

Sandra Cristina Patrício dos Santos

Eutanásia e suicídio assistido

O direito e liberdade de escolha



Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra

2011

Sandra Cristiana Patrício dos Santos

Eutanásia e Suicídio assistido

O direito e liberdade de escolha

Dissertação de Mestrado em História Contemporânea e Estudos Internacionais,
apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, sob a orientação do
Professor Doutor Fernando José Almeida Catroga.

Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra

2011

RESUMO

Este trabalho pretende compreender as diferenças ao nível internacional e nacional, começamos por dar a conhecer a História do estudo. Falaremos onde é possível e onde não é praticável a eutanásia e suicídio assistido.

Quais os critérios de minúcia que permitem o nosso tema, os prós e contras dessa execução pelos apoiantes e pelos que são contra.

A importância de se ter um Testamento Vital /Biológico, onde este teve a sua origem e onde se pratica legalmente.

Falaremos de quem pediu, lutou por obter a eutanásia, dando-lhe rostos, mostraremos o que achamos que distingue seres humanos de pessoas. Quais os motivos de quem pede eutanásia /suicídio assistido, e incluiremos depoimentos em anexo, em formato CD, de pessoas que deixaram os seus testemunhos.

Os Grupo religiosos que rejeitam a prática da eutanásia e suicídio assistido.

Faremos uma breve apresentação da Bioética, o seu surgimento e o que representa.

Descortinamos o que sucede em Portugal. Como é vista tanto a eutanásia como o suicídio assistido, pela Igreja Católica Portuguesa, pela Medicina, quais as normas jurídicas que regem o nosso país. Qual a posição da Associação Portuguesa de Bioética, faremos referência à reportagem de Ana Leal “Visto do Céu” onde retrata casos de pedidos de eutanásia no nosso país.

Agradecimentos

O agradecimento é sempre importante, pois é o sinal de que executamos algo de bom e, que para isso, contamos com o apoio e a colaboração de pessoas.

O meu primeiro agradecimento é endereçado ao meu orientador: ao Senhor. Professor Doutor Fernando José de Almeida Catroga, devo um agradecimento muito especial, pela atenção e pelo apoio e incentivo a quando da apresentação do tema que será apresentado, pois este apesar de não se enquadrar com a estrutura do mestrado, obtive a sua confiança e apoio incondicional. Sinto-me realmente privilegiada por ter podido usufruir da sua orientação e, acima de tudo da sua disponibilidade.

Um obrigado muito especial aos meus queridos pais, que me apoiaram incondicionalmente neste novo percurso e que nunca me deixaram desistir.

Aos meus irmãos, que sempre me estimularam a descobrir outros caminhos e ainda aos meus sobrinhos por terem tanta paciência para com a tia.

Uma palavra de apreço aos amigos, em especial há Jeniffer pelas tardes de trabalho que tivemos no “sótão”, mas principalmente pela sua paciência nesta última etapa.

Resumo	I
Agradecimentos	II
Índice	III
Capítulo I	
Introdução	2
1.1 A finalidade do estudo	5
1.2 Definições	5
1.3 Motivação para o estudo	6
1.4 Ambiguidade que envolve a eutanásia	6
1.5 Tipos de eutanásia	7
1.6 Suicídio	10
Capítulo II	18
2.1 Aspectos Históricos sobre a Eutanásia	19
2.2. A Legitimidade da prática da eutanásia	27
2.3. A Eutanásia em alguns países da União Europeia	27
2.4. A Eutanásia em alguns países não Europeus	33
2.5. Directivas antecipadas - Testamento Vital	35
2.6. Rostos, nomes, vidas de sofrimento	37
2.7. Seres Humanos ou Pessoas	50
2.8. Motivações dos pedidos dos doentes	52
2.9. Argumentos a favor	53
2.10. Argumentos contra	54
2.10.1. Grupos religiosos e correntes filosóficas Contra	56
2.10.2 As atitudes das grandes religiões sobre a eutanásia/suicídio	57
2.10.3. Bioética	60

	65
Capítulo III	
3.1. Eutanásia e Suicídio assistido em Portugal	66
3.2 A Igreja Portuguesa e a eutanásia e o suicídio assistido	66
3.3 A medicina versus eutanásia e o suicídio assistido	71
3.4 Perspectiva Jurídica portuguesa para com a Eutanásia e o Suicídio Assistido	81
3.5 As posições da Bioética em Portugal	86
3.6“Rostos” em Portugal que desejam a Eutanásia/Suicídio assistido	94
3.7.Os nossos pontos para a legalização da eutanásia/ suicídio assistido em Portugal	99
3.8.Elaboração do nosso Testamento Vital	100
	104
Conclusão	
Anexos	111
Bibliografia	198

Capítulo I

Introdução

Pretendemos, com este trabalho, de forma simples, falar de um tema complexo e perturbante, pois pensar na morte do ser humano não é tarefa fácil.

