decisões do paciente, salvaguardando a sua autodeterminação.

Em Portugal, foi elaborado pelo Serviço de Bioética e de Ética Médica um conjunto de “*Guidelines*”. Estes têm como propósito orientarem ética e clinicamente a tomada de resoluções complexas no que toca ao final de vida e coadunam-se com a recente lei sobre os “Direitos das Pessoas em Contexto de Doença Avançada e em Fim de Vida”.⁶³

⁶¹ Cronin, “*The Citadel*” apud LEONE, Salvino, A doença terminal como problema bioético, *Gabinete de Investigação em Bioética – Ética da Vida, Vitalidade da Ética*, Porto: Universidade Católica Portuguesa, 1997, pp.62-64

V. LEONE, Salvino, *Accanimento terapeutico. Cura, terapia o futilità?* Cittadella, Assisi, 2009

⁶² LEONE, Salvino, *op.cit.*, 62-64

⁶³ NUNES, Rui, *Guidelines sobre Suspensão e Abstenção de Tratamentos em Doentes Terminais*, Serviço de Bioética e Ética Médica, FMUP, 2008 [Acesso em: 2018-10-27]

Disponível em: http://www.apbioetica.org/fotos/gca/12802541901211800343guidelines_p_11_apb_08.pdf

Para que uma decisão quanto à suspensão ou abstenção de um ato médico seja aceitável na ótica da ética, o paciente tem de consentir de forma livre, esclarecida e informada.⁶⁴ Ademais, sempre que este recuse um tratamento, o médico deverá informá-lo das suas possíveis consequências, no entanto, a decisão do paciente deverá ser sempre respeitada. Se na situação inversa, é o doente que pede autonomamente um tipo de tratamento e se o médico julgar que trará benefícios ou que irá preservar a sua condição global, deverá acolher o pedido.⁶⁵ Já um tratamento considerado inútil nunca poderá ser aplicado, devendo ser logo rejeitado.⁶⁶ A decisão de suspender ou abster-se qualquer medida terapêutica deve ser guiada pelos valores da justiça, da proporcionalidade e da equidade.⁶⁷

Sempre que os doentes não tenham capacidade decisória, a família deverá ser consultada para tomar a decisão por eles.⁶⁸ Caso o doente tenha antecipado a sua vontade por testamento vital carecerá ser respeitada.⁶⁹ Nos casos em que não é possível determinar qual seria a sua escolha quanto àquela concreta situação clínica, o médico deve reunir com a família e de comum acordo conduzirem-se pela resolução que melhor salvaguarde os interesses do paciente.⁷⁰ Não obstante, José de Oliveira Ascensão preconiza que “o médico não fica vinculado pela posição que a família adote (...) se a posição familiar for no sentido da limitação ou da interrupção de tratamentos, o médico estará ainda atento à possibilidade de essa posição não ser ditada pelo bem do doente, mas por interesses sucessórios, ou pelo desejo de se livrar daquele fardo ou por não saber o que fazer com o doente se for colocado aos seus cuidados”.⁷¹

⁶⁴ Lei n.º 31/2018, art.5º: “as pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm direito a dar o seu consentimento, contemporâneo ou antecipado, para as intervenções clínicas de que sejam alvo, desde que previamente informadas e esclarecidas pelo médico responsável.”

⁶⁵ Art. 3º: “(...) têm também direito a participar ativamente no seu plano terapêutico, explicitando as medidas que desejam receber, mediante consentimento informado, podendo recusar tratamentos”.

⁶⁶ Art. 4º: “(...) não ser alvo de distanásia, através de obstinação terapêutica e diagnóstica, designadamente, pela aplicação de medidas que prolonguem ou agravem de modo desproporcionado o seu sofrimento (...)”

⁶⁷ NUNES, Rui, *op.cit.*, pp.1-9

⁶⁸ Família significa para este efeito, “pessoas que se encontrem em proximidade do paciente, independente da relação que lhe subjaza”. Procura-se respeitar “a opinião que o doente teria se se pudesse exprimir, respeitando o seu sistema de valores, as suas convicções e a sua biografia”.

PEREIRA, André Dias, Valor do consentimento num estado terminal in ASCENSÃO, José de Oliveira; Associação Portuguesa de Direito Intelectual, *Estudos de Direito da Bioética*, vol. IV, Coimbra: Almedina, 2012, p.53

⁶⁹ Lei n.º 31/2018, art.9º: “São direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida (...) realizar testamento vital e nomear procurador de cuidados de saúde.”

⁷⁰ Aparece-nos o princípio da beneficência “no contexto médico é o dever de agir no interesse do paciente”. PELLEGRINO, Edmund D.; THOSMANA, David C. *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*, New York, Oxford university press, 1987, pp.58-60

⁷¹ ASCENSÃO, José de Oliveira, A Terminalidade da Vida in *Estudos de Direito da Bioética op.cit.*, p.159

Quando não entrem em concordância, terá de optar-se por outras entidades como a comissão de ética para a saúde, a direção clínica e em última instância o poder judicial.⁷² Se estamos perante decisões que envolvam crianças ou adolescentes, estes devem ter opinião em todo o processo e esta deverá ser levada em consideração consoante o seu grau de maturidade.⁷³

Quanto às decisões aplicadas a doentes quer tenham capacidade decisória quer não, a medida de reanimação cardiopulmonar⁷⁴ é sempre considerada desproporcionada porque o doente terminal poderá entrar em paragem cardiorrespiratória. As ordens de não reanimar (*Do Not Resuscitate Order*) são apropriadas quando o doente se encontra em morte iminente e num estado inconvertível, mas como é um processo muito complexo, deverão os hospitais ter um formulário pré-efeito e estandardizado de modo a facilitar a redação dessa ordem.⁷⁵

Em síntese, a abstenção de certas ações médicas não é contrária à ética quando por base temos um consentimento e uma vontade esclarecida do paciente ou quando se tenha optado por esta decisão por ser considerada a mais correta a tomar em determinada situação. Devemo-nos guiar por um critério de conforto e mínimo bem-estar do doente terminal.

Tanto a omissão como a interrupção de tratamentos não poderá ser vista como um “abandono do paciente” porque o que está em causa é apenas o não prolongamento da vida a todo o custo, ignorando o seu sofrimento. Sempre que optemos por conservar a vida do paciente, colocando-a como um bem supremo acima de qualquer circunstância, estamos a caminhar a longos passos para situações distanásicas, não aceitando a morte.

Os critérios e preceitos legais mencionados são uma mais-valia devido ao seu conteúdo preciso. Por isso, a classe médica deve guiar-se por eles para que decidam com mais facilidade questões de difícil concretização referentes ao prosseguimento ou abandono de tratamentos; evitando-se ao máximo um sofrimento desnecessário para o paciente.

⁷² Lei n.º 31/2018, art.11º: “Em caso de discordância insanável entre os doentes ou seus representantes legais e os profissionais de saúde quanto às medidas a aplicar (...) é facultado (...) o acesso aos conselhos de ética das entidades prestadoras de cuidados de saúde.”

⁷³ Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina: art.5º e art.6º/2

⁷⁴ São consideradas manobras destinadas a garantir que haja “oxigenação dos órgãos” porque o sangue do paciente parou de circular.

⁷⁵ NUNES, Rui. *op.cit.*, pp.121-130

2.2.1 A controvérsia em torno da alimentação e hidratação artificial

Chegados aqui, depois de se ter uma noção do que são meios proporcionais e desproporcionais e quais são os critérios que se deverão seguir na escolha de prosseguir ou suspender um tratamento, cabe refletir sobre uma questão que não é unânime, o fato de se considerar a hidratação e a alimentação (AHA) como medidas proporcionais ou desproporcionais.⁷⁶ A razão para iniciar uma alimentação artificial num doente será a fome e o desconforto que esta pode causar, no entanto, o que aqui está em causa é se a fome que o doente sente será superior ao desconforto que irá experienciar com o procedimento em causa.⁷⁷ Já no que toca à hidratação, a ordem de pensamento poderá ser a mesma com a simples diferença que, neste caso, existem diferentes opções a que se pode recorrer como molhar os lábios do paciente com água.⁷⁸ Neste ou em qualquer ato médico o que deve estar em causa são os benefícios ponderados que trará ao doente.

A discussão persiste porque há quem argumente que tanto a hidratação como a nutrição são cuidados básicos e vista a sua essencialidade na vida do ser humano, devem ser mantidos até que ocorra a morte. Quando o doente já se encontra na fase terminal, o mais apropriado será ir descontinuando aos poucos as medidas terapêuticas, visto que seria uma crueldade manter as intervenções, quando, na realidade, estas só trariam mais sofrimento para o doente; no entanto, sendo a hidratação e nutrição basilares na vida de alguém, deverão permanecer até que sejam inexecutáveis.⁷⁹

Por outro lado, temos quem alegue que quando se recorre a meios artificiais de alimentação e hidratação, estamos a utilizar uma medida terapêutica como outra qualquer e, como tal, esta deve ser submetida aos mesmos critérios daquelas; portanto, sempre que for desproporcional deverá ser suspensa. Há autores que arguem que a hidratação e a alimentação artificial não aliviam em nada o sofrimento do doente terminal, apenas causando

⁷⁶ A hidratação e nutrição artificial são formas de substituir a alimentação e a hidratação feitas de maneira natural através da ingestão de alimentos e de líquidos. Quando o doente terminal está num estado tão debilitado que ele próprio já não consegue satisfazer as suas necessidades fisiológicas, passamos para a hidratação e alimentação de forma artificial.

MENDES, Joana, *Alimentação e Hidratação em Final de Vida no Doente Oncológico: Opinião de Médicos e Enfermeiros*, Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina, FMUC, Porto, 2016, p.4

⁷⁷ GONÇALVES, José António, *op.cit.* pp.59-60

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ CICCIONE, Lino, *La Ética y el término de la vida humana* in POLAINO Lorente, A., *Manual de Bioética General*, Madrid: Ediciones Rialp, 1997, p.434

mais dor e cansaço pela circunstância do doente ter de estar intubado.⁸⁰ Pior do que estes sintomas serão as infeções que poderão advir da entubação. Não se entende como esta medida será benéfica para um paciente em fim de vida, visto este procedimento não alterar em nada a sua morte iminente.⁸¹

Compreende-se que seja difícil defender-se uma situação em que temos um ser humano que não está a ser alimentado nem hidratado, mas a questão tem de ser perspetivada de forma invertida, “é necessário perceber-se que o doente não vai morrer por não comer ou não beber, mas sim o doente não bebe e não come porque está a morrer”.⁸²

Caso diferente deste, será aquele em que os doentes se encontram em estado vegetativo permanente, não tendo nenhuma possibilidade de se alimentar por si, ficando dependentes da AHA para sobreviverem. Citando Capelo de Sousa: “a tutela da personalidade humana individual implica a proteção não só no apogeu físico e racional da vida de um indivíduo mas também do seu decaimento em situações de vida humana dita vegetativa”.⁸³

Em Portugal, o Parecer nº 45 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida sobre o Estado Vegetativo Persistente consagra que “toda a decisão sobre o início ou a suspensão de cuidados básicos da pessoa em Estado Vegetativo Persistente deve respeitar a vontade do próprio”.⁸⁴ Ademais, menciona “que não existe um entendimento uniforme relativamente a considerar nos casos concretos se a alimentação e hidratação artificiais são tratamentos ou simplesmente cuidados básicos.”⁸⁵

Este parecer não acompanha o relatório sobre o Estado Vegetativo Persistente do mesmo ano, elaborado também no âmbito do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, visto que este considera que a “AHA deveria ser considerada uma terapêutica como qualquer outra, entrando no grupo das medidas paliativas, passível portanto de recusa ou interrupção”.⁸⁶

Por sua vez, o Regulamento de Deontologia Médica prevê no seu art.67º/5 que “não se consideram meios extraordinários de manutenção da vida, mesmo que administrados por

⁸⁰ PESSINI, Leo, Questões Éticas envolvendo decisões do final de vida no Brasil, *Cadernos de Bioética*, 32, 2003, p.34

⁸¹ CUNDIFF, David, *A Eutanásia Não é Resposta*, Trad. Jorge Pinheiro, Lisboa: Instituto Piaget, 1992, p.65

⁸² GONÇALVES, José António, *op.cit.*, p.60

⁸³ RABINDRANATH, Capelo de Sousa, *Direito Geral de Personalidade*, Coimbra Editora, 2011, p.206

⁸⁴ Parecer Nº 45 do CNECV, 2005, p.3

⁸⁵ *Id.*, p.2

⁸⁶ Relatório sobre o Estado Vegetativo Persistente, CNECV, 2005, p.16

via artificial, a hidratação e a alimentação.”⁸⁷ É de mencionar a Lei nº25/2012 que regulamenta as Diretivas Antecipadas de Vontade e no seu art.2º/2 al. b) estatui que o paciente pode “não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais”.

Posto isto, é fácil perceber-se que não haja um consenso sobre o entendimento de que tipo de ato médico é a AHA, se um cuidado básico, se um tratamento.⁸⁸ Ambas as posições têm pontos de vista justificados, mas a questão determinante é que seja benéfico para os interesses do paciente. A vontade do paciente juntamente com a dos seus familiares deverá ser acolhida e carecerá de primar-se infundavelmente pelo seu bem-estar e comodidade nestes últimos momentos de vida.

Nos Estados Unidos da América, a AHA tem sido perspetivada como um tratamento médico e como tal é passível de recusa pelo paciente.⁸⁹ Os tribunais têm reconhecido o consentimento presumido para a recusa de tratamentos médicos incluindo a AHA.⁹⁰ Como supramencionado, em Portugal admite-se a recusa antecipada da hidratação quer da nutrição desde que formulada conscientemente em documento próprio, o designado testamento vital, visto que será a solução que melhor defende os interesses do paciente. E recentemente, a Lei n.º 31/2018 no seu art.8º/1 determinou que é legítimo “o direito à recusa alimentar ou à prestação de determinados cuidados de higiene pessoal, respeitando, assim, o processo natural e fisiológico da sua condição clínica.”⁹¹

2.3 Eutanásia passiva e ativa: uma distinção (ir)relevante?

O que aqui está em causa é uma distinção entre matar e deixar um doente morrer.⁹² Matar alguém é desde logo uma premissa totalmente condenável e inaceitável pela

⁸⁷ Regulamento nº707/2016

⁸⁸ BRITO, Teresa Quintela de *et. al.*, *Direito Penal – Parte Especial: Lições, Estudos e Casos*, Coimbra Editora, 2007, pp.119-167

⁸⁹ PEREIRA, André Dias, *op.cit.*, p.504

⁹⁰ *Ibid.*

⁹¹ É de referir o Ac. da Relação do Porto de 14 de março de 2017 (Interdição Provisória, Pressupostos da Indemnização) e alguma jurisprudência internacional nesta matéria: Rossi and Others v. Italy, 22 de dezembro de 2008; Lambert and Others v. France, 5 de junho de 2015

⁹² FERREIRA, Nuno, *op.cit.*, p.139

sociedade. No entanto, deixar alguém morrer já pode ser considerado tolerável, sempre que o doente tenha recusado um qualquer tratamento ou os tratamentos destinados ao prolongamento da sua vida sejam considerados fúteis, acabando por se encaminhar para a morte.⁹³

Existem duas posições que se destacam nesta temática, a de James Rachels e a de Thomas Sullivan, sendo necessário fazer um contraponto entre ambas.

Principiemos pela posição de James Rachels, que defende que a distinção entre eutanásia passiva e ativa é essencial para a ética médica.⁹⁴ Há casos em que é admissível suspender o tratamento, mesmo sabendo-se de antemão que o paciente irá morrer. Poderá justificar-se esta opção como uma forma de aliviar o seu sofrimento. Todavia, o facto de se suspender o tratamento do paciente, por vezes, leva a que a morte demore mais tempo para ocorrer o que poderá conduzir a um sofrimento ainda maior.⁹⁵

Alega que uma vez tomada a decisão de se suspender um tratamento, será preferível a eutanásia ativa à passiva.⁹⁶ Escolher-se morrer por um fármaco letal aplicado por um médico, trará um sofrimento muito menor do que aquele que acarretará a suspensão do tratamento devido à espera prolongada até ao momento iminente da morte.

A maioria dos indivíduos ajuíza que existe uma diferença moral entre estas, porque partem da premissa que matar alguém é sempre mais condenável e pejorativo do que deixar alguém morrer.⁹⁷ A realidade é que, na eutanásia passiva, o médico não provoca nenhum ato que faça o paciente morrer, enquanto na ativa é o médico que provoca a sua morte. A dissemelhança está no facto de que, no primeiro caso, é a doença que, pelo seu desenrolar natural, faz com que o paciente acabe por morrer, portanto a morte é uma consequência da sua doença; já no segundo caso é o médico que ao administrar ao paciente um fármaco letal lhe provoca a morte, sendo esta uma consequência da sua ação.

James Rachels na sua linha argumentativa clarifica que a afirmação que o médico, na eutanásia passiva, não faz nada, não toma nenhuma atitude é errada, dado que ele concebe

⁹³ GONÇALVES, José António, *op.cit.*, p.57

Cf. HOPKINS, P. D., Why Does Removing Machines Count as 'Passive' Euthanasia? *Hastings Center Report*, 1997 May-Jun;27(3):29-37

⁹⁴ RACHELS James, *Active and Passive Euthanasia* in ROBERT, M. Baird; STUART, E. Rosenbaum, *Eutanásia: as questões morais*, Trad. Artur Cardoso, Coleção: Viver Melhor, Bertrand,1997, pp.53-61

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ *Ibid., id.*

a deliberação de deixar morrer o seu paciente.⁹⁸ Esta decisão moral acaba por estar sujeita aos mesmos termos e à mesma avaliação moral que surgiria da decisão de matar alguém. Se avaliarmos os dois casos moralmente, a morte de um paciente não será um mal maior do que se conservar a sua vida num sofrimento agonizante.⁹⁹

Para ilustrar os pontos argumentativos deste autor, Perret cita-o, mostrando dois casos hipotéticos em que poderá examinar-se a existência ou não de uma diferença entre matar e deixar morrer.¹⁰⁰

Num primeiro exemplo, o indivíduo A tem conhecimento que, com a morte do seu primo de seis anos, poderá vir a receber uma herança, portanto, decide afogá-lo quando este está a tomar banho descansadamente. Faz parecer um acidente e, como ninguém vem a descobrir, acaba por receber a tão desejada herança. Por outro lado, temos B, igualmente beneficiário da herança e que similarmente tem a intenção de o matar, afogando-o, mas ocorre que a criança acidentalmente escorrega e cai na água. B assiste e nada faz para o salvar, acabando assim por receber a herança.¹⁰¹

O que se pode concluir é que não há diferença moral entre deixar morrer ou matar, já que não nos dá nenhuma informação relevante sobre se é um ato certo ou errado. Neste caso, a motivação dos autores é a mesma: ficar com a herança, só que um exerce uma ação e o outro nada faz, no entanto, o resultado será o mesmo, a morte. O que relevará serão as circunstâncias exteriores, estas sim dão-nos a classificação do ato como errado ou certo, só depois da análise do caso concreto, das justificações e das motivações é que estaremos em condições de avaliar o ato.¹⁰²

Com outro ponto de vista surge Thomas Sullivan que defende a posição tradicional da AMA (*American Medical Association*). A sua visão envolve dois pontos: é intolerável para o médico ou qualquer outra pessoa terminar propositadamente a vida de um paciente, mas é admitido em alguns casos cessar a utilização de meios extraordinários de preservar a vida, ainda que a morte do paciente seja uma consequência conjeturável.¹⁰³

⁹⁸ RACHELS James, *Active and Passive Euthanasia*; Reprinted by permission of The New England Journal of Medicine, Vol. 292, January 9, 1975, pp.78-80

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ PERRET, RW, Killing, Letting Die and the Bare Difference Argument, *Bioethics*, Vol. 10, N. 2, 1996 1996, pp.131-139

¹⁰¹ *Ibid.*

¹⁰² GONÇALVES, José António, *op.cit.*, pp.57-60

¹⁰³ SULLIVAN, Thomas, *Active or Passive Euthanasia* in Robert, M. Baird; Stuart, E. Rosenbaum, *op.cit.*, pp.53-61

Sullivan argumenta que a política da AMA não é fundada numa distinção moral insustentável entre matar e deixar morrer, o que está em causa é a circunstância de intencionalmente se matar um paciente ser considerada errada. O quesito é que matar-se um paciente é simples, basta recusar-se os meios ordinários que o mantém vivo e o objetivo seria igual: a morte propositada.¹⁰⁴ Assoma-se a esta questão a distinção entre meios extraordinários e meios ordinários, estes últimos definidos como “aqueles medicamentos, tratamentos e operações que apresentam uma esperança razoável de benefícios para o paciente e que podem ser obtidos sem gastos e dores excessivas”.¹⁰⁵ Sullivan em concertação com o raciocínio de Paul Ramsey explicita que os meios extraordinários serão aqueles tratamentos e procedimentos médicos que englobam além de custos excessivos, uma dor exagerada e que quando utilizados não garantem uma esperança razoável ou benefício.¹⁰⁶

Há uma distinção a ser feita entre matar intencionalmente alguém e abster-se de levar em consideração medidas extraordinárias. Pode-se evitar tomar medidas extraordinárias para salvar outra pessoa e, ao mesmo tempo, com propósito acabar por matá-la.¹⁰⁷ O modelo utilizado por este autor para ilustrar esta situação é inequívoco: se A contratar alguém para preencher um trabalho e optar pela Sra. B, que é mais qualificada do que o Sr. C, pode-se esperar que o Sr. C fique triste por não ter sido o selecionado. Não obstante, ao contratarmos a Sra. B não temos qualquer intenção de ferir o Sr. C.¹⁰⁸

Fica assente com este paradigma que nem todas as consequências previsíveis e efeitos colaterais de nossa conduta são necessariamente intencionais. É por isso que a suspensão de um tratamento extraordinário pode ser motivada pelo desejo de trazer a previsibilidade da ação a um tal paciente. Eventualmente, se vier a ocorrer uma recuperação milagrosa do paciente, não podemos afirmar que essa situação irá contra as intenções do médico.

Contudo, Rachels ignora a diferença entre meios ordinários e extraordinários: salvar o menino que se está a afogar, certamente não é uma medida extraordinária a ser tomada.¹⁰⁹

¹⁰⁴ SULLIVAN, Thomas, Active and Passive Euthanasia: An Impertinent Distinction, *The Human Life Review*, 7 de junho de 1977

¹⁰⁵ SULLIVAN, Thomas, *Active or Passive Euthanasia op.cit.*, pp.61-63

¹⁰⁶ *Ibid.*

V. RAMSEY Paul et al., *The Patient as Person: Explorations in Medical Ethics*, Yale University Press, 2002

¹⁰⁷ SULLIVAN, Thomas, Active and Passive Euthanasia: An Impertinent Distinction, *op.cit.*, *loc.cit.*

¹⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁹ *Ibid.*

V. SULLIVAN, Thomas D. in Steven M. Cahn (ed.), *Exploring Ethics: An Introductory Anthology*. Oxford University Press, 2009

A doutrina tradicional não assenta numa distinção entre eutanásia “ativa” e “passiva”, nem numa diferenciação entre ação e omissão, defende é uma proibição contra a morte intencional, seja por ação ou omissão.¹¹⁰

Diferentemente destas duas posições aparece-nos a de Leone Salvino, asseverando que o conceito de eutanásia passiva é simplesmente inexistente. Este será um conceito que se moldará ou numa omissão terapêutica com a finalidade de se incitar a morte ou se configurará em eutanásia ativa. Numa terceira opção poderá ser uma recusa de obstinação terapêutica num caso que se dirige para a morte, mas nunca poderá ser considerada eutanásia.¹¹¹

Há várias considerações a reter-se: primeiro, matar tanto pode ser por ação ou omissão e nem sempre matar alguém é algo malévolos e condenável, se assim fosse não tínhamos casos de legítima defesa. Poderá expor-se que “matar é geralmente errado e deixar morrer é geralmente aceitável, mas essa frequência não é importante para a avaliação ética”.¹¹²

Os defensores da prática de eutanásia não vislumbram uma qualquer distinção entre eutanásia passiva e ativa, uma vez que se as pessoas tem a opção de recusar tratamentos que se destinariam ao prolongamento da sua vida, antecipando a sua morte, então também deverão ter a opção de acabar com a sua vida, quando viver se torna demasiado penoso. Quando o paciente decide interromper ou não aceitar um tratamento, consideramos que este já não julga aceitável viver naquela situação e que deseja morrer. Será preferível acabar com este sofrimento de uma forma rápida e eficaz do que ficar desnecessariamente à mercê da chegada da morte.

Em alternativa, há quem sustente que esta distinção é importante porque há pacientes que deixam seguir a doença o seu curso e nem sempre morrem imediatamente, continuando a viver por mais tempo do que o previsto. Tanto a abstenção como a suspensão, quando apropriadas à situação do doente, não podem ser consideradas eutanásia, mesmo que a morte ocorra na sequência da tomada dessas decisões. Resume-se a um argumento contra a eutanásia, explicitando que ninguém tem o direito de retirar a vida a outrem de forma deliberada, valorizando o fato de ser um ato intencional.

¹¹⁰ *Ibid., id.*

¹¹¹ SALVINO, Leone, *op.cit.*, pp.57-58

¹¹² GONÇALVES, José António *op.cit.*, p.59

3. Legalização da eutanásia: reflexão crítica

O conflito surge do antagonismo entre duas concepções sobre a vida. De um lado, temos a sacralidade da vida que se traduz numa dimensão digna de toda e qualquer proteção, um direito fundamental, contrapondo-se ao princípio da qualidade de vida ligado à autodeterminação da pessoa humana.¹¹³

Fala-se de uma concepção utilitarista defendida por Jeremy Bentham e John Stuart Mill que encara o ser humano como “homem-coisa”, uma entidade que pode ser instrumentalizada.¹¹⁴ Citando Jeremy Bentham: “por princípio da utilidade, entendemos o princípio segundo o qual toda a ação, qualquer que seja, deve ser aprovada ou rejeitada em função da sua tendência de aumentar ou reduzir o bem-estar das partes afetadas pela ação (...).”¹¹⁵

Em contraposição, surge a teoria personalista que enaltece o valor do homem em si. O Estado terá de criar formas de proteger e valorar a pessoa. O direito à vida será universal, inviolável, inalienável e absoluto. Partindo da explanação destas duas teorias, enunciemos agora os vários argumentos desfavoráveis e favoráveis à legalização da eutanásia.

3.1 Argumentação desfavorável à aceitação da eutanásia

O argumento principal desta posição emana da importância colossal dada à vida humana sendo impensável conferir-se a alguém o direito a matar seja por piedade ou simplesmente a seu pedido.

Não se pode justificar um respeito maior pelo princípio da autonomia do que pela vida, pois, com a morte, arruína-se a autonomia, logo acabamos por contrariar qualquer respeito por esta, deixando de ser fundamentação plausível para se praticar a eutanásia.¹¹⁶ Sabemos que ter autonomia é algo imprescindível, tomar decisões é um comportamento diário, no entanto, é de atentar que, se uma escolha individual fosse o critério para se decidir o que é

¹¹³ ALVES, Ricardo, *op.cit.* pp.50-61

¹¹⁴ *Ibid.*

¹¹⁵ BENTHAM, Jeremy, *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, Batoche Books, 2000, pp.14-18

¹¹⁶ GONÇALVES, José António, *op.cit.*, p.103

certo ou o que as leis devem proteger, algumas acabariam revogadas, mesmo que fossem consideradas justas.¹¹⁷

Ademais, o direito de autodeterminação individual não será soberano, terá sempre de se harmonizar com outros direitos e valores; absoluto será sim o direito à vida. Temos um princípio predominantemente individual que entra em oposição a um interesse público defendido pela sociedade.¹¹⁸

A eutanásia nunca poderá ser considerada uma solução louvável porque um pedido para morrer poderá advir de estados depressivos, melancólicos, de desespero e não de uma verdadeira autodeterminação.¹¹⁹ O doente terminal encontra-se numa condição psicológica tão debilitada que está impossibilitado de tomar qualquer decisão que se afigure consciente. Estas poderiam ser sempre motivadas por outras questões que não a dor efetiva. Além do mais, a dor, sendo uma experimentação pessoal, não se pode medir, qualquer doente que quisesse recorrer a este método poderia alegar um sofrimento intolerável quando de facto não o possui.¹²⁰

Num prisma atento à ordem pública e social, aprovar a eutanásia poderia ser prejudicial a outros doentes, só pelo facto de se poder cogitar essa possibilidade. Os doentes poderiam ser pressionados a aceitá-la pela família e pessoas de quem dependem, por várias ordens de razões que nada tenham a ver com a atitude de compaixão que está na base de um ato eutanásico.¹²¹

Os idosos e os grupos sociais minoritários desprotegidos ficariam especialmente vulneráveis, sentindo que são um fardo para a sua família e um peso para a sociedade, diminuídos e solitários, seria mais fácil para eles resignarem-se a esta possibilidade dado que a veriam como uma obrigação.¹²² A eutanásia seria o “equivalente ao passeio na solidão da velhice (...) considera-se a si mesmo uma carga que precisa ser removida rápida e silenciosamente”.¹²³

¹¹⁷ KEOWN, John, *Evaluating Euthanasia* in NUNES Rui; REGO Guilhermina; DUARTE Ivone, *op.cit.*, pp. 219-242

¹¹⁸ BRITO, António José; RIJO, José Manuel, *op.cit.*, pp.127-133

¹¹⁹ OSSWALD, Walter, *Um fio de ética: exercícios e reflexões*, Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004

¹²⁰ GONÇALVES, José António, *op. cit.*, p.109

¹²¹ BRITO, António José; RIJO, José Manuel, *op.cit.*, pp.127-133

¹²² *Ibid.*

¹²³ CAMPBELL, Alastair, *Eutanásia e o Princípio da Justiça*, Trad. Hélia Chaves, reproduzido com permissão de Gill R. Editor, “Euthanasia and the Churches”, London: Cassel, 1998, pp.83-115

Poderia haver um potencial abuso, criando-se, na sociedade, uma aceitação ao ponto de não se persuadir as pessoas a mudarem de ideias, porque já seria um ato moralmente aprovado. Há quem concorde que a morte poderá, em raras situações, ser benigna, no entanto, este raciocínio caria por terra quando este presumível benefício fosse ultrapassado pelos potenciais malefícios provocados a muitos outros doentes que lograriam atenuar o sofrimento através de outra solução.¹²⁴ Por conseguinte, arriscará dizer-se que “oferecer a opção de morrer pode dar às pessoas novas razões para morrer”.¹²⁵

Já no que toca ao plano médico, os argumentos vão no sentido de que o ato de matar ou ajudar o doente a fazê-lo vai pôr em causa o juramento de Hipócrates que estes sagraram defender aquando do início da sua carreira.¹²⁶ Juraram proteger, salvar e curar a vida dos seus doentes sendo esta a razão prática da medicina, tratar e aliviar o sofrimento humano.