Não queremos falar de quando a morte é declarada. Queremos falar sobre o desejo, a ambição de quem deseja a boa morte, seja ela por eutanásia ou por suicídio assistido.

A curiosidade por este tema foi-me suscitada pela polémica que este levanta cada vez mais na sociedade. A eutanásia é uma problemática que é discutida a vários níveis: desde o da moral ao da religião, do da filosofia ao da ética. Os debates sobre o tema geram emoções e tensões antagónicas.

Contudo, como diz o povo, *“a morte é o que temos de mais certo”*. A verdade é que acontece com todos os seres vivos. Sabemos que não lhe podemos escapar. Ninguém deseja a sua morte. Todos ambicionamos viver o máximo de tempo possível. Contudo, os acidentes acontecem. De um momento para o outro podemos entrar num coma irreversível, ficar tetraplégicos, ser assolados por uma doença grave e incurável e chegar a um estado terminal em que os níveis de sofrimento se tornam insuportáveis. Não se deseja nenhuma destas situações, mas, quando surgem, deveríamos poder fazer escolhas.

O avanço da medicina trouxe felicidade a uns e tristeza a outros. Com os avanços tecnológicos, foi alcançada a capacidade de prolongar a vida. Actualmente, existem máquinas capazes de reanimar um coração que havia deixado de bater, máquinas que respiram por nós, rins artificiais, alimentação intravenosa. Na verdade, estes são algumas dos mecanismos que têm o efeito de prolongar a vida, mas também a morte.

Como disse o filósofo Nietzsche: *“é vegetar num estado de vil dependência dos médicos e de tratamentos especiais, uma vez que o significado à vida, se perdeu...”*.

Entendemos que Nietzsche, ao fazer esta declaração, afirma o direito da pessoa doente de ter uma boa morte. Se já não existe possibilidade de melhoras, não há necessidade de se ficar dependente de tratamentos supérfluos, que trazem sofrimento tanto ao doente como àqueles que cuidam deste. Deveria, assim sendo, existir direito de escolha.

E é por isso que temos de pensar nos que não desejam o prolongamento da vida. São estes os indivíduos que teremos presentes ao longo deste trabalho. Consideramos que, se desejam não permanecer vivos nas condições que anteriormente referimos, devem, indubitavelmente, ter o direito de escolher o seu destino.

Todo o ser Humano é diferente. Somos seres individuais, autónomos, capazes de fazer escolhas e, sem dúvida, sabemos o que desejamos. Quando atingidos por graves doenças, quando o sofrimento se torna insuportável e ambicionamos terminar a nossa existência com dignidade, com as nossas capacidades tanto intelectuais como físicas ainda intactas, pedimos a eutanásia ou o suicídio assistido, representando tal uma vontade expressa que desejamos que nos seja facultada.

O facto de sermos a favor da legalização da eutanásia e suicídio assistido, não quer dizer que sejamos contra os Cuidados Paliativos. O importante é ter-se um documento legal onde fique bem delineado o que desejamos no futuro, caso nos deparemos com alguma adversidade. Recentemente, o testamento vital foi tema de debate na Assembleia da República. Apesar de as discussões terem conduzido a um relativo consenso quanto à mais-valia que o testamento vital poderia representar, a rejeição por parte de algumas instituições conduziu à não aplicação da medida. Consideramos que deveria ter sido legalizado, por forma a que fosse salvaguardada a vontade expressa de cada um nesse documento legal. No entanto, é optimista verificar a existência de alguma abertura, nomeadamente em Portugal, para o debate sobre a legalização da eutanásia e do suicídio assistido.

Quando, hoje em dia, se ouve falar em pedidos de eutanásia e suicídio assistido, não se deveria pensar que é algo que está na moda, Estas práticas existem há séculos, como demonstraremos adiante.

Quem deseja a perda total e irreversível do organismo, a morte? Todos nós responderemos que não queremos morrer. Pessoas com doenças terminais irreversíveis, também não desejariam a morte em circunstâncias ditas normais. No entanto, com a doença, muitas desejariam antecipar o fecho do cliço natural da vida humana.

Somos a favor da eutanásia e do suicídio assistido, desde que seja um desejo forte, constante, inequívoco e expresso autonomamente. Deveria ser efectuado por um profissional certificado. Existem médicos que são a favor e não têm problemas em dar a boa morte a quem a deseja, mas, para isso, é necessária a sua legalização.

Este trabalho pretende dar a conhecer o que se passa em algumas zonas do mundo que aceitam a eutanásia e o suicídio assistido e outras que começam a demonstrar alguma abertura ao tema. Contudo, também damos espaço aos que são contra o nosso tema.

Por fim, abordaremos o caso de Portugal, a aceitação ou não da eutanásia e do suicídio assistido de acordo com a Igreja Católica Portuguesa, a Medicina, Bioética e as leis que nos regem.

1.1 A finalidade do estudo

O que se pretende com este estudo é entender e conhecer algumas das posturas adoptadas face à problemática da eutanásia e do suicídio assistido.

Inicialmente, faremos uma breve resenha ao nível internacional e, por fim, tentaremos observar como o nosso tema se encontra em Portugal.

1.2 Definições

A definição do termo *eutanásia* segundo o dicionário Webster: “*uma morte fácil e sem dor ou um acto ou método de provocar a morte sem dor como forma de pôr fim ao sofrimento: defendido por alguns como forma de tratar as vítimas de doença incurável.*”

No dicionário de português da Porto Editora, a definição que encontramos para eutanásia foi: *doutrina que permite a antecipação da morte de doentes incuráveis, para lhes poupar os sofrimentos da agonia, morte provocada de acordo com os princípios de tal doutrina*”.

- Segundo o antigo catedrático de medicina legal da Universidade de Valladolid Ricardo Royo-Vilanova y Morales define a eutanásia, no seu livro “*Direito de morrer sem dor*”, como sendo “*a morte doce e tranquila, sem dores físicas nem torturas morais que pode sobrevir de modo natural nas idades mais avançadas da vida, surgir de modo sobrenatural como graça divina, ser sugerida por uma exaltação das virtudes estóicas ou ser provocada artificialmente, já por motivos eugénicos, ou com fins terapêuticos, para suprimir ou abreviar uma inevitável, larga e dolorosa agonia, mas sempre com prévio consentimento do paciente ou previa regulamentação legal*”.

Luis Jiménez de Asúa, firme defensor da “doce morte”, definiu a eutanásia como “*a morte que alguém proporciona a uma pessoa que padece de uma enfermidade incurável ou muito penosa, e a que tende a extinguir a agonia excessivamente cruel e prolongada.*”.

Jorge de Figueiredo Dias, professor da faculdade de Direito, da Universidade de Coimbra, define a eutanásia como sendo a “*morte dada por médico a um doente incurável e em sofrimento atroz.*”

A Igreja católica define a eutanásia como “*uma acção ou omissão que, per si ou na intenção, cause a morte com o fim de suprimir o sofrimento*”¹. Assim, a Igreja aceita a renúncia e suspensão de tratamentos e a administração de fármacos destinados a aliviar a dor se como consequência ocorrer a morte.

A Euthanasia Society of America, fundada em 1938, define a eutanásia como “*acto de pôr termo à vida humana por meios indolores com a finalidade de pôr fim a um grande sofrimento físico.*”

O governo Belga definiu a eutanásia como sendo: “*o acto de tirar praticado por um terceiro, que põe intencionalmente fim à vida de uma pessoa a pedido desta*”

A definição holandesa de eutanásia é. “*Tirar intencionalmente a vida de outra pessoa a seu pedido explícito, consenso quase completo e geral*”²

1.3 Motivação para o estudo

A execução deste trabalho teve como propulsores os seguintes aspectos:

- *A actualidade do tema:* a eutanásia assim como o suicídio assistido constituem uma das preocupações do homem contemporâneo; o destaque dado pelos *media* em casos de Eutanásia, dando nomes, rostos, transmitindo detalhes que despertam a curiosidade para o tema.

- *A sua complexidade e controvérsia.*

Tentaremos ainda provar àqueles que dizem que o tema da eutanásia e do suicídio assistido só se transformou em assunto conhecido presentemente que estão errados, visto que estes assuntos foram debatidos e realizados ao longo da história.