O exercício da eutanásia poderia contaminar a relação entre o médico e o seu paciente pondo em causa a “moralidade interna da medicina ao se questionar a sua natureza e os seus objetivos”.¹²⁷ Um paciente compreende que, mesmo encontrando-se a sofrer, a sua vida tem importância, sente uma quietude derivada da circunstância de crer que o seu médico e os seus familiares farão tudo para salvar a sua vida, porém, com a legalização, esta tranquilidade acabaria por desaparecer.¹²⁸

Praticar eutanásia irá contra os princípios da medicina. Mesmo que ela fosse validada não caberia o seu exercício aos médicos, vai para além da sua competência, embora seja um ato realizado utilizando meios médicos.¹²⁹ Assim sendo, estes não seriam obrigados a praticá-la legitimando-se a sua recusa médica. Debate-se que não estamos perante uma questão médica, mas sim uma questão relacionada com valores pessoais e como tal os profissionais da saúde não tem qualquer aptidão para entender e examinar a origem de um pedido destes.¹³⁰ Poderia desviar-se os médicos da sua verdadeira área da atuação, o alívio da dor e a procura de uma cura.¹³¹

Nenhum médico deverá abandonar o seu paciente, pois tem a responsabilidade de empregar todos os meios para conseguir curá-lo. Matar um doente intencionalmente seria

¹²⁴ GONÇALVES, José António, *op.cit.*, p.105

¹²⁵ David Velleman *apud* GONÇALVES, José António, pp.104-105

¹²⁶ *Ibid.*, *id.*

¹²⁷ PELLEGRINO, Edmund, “Doctors must not kill”, *Journal of Clinical Ethics* 3 (2):95, 1992

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ BRITO, António José; RIJO, José Manuel, *op.cit.* pp.124-134

¹³⁰ *Id.*, pp.127-133

¹³¹ *Ibid.*

uma maneira fácil de um profissional de saúde abandonar as suas responsabilidades humanas e pessoais.¹³²

Subsiste o risco de o médico ter realizado um diagnóstico errado sobre a irreversibilidade da doença ou a sua possibilidade de cura, mas não há um grau de cura que se traduza numa certeza.¹³³ Há sim a possibilidade de novas descobertas médicas, já que o que hoje pode ser um problema sem solução, amanhã poderá não ser. O progresso científico leva a que a medicina esteja em constante evolução, havendo inovação e o aperfeiçoamento das técnicas que controlam a dor, por exemplo.¹³⁴

Falando agora dos riscos inerentes à justiça podemos dizer que a lei contra o homicídio é uma constante lembrança para que, quer no contexto médico quer em outros, se perceba que cada vida humana é fundamental.¹³⁵ Além disso, a autoridade dada a um médico para matar conjuntamente com a decisão sobre a extensão de uma vida humana, revela-se numa dimensão demasiado poderosa.

Acresce a dificuldade em definir-se limites: até que ponto o homicídio pode ser autorizado? Veja-se os casos em que as pessoas praticam suicídio e muitas vezes não se concretizando a ação ou sobrevivendo, arrependem-se da decisão tomada. Esta liberalização da eutanásia seria um incentivo a pessoas que estão em momentos difíceis da sua vida.¹³⁶

Ficaríamos numa posição perigosa em que se deixariam desamparados vários membros da sociedade e isso é impensável. Teria de haver defesas na lei que evitassem a exploração destes. Porém, adotando uma legislação permissiva, levar-se-ia a práticas imprevisíveis e de gravidade indesejável, o designado argumento da “ladeira escorregadia” (“*slippery slope*”).¹³⁷ Neste sentido, o autor John Keown explica que a aceitação destes casos pela lei, “faria com que mais cedo ou mais tarde, resultam-se numa extensão da lei a outros casos”.¹³⁸ Afirma que, “por mais tentadora que possa ser a ideia da lei acomodar a “morte por misericórdia” em circunstâncias extremas, ceder à tentação subverteria a proteção da lei a todos”.¹³⁹ Além disso, não haveria nenhum mecanismo de controlo social

¹³² *Ibid.*

¹³³ FERREIRA, Nuno, Separata de *Lex Medicinæ*, *Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra Editora, 2008, pp.139-140

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ CAMPBELL, Alastair, *op.cit.*, pp.83-115

¹³⁶ *Ibid.*

¹³⁷ *Ibid.*

¹³⁸ KEOWN, John, *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argumente Against Legalisation*, Cambridge University Press, 2002, pp. 70-80

¹³⁹ *Id.*, p.80

que impedisse esta prática em doentes que não tivessem prestado qualquer tipo de consentimento.¹⁴⁰

Para finalizar, há que aludir às razões de natureza religiosa e nesta perspetiva prevê-se que retirar a vida a alguém é uma função que só pertence a Deus. O nascimento e a morte acontecem em momentos certos e contrariar esta naturalidade será uma violência contra a própria natureza.¹⁴¹ A Declaração sobre a Eutanásia, decretada pelo Papa João Paulo II assevera que “a morte voluntária ou suicídio, portanto, é tão inaceitável como o homicídio: porque tal acto da parte do homem constitui uma recusa da soberania de Deus e do seu desígnio de amor.”¹⁴²

3.2 Resposta positiva à legalização da eutanásia

É de relembrar que a eutanásia surge como uma opção de se proporcionar ao doente uma morte sem sofrimento. Esta advém dos remotos povos da antiguidade sendo uma prática milenar.

A eutanásia só será legítima se for voluntária, é aqui que entra o fundamento desta: consentimento e respeito pela autonomia. Todos os pacientes têm direito a escolher como desejam morrer, devendo prevalecer a sua escolha individual sobre o interesse da sociedade.¹⁴³ O princípio da autodeterminação deverá sempre predominar, sem que seja forçosamente abreviado o respeito pela vida humana. Se a eutanásia fosse legalizada seria reduzida apenas aos pacientes conscientes e livres para decidir por si autónoma e livremente.¹⁴⁴ Os doentes vão perdendo a esperança, a vontade de viver e já não se revêm nos seus projetos de vida. Respeitar a sua última vontade seria conservar o seu derradeiro momento final enquanto ser humano provido de dignidade.¹⁴⁵

O consentimento é um dado adquirido no direito médico e, como tal, não se compreende que o paciente possa recusar tratamentos médicos considerados basilares e não

¹⁴⁰ *Ibid., id.*

¹⁴¹ BRITO, António José; RIJO, José Manuel, *op.cit.*, pp.127-133

¹⁴² Declaração sobre a Eutanásia, Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé, 5 de maio de 1980

¹⁴³ PINTO, José Manuel; CUNHA, Teresa Montalvão da, *op.cit.*, pp.7-10

¹⁴⁴ BRITO, António José; RIJO, José Manuel, *op.cit.*, pp.127-133

¹⁴⁵ FLEW, Antony, *Princípio da Eutanásia* in W.B Yeats, A Eutanásia. Estudos, Trad. Maria Monteiro, Edições Elfos, 1967

possa dar consentimento para o modo como quer morrer. A atitude coerente seria a opinião do doente ser igualmente valorada como é em todos os outros atos médicos.¹⁴⁶

Cada indivíduo tem um nível de tolerância para o sofrimento, portanto, não existe uma resposta objetiva que se possa aplicar a todos. Da mesma forma, não é exequível deduzir-se o momento em que viver deixa de ser suportável, em razão disso, será primordial que seja o paciente a manifestar-se.¹⁴⁷

Mas poderá a eutanásia ser um direito? Quando falamos deste assunto, imediatamente cogitamos sobre o papel dos médicos e dos familiares na prática deste ato, mas o quesito essencial não será se estas pessoas têm direito ou não a executá-la, será sim se o doente terminal tem esse direito. É adequado que assim seja. O doente é que tem de usufruir do direito a decidir a sua própria morte e só em função deste é que se pode definir os direitos dos outros intervenientes.¹⁴⁸ A eutanásia não pode ser considerada uma questão médica, é antes uma questão da sociedade, de todas as pessoas que desejam alcançar deste modo a sua morte ideal.¹⁴⁹

Quando estamos perante uma etapa final, a morte já é algo prognosticado e a escolha já não será entre viver ou morrer, mas sim sobre a escolha entre dois modos de se conceber a morte: morrer em consequência de uma decisão tomada por si em que a responsabilidade e liberdade associadas à morte ficarão a seu total encargo ou esperar e morrer naturalmente tomando esta as rédeas do acontecimento.¹⁵⁰

Quem defende a eutanásia não entende a razão que leva a não se poder ajudar a morrer alguém que assim o solicitou e se encontra num estado degradante, em morte iminente. O direito a uma morte digna surge-nos como um “direito de quarta geração (...) mas reconhecido em múltiplos textos éticos e jurídicos, no plano nacional e internacional”.¹⁵¹ Segundo Helena Pereira de Melo é visto como um “direito subjetivo, um poder conferido pela ordem jurídica a uma pessoa dotada de personalidade jurídica e em estado terminal.”¹⁵²

¹⁴⁶ FERREIRA, Nuno, *op.cit.*, p.40

¹⁴⁷ YUNTA, Eduardo, La eutanasia y sus argumentos. Reflexión crítica, *Ars Medica, Revista de Estudios Médicos Humanísticos*, vol.29, nº1, 2000

¹⁴⁸ POHIER, Jacques, *A Morte Oportuna. O Direito de Cada um Decidir o Fim da Sua Vida*, Trad. Geminiano Franco, Coleção: Ciência Aberta, Notícias Editorial, 1998, p.135

¹⁴⁹ *Ibid.*

¹⁵⁰ *Id.*, pp.137-141

¹⁵¹ PEREIRA, André Dias; MATOS, Mafalda Francisco, *op.cit.*, p.357

¹⁵² Helena Melo Pereira, *apud* PEREIRA, André Dias; MATOS, Mafalda Francisco, *op.cit.*, p.357

No entanto, a expressão morrer com dignidade engloba uma vivência pessoal e como tal, cada ser humano é que deve avaliar o que para si é morrer com dignidade. Não é justo obrigar-se a respeitar as condições de vida e de morte que supostamente trazem dignidade só porque outros as reconheceram como tal.¹⁵³ Mesmo os defensores da eutanásia não podem afirmar que esta será o modo mais digno de morrer, seria antinómico não se concordar com quaisquer outras formas igualmente dignas. O que se censura é “o facto de a escolha pela eutanásia se considerar indigna”.¹⁵⁴

Segundo James Rachels, obtido o consentimento, nada é incorreto em se permitir a eutanásia porque “a ação moralmente certa em qualquer situação é a que produza maior felicidade sobre a infelicidade, em algumas situações o balanço entre ambas pode ser obtido com a eutanásia logo esta em algumas situações pode ser a moralmente correta”.¹⁵⁵

A eutanásia seria uma prevenção da crueldade, no sentido em que uma lei que obriga um ser humano a viver contra a sua vontade num estado físico degradante é uma lei cruel que não tem em consideração a qualidade de vida nem o bem-estar físico ou emocional deste e muito menos daqueles que o rodeiam. Nas palavras de Jacques Pohier temos um paciente diminuído e reduzido “a uma pobre imitação do ser humano, um pedaço de carne em sofrimento, apenas aliviado nos intervalos de torpor causados pelos medicamentos”.¹⁵⁶ Na realidade, o doente terminal nesta fase final já não tem o que se poderá chamar vida em todo o seu significado, apenas temos um corpo debilitado que sobrevive da submissão a ferramentas artificiais. É um ser humano sem personalidade visível, autonomia ou criatividade e a vida deixa de ter qualidade e sentido, de forma que a morte se torna preferível.

Concentremo-nos agora nos argumentos médicos. Começemos por proferir que o princípio de beneficência tem como finalidade subjacente o alívio da dor e sofrimento dos pacientes, portanto, com uma morte querida e sem sofrimento estar-se-ia igualmente a cumprir esta finalidade. Ademais, os médicos cumpririam este princípio não abandonando os seus pacientes nesta fase final de vida.¹⁵⁷

¹⁵³ POHIER, Jacques *op.cit.*, p.144

¹⁵⁴ *Id.*, p.152

¹⁵⁵ RACHELS, James, *The Elements of Moral Philosophy*, Mcgraw-Hill Colege, NY, 1999, pp.93-96

¹⁵⁶ POHIER, Jacques, *op.cit.*, p.45

¹⁵⁷ V.QUILL, T.E.; CASSEL, C. K. Nonabandonment: A Central Obligation for Physicians, *Annals Internal Medicine* 122, 1995

O médico não teria de tomar uma qualquer decisão; seria o paciente, ele apenas se limitaria a atender ao pedido, não indo assim contra a sua vocação; mas, se mesmo assim não concordasse, teria sempre a possibilidade de recorrer à objeção da consciência.¹⁵⁸ É verdade que a medicina está em constante avanço e não se deve desistir de encontrar curas. Contudo, qualquer juízo sobre a curabilidade ou incurabilidade de uma doença é incerto e é ainda de referir que em todas as áreas existirão erros. No que concerne à possibilidade de existência de erro, deveríamos informar sempre o paciente.¹⁵⁹ Além de que, para se evitar erros de diagnóstico, teríamos a opinião de dois médicos. As preocupações destes com o bem-estar dos seus pacientes deveriam ser entendidas num sentido mais abrangente, incluindo a assistência do doente na sua morte.¹⁶⁰

Temos de mencionar o caso em que as pessoas decidem recorrer ao suicídio sozinhas ou com a ajuda de outros que não tem qualquer formação médica, acabando por tornar a morte numa experiência obscura e a maioria das vezes muito dolorosa.¹⁶¹ Desta forma, aumenta-se o sofrimento do doente e da sua família, tornando a situação totalmente dramática e desumana. Os médicos, com os conhecimentos que têm, podiam evitar estas situações proporcionando uma morte digna, sem mutilações e sem crueldade.

Dizer-se que só pelo facto de uma pessoa desejar a morte está num estado depressivo é um argumento inaceitável indo “contra a própria ética da psicanálise”.¹⁶² A pessoa apenas se sente exausta, com uma dor física inigualável e um sofrimento psicológico esgotante de ver os que a rodeiam a sofrer. O seu pensamento angustiante acaba por ser o não querer ser recordada nesta condição deteriorante. Será apenas um desejo de um doente terminal desgastado, mas em estado consciente que “os médicos e juízes, senhores de um aparente humanismo teimam em mantê-lo vivo” contra a sua vontade.¹⁶³

Na perspetiva jurídica, a eutanásia não pode ser considerada um homicídio porque não há o intuito de matar-se com maldade ou sem o consentimento, não é por ela ser legalizada que se deixaria de acreditar na punição do homicídio. A verdade é que, na maioria dos países, a eutanásia ocorre em sigilo por ser um ato punido e não há qualquer controlo

¹⁵⁸ Regulamento n.º 707/2016, art.12º: “O médico tem o direito 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.”

¹⁵⁹ POHIER, Jacques, *op.cit.*, pp.41-65

¹⁶⁰ GONÇALVES, José António, *op.cit.*, p.109

¹⁶¹ POHIER, Jacques, *op.cit.*, pp.41-65

¹⁶² *Ibid.*

¹⁶³ REAL, Miguel. *op.cit.* p.103

sobre estas ações.¹⁶⁴ Com a legalização, teríamos parâmetros definidos, condições em que seria executada e critérios rígidos a serem respeitados, salvaguardando-se a eventualidade de abusos.

Depois desta elucidação, falta apenas mencionar que qualquer argumento religioso pode ser interpretado da seguinte forma: se Deus é amor, então Deus compreenderá a decisão de alguém que está no limite da sua vida ou de forma mais radical, retirar-se a ideologia religiosa do ato de morrer, apenas aceitando-o como algo natural que devemos ultrapassar.¹⁶⁵

4. Estatuto jurídico da eutanásia em Portugal

Na nossa Constituição, o direito à vida e à dignidade da pessoa humana são apreciados como princípios constitucionalmente protegidos, não admitindo nenhuma exceção. Faria Costa diz que o art.24/1 da Constituição “representa uma pedra de toque em todo o plano arquitetural jurídico português”, no entanto, não se pode afirmar que a vida possui sempre um valor absoluto.¹⁶⁶ Se assim fosse, no direito penal, o suicídio teria de ser punido e não poderia existir o instituto da legítima defesa. Esta concretiza-se numa ação que conduz ao afastamento de um perigo iminente que de outro modo não seria evitável. É considerada uma conduta adequada, contudo levará ao homicídio.¹⁶⁷

O legislador português teve uma especial cautela no que toca à eutanásia, nunca usando o vocábulo em qualquer preceito legal, mas configurando a eutanásia ativa como “homicídio a pedido da vítima”, “homicídio privilegiado” ou “ajuda ao suicídio”.¹⁶⁸ As molduras penais destes tipos de crimes são diferentes e podemos deduzir que “é impossível não pensar que o programa político-legislativo coberto por estas normas não tivesse já em mente a problemática eutanásia”¹⁶⁹ Costa Andrade referindo-se à disparidade entre os preceitos

¹⁶⁴ POHIER, Jacques. *op.cit.*, pp.106-107

¹⁶⁵ REAL, Miguel. *op.cit.* p.105

¹⁶⁶ COSTA, José de Faria, *op.cit.*, pp. 786

¹⁶⁷ *Ibid.*

¹⁶⁸ Art.134/1 do CP: “Quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha feito é punido com pena de prisão até 3 anos”.

Art.133º do CP: “Quem matar outra pessoa dominado por uma compreensível emoção violenta, compaixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral, que diminuam sensivelmente a sua culpa, é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos”

Art.135 do CP: “Quem incitar outra pessoa a suicidar-se, ou lhe prestar ajuda para esse fim, é punido com pena de prisão até 3 anos, se o suicídio vier efetivamente a ser tentado ou a consumir-se (...) menor de 16 anos ou tiver, por qualquer motivo, a sua capacidade de valoração ou de determinação sensivelmente diminuída, o agente é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos”

¹⁶⁹ COSTA, José de Faria *op.cit.*, p. 790.

legais estatuídos no art.134º e 135º, menciona que “a única diferença entre o suicídio e o homicídio a pedido é apenas a que medeia entre a prossecução de um fim por mão própria ou em divisão do trabalho; em ambos os casos é a pessoa cansada de viver que determina o fim e o modo de o alcançar”.¹⁷⁰ Apesar de existir consentimento da vítima, este não pode ser valorado juridicamente e não está apto para legitimar qualquer tipo de pedido deste género, não sendo bastante para que o facto não seja punível.¹⁷¹

É de aludir ao crime de homicídio privilegiado, no sentido em que, sempre que haja um fundamento que diminuía a culpa do agente como “compaixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral”, a pena de prisão será reduzida. Segundo João Loureiro este preceito “remete (...) para a eutanásia involuntária”.¹⁷² Ainda sobre esta norma, Eduardo Correia, autor do projeto inicial do Código Penal, refere que o art.133º, em relação à eutanásia ativa, será “uma solução intermédia: nem se pune como homicídio nem se deixa de punir (...) pretende-se a punição mas só dentro dos limites do artigo”.¹⁷³ Portanto, é visível desde logo o carácter marcadamente proibitivo deste instituto no nosso ordenamento jurídico.

Quanto à ortotanásia é aceite como ação fundamentada e sem relevância penal. É considerada uma prática lícita e adequada sempre que qualquer tratamento já se tenha tornado inútil ou desproporcionado.¹⁷⁴ Compreende-se que haja a sua suspensão ou abstenção a fim de não produzir mais dor ao paciente. Referente à abstenção ou interrupção de tratamentos em doentes terminais ou naqueles em que haja morte cerebral, será admissível sempre que os meios extraordinários utilizados apenas adiem a morte gerando mais consternação.¹⁷⁵ Citando Costa Andrade: “Não há nenhum imperativo – ético, médico ou jurídico - que obrigue a prolongar a vida a todo custo”.¹⁷⁶ Pode-se afirmar que no plano jurídico-penal, não se considera auxílio ao suicídio a recusa de qualquer tratamento. Ainda

¹⁷⁰ ANDRADE, Manuel da Costa, Artigos 134.º, 135.º, 150.º e 156.º do Código Penal, in *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial, Tomo I*, Coimbra Editora, 2012

¹⁷¹ Não obstante, o consentimento da vítima será considerado um fator de atenuação aquando da determinação da pena conforme o art.72º CP.

CARDOSO, Augusto Lopes, *Alguns Aspetos Jurídicos da Eutanásia*, Lisboa, 1990, pp.7-30

¹⁷² LOUREIRO, João Carlos, Saúde no fim da vida: entre o amor, o saber e o direito II – Cuidado(s), *Revista Portuguesa de Bioética* / (n.º 4) / abril-maio 2008, p.52

¹⁷³ Eduardo Correia, Comentário ao Código Penal *Apud* CARDOSO, Augusto Lopes, *op.cit.*, pp.7-10

¹⁷⁴ GODINHO, Adriano Marteleto, Pref. André Dias Pereira, *Eutanásia, Ortotanásia e Diretivas Antecipadas de Vontade - O Sentido de Viver e Morrer com Dignidade*, Juruá Editora, 2016, pp.7-15

¹⁷⁵ *Ibid.*

¹⁷⁶ Costa Andrade *apud* PEREIRA, André Dias; MATOS, Mafalda Francisco, *op.cit.*, p.370

que o paciente venha a morrer em consequência dessa decisão, o médico apenas respeitou a sua vontade.¹⁷⁷

A doutrina do duplo efeito será igualmente aceite. Abrange situações em que os profissionais de saúde se depararam com níveis de dor tão elevados que necessitam de utilizar meios e substâncias que, por vezes, tem como efeito colateral a restrição da vida do paciente. Esta é uma conduta legítima porque é “um risco assumido pela prática médica” e realizado com intenção de aliviar o seu sofrimento, sempre que não haja outros instrumentos.¹⁷⁸

Relativamente à distanásia, consideramos que são ilícitos tratamentos e intervenções sem o consentimento do paciente. Ademais, o prolongamento injustificado da sua vida através de meios extraordinários será uma atitude condenada pela deontologia médica, ressalvando-se os casos em que os tratamentos tenham sido pedidos explicitamente pelo doente.¹⁷⁹

Quanto aos pedidos de morte, como o suicídio assistido ou eutanásia feitos em testamento vital, os médicos deverão abster-se de segui-los, não estão obrigados a respeitar a vontade do doente, e, se o fizerem, poderão ser responsabilizados pelo crime de homicídio a pedido da vítima.¹⁸⁰ Qualquer disposição desse género será considerada ineficaz, “ninguém poderá causar danos a outros, mesmo que estes o solicitem”.¹⁸¹

É de aludir que o jurista Jiménez de Asúa afirma que um juiz perante uma hipótese de eutanásia pode: conceder perdão, não aplicando uma qualquer pena por entender que os factos e circunstâncias fundamentam a existência de uma causa de exclusão; considerar que a conduta típica poderá ser abrangida por uma norma geral mais permissiva que a torne lícita; julgar a ação como socialmente adequada ou decidir pelo crime de homicídio puro ou privilegiado.¹⁸² Já no nosso sistema jurídico para que haja responsabilidade penal de um médico, têm de estar preenchidos quatro requisitos: agir de acordo com um comportamento passivo ou ativo que leve à morte do paciente; a ação ou omissão tem de ter como base uma clara intenção de o matar; o comportamento tem de resultar de um pedido expresso do doente

¹⁷⁷ *Id.*, p.366 Costa Andrade defende que “a obediência à vontade do paciente – que se opõe a um tratamento indicado para lhe salvar ou prolongar a vida, ou reclama a interrupção do tratamento já iniciado e indispensável para assegurar a sua sobrevivência – não colide com a incriminação do *Homicídio a pedido da vítima* (artigo 134º)”.

¹⁷⁸ *Id.* p.360

¹⁷⁹ *Ibid.*, *Id.*

¹⁸⁰ BRITO, António José; RIJO, José Manuel, *op.cit.*, pp.110-116

¹⁸¹ *Id.*, pp.121-126

¹⁸² Jiménez de Asúa *apud* BRITO, António José; RIJO, José Manuel, *op.cit.*, pp.119-120

em fase terminal e ter como propósito o alívio do seu penar e existir um nexó causal entre o ato médico e a morte daquele.¹⁸³

Em suma, o ordenamento jurídico português nunca refere normas concretas quanto à questão debatida, apenas o faz de forma indireta. O que se poderá retirar daqui é que o legislador não quis uma punição demasiado severa deste ato e, como tal, compreende-se que haja uma certa abertura para a possibilidade da legalização da eutanásia. Os direitos fundamentais “impõem-se sobre os seus próprios titulares” e é de considerar que o bem jurídico fundamental vida tem de se conciliar com outros direitos igualmente importantes consagrados e defendidos constitucionalmente, desde já, a liberdade, a autodeterminação individual e desenvolvimento da personalidade (art.26º e 27º da CRP).¹⁸⁴

Com a legalização da eutanásia, teríamos uma decisão baseada num “pedido sério, instante e expresso, não podendo ser senão praticada em circunstâncias inequivocamente excecionais e justificadas”.¹⁸⁵ Ficaria assim assegurado o princípio da autodeterminação do paciente, da sua liberdade de escolha, além de que esta só se aplicaria a doentes em fase terminal. Todos os outros casos ficariam de fora destes limites, não sendo tolerada e, sendo o consentimento o que legitima esta, entender-se-ia que o nosso sistema a excluiria como opção de qualquer menor ou “doente mental, mesmo que tenha expresso essa vontade em momento lúcido”.¹⁸⁶ Assim, a norma legal do art.24º da CRP seria respeitada, havendo apenas uma atitude permissiva quanto à violabilidade da vida neste único caso com particularidades pertinentes, sendo o principal facto a morte ser algo iminente.

A vida é e sempre será um bem fundamental e a norma que estabelece como crime o homicídio continuaria a ser um preceito firme, assegurando que a vida humana é preciosa e é dever do ser humano respeitá-la. No entanto, terá de se admitir que, numa fase terminal de vida, honrar-se a vontade do paciente seria uma atitude nobre que merece o apoio da lei.

Abriu-se uma brecha na defesa da vida e com ela uma evolução na legislação portuguesa bem como na mentalidade da sociedade aquando da despenalização do aborto. Podemos afirmar que com que esta inovação na lei, diminuiu-se drasticamente o número de abortos efetuados na clandestinidade que provocavam graves lesões físicas e, por vezes, a morte. E quanto ao argumento da “ladeira escorregadia”, este não se efetivou, não foi por o aborto ser

¹⁸³ BRITO, António José; RIJO, José Manuel *op.cit.*, pp 117-120

¹⁸⁴ PEREIRA, André Gonçalves Dias; MATOS, Mafalda Francisco, *op.cit.*, pp.363-365

¹⁸⁵ COSTA, José de Faria, *op.cit.*, pp.795-797

¹⁸⁶ *Id.*, p.796

despenalizado que passou a haver um número desenfreado de solicitações. O preceito não se ampliou a quaisquer outros casos e a lei não se foi tornando benevolente, seguindo-se os requisitos legais iniciais. Esta opção legislativa acabou por ser considerada uma conquista e deveria servir de inspiração para a criação de uma lei que regulasse a temática da eutanásia. Observando-se o caminho que já se percorreu desde a legalização do aborto até à atualidade, assoma-se uma visível evolução da sociedade e do progresso do mundo jurídico. Acredita-se que estará na hora de se voltar a prosperar, mas desta vez no que toca à legitimação da eutanásia.

Na prática, avaliando as normas do nosso Código Penal, o próprio legislador sempre usou um critério atenuante quando estamos perante um homicídio piedoso. A comunidade já debate publicamente sobre os problemas em fim de vida e a coletividade em geral, já tem uma ideia formada sobre esta problemática. Para que haja uma aprovação da eutanásia, antes de mais, será necessário a apresentação de uma proposta de lei intransigente em que se defenda eficazmente os interesses de quem pede um ato eutanásico. Além disso, serão imprescindíveis critérios que delimitem rigidamente a sua aplicação e que haja uma definição de conceitos clarificadora, evitando o surgimento de quaisquer ambiguidades.

4.1 Direito Comparado: os casos de legalização

No decorrer dos anos, alguns países foram dispendo sobre a morte assistida. Uns optaram pela descriminalização do suicídio assistido, outros pela legalização da eutanásia e houve casos em que os preceitos legais se referiram a ambas situações.

A Holanda foi o primeiro país europeu a legalizar a eutanásia conjuntamente com o suicídio assistido através da lei “*Termination of Life Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*” em 2002.¹⁸⁷ Esta certificou-se do cumprimento de vários requisitos, indicando expressamente que apenas será aplicável a doentes terminais em que não haja uma possibilidade de cura e que sejam portadores de um sofrimento insuportável. O procedimento será sempre precedido de uma decisão tomada em estado consciente. Quando haja um pedido agendado e o doente entre em estado de inconsciência, o médico deverá consultar o “*Royal Dutch Medical Association*”¹⁸⁸, a pedido do “*Board of Procurators General of the Public*

¹⁸⁷ [Acesso em: 2018-12-12] Original em <http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2012-10-10> Versão em inglês disponível em <https://www.houseofrepresentatives.nl/dossiers/euthanasia>

¹⁸⁸ [Acesso em: 2018-12-12] Disponível em <https://www.knmg.nl/contact/about-knmg.htm>

Prosecution Office” e do “*Healthcare Inspectorate*”, entidades que decidirão sobre a veracidade da deliberação tomada.¹⁸⁹

O médico terá ainda a obrigação legal de comunicar cada ocorrência consumada ao médico patologista municipal e este à Comissão de Controlo da Eutanásia. Ademais, será sempre ouvida a opinião de um segundo profissional de saúde.¹⁹⁰

O recurso à eutanásia é autorizado a partir dos 12 anos, com consentimento dos pais ou representantes legais. Porém, a partir dos 16 anos já podem tomar essa decisão autonomamente, não obstante, os pais terão de ser ouvidos em todo o procedimento. É ainda de referir que a eutanásia poderá ser executada em recém-nascidos, em situações de deficiência grave detetada no feto, praticando-se o aborto em fim de gestação.¹⁹¹

Seguiu-se a Bélgica, autorizando a eutanásia ativa em 2002. É de esclarecer que se esta for executada por pessoa que não seja médico será considerada um crime de homicídio simples. Quanto à ajuda ao suicídio será igualmente punível, considerando-se “falta de assistência a pessoa em perigo”.¹⁹²

Em 2014, a lei foi modificada e introduziu-se a permissão para menores de idade recorrerem à eutanásia, tornando-se um caso singular no mundo.¹⁹³ Merece destaque o facto de não haver qualquer limite de idade específico, contudo, a criança tem de ter discernimento para entender o alcance da decisão que está prestes a tomar. Será inevitável uma avaliação médica que inclua a especialidade de psiquiatria infantil para se apurar o grau de maturidade do paciente. De seguida, será também sujeito a uma comissão especial. É requisito obrigatório a autorização dos pais ou representantes legais.