1.4 Ambiguidade que envolve a eutanásia

Antes de iniciáramos a falar desta ambiguidade, temos que conhecer quem terá sido o primeiro a utilizar o conceito de eutanásia, esse foi o historiador inglês W.H.Lecky, em 1869, tendo como significado a acção de induzir suave e facilmente a morte, especialmente a doentes incuráveis ou terminais, com o mínimo de sofrimento.

1 Catecismo da Igreja Católica. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 2ª ed. 1999:2277.

2 The Dutch definition of euthanasia. Em Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia. Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucci C, eds. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 1998:3.

O termo “eutanásia”, que se instalou no discurso especializado, assim como no do quotidiano, traz uma enorme carga de ambiguidade criando alguma confusão.

Esta diversidade compreende, sob o mesmo conceito, sentidos diferentes, dando lugar a atitudes e usos opostos. Para comprovar a diversidade que atrás se referimos, apresentamos duas constatações:

- No uso normal, a eutanásia apresenta-se como sendo uma morte sem sofrimento físico e, num sentido mais restrito, aquela que é uma morte provocada voluntariamente, em que parece adoptar um sentido mais ampliado
- O termo e o conceito de eutanásia detêm, na prática, uma enorme variedade de sentidos, em conversas, escritos, movimentos, e grupos. Isto acontece ao nível factual.

A eutanásia tornou-se num termo polissemântico, dando lugar a tantos outros sentidos que lhe são permitidos, como o sentido etimológico: boa morte, sem dor, a luta contra o sofrimento, a qualquer custo, mesmo que seja a morte. A supressão da vida de um doente a pedido expresso dele próprio, da família, ou muito raramente pelos médicos. A decisão de se abster de meios extraordinários, a obstinação terapêutica.

O direito à própria morte, com o significado de morte apropriada, a que chamam de morte digna.

Mas como veremos a seguir, encontramos o sentido da boa morte, eutanásia ligada a actos que são e foram censurados por toda a sociedade mundial, ou seja encontramos a sua diversidade patenteada neste seguinte ponto.

1.5 Tipos de eutanásia

Sem presunção de fazer uma lista completa, observemos algumas situações de eutanásia e aqui encontraremos a ambiguidade do conceito. A eutanásia pode verificar-se em situações muito diferentes, atendendo aos mais diversos propósitos, podendo ser classificada das mais variadas formas.

- ***Eutanásia penal ou punitiva*** - aquela que surge nos países onde a pena de morte³ ainda é admitida, como, por exemplo, a China, ou em certos estados dos EUA, para castigo de crimes considerados graves pelas respectivas legislações.

³ Portugal foi o primeiro país da Europa a abolir a pena de Morte, no século XIX, no reinado de D. Luís I

- ***Eutanásia Voluntária*** - tem como referência o consentimento do paciente, surgindo quando a morte é provocada atendendo à vontade do paciente; há a possibilidade de se falar da ***eutanásia suicida***, sendo aquela que é provocada pelo próprio paciente, que pessoalmente recorre ao uso dos meios letais necessários para abreviar a vida, podendo, conforme os casos, ser ou não assistida pela actuação de terceiro que colabore para o desenlace mortal, não considerado o principal autor.
- ***Eutanásia Involuntária*** - ocorre quando a morte é provocada contra a vontade do paciente.
- ***Eutanásia não Voluntária*** - é aquela em que a morte é provocada sem que o paciente tenha manifestado a sua posição em relação a ela.
- ***Eutanásia por Acção ou Positiva*** - acto deliberado para provocar a morte sem sofrimento e sem dor do paciente, com fins misericordiosos; implica a interferência médica adequada, normalmente através da administração de fármacos, substâncias tipicamente mortais.
- ***Eutanásia por Omissão ou Negativa*** - há omissão de qualquer tipo de ajuda médica para manter vivo o paciente; por exemplo, quando a morte de um doente terminal ocorre porque não se inicia uma terapêutica ou há a interrupção de uma medida extraordinária com o objectivo de minorar o sofrimento encontramos perante um caso de eutanásia por omissão ou negativa.
- ***Eutanásia Agónica*** - a morte é provocada sem sofrimento num doente terminal, sem qualquer esperança de vida; tem por objectivo o fim do sofrimento do paciente.
- ***Eutanásia de Duplo Efeito*** traduz-se num aceleração da morte, como consequência indirecta do uso de determinados fármacos pelo médico, pela administração de doses altas que visam aliviar a dor física de um paciente terminal, causada por qualquer doença mortal, mas que podem provocar um encurtamento da vida, isto é, podem ter como efeito “indesejado” a morte.
- ***Eutanásia Lenitiva*** - ocorre quando se aplicam meios que visam eliminar o sofrimento de doentes terminais, mas com o objectivo de conservação da vida e sem o encurtamento da mesma, em que se aguarda que seja a doença a provocar a morte.

- ***Eutanásia Occisiva*** - surge quando o médico usa meios para liquidar o paciente para que este não sofra mais.
- ***Eutanásia Homicida*** - em que pode haver homicídio piedoso, abreviar a vida de uma pessoa libertando-a de uma doença incurável.
- ***Eutanásia Eugénica ou Eutanásia de tipo Económica ou Social*** - consiste na eliminação do sofrimento dos doentes incuráveis, dos inválidos e dos velhos, com o intuito de aliviar a sociedade do peso de pessoas economicamente inúteis, estendendo-se aos casos de malformações congénitas ou deteriorações irreversíveis, físicas e mentais; este tipo de eutanásia, foi executada em Esparta e na Alemanha nazi, com a desculpa de purificação da raça.

No entanto, o espanhol Ricardo Royo-Villanova⁴ propôs em 1928 a seguinte divisão:

- ***Eutanásia Súbita*** - morte repentina
- ***Eutanásia Natural*** - decorre no decurso natural e gradual do envelhecimento.
- ***Eutanásia Estóica,*** - morte obtida com a exaltação das virtudes do estoicismo, o aconselhamento à indiferença e o desprezo pelos males físicos e morais
- ***Eutanásia Teológica*** - morte em estado de graça
- ***Eutanásia Terapêutica*** - obtida por emprego ou omissão de meios terapêuticos para obter uma morte suave, aos pacientes incuráveis e com dor.
- ***Eutanásia Eugénica e Económica*** - eliminação de todos os seres degenerados ou inúteis.
- ***Eutanásia Legal*** - consentida e regulamentada legalmente.

No mesmo ano, é feita uma nova proposta pelo médico brasileiro Ruy Santos⁵, que dividiu desta forma a utilização do termo da eutanásia.

- ***Eutanásia - Homicídio*** – alguém (médico ou familiar) que procede de forma a terminar com a vida de um paciente.
- ***Eutanásia Suicídio*** – quando é o próprio doente a executar a sua morte.

⁴ Royo-Villanova Morales. Concepto y definición de la eutanásia. Zaragoza: La Academia, 1928:pg 10.

⁵ Santos Ruy. Da euthanásia nos incuráveis dolorosos. These de doutoramento. Bahia; - 1928:pg. 6-7.

No ano de 1942, o penalista e professor Jiménez de Asúa⁶ também fez a sua divisão.

- ***Eutanásia Libertadora*** – sendo esta realizada a pedido do doente terminal, que apresente grande sofrimento.
- ***Eutanásia Eliminadora*** - aquela que é realizada em pessoas que, mesmo não estando em condições próximas da morte, são portadoras de distúrbios mentais e, em consequência, são um peso para as suas famílias e para a própria sociedade.
- ***Eutanásia Económica*** – é a realizada em indivíduos que, por motivos da doença, ficam inconscientes e, ao recuperar os sentidos, sofrem em função da sua enfermidade.

A ambiguidade do termo eutanásia encontra-se bem visível nestas classificações que lhe foram atribuídas.

1.6 Suicídio

Convém, antes de mais, fazer um breve apontamento. O suicídio sobre o qual nos debruçaremos não é aquele de que se fala habitualmente, ou seja, o suicídio cometido por pessoas depressivas. Abordaremos, na verdade, a questão do suicídio assistido, encarado por muitos como sendo a salvação para o fim do sofrimento intenso. Alguns doentes incuráveis recorrem ao suicídio assistido quando já não existe capacidade de resistência à dor, ao sofrimento intenso causado por uma doença que vai matando aos poucos.

Ora, atribuiremos importância ao suicídio (assistido) porque este tem sido considerado, em termos morais, equivalente mas também distinto da eutanásia. Faremos, em primeiro lugar, uma breve resenha sobre o suicídio e tentaremos, depois, identificar as semelhanças e as diferenças entre estas duas formas de facilitar “*a boa morte*”.

O termo suicídio foi criado no século XVII a partir do latim: *sui* (auto) e *cidium* (assassínio). Não daremos apenas importância aos que foram favoráveis ao suicídio

⁶ Asúa, Jiménez de L. Libertad para amar y derecho a morir. Buenos Aires: Losada, 1942: pg.476-477.

assistido. Referiremos, também, os que rejeitaram o suicídio como forma de colocar fim ao sofrimento.