A Suíça é conhecida por ser o país onde surgiu a *Exit* e a *Dignitas*, organizações associativas que auxiliam o suicídio assistido. Erroneamente é associada à prática de eutanásia sendo que neste ordenamento jurídico a eutanásia ativa é considerada crime. O homicídio a pedido da vítima é punido com pena de prisão até três anos ou multa, mas o suicídio assistido é permitido, desde que, baseado em motivos piedosos.¹⁹⁴

¹⁸⁹ PINTO, José Manuel; CUNHA, Teresa Montalvão da, *op.cit.*, p.30

¹⁹⁰ *Ibid.*

¹⁹¹ *Ibid.*

¹⁹² *Id.*, p.17

¹⁹³ *Ibid.*

¹⁹⁴ *Id.*, pp.44-45

É considerada como fomentadora de um “turismo de morte”, no sentido em que a *Dignitas* aceita qualquer paciente estrangeiro e auxilia-o no seu suicídio. Recorrem a esta cidadãos de países que possuem ordenamentos jurídicos que vedam esta prática.¹⁹⁵

O Luxemburgo em 2009 acrescentou ao seu código penal um preceito que retifica que um médico que aceda a um pedido de eutanásia ou de suicídio assistido, se respeitar as condições previstas na lei não comete qualquer crime.¹⁹⁶

Quando estamos perante uma pessoa adulta que não seja capaz de expressar a sua vontade, mas tenha utilizado o testamento vital para assegurar o recurso à eutanásia ativa, esta disposição será apreciada como válida. Não obstante, terá de haver uma avaliação médica em que se assina na doença incurável, na situação irreversível do paciente e no seu estado de inconsciência. É ainda permitido ao paciente nomear uma pessoa da sua confiança com o intuito de o representar e comunicar ao médico a sua vontade.¹⁹⁷

Já nos EUA tanto a eutanásia como o suicídio assistido são proibidos, porém, há cinco estados que consentem a prática deste último. O estado de Oregon foi o primeiro a legalizar o suicídio assistido em 1997. Da sua possível aplicação destacam-se algumas condições: apenas se aplica a doentes com mais de 18 anos, estes têm de estar de plena consciência e terão de submeter ao médico dois pedidos verbais e um por escrito.¹⁹⁸

Seguiu-se Washington em 2008, com uma votação por referendo e em 2009, Montana através de via jurisprudencial baseada numa ocorrência real.¹⁹⁹

Em 2013 foi a vez de Vermont aprovar uma lei designada de “*End of Life Choices Act*”.²⁰⁰ Considera-se um ato destinado a pacientes maiores de idade e que tenham residência em Vermont. Ademais, só será aplicado a doentes com uma estimativa de vida menor que seis meses e que tenham competência para voluntariamente autoadministrarem-se com uma dose letal.²⁰¹

¹⁹⁵ FERREIRA, Nuno, *op.cit.*, pp.143-144

¹⁹⁶ *Id.*, pp.36-37

¹⁹⁷ Lei de 16 de Março de 2009

¹⁹⁸ PINTO, José Manuel; CUNHA, Teresa Montalvão da, *op.cit.*, p.26

¹⁹⁹ *Ibid.*

V. KNAPLUND, Kristine S., *Montana Becomes Third U.S. State to Allow Physician Aid in Dying*, Pepperdine University School of Law Legal Studies Research Paper Series Paper Number 2010/17

²⁰⁰ “End of Life Choices Act” [Acesso em 2018-12-12] Disponível em:

https://www.parliament.act.gov.au/in-committees/select_committees/end-of-life-choices

²⁰¹ Vermont. Department of Health. Patient choice and control at end of life [Acesso em: 2018-12-12]

Disponível em: <http://1.usa.gov/1OGe9bd>

Finalmente, o Novo México em 2014 autoriza os médicos a encurtar vida de pacientes terminais, mas em 2015 a decisão é revogada. Por sua vez, a Califórnia em 2015 com a lei “*End of Life Option Act*” regulariza esta prática, orientada pelo Ato do Oregon de 1997.²⁰² Como requisitos gerais reitera que o “paciente seja maior de idade, tenha capacidade para tomar decisões médicas e que o seu pedido seja realizado com o apoio de três médicos – dois por via oral e um por forma escrita.”²⁰³

É de referenciar que a eutanásia ativa é vedada a nível federal e julgada como crime de homicídio. Apenas o suicídio assistido será regulado pelas leis estaduais. Ainda assim, a Alta Instância Judicial Federal vale como lei e assentiu quanto à eutanásia passiva.²⁰⁴

Por sua vez, o Código Penal Canadiano divide o homicídio em culposo ou não culposo, afirmando que este último não será crime. Todavia, haverá uma distinção entre homicídio planeado e outros tipos de homicídio, é neste último que ingressa a eutanásia ativa.²⁰⁵ Em 2015, o Supremo Tribunal decidiu-se pela descriminalização da morte assistida, argumentando que esta “proibição seria inconstitucional” e como tal, concedeu ao Parlamento o prazo de um ano para retificarem a lei. Em 2016, a proposta de lei que legaliza a eutanásia é finalmente aprovada, reconduzindo-se esta prática apenas a doentes em estado terminal.²⁰⁶

O Uruguai por grande influência do jurista Jiménez Asúa, defensor do direito à eutanásia ativa abriu a hipótese de descriminalização da eutanásia com base nos arts. 37º, 127º, 315º da Lei 9414, de 29 de junho de 1934.²⁰⁷ Estes apontam no sentido de que o juiz poderá aplicar um perdão judicial quando: se trate de um homicídio piedoso; se verifique que o agente atou movido por um sentimento piedoso; o agente não tenha antecedentes criminais e que a vítima lhe tenha reiteradamente implorado para morrer.²⁰⁸ No que toca ao suicídio assistido, as molduras penais mantiveram-se inalteradas, sendo punido com uma

²⁰² California Legislative Information. Assembly Bill nº 15 [Acesso em: 2018-12-12] Disponível em: <http://bit.ly/1T3ejBe>

²⁰³ PEREIRA, André Gonçalves Dias; MATOS, Mafalda Francisco, *op.cit.*, p.380

²⁰⁴ PINTO, José Manuel; CUNHA, Teresa Montalvão da, *op.cit.*, p.27

²⁰⁵ *Id.*, p.21

²⁰⁶ GODINHO, Adriano Marteleto, Pref. André Dias Pereira, *op.cit.*, pp.7-15

²⁰⁷ RETA A, Grezzi, *Código Penal de la República Oriental del Uruguay*. 4 ed. Montevideo: Fundación de Cultura Universitária, 1996

PINTO, José Manuel; CUNHA, Teresa Montalvão da, *op.cit.*, pp.46-47

²⁰⁸ *Ibid.*

pena de 6 meses a 6 anos de prisão.²⁰⁹ A Colômbia importou o modelo judicial do Uruguai sendo conhecido o primeiro caso de eutanásia ativa em 2015.²¹⁰

Apesar do avanço legislativo inspirado nos ensinamentos do célebre jurista espanhol, acredita-se que a dificuldade na implementação de uma lei reguladora da eutanásia se deve a questões religiosas, influência marcante em ambos os países.

Entretanto, o Brasil começou a debater sobre a despenalização da eutanásia. O Código Brasileiro já apostou em soluções de exclusão da licitude, de acordo com o Projeto de Lei nº 236/2012. Existirão casos em que o juiz deixará de aplicar uma pena em função das circunstâncias concretas do acontecimento, havendo um “perdão judicial”. No que toca à ortotanásia passou a ser completamente aceite.²¹¹

Depois de uma análise geral, podemos perceber que há uma diversidade legislativa, não havendo um único formato regulamentador desta questão. Mesmo os países que seguiram a legalização ou descriminalização da eutanásia, do suicídio assistido ou só deste último, encaminharam-se por escolhas distintas.²¹² Há países que preferiram modificar as suas normas penais relativas ao homicídio a pedido ou ajuda ao suicídio, enquanto outros países não fizeram nenhuma alteração aos seus códigos penais, apostando na estatuição de leis autónomas.²¹³

É de indicar as várias atitudes dos ordenamentos jurídicos perante a prática de eutanásia: há países que a enquadram num tipo legal criado para o efeito; outros vão pelo caminho da atenuação de pena, aquando da sua prática; há aqueles que a punem com uma pena mais leve do que a seria aplicada a um caso de homicídio simples; poderá haver a possibilidade de ser descriminalizada ou legalizada e nestes casos deixa de ser crime; quando é considerada crime pode punir-se como homicídio simples, a pedido da vítima ou privilegiado e finalmente, há países em que continua a ser crime, mas os juízes na prática judicial poderão admiti-la, isentando o seu autor de pena.²¹⁴

Cada país legislará de acordo com o seu passado jurídico, as suas técnicas legislativas, as suas leis fundamentais, não esquecendo as influências de outros ordenamentos jurídicos. Denote-se que não é assim tão importante o modo como os países

²⁰⁹ *Ibid.*

²¹⁰ *Ibid.*

²¹¹ PEREIRA, André Gonçalo Dias; MATOS, Mafalda Francisco *op.cit.* p.379

²¹² FERREIRA, Nuno, *op.cit.*, p. 149

²¹³ *Id.*, pp.142-144

²¹⁴ PINTO, José Manuel; CUNHA, Teresa Montalvão da, *op.cit.*, p.47

decidem legalizar a eutanásia ou o suicídio assistido. Essencial será a criação de uma legislação criteriosa que responda a questões essenciais dessa prática, que consiga uma transparência e um imprescindível controlo destes atos, evitando abusos.

5. Cuidados Paliativos: uma alternativa viável?

No art.64º da CRP vislumbramos um direito de proteção da saúde de qualquer cidadão. Todos os profissionais de saúde têm um dever de tratar, mas tratar não basta. É preciso ter um dever de cuidar. Este cuidado transmite uma ideia de serviço prestado a outrem que envolve uma atenção *sui generis*. Engloba muito mais que os simples saberes técnicos advindos daquela profissão.²¹⁵

Existem inúmeros tipos de cuidados, todavia apenas nos debruçaremos sobre os cuidados paliativos porque são estes que se dirigem à etapa final de vida de um paciente. Por outras palavras, será “um cuidar em situações-limite”.²¹⁶ Portanto, estamos perante casos em que não há uma possibilidade de cura e como tal, tratar apenas em sentido técnico, não será uma opção adequada. Passamos a concentrar-nos num cuidado que se traduzirá numa relação de interajuda e de comunicação entre o paciente, a sua equipa médica e os seus familiares.²¹⁷ Estamos diante de cuidados que se destinam a promover a qualidade de vida dos pacientes terminais, atuando a nível da dor física, mas também a nível psicológico, emocional e espiritual. Abrangem o acompanhamento e bem-estar do doente e da sua família, a preparação para a morte encarando como uma etapa natural, não havendo um qualquer adiamento ou retardamento desta e pautando-se por um total respeito pelos seus valores e convicções.²¹⁸

Segundo João Loureiro, o cuidado pelos pacientes é albergado pelo princípio fundamental da dignidade humana e “o direito da liberdade traduz um cuidado que se revela no respeito pela autonomia”.²¹⁹ É ainda de referir que no art.64º da CRP não há qualquer menção aos cuidados paliativos porque estes ainda não tinham surgido.²²⁰

²¹⁵ LOUREIRO, João Carlos, *op.cit.*, pp.42-43

²¹⁶ ROSELLÓ, Francesc Torralba I, *Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas*, Madrid, 2002, p. 260

²¹⁷ ADAM, Evelyn, *Ser Enfermeira*, Trad. Francisco Correia, Lisboa, Instituto Piaget, 1994, p.90-92

²¹⁸ LAUREANO, Alexandre, *A pessoa no estado terminal* in ARCHER, Luís, BISCAIA, Jorge, OSSWALD, Valter, *Bioética*, Lisboa, Verbo, 1996, pp.358-359

²¹⁹ LOUREIRO, João Carlos, *op.cit.*, 44-45

²²⁰ *Ibid.*

A medicina paliativa é recente em Portugal surgindo no início dos anos 90. Os cuidados paliativos caracterizaram-se por uma lentidão significativa na sua difusão e desenvolvimento.²²¹ Em Portugal, existe apenas uma única associação profissional ativa denominada de Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP).²²²

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos assegura o direito de os cidadãos recorrerem a estes e para isso, foi concebida uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) que atua sob supervisão do Ministério da Saúde.²²³

O designado “Plano Estratégico Para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos” prevê a essencialidade deste tipo de cuidados, afirmando os benefícios que estes trazem quer para os doentes quer para os seus familiares.²²⁴ Ademais, menciona fatores importantes como: a diminuição do internamento hospitalar; da futilidade terapêutica; do recurso às urgências e aos cuidados intensivos, o que levaria a uma redução substancial dos custos de saúde.²²⁵

É de mencionar que em consonância com a European Association for Palliative Care (EAPC) temos dois diferentes tipos de cuidados: “ações paliativas” medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença” e cuidados especializados prestados “por equipas multidisciplinares próprias, com competências especializadas, focadas na otimização da qualidade de vida dos doentes.”²²⁶ No entanto, estes cuidados inseridos nos sistemas de saúde exigem estruturas de fácil comunicação e de apoio concreto tornando-se dispendiosos e a maioria das vezes, insuficientes para a quantidade de pessoas que necessitam deles. Este é o panorama que assola o nosso país: a maioria das pessoas não tem acesso aos cuidados paliativos devido à

Art. 64 da CRP: “Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação; (...) c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos”

²²¹ MARQUES, António Lourenço et al., O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal, *Patient Care*, outubro, 2009

²²² *Ibid.*

²²³ A Lei n.º 52/2012 refere que os cuidados paliativos “centram -se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva.”

²²⁴ [Acesso em: 2018-12-19] Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP-2017-2018-1-1.pdf>

²²⁵ *Ibid.*

²²⁶ *Ibid.*

[Acesso em: 2018-12-19] Disponível em: <https://www.eapcnet.eu/>

sua área de residência, a divisão entre cuidados especializados e abordagem paliativa não está a resultar levando a que famílias e os doentes não estejam a ser devidamente apoiados.

Publicado recentemente, um estudo sobre cuidados paliativos pediátricos apresenta-nos factos como: na área infantil, Portugal ainda é muito deficitário, morrem cada vez mais crianças no hospital, quando poderiam morrer em casa, noutra tipo de contexto.²²⁷ Mas para isso acontecer, seria necessário existir um vigoroso auxílio domiciliário, coisa que de momento não é possível por em prática. Por outro lado, conclui-se que as crianças que são devidamente portadoras de cuidados paliativos continuam a viver por mais tempo.²²⁸

Partindo agora do argumento contra a eutanásia de que qualquer pessoa que esteja fisicamente estável e com as suas necessidades emocionais reguladas não desejará desesperadamente morrer, logo fará com que a eutanásia não tenha qualquer importância, poderemos arguir que terá o seu fundo de verdade. Não obstante, desconstruindo este argumento, diremos que nem todas as pessoas pensam da mesma maneira e como tal, respeitar a multiplicidade de vontades dos pacientes será cabal. Haverão doentes que mesmo estando estáveis de momento, continuarão a ter consciência dos efeitos da sua doença a longo prazo: o aumento exponencialmente da dor ao ponto de se tornarem incapazes de elaborar tarefas básicas (como fazer a sua higiene), os sucessivos estados de torpor devido aos efeitos secundários dos fármacos e o constante sofrimento dos seus familiares. Por conseguinte, preferirão decidir por si o momento em que a sua morte ocorrerá, no seu devido tempo e à sua maneira. Não é razoável que se limite este pedido com o argumento de que com cuidados paliativos eficazes todos os doentes não desejariam morrer, é algo geral, impossível de avaliar, pertencendo a cada paciente a decisão.

Isto não significa que não apoiemos a promoção de cuidados de saúde domiciliários e hospitalares específicos e de qualidade para estes casos, pelo contrário, julgamos estes totalmente decisivos. A prática de eutanásia em nada invalida os cuidados paliativos e vice-versa; estes deverão ser sempre utilizados como primeira opção, numa tentativa de melhorar a qualidade de vida do paciente. Porém, em casos que os cuidados paliativos não resultem, independentemente dos motivos, será digno atender-se ao direito do paciente decidir como quer morrer.

²²⁷ GOMES, Barbara; LACERDA, Ana Forjaz de, Trends in cause and place of death for children in Portugal (a European country with no Paediatric palliative care) during 1987–2011: a population-based study in *BMC Pediatrics BMC serie*, 22 dezembro, 2017

²²⁸ Conclusões baseadas no estudo acima descrito.

Defende-se que a eutanásia possa ser considerada como uma última opção, desde que, haja um total respeito pela autodeterminação do paciente. Não se apoia um uso desenfreado deste ato médico como preferencial a qualquer outro tratamento, intervenção ou mesmo aos cuidados paliativos. E sempre que haja a prática desta como primeira opção, sem se atender a outras possibilidades, é determinante que ocorra uma investigação rigorosa que possibilite compreender se foi dada ao paciente outras opções e se foi corretamente informado sobre todas questões envolventes. Se por acaso o paciente apenas recorreu à eutanásia devido à ignorância de outros métodos, por falta de comunicação dos profissionais de saúde, deverão ser responsabilizados. Devemos estar atentos ao papel das autoridades competentes nesta matéria quer para a sua fiscalização quer para o seu efetivo controlo. A eutanásia será um ato advindo de uma escolha voluntária, informada e ponderada, tornando-se primordial que se salvguarde estas características.

Portugal ainda está a longos passos de ter uma rede nacional de cuidados paliativos eficaz. À vista disso, deveriam haver mais estratégias que incentivassem e dinamizassem este tipo de cuidados considerando a sua importância em fim de vida.

Um bom sistema de cuidados paliativos e a possibilidade de se recorrer à eutanásia poderiam fazer a diferença na obtenção de uma “morte digna”. No entanto, para que isso fosse possível, não se poderia sobrevalorizar a eutanásia aos cuidados paliativos tendo de ambas as opções serem consideradas eficientes e válidas.

5.1 Breve referência à sedação paliativa

Será relevante no contexto dos cuidados paliativos que façamos menção a um cuidado paliativo específico: a sedação paliativa. Esta é utilizada nos últimos dias de vida do paciente aquando da sua morte iminente. Tem como objetivo controlar alguns sintomas refratários que tornam os últimos momentos de vida do doente num sofrimento constante. Destacam-se o delirium, a dor e a dispneia.²²⁹

A sedação como o próprio nome indica, consiste na administração de uma dose de sedativos adequada ao grau de dor do paciente que por conseguinte, provocará a diminuição da sua consciência. Esta consequência esteve em debate durante muitos anos, por se confundir com eutanásia. Por vezes, a sedação paliativa, além de causar a diminuição da

²²⁹ KOVACS, Maria Julia *et al.*, *Temas Em Psico-oncologia*, Coleção: Big Bang, Summus, 2008, pp.393-394

consciência ao mínimo, terá como possível efeito secundário a abreviação da vida.²³⁰ No entanto, este procedimento apenas serve para aliviar os sintomas, não estando diretamente conexas à morte.²³¹ Será uma decisão que só faz sentido que seja tomada pelo paciente e pela sua família, recorrendo-se a esta quando já tenham sido experimentados todos os meios.

Recentemente, em Portugal com a Lei n.º 31/2018 de 18 de julho estabeleceu-se que “as pessoas com prognóstico vital estimado em semanas ou dias, que apresentem sintomas de sofrimento não controlado pelas medidas de primeira linha (...) têm direito a receber sedação paliativa com fármacos sedativos (...) ajustados exclusivamente ao propósito de tratamento do sofrimento”.

5.2 O núcleo familiar – direitos e deveres

Nesta matéria é essencial saber-se de antemão quem terá o chamado dever de cuidar aquando de uma situação de doença no seio familiar. É de referir que no plano civil o art.1674.º do CC, designado de dever de cooperação, dá-nos uma resposta. Este preceito legal diz-nos que o cônjuge tem uma “obrigação de socorro e auxílio mútuos”, portanto, depreende-se que se incluía aqui o dever de cuidar.²³² Em segundo lugar surgem os filhos como responsáveis. Como diz o art.1874º do CC “pais e filhos devem-se mutuamente respeito, auxílio e assistência”. No que toca aos netos, entende-se que se estes podem assumir o lugar dos pais na sucessão legítima através da representação também será razoável que tenham um dever de cuidado.²³³ Já no que toca a genros e noras, a questão torna-se mais complexa porque não há legislação que lhes imponha um qualquer dever legal de cuidar.²³⁴ No entanto, poderá retirar-se do art.1675º do CC um dever de assistência que se reflete na contribuição para encargos da vida familiar, portanto, podemos incluir “o cuidado a um ascendente” neste.²³⁵

²³⁰ *Ibid.*

²³¹ V. Azoulay, Daniel; Shahal-Gassner, *et al.*, Palliative Sedation at the End of Life: Patterns of Use in an Israeli Hospice, *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 2015

²³² PEREIRA, André Dias; CAMPOS, Juliana, O Envelhecimento: Apontamento acerca dos Deveres da Família e as Respostas Jurídico-Civis e Criminais, *Revista da Faculdade de Direito e Ciência Política*, N.º 10, Nova Série 61 – 80, Universidade Lusófona do Porto, 2017, pp.64-66

²³³ *Ibid.*

²³⁴ *Ibid.*

²³⁵ *Ibid.*

Depois de explanados os possíveis cuidadores, cabe agora escortinar a Lei nº52/2012 onde estão elencados no capítulo III, os direitos, deveres e responsabilidades quer do doente quer dos seus familiares.

De uma forma geral, os familiares têm direito a ser informados do estado clínico do seu familiar, a serem ouvidos na tomada de decisões e a receberem o apoio necessário em todo este processo. Por outro lado, têm o dever de cooperar com os médicos e com os restantes profissionais de saúde com o intuito de obter uma “eficiência dos cuidados prestados” tendo em conta o melhor interesse e o bem-estar do seu familiar.²³⁶

É ponto assente que a família é a estrutura essencial de qualquer pessoa quer se encontre doente ou não. É a esta que cabe a função de proteção e de cuidado dos seus entes queridos. Em contexto fim de vida torna-se ainda mais evidente, a necessidade de amparo desta. É a família que melhor conhece o doente terminal e, como tal, deverá fazer valer as suas vontades e demonstrar à equipa médica as opções a ter em consideração para que este se sinta com algum conforto.²³⁷

É em contexto familiar que o doente se sentirá melhor e mais apoiado emocionalmente. Este apoio será essencial e poderá vir a refletir-se nos sentimentos que este irá experienciar nesta fase final. O “(...) medo da dor, do isolamento, da solidão, do desconhecido, a angústia pela perda do controle da situação e pelo futuro dos seus. Nesses momentos, quando tantas coisas perdem valor, as necessidades afetivas assumem um relevo especial. Sentir-se então apreciado, respeitado, seguro, ter pessoas próximas em que confiar e a quem comunicar emoções, temores e desejos é extremamente importante”.²³⁸ Sendo assim, os seus últimos momentos tornar-se-ão uma partilha recíproca, criando-se uma maior leveza perante a possibilidade de morte iminente.²³⁹

Por outro lado, é necessário referenciar a tristeza angustiante vivida pela família, desde o momento em que recebe a notícia até aos seus últimos dias. Será um período doloroso para ambas as partes; ver alguém que se ama cada dia ficar mais debilitado traz

²³⁶ Lei nº52/2012

²³⁷ STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette, *Enfermagem comunitária - Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*, Lisboa, Lusociência, 1999

²³⁸ ELIZARI, Francisco Javier, *Questões de Bioética: Vida em Qualidade*, Trad. Bernardino Henriques, Porto: Editorial Perpétuo Socorro, 1996, p.181

²³⁹ MOREIRA, Isabel, *O Doente Terminal em Contexto Familiar: Uma Análise da Experiência de Cuidar Vivenciada pela Família*, Coimbra: Formasau, 2006

inquietação, exaustão e um sentimento constante de medo e perda.²⁴⁰ Além do doente, é igualmente necessário que os seus familiares tenham direito a usufruir de uma rede de apoio eficiente. É fulcral que entendam a doença, os seus contornos, que dominem as necessidades do doente e que saibam como agir. Estando a família inserida num quadro de cuidados, sentindo-se familiarizada com a doença, torna-se mais acessível a compreensão desta, tornando-se benéfico quer para estes quer para o seu familiar doente.²⁴¹

A família entra nesta conjuntura quer como cuidadora e prestadora de assistência, mas, ao mesmo tempo como “sofredora”.²⁴² Sentindo-se esclarecida e apoiada emocional e psicologicamente irá conseguir proporcionar ao doente os melhores cuidados, nunca olvidando a indispensabilidade de ser instruída pelos profissionais de saúde no que toca a estes. Com esta atitude positiva dos médicos e dos enfermeiros a família sente uma maior abertura a comunicar e fomenta-se uma relação de confiança e entrelaçada que se crê completamente fundamental.²⁴³

O sentimento de que fizeram tudo o que estava ao seu alcance para auxiliar o seu ente querido nas horas finais será determinante para a obtenção de uma maior paz interior, amenizando a maneira como lidam com a perda. Não havendo qualquer arrependimento ou sentimento negativo durante todo este processo já por si doloroso.²⁴⁴

O papel dos profissionais de saúde é de extrema importância na aceitação da doença pela família e para tal tem de existir obrigatoriamente um esclarecimento preciso sobre a doença, os tratamentos e os sintomas. É necessário que esta aprenda a dar um tipo de apoio especializado de acordo com as carências do doente, desde medicação, nutrição e até mesmo na forma como lidar com as dores físicas.²⁴⁵ Todas estas ações proporcionarão uma fase final mais serena, junto de quem mais ama.

6. Eutanásia Pediátrica: uma visão sumária

²⁴⁰ PEREIRA Maria; LOPES, Cristiana, *O doente oncológico e a sua família*, Lisboa: Climepsi Editores, 2005

²⁴¹ *Ibid.*, *id.*

²⁴² CERQUEIRA, Maria, *O Cuidador e o doente paliativo*, Coimbra: Formasau, 2005

²⁴³ *Ibid.*

²⁴⁴ AUGUSTO, Berta; RODRIGUES, Clara; RODRIGUES, Cláudia *et.al.*, *Cuidados Continuados. Família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*, Coimbra: Formasau, 2005

²⁴⁵ CERQUEIRA, Maria, *op.cit.*, *ibid.*

A eutanásia pediátrica aplica-se a crianças, mas quando estamos perante recém-nascidos denomina-se de eutanásia neonatal. Ambas são consideradas eutanásia ativa.

Nesta matéria destaca-se o “*The Groningen Protocol*” criado por Eduard Verhagen, um médico do departamento de pediatria do Centro Médico Universitário de Groningen, na Holanda.²⁴⁶ Este protocolo contém critérios que devem ser austeramente seguidos quando um médico decide por fim à vida de um nascituro. Estas regras permitem que a eutanásia neonatal seja considerada eticamente possível e que não possa haver um qualquer indício de crime para quem a pratica. Segundo o autor deste, o protocolo é uma mais valia, no sentido em que a eutanásia neonatal era uma prática recorrente, fora dos limites da lei e por isso, conduzia a abusos, a um “assassinato não controlado e injustificado”.²⁴⁷ Portanto, na sua ótica o surgimento deste documento foi apenas uma “consequência racional lógica, motivo da evolução da prática médica na luta pela defesa dos direitos do paciente e da sua qualidade de vida mínima”.²⁴⁸

O Professor Verhagen, circunscreve a aplicação do protocolo a três situações distintas: neonatos que não tenham qualquer possibilidade de sobrevivência; neonatos que necessitem de tratamentos intensivos para sobreviver e que ficarão sempre reduzidos a condições de vida muito deficitárias e, por fim, aplicar-se-ia a neonatos que, mesmo tendo uma qualidade de vida estabilizada, no futuro, não teriam quaisquer perspectivas de qualidade de vida devido a dores contínuas e há total falta de esperança de cura.²⁴⁹

Será essencial, ainda que seja de forma sucinta, expor as diretrizes que deverão ser tidas em conta quando estamos perante uma destas três ocorrências. São considerados requisitos obrigatórios: o diagnóstico e o prognóstico tidos como corretos e essa credibilidade terá de ser asseverada por um médico independente; um quadro clínico incurável e de sofrimento insuportável; o consentimento livre e informado dos pais ou representantes legais e a necessidade da decisão seguir os trâmites dos padrões médicos aceites.²⁵⁰ Ademais, é indispensável uma clara informação sobre a doença, os tratamentos e todas as possibilidades existentes. Será ainda imprescindível apontar as motivações que levaram à tomada desta

²⁴⁶ VIZCARRONDO, Felipe E. *et al.*, Neonatal Euthanasia: The Groningen Protocol, *American College of Pediatricians*, January 2014, pp.1-3

²⁴⁷ *Ibid.*

²⁴⁸ Verhagen *apud* HORTIGÜELA, María Helena, Análisis del debate sobre la Eutanasia Neonatal a través de la literatura actual, *Cuadernos de Bioética XXVI*, 2015/2ª, pp. 227-229

²⁴⁹ *Ibid.*

²⁵⁰ VIZCARRONDO, Felipe E. *et al.*, *op.cit.* pp.1-3

decisão e da opção pelo procedimento escolhido. Por fim, será igualmente de cariz obrigatório, a comunicação a uma autoridade judicial competente.

Confrontemos agora a legislação belga com a holandesa, adiantando-se, desde já, a existência de um contraste evidente.²⁵¹

Na Holanda, apenas será permitida a eutanásia neonatal segundo os parâmetros evidentes no Protocolo de Groningen. Quanto à possibilidade de crianças acederem a esta será uma hipótese vedada até que perfaçam 12 anos. Além deste limite específico de idade, terão de obter o consentimento dos pais ou representantes legais.

Já no que toca à Bélgica, estaremos perante a possibilidade de qualquer criança aceder à eutanásia, não havendo na legislação nenhum limite de idade, apenas esclarecendo a necessidade de gozar de discernimento e de uma capacidade cognitiva que lhe permita pedir por escrito esta ação.

À partida, qualquer recém-nascido ou criança muito jovem estará impossibilitado de a requerer. Além do mais, rejeita-se qualquer pedido dos pais ou dos médicos, apenas se legitima os pedidos feitos pelo paciente.²⁵²

Posto isto, é de considerar algumas críticas. Para Wesley Smith e muitos outros autores, o Protocolo de Groningen é visto como polémico e alvo de controvérsia.²⁵³ Há quem o “classifique como um incentivo ao infanticídio”.²⁵⁴ Das críticas que sobressaem, destaca-se o fato de se acreditar que os critérios “não se baseiam em fundamentos morais firmes, havendo muito espaço para as escolhas dos pais, dos médicos e outros intervenientes”.²⁵⁵

Já alegamos anteriormente que o pressuposto da eutanásia radica na autonomia individual de cada ser humano. É sabido que qualquer adulto tem poder decisório sobre a sua vida e o seu corpo, abrangendo quaisquer decisões difíceis e definitivas que se relacionem com a sua morte. No entanto, no caso de crianças e bebés, não podemos abonar em favor da sua autonomia, porque apesar de se poder considerar a eutanásia como um

²⁵¹ É de referir que a eutanásia neonatal será permitida apenas na Holanda e a eutanásia pediátrica, aplicada sem qualquer limite de idade será lícita na Bélgica.

²⁵² SILVA, Filipa; NUNES, Rui, Caso belga da eutanásia em crianças: solução ou problema? *Revista de Bioética*, 2015; 23 (3): 475-84

²⁵³ VIZCARRONDO, Felipe E. et al, *op.cit.*, pp.1-3

²⁵⁴ *Ibid.*

²⁵⁵ *Ibid.*

“direito pessoal, não se poderá aplicar, as crianças não têm capacidade decisória ainda formada”.²⁵⁶

Na prática, a decisão, quer seja em nascituros ou em crianças, acaba por pertencer aos pais e aos profissionais de saúde. Julga-se que os pais zelarão pelo melhor interesse do seu filho, porém, é necessário ponderar-se as razões pelas quais optam por essa decisão, tendo de se ter sempre em consideração que “o dever de proteção das crianças em geral deverá sempre prevalecer sobre qualquer outro”.²⁵⁷

Entendemos que o sofrimento dos pais é enorme perante uma situação em que o seu filho não tem qualquer expectativas de vida. Contudo, esta decisão basear-se-á na eventualidade de, no futuro, o seu filho não ter condições de vida.²⁵⁸ Será apenas uma previsão futura e, por isso, sempre carregada de incerteza.