O suicídio assistido tem vindo a ser definido como *“um acto que tem muitos pontos em comum com a eutanásia, na medida em que há uma colaboração de uma pessoa, geralmente de um médico, com o doente para lhe terminar a vida”*.

Na Antiguidade Clássica, na Grécia e em Roma, existia legislação sobre o suicídio. Este acto era proibido e considerado uma injustiça para a comunidade. No entanto, um indivíduo que se quisesse suicidar tinha de apresentar um pedido às autoridades, ou seja, ao Senado, explicando as suas razões. Se o pedido fosse atendido, o suicídio era considerado legítimo⁷.

Pitágoras, no século VI a.C., rejeitou o suicídio com o fundamento de que *“somos os bens de Deus... e que sem a sua ordem não temos o direito de efectuar a fuga”*. Platão também o rejeitou porque *“o homem é um soldado de Deus e tem de permanecer no seu posto até que ele o chame”*. Para este filósofo, a morte só se devia aceitar quando ela chegasse, não se devia antecipar. No entanto, aceitava excepções, quando ordenado pelas autoridades, determinado por uma infelicidade extrema ou pela desonra pessoal. Aristóteles recusou o suicídio com base nos fundamentos cívicos de que o homem tem um dever para com o Estado. No entanto, os três filósofos aceitavam-no em casos de doença incurável.

Sófocles, foi, possivelmente, o primeiro a aceitar o suicídio como remédio mais geral para as aflições da vida e a sua orientação foi entusiasticamente seguida por muitos estóicos.

A partir de Santo Agostinho (354-430) começou a considerar-se o suicídio como uma usurpação da autoridade de Deus e da Igreja⁸. Santo Agostinho fundamenta a sua argumentação contra o suicídio no mandamento *“não matarás”* (Êxodo 20:13). Desta forma, o suicídio era por ele encarado como um pecado mortal, considerando que a pessoa que o executasse teria uma atitude indigna e seria desprezível.⁹ No entanto, Santo Agostinho acaba por aceitar o suicídio em caso de martírio.

⁷Durkheim E.- Relações do Suicídio com os outros fenómenos sociais, Em: O suicídio - estudo sociológico. Lisboa: Editorial Presença, 7ª ed. 2001, pag 348-386

⁸Wilcockson, M. Suicide and autonomy. Em: Wilcockson M, ed. Issues of life and death. London: Hodder & Stoughton 1999;16-31.

⁹Santo Agostinho. A morte voluntária por medo à dor ou à desonra. Em: Santo Agostinho. A Cidade de Deus. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 2ª ed.1996 (Livro I-XVII):149.

Como exemplo dessa aceitação, temos o caso de Sansão, que morre ao derrubar o templo matando também o inimigo, os filisteus. Assim, este acto, realizado em obediência a Deus, não foi um acto com outras motivações, sendo, por este motivo, aceitável.¹⁰

A Escola estóica, fundada por Zenão na Grécia, no ano 400 a.C., que teve grande propagação, especialmente no Império Romano, debruçou-se sobre esta temática. O mais importante para os estóicos era viver em harmonia com a natureza e de acordo com a razão. Por exemplo, se o estado de saúde não permitisse uma vida feliz, o homem sensato poderia considerar o suicídio, e levá-lo a cabo, pois, não aumentava nem diminuía a sua virtude moral.¹¹

Cícero rejeitava o suicídio na maior parte das circunstâncias. Contudo, em casos de sofrimento extremo, ou de desonra ou em que «o próprio Deus teria apresentado uma razão válida», assim para este o suicídio era admissível.

O jovem Plínio, acreditava que o direito de morrer quando nos agradasse seria «o melhor dom de Deus aos homens que sofriam na vida».

Nas sociedades cristãs, o suicídio foi proibido. Encarado como sendo diabólico, o suicídio foi declarado como crime no Concílio de Arles, em 452. Em 561, no Concílio de Braga, chegou-se ao consenso de que, no funeral de um suicida, não haveria os rituais religiosos. Em 693, no Concílio de Toledo, foi decidido que os que tentassem o suicídio seriam castigados com a excomunhão.

Confúcio, na sua ética, aceita o suicídio em algumas circunstâncias, incluindo na doença irreversível, e, na China, aceitava-se o suicídio voluntário em casos de enfermidade incurável.

O taoísmo aceita o suicídio numa variedade mais lata de circunstâncias, incluindo o sofrimento e a doença incurável.

Mas, nos primeiros tempos da era cristã, o suicídio altruísta e o martírio eram elogiados. A Bíblia não apresenta conselhos particulares sobre o suicídio e, por isso, os filósofos cristãos desenvolveram o seu pensamento a partir dos filósofos gregos, que tinham uma enorme preponderância na época.

10 **Santo** Agostinho. Casos em que a execução do homem não constitui o crime de homicídio. Em: Santo Agostinho. A Cidade de Deus. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 2ª ed.; 1996 (Livro I-XXI):161-162.

11. **Cholbi** M. Suicide. Stanford Encyclopedia of Philosophy. <http://plato.stanford.edu/entries/suicide/>

São Tomás de Aquino (1225-1274) encarava o suicídio como um acto ilegítimo, lembrando que este violava o sexto mandamento: “Não matarás”. O suicídio é contrário à tendência da natureza e da caridade pela qual todo o homem deve amar-se a si próprio. Por isso, o suicídio é sempre um pecado mortal, por ser contrário à lei natural e à caridade. Todo o homem é um todo e todo o homem é parte da comunidade. Desta forma, pertence à comunidade. Logo, matar-se seria uma ofensa para a comunidade. São Tomás de Aquino insiste que os seres humanos são propriedade de Deus, sendo, por isso, nosso dever tomar conta dela. Conclui-se, assim, que, para o santo, quem comete suicídio peca contra Deus. A vida é uma dádiva de Deus ao homem e está sujeita ao seu poder, que mata e faz viver.¹².

Vejamos agora quais as crenças dos muçulmanos, no que diz respeito ao suicídio. A religião islâmica proíbe-o, sendo que só Alá pode tirar a vida, devendo as pessoas resignar se ao seu destino. O suicídio é um acto de insubordinação, pelo que é uma falta grave. No alcorão pode ler-se ¹³“*Não nos mateis. Deus é misericordioso para convosco*” e “*quem praticar o suicídio com injustiça e iniquidade fá-lo-emos consumir fogo, isso é fácil para Deus.*”

Por sua vez, para o judaísmo, o suicídio é considerado “*homicídio e cai, portanto, na proibição geral do homicídio. Uma pessoa que intencionalmente toma a sua própria vida pode não enfrentar um tribunal terreno, mas não escapa ao julgamento*”... “*O suicídio é proibido pelas Sete Leis Universais*”¹⁴. Fica, assim, esclarecida a posição do judaísmo no que diz respeito ao suicídio.

Com a Revolução Francesa, aboliu-se a legislação anterior, que proibia o suicídio, tendo este deixado de ser considerado um crime. No Reino Unido, só a partir de 1961 o suicídio e as tentativas de suicídio começaram a ser descriminados pela lei *Suicide Act*.

Nos Estados Unidos, o suicídio era considerado um crime, mas não havia punição. Considerava-se que não havia como punir um indivíduo morto e a confiscação dos seus bens só castigava os familiares.

Tanto Montaigne como Voltaire e Rousseau defenderam o suicídio nos casos em que existisse um “motivo muito forte e justo”. A justificação de Montaigne para a

12 S. Tomás de Aquino. Summa Theologica 2-2 <http://www.newadvent.org/summa/306405.htm>.

13 Alcorão:4:29; 4:30

14 Clorfene C, Rogalsky Y. Murder. <http://www.moshiach.com/action/morality/murder.php#>.

aceitação do suicídio foi de que «a morte é um paraíso seguro, que já mais deve ser temido e que muitas vezes pode ser procurado.»

Mostesquieu, defendeu o direito do homem a suicidar-se, escrevendo “ *A sociedade está fundamentada sobre a conveniência mútua; quando se torna para mim incômoda, o que deve ou pode impedir-me de lhe renunciar?*”

É provável que o primeiro a estudar cientificamente o suicídio tenha sido Émile Durkheim, (1858 – 1917), que o definiu como sendo “*todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de acto positivo ou negativo pela própria vítima, acto que a vítima sabia poder produzir este resultado.*”¹⁵.

A dor intensa ou a dor crónica são talvez dos sintomas que mais aumentam o risco de suicídio. As limitações causadas pela doença fazem com que se entre em desespero.