Como já foi referido, cabe a cada indivíduo avaliar o que é para si qualidade de vida. Consentir-se na prática de eutanásia nestes moldes, estaria a contrariar o seu fundamento principal e a destruir qualquer argumentação de que a eutanásia legítima será aquela que seja voluntária e, perante isto, poderíamos estar diante de “uma forma encoberta de eutanásia involuntária”.²⁵⁹

Para se implementar este tipo de eutanásia teria de haver meios processuais e judiciais totalmente eficazes para avaliação da assertividade da decisão tomada pelos pais e médicos. A questão que se coloca é se seria possível salvaguardar os interesses da criança. Esta é “tratada como se fosse uma pessoa em papéis sociais como as relações família-criança, embora em termos restritos não seja de modo algum, capaz de reivindicar ou de ser responsável pelos direitos que lhe são imputados”; percebe-se facilmente a sensibilidade e indefesa deste ser em aspetos decisórios e jurídicos.²⁶⁰

Defende-se que a eutanásia pediátrica e neonatal não pode ser fundamentada pelos argumentos usados para a eutanásia para adultos e, como tal, é um tema que merece ser tratado com o maior cuidado e rigor. Para isso, será essencial encetar-se uma nova discussão com considerações e argumentos circunscritos a este tema em específico. Como ainda não existe uma argumentação definida, uma coerência nas posições ou no tipo de legislação a

²⁵⁶ H. Tristram Engelhardt Jr, *Questões éticas levantadas por ajudar à morte crianças de tenra idade* in ROBERT, M. Baird; STUART, E. Rosenbaum, *op.cit.*, pp.171-186

²⁵⁷ *Ibid.*, *Id.*

²⁵⁸ *Ibid.*

²⁵⁹ SILVA, Filipa; NUNES, Rui, *op.cit.*, p.482

²⁶⁰ H. Tristram Engelhardt Jr *op.cit.*, pp.171-186

adotar quanto a esta categoria de eutanásia e, sendo que apenas detemos como suporte o Protocolo de Groningen e a nova legislação belga, diríamos que esta base legislativa é muito escassa. Destarte, não usufruiremos de dados concretos para avaliar as condições específicas e os resultados que uma legislação deste tipo traria.

Efetivamente o Protocolo consegue ter preceitos mais rigorosos e definidos do que a lei belga quando se refere à capacidade de discernimento das crianças; algo que não nos parece ser avaliável em seres humanos que não tem qualquer experiência de vida e não possuem nenhuma vivência no mundo das doenças crônicas. Distingue-se logo aqui da eutanásia para adultos. Estes escolhem-na por diversos motivos e não apenas pela dor, ao passo que, nas crianças teríamos apenas um “escolher entre um sofrimento insuportável, por um lado, e morte, por outro lado, pois não têm a experiência e o sentido de dignidade e autodeterminação (...)”.²⁶¹

Não se considera que este seja o caminho a seguir. Salvaguardamos que os cuidados paliativos nestes casos serão importantíssimos desde que se sabe o diagnóstico até aos últimos dias, independentemente do estágio em que se encontre a doença.²⁶² É de salientar que é imprescindível o envolvimento da criança na tomada de decisões. Será insubstituível proporcionar-se cuidados paliativos desenvolvidos que possam satisfazer as necessidades das crianças e das suas famílias. Dar a hipótese a uma criança de decidir-se pela eutanásia, traria uma carga emocional demasiado pesada para os seus familiares, o que tornaria este processo muito mais complicado de gerir. Investir, antes demais, na qualidade dos cuidados paliativos deveria ser a meta a alcançar.

²⁶¹ SILVA, Filipa; NUNES, Rui, *op.cit.*, p.481

²⁶² *Id.* p.479

CONCLUSÃO

Depois de um itinerário trilhado sobre os vários aspetos jurídicos e éticos da eutanásia, afirmamos que este conceito sofreu várias transfigurações.

Inicialmente configurada como um direito a matar, hoje em dia, passou a ser assumida como o direito pertencente a um doente terminal de dispor sobre sua morte mediante um pedido consciente ao seu médico para que este termine com a sua vida.

É nesta vertente que se indaga se o direito à autodeterminação poderá ser ilimitado. Sabemos de antemão que a autodeterminação é o núcleo essencial de todo o ato médico e, por isso, qualquer paciente tem como direito assegurado a recusa de tratamentos ou intervenções médicas.²⁶³ Se concomitantemente considerarmos a eutanásia um ato médico, por conseguinte, abonaremos em favor da liberdade do paciente optar por este procedimento, como se fosse um qualquer ato médico dito normal e em que o seu consentimento seria basilar.

Arremata-se que estará fora do âmbito da eutanásia qualquer suspensão ou abstenção de tratamento ou qualquer medida como a sedação; atos que tenham como efeito colateral a morte, mas que não detenham uma intencionalidade específica no que diz respeito à abreviação da vida do paciente.

Não obstante, será na perspetiva ética que a questão se torna imperscrutável, ao concebermos a morte intencional de um paciente como ilegítima, mas ao considerarmos o ato de deixar alguém morrer como aceitável. Não se vislumbram diferenças claras entre estes dois modos de operar. Simplesmente, num primeiro caso, estamos perante um médico humano e consciente do sofrimento do seu paciente e, por isso, decide atender ao seu pedido e, noutro caso, estaremos perante um médico que decide deixá-lo esperar pela morte. Nenhuma destas atitudes, ativa ou passiva, se poderá conceber como sendo a atitude mais condenável ou a menos aceitável. Ambas têm na sua composição um desejo médico de alívio do sofrimento de um doente terminal, a única coisa que as difere é o método escolhido para alcançá-lo. Por estas razões, condena-se que se possa considerar ilegítimo o médico optar pela eutanásia, dado que será de natureza idêntica à atitude de deixar o paciente morrer. A única disparidade é que com uma atitude ativa se antecipará a morte e com ela o término de

²⁶³ COSTA, José de Faria, “Em redor da noção de acto médico”, *Revista de Legislação e Jurisprudência*, ano 138º, Coimbra Editora, 2009, pp.126-134

todo o sofrimento, ao passo que com uma atitude passiva, as circunstâncias normais da doença desenrolar-se-ão naturalmente, permanecendo o doente em agonia até que a morte ocorra.

É neste tipo de questões que a Bioética fará diferença, visto ser uma disciplina interdisciplinar que investiga as temáticas pertinentes da sociedade. Tem como desígnio resolver os conflitos éticos que surgem aquando da evolução da medicina. Pauta-se pela promoção e defesa da dignidade da pessoa humana.

Não possuímos uma resposta elucidativa desta ciência quanto ao assentimento da eutanásia, no entanto, assegura-se a importância que os seus princípios terão em contexto fim de vida.²⁶⁴ Destaca-se o princípio da autonomia que se refere ao respeito que qualquer profissional de saúde deverá ter pelas opiniões, os valores pessoais e as crenças dos seus pacientes. E o princípio da não-maleficência, acarreta a responsabilidade de qualquer médico atuar de uma forma diligente, evitando qualquer tratamento que seja considerado inútil e que sirva só para atrasar a morte ou que venha a trazer dor excessiva.²⁶⁵ Já o princípio da beneficência verte-se na obrigação moral de agir em benefício de outrem e obriga a que o profissional de saúde tenha em conta, em todas as suas decisões, o melhor interesse do paciente.²⁶⁶ É de assinalar que a dignidade e o reconhecimento da identidade da pessoa humana além de serem reconhecidos como fundamentos da conduta médica, considerar-se-ão como alicerces de um qualquer juízo bioético.²⁶⁷

Analisando agora a argumentação usada quer a favor quer contra a eutanásia, rematamos que ambos os lados possuem raciocínios notáveis. Após uma análise exaustiva de cada argumento, depreende-se que não haverá nenhum progresso se insistirmos em descortinar novos fundamentos. Sempre existirão respostas meritórias quer de um lado quer de outro. Sustentamos que será essencial aceitar as diferentes posições.

De raciocínios negativos tais como o argumento da “ladeira escorregadia”, o impacto social nocivo na classe idosa ou nas classes desamparadas ou o facto se não se puder apurar a veracidade e voluntariedade do consentimento numa situação eutanásica, retirar-se-á um valor prático determinante. Serão estes tipos de argumentos que nos darão uma certa previsibilidade do que poderá suceder, atentando nas possíveis e indesejadas consequências

²⁶⁴ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F., *Princípios da Ética Biomédica*, Trad. Teresa Garcia-Miguel, Barcelona: Masson, 1999

²⁶⁵ *Ibid.*

²⁶⁶ MOURA, Maria da Conceição Ferreira, *op.cit.*, pp.114-120

²⁶⁷ KÜNG, Hans, *Uma Boa Morte*, Trad. Miguel Pereira, Relógio d'água editores, 2017, pp.63-66

que poderão advir da sua legalização. Só assim será possível elaborarmos uma lei competente, que não permita “atropelos” aos direitos fundamentais dos cidadãos e que não ponha em causa a própria prática jurídica.

Em Portugal, apesar de estar presente uma evolução nos ideais de aceitação desta temática, ainda se vivencia uma difícil concordância por parte de alguns cidadãos. Julgamos que estas dificuldades advêm da circunstância de conservarmos uma cultura marcadamente religiosa. Em função disso, a eutanásia será considerada imoral porque com o seu exercício haverá um menosprezo da vida humana e, por conseguinte, é comparada a um ato homicida.

Depreendemos que a sua aceitabilidade legal e social dependerá também do seu carácter enquanto moral e aceitável ou imoral e reprovável. Mais alarmante será ainda a eventualidade de se poder considerar a moralidade como “intensificadora do carácter legal”.²⁶⁸ Constituirá uma preposição errónea porque uma norma legal não tem de depender do carácter moral ou não; nem todas as leis coincidem com preocupações morais. Uma lei tem na sua base uma regra de conduta emanada por uma autoridade, imposta coercitivamente mediante a aplicação de sanções, enquanto a moral resume-se a regras de conduta com carácter ético, inserindo-se num conjunto de princípios morais.²⁶⁹

Dessarte, “direito e ética surgem-nos como dois modos de coexistencialidade, que atuam diferentemente (...) o primeiro é uma aproximação mais fria, em que o outro é visto como terceiro (...) já a ética é território do outro como próximo”.²⁷⁰

Sintetizando, a legislação nacional sobre a eutanásia deve ser discutida. Não é tolerável que se obrigue os doentes terminais a viverem em condições insuportáveis, quando na realidade o conceito vida como todos nós percebemos deixou de existir. O direito à vida não pode ser considerado supremo e prevalecer sobre situações-limite como as vividas por estes doentes. Se assim for, estamos perante uma obrigação de viver e não um amplo direito à vida. José de Faria Costa é um dos principais defensores deste entendimento, asseverando que a eutanásia poderá ser considerada um ato médico, quando estejamos perante um doente terminal, maior de idade, detentor de um sofrimento insuportável e que tenha tomado esta decisão conscientemente.²⁷¹

²⁶⁸ DOMINGUES, José António, *Condição Moral da Eutanásia*, Coleção: Artigos LusoSofia, UBI, Covilhã, 2017, pp.6-10

²⁶⁹ *Ibid.*

²⁷⁰ LOUREIRO, João Carlos, p.41

²⁷¹ COSTA, José de Faria, *op.cit.*, pp.759-807

Em Portugal, já se deram alguns passos no que toca à legalização da eutanásia aquando da elaboração de uma proposta legislativa, o Projeto de Lei nº418/XIII/2ª. É relevante mencionar algumas das críticas que lhe foram apontadas: a diferenciação dos conceitos eutanásia e suicídio medicamente assistido não se afigurou como a mais correta, dando espaço para ambiguidades; apesar de caber ao doente a decisão, esta teria de ser validada por terceiros sendo que apenas com pareceres médicos é que se poderia legitimá-la, enquanto isso o doente continuaria a sofrer; mais criticável seria o facto de ser atribuída ao médico a decisão final, entrando em contradição com todo o que se defende acerca desta problemática, pois a deliberação pertencerá sempre ao doente e nunca a terceiros, só assim estará salvaguardada a autodeterminação; ademais, o texto legal não detinha critérios específicos para avaliação do consentimento, tornando-se uma verdadeira lacuna.²⁷²

Deste leque de críticas, merece destaque o facto de a decisão ter de ser validada por terceiros, algo que não se coaduna com o nosso pensamento sobre o que é essência do ato eutanásico (a autodeterminação do paciente). Neste sentido, entende-se que a decisão não deve estar condicionada apenas a critérios de um terceiro. Defende-se que a decisão deva ser tomada pelo médico e pelo paciente em conjunto, tendo em consideração a opinião de um médico independente. De resto, afiguram-se como juízos demasiado severos as críticas apontadas, não levando em atenção o facto de estarmos perante uma lei inovadora e sem precedentes no nosso país.

Todavia, ao longo deste trabalho sempre intercedemos pelo direito de cada pessoa decidir o seu próprio fim, desde que, os seus interesses e os da restante coletividade ficassem resguardados. Neste seguimento, arguimos que Portugal tem condições para ter implementada uma lei deste género. No entanto, de momento, não se assegura a melhor solução, visto o projeto lei anterior ter sido alvo de críticas manifestas. Depreende-se que existiram algumas precipitações na sua redação e isto é algo que não pode ser aceite, ainda mais num tema sensível como este. É verdade que não há leis perfeitas, mas neste caso, a lei terá de chegar o mais perto que consigamos da perfeição. Assim, teremos os anos que se avizinham para refletir e examinar a legislação, de modo a que se possa aceitar a eutanásia sem se passar por cima de qualquer princípio constitucional. É necessário que esta se torne um debate realmente público, matéria discutida e implementada nas próprias campanhas dos partidos políticos, mostrando à sociedade a sua preocupação com este tipo de questões.

²⁷² Parecer Sobre o Projeto de Lei N.º 418/XIII/2ª

Até lá, persistimos na ideia de que o foco principal deverão ser os cuidados paliativos, área que no nosso país ainda é muito deficitária e onde se precisa urgentemente intervir para colmatar as carências existentes.

Finalizamos com a consciência de que “morremos como vivemos numa sede de relações complexas (...) é aí que jogamos a dignidade do morrer, muito mais que nos litígios ou nas legislações”.²⁷³

²⁷³ JÚDEZ, Javier; OGANDO, Beatriz, *op.cit.*, p.43

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA FÍSICA:

ADAM, Evelyn, *Ser Enfermeira*, Trad. Francisco Correia, Lisboa: Instituto Piaget, 1994

ALVES, Ricardo Barbosa, *Eutanásia, Bioética e Vidas Sucessivas*, Brazilian Books, Sarocaba, 2001

ANDRADE, Manuel da Costa, Artigos 134.º, 135.º, 150.º e 156.º do Código Penal, in *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial, Tomo I*, Coimbra Editora, 2ª Ed., 2012

ARCHER, Luís; **BISCAIA**, Jorge; **OSSWALD**, Valter, *Bioética*, Lisboa, Verbo, 1996

ARIÉS, Philippe, *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*, Lisboa, 1988

ASCENSÃO, José de Oliveira; Associação Portuguesa de Direito Intelectual, *Estudos de Direito da Bioética*, vol. IV, Coimbra: Almedina, 2012

AZOULAY, D.; **SHAHAL-GASSNER**, R. et al., Palliative Sedation at the End of Life: Patterns of Use in an Israeli Hospice, *Am J Hosp Palliat Care*, 2016;33:369-73

BEAUCHAMP, Tom L.; **CHILDRESS**, James F., *Princípios da Ética Biomédica*, Trad. Teresa Garcia-Miguel, Barcelona: Masson, 1999

BENTHAM, Jeremy, *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, 1871, Batoche Books, 2000

BRITO, António José; **RIJO**, José Manuel, *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal. Direito sobre a vida ou direito de viver?* Coimbra: Almedina, 2000

BRITO, Teresa Quintela de et. al., *Direito Penal – Parte Especial: Lições, Estudos e Casos*, Coimbra Editora, 2007

CAHN, Steven M., *Exploring Ethics: An Introductory Anthology*, Oxford University Press, 2009

CAMPBELL, Alastair, *Eutanásia e o Princípio da Justiça*, Trad. Hélia Chaves, reproduzido com permissão de Gill R. Editor, “*Euthanasia and the Churches*”, London:

Cassel, 1998 Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/293/432

CARDOSO, Augusto Lopes, *Alguns Aspetos Jurídicos da Eutanásia*, Lisboa, 1990

COSTA, José de Faria, O fim da vida e o Direito Penal in *Liberum Discipulorum para Jorge de Figueiredo Dias*, Manuel Costa Andrade et al., Coimbra Editora, 2003

“Em redor da noção de acto médico”, *Revista de Legislação e Jurisprudência*, ano 138º, Coimbra Editora, 2009

CUNDIFF, David, *A Eutanásia Não é Resposta*, Trad. do Inglês de Jorge Pinheiro, Lisboa: Instituto Piaget, 1992

DIAS, Jorge de Figueiredo, *O Problema da Ortotanásia: Introdução à sua Consideração Jurídica*, in “As técnicas modernas de reanimação; conceito de morte; aspetos médicos, teológico-morais e jurídicos”, Porto, 1973, pp. 29-48 / "Ciência Penal" (S. Paulo), 1975, tomo 1

Contornos Atuais da Eutanásia e da Ortotanásia: Bioética e Biodireito. A Necessidade de Controle Social das Éticas Médicas, *Boletim do Instituto Manoel Pedro Pimentel*, ano II, nº11, março de 2000

Artigo 131º (Homicídio) in *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial, Tomo I*, Coimbra Editora, 1999

DOMINGUES, José António, *Condição Moral da Eutanásia*, Coleção Artigos LusoSofia, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2017

DURAND, Guy, *Introduction Générale à la Bioéthique : Histoire, Concepts et Outils*, Montréal : éditions Fides, 1999

ELIZARI, Francisco Javier, *Questões de Bioética: Vida em Qualidade*, Trad. Bernardino Henriques, Porto: Editorial Perpétuo Socorro

FERREIRA, Nuno, A Eutanásia: entre o debate jurídico e a evolução da opinião pública, *Lex Medicinæ, Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, ano 3, nº6, 2006

Separata de *Lex Medicinæ, Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra Editora, 2008

GODINHO, Adriano Marteleto, Pref. André Dias Pereira, *Eutanásia, Ortotanásia e Diretivas Antecipadas de Vontade - O Sentido de Viver e Morrer com Dignidade*, Juruá Editora, 2016

GODINHO, Inês, Problemas Jurídico-Penais em Torno da Vida Humana in *Projeto: “Vida, Medicina e Direito Penal”*, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2003

GOMES, Barbara, LACERDA, Ana Forjaz de, Trends in cause and place of death for children in Portugal (a European country with no Paediatric palliative care) during 1987–2011: a population-based study in *BMC Pediatrics BMC serie*, 22 dezembro, 2017
Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322014999_Trends_in_cause_and_place_of_death_for_children_in_Portugal_a_European_country_with_no_Paediatric_palliative_care_during_1987-2011_A_population-based_study

GONÇALVES, José Ferraz, *A Boa-Morte. Ética no fim da Vida*, 1ª ed., Coisas de Ler Edições, Lisboa, 2009

GONÇALVES, Manuel Maia, *Código Penal Português, Anotado e Comentado – legislação complementar*, 18ª ed., Coimbra: Almedina, 2007

GRACIA, Diego, *Historia de la eutanasia, Eutanasia hoy, un debate abierto*, Madrid: Noesis, 1996

HELMUT, Thielcke, *A Little Exercise for Young Theologians*, 1908-1986 [S.l.]: [S.N.]

HOPKINS, P. D., Why Does Removing Machines Count as ‘Passive’ Euthanasia? *Hastings Center Report*, 1997 May-Jun;27(3):29-37

KÜNG, Hans, *Uma Boa Morte*, Trad. Miguel Pereira, Relógio d’água editores, 2017

ISHEMIE, S. D. et al., International Guideline Development for the Determination of Death, *Intensive Care Med.*, 2014

KEOWN, John, *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argumente Against Legalisation*, 2ª ed., Cambridge University Press, 2018

KNAPLUND, Kristine S., *Montana Becomes Third U.S. State to Allow Physician Aid in Dying*, Pepperdine University School of Law Legal Studies Research Paper Series Paper Number 2010/17

LEONE, Salvino, A doença terminal como problema bioético in *Gabinete de Investigação em Bioética – Ética da Vida, Vitalidade da Ética*, Porto: Universidade Católica Portuguesa, 1997

L’accanimento terapêutico. Cura, Terapia o Futilitàà, Cittadella, Assisi, 2009

LIMA, Ana Cláudia, A Determinação da Morte, *Artigo de Revisão na Área Científica da Ética Médica*, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, março de 2015

LOUREIRO, João Carlos, Saúde no fim da vida: entre o amor, o saber e o direito II – Cuidado(s), *Revista Portuguesa de Bioética* / (n.º 4) / abril-maio 2008

MARQUES, António Lourenço et al., O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal, *Patient Care*, outubro, 2009

MELO, Helena Pereira de, O Direito a Morrer com Dignidade, *Lex Medicinæ, Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Ano 3, n.º6, julho, 2006

MENDES, Joana, *Alimentação e Hidratação em Final de Vida no Doente Oncológico: Opinião de Médicos e Enfermeiros*, Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina do Porto, 2016

MOREIRA, Isabel, *O Doente Terminal em Contexto Familiar: Uma Análise da Experiência de Cuidar Vivenciada pela Família*, Coimbra: Formasau, 2006

MORIN, Edgar, *O Homem e a Morte*, Imago, 1997

MOURA, Maria da Conceição Ferreira, *A Inevitabilidade da Morte e o Cuidar em Fim de Vida. Entre a Filosofia e a Bioética*, 1ª ed., Coleção: Ler para Cuidar. Coisas de Ler Edições, Lisboa, 2011

NEVES, Maria Patrão, O Sentido da Morte na Vida dos Homens, *Cadernos de Bioética*, Coimbra, Centro de Estudos de Bioética, 12, outubro, 1996

NOVAIS, Jorge Reis; FREITAS Tiago Fidalgo de, *A Dignidade da Pessoa Humana na Justiça Constitucional*, Almedina, 2018

NUNES Rui; REGO Guilhermina; DUARTE Ivone, *Eutanásia e Outras Questões Éticas no Fim de Vida*, Gráfica de Coimbra, 2009

Guidelines sobre Suspensão e Abstenção de Tratamentos em Doentes Terminais, Serviço de Bioética e Ética Médica, FMUP, 2008 Disponível em: http://www.apbioetica.org/fotos/gca/12802541901211800343guidelines_p_11_apb_08.pdf

OSSWALD, Walter, *Um fio de ética: exercícios e reflexões*, 2ª ed., Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004

PEIXOTO, Alberto; Prof. José Martins Barra da Costa, *Da morte á Eutanásia. Representações Sociais*, 1ª ed., Macaronésia, Ponta Delgada: Nova Gráfica, 2006

PELLEGRINO, Edmund D.; THOSMANA, David C. *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*, New York, Oxford university press, 1987

“Doctors must not kill”, *Journal of Clinical Ethics* 3 (2):95, 1992

PEREIRA, André Dias, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente*, Coimbra Editora, 2004

PEREIRA, André Dias; CAMPOS, Juliana, O Envelhecimento: Apontamento acerca dos Deveres da Família e as Respostas Jurídico-Civis e Criminais, *Revista da Faculdade de Direito e Ciência Política*, N.º 10, Nova Série 61 – 80, Universidade Lusófona do Porto, 2017

PEREIRA, Maria; LOPES, Cristiana, *O doente oncológico e a sua família*, Lisboa: Climepsi Editores, 2005

PERRET, RW, Killing, Letting Die and the Bare Difference Argument, *Bioethics*, 1996; 10:131-139

PESSINI, Leo, Questões Éticas envolvendo decisões do final de vida no Brasil, *Cadernos de Bioética*, 32, 2003

PINTO, José Manuel; CUNHA, Teresa Montalvão da, *Eutanásia e Suicídio Assistido - Legislação Comparada, Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar*, Coleção Temas n.º: 60, 2016 Disponível em: https://www.parlamento.pt/Arquivo/Documentacao/Documents/Eutanasia_Suicidio_Assistido_1.pdf

PLATÃO, *A República*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1987

POHIER, Jacques, *A Morte Oportuna. O Direito de Cada um Decidir o Fim da Sua Vida*, Trad. Geminiano Franco, Coleção Ciência Aberta, Notícias Editorial, 1998

POLAINO Lorente, A., *Manual de Bioética General*, 3ª ed., Madrid: Ediciones Rialp, 1997

PRATA, Ana; VEIGA, Catarina; VILALONGA, José Manuel, *Dicionário Jurídico, Volume II, Direito Penal – Direito Processual Penal*, 2ª ed., Coimbra: Almedina, 2010

QUILL, T.E., Cassel, C. K. Nonabandonment: A Central Obligation for Physicians, *Annals Internal Medicine* 122, 1995

RABINDRANATH, Capelo de Sousa, *Direito Geral de Personalidade*, Coimbra Editora, 2011

RACHELS, James, *The Elements of Moral Philosophy*, 3ª ed., Mcgraw-Hill Colege, NY, 1999

- Active and Passive Euthanasia, *New England Journal of Medicine*, 1975; 292: 78
- RAMSEY**, Paul et al., *The Patient as Person: Explorations in Medical Ethics*, Yale University Press, 2002
- REAL**, Miguel, *Manifesto em Defesa de uma Morte Livre. Pelo Direito a Terminar a Vida com Dignidade e Sem Sofrimento*, Edições Parsifal, Lisboa, 2015
- RETA A**, Grezzi, *Código Penal de la República Oriental del Uruguay*. 4 ed. Montevideo: Fundación de Cultura Universitária, 1996
- ROBERT**, M. Baird; **STUART**, E. Rosenbaum. *Eutanásia: as questões morais*, Trad. Artur Lopes Cardoso, Coleção Viver Melhor, Bertrand Editora, 1997
- ROSELLÓ**, Francesc Torralba I, *Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas*, Madrid, 2002
- SCHNEIDERMAN** et al., Medical Futility: Responses to Critiques, *Annals Internal Medicine*, 1996; 125 :669-674
- SILVA**, Miguel Oliveira da, *Eutanásia, suicídio ajudado, barrigas de aluguer. Para um debate de cidadãos*, Editora Caminho, 2017
- STANHOPE**, Marcia; **LANCASTER**, Jeanette, *Enfermagem comunitária - Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*, Lisboa, Lusociência, 1999
- SULLIVAN**, Thomas, Active and Passive Euthanasia: An Impertinent Distinction in *The Human Life Review*, 7 de junho de 1977, Summer;3(3):40-6 Disponível em: <https://www.humanlifereview.com/active-and-passive-euthanasia/>
- VIDAL**, Marciano, *Eutanásia - Um Desafio para a Consciência*, Editora: Santuário, 1996
- VIZCARRONDO**, Felipe E. et al., Neonatal Euthanasia: The Groningen Protocol, American College of Pediatricians, January 2014 Disponível em: http://www.acped.org/wordpress/wp-content/uploads/1.29.14_NeonatalEuthanasia_final.pdf
- W.B Yeats**, *A Eutanásia. Estudos*, Trad. Maria Monteiro, Edições Elfos, 1967
- YUNTA**, Eduardo, La eutanasia y sus argumentos. Reflexión crítica, *Ars Medica, Revista de Estudios Médicos Humanísticos*, vol..29, nº1, 2000 Disponível em: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/349/280>

BIBLIOGRAFIA ON – LINE

- Act Legislative Assembly, Select Committee on End of Life Choices in the ACT
https://www.parliament.act.gov.au/in-committees/select_committees/end-of-life-choices
- Artsenfederatie, The Royal Dutch Medical Association (KNMG)
<https://www.knmg.nl/contact/about-knmg.htm>
- **Declaração sobre a Eutanásia**
http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_po.html
- **Direito a Morrer com Dignidade - Movimento Cívico para a Despenalização da Morte Assistida**
<https://morteassistida.com/2017/12/24/admitidos-na-federacao-mundial/>
- **End of life and the European Convention on Human Rights - Judgments of the Court, Factsheet – End of life and the ECHR**
https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Euthanasia_ENG.pdf
- **European Association for Palliative Care - One Voice, One Vision in Palliative Care**
<https://www.eapcnet.eu/>
- **Eutanásia e do suicídio assistido**
<http://sante.public.lu/fr/publications/e/euthanasie-assistance-suicide-questions-reponses-fr-de-pt-en/euthanasie-assistance-suicide-questions-pt.pdf>
- **Tweede Kamer Der Staten – Generaal, Euthanasia**
Original em: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2012-10-10> Versão em inglês disponível em: <https://www.houseofrepresentatives.nl/dossiers/euthanasia>
- **Vermont. Department of Health. Patient choice and control at end of life**
<http://1.usa.gov/1OGe9bd> Acesso em 2018-12-12

RESENHA LEGISLATIVA

- **California Legislative Information. Assembly Bill nº 15**

- **Código Civil Português** – DL n.º 47344/66, de 25 de Novembro, na versão atualizada pela Lei nº 150/2015 de 10 de Setembro;

- **Código Deontológico da Ordem Dos Médicos**- Decreto-Lei n.º 282/77, de 5 de Julho, com as alterações introduzidas pelos Decretos-lei n.º 326/87, de 01 de Setembro e n.º 217/94, de 20 de Agosto

- **Código Penal Brasileiro** - Projeto de Lei nº 236/2012

- **Código Penal Português**- Decreto-lei 48/95, de 15 de Março, na versão atualizada pela Lei 110/2015 de 26 de Agosto;

- **Código Penal Uruguai** - Lei 9414, de 29 de junho de 1934

- **Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana** - Lei n.º 12/93 de 22 de Abril;

- **Constituição da República Portuguesa** - Decreto 10 de Abril de 1976, na versão atualizada pela Lei nº 1/2005 de 12 de Agosto;

- **Convenção para a Proteção dos direitos do Homem e da Biomedicina** – Ratificado pelo Decreto do Presidente da República, nº 1/2001, de 20 de Fevereiro, de 3 de Janeiro, publicado no Diário da República, I Serie-a, n.º 2/2001;

- **Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida** - Lei n.º 31/2018 de 18 de julho

- **End of Life Choices Act**

- **Lei de Bases dos Cuidados Paliativos** - Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro

- **Lei de Bases da Saúde**- Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro;

- **Parecer Nº 45 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida sobre o Estado Vegetativo Persistente, 2015**

- **Parecer Sobre o Projeto de Lei N.º 418/XIII/2ª “Regula o Acesso à Morte Medicamente Assistida”, 101/CNECV/2018**

- **Regulamento de Deontologia Médica** - Regulamento n.º 707/2016, de 21 de Julho
- **Relatório sobre o Estado Vegetativo Persistente, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2015**
- **Termination of life on request and assisted suicide (review procedures) act**
- **Testamento Vital** – lei n.º 25/2012 de 16 de julho