Fazemos menção ao suicídio (assistido) porque é um acto que tem muitos pontos em comum com a eutanásia, ou seja, há a colaboração de uma pessoa, podendo ser o médico. Contudo, como veremos adiante, nem sempre é assim.

No século XVIII, David Hume, considerou que os indivíduos têm o direito a suicidar-se, porque o suicídio não constitui uma ofensa a Deus¹⁶ ou à sociedade.

«*Quando a vida se torna um fardo, a coragem e a prudência deveriam conduzir a libertar-nos, logo que possível, da existência.*»

Arthur Schopenhauer (1788-1860) foi um implacável crítico à atitude do seu tempo, sobretudo em Inglaterra, de considerar o suicídio um crime. Assim, para este, o suicídio não é um crime. Acontece quando o sofrimento atinge um ponto que faz desaparecer o natural terror pela morte.

O suicídio assistido, sucede quando uma pessoa que não consegue alcançar a sua intenção de morrer sozinha, solicita ajuda de outra. Nos EUA, o médico Jack Kerkovian tornou-se popular por ter dado assistência ao suicídio assistido

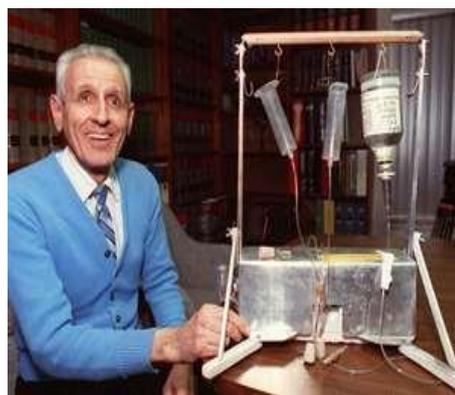


Ilustração 1 Jack Kerkovian

15 **Durkheim** E. Introdução. Em: O suicídio - estudo sociológico. Lisboa: Editorial Presença, 7ª ed. 2001

16 **Hume** D. Essay on suicide. Em: Hume D. Four dissertations and essays on suicide and the immortality of the soul. South Bend, Indiana: St Augustine Press 2000.

Os *media* apelidaram-no de *Doutor Morte*.

Kerkovian morreu a 3 de Junho de 2011 aos 83 anos. Criou uma máquina que iria ajudar os pacientes enfermos, que tivessem vontade expressa de deixar a vida de sofrimento em que viviam. Kerkovian colocava doses letais de cloreto de potássio em tubos de ensaio.

Inseria, depois, uma agulha na veia do doente, sendo o próprio paciente a activar a máquina quando se sentisse preparado. Com a criação da sua máquina, Kerkovian terá ajudado cerca de 130 pacientes a porem termo à vida.

Em 1998 o médico foi preso por ter divulgado um vídeo onde mostrava os últimos momentos de um paciente que havia expresso o seu desejo. O vídeo foi transmitido por um dos programas com maior audiência de televisão nos EUA, *60 Minutos*.

Nesse vídeo, para além de mostrar o seu rosto, afirma que havia ajudado a morrer Thomas Youk, através de uma injeção letal. O paciente padecia de esclerose lateral amiotrófica (ELA) em estado avançado. Encontramos uma parte desse vídeo no site *youtube*¹⁷ e vamos anexar esse excerto em CD.



Ilustração 2 Thomas Youk

"Foi um serviço médico que lhe foi pedido... que foi realizado com muita compaixão por Jack. Não deveria ser crime"

Terry. Youk irmão de Thomas.

O médico quis provocar as autoridades a prendê-lo, pensado que ganharia em tribunal e, desta forma, tornaria a eutanásia legal. Kerkovian, foi julgado e condenado a cumprir uma pena entre os dez a vinte e cinco anos de prisão. Apesar do suicídio em si mesmo não ser ilegal, ajudar uma pessoa a suicidar-se é um crime em muitos estados. Passados oito anos, saiu em liberdade condicional, com setenta e nove anos. No entanto, o juiz que concedeu a liberdade a Jack proibiu-o de participar em qualquer ajuda ao suicídio. Ainda assim, o médico não ficou muito tempo longe das suas convicções apoiando o debate "*right to die*" (o direito a morrer).

¹⁷ <http://www.youtube.com/watch?v=-Xf8tkCYCWM&feature=related>

Aquando da sua saída da prisão, acontecia uma sondagem sobre os seus actos. 53% da população americana defendia que ele não devia ter sido preso, enquanto que 40% concordava com a condenação.

Como se verificará adiante, a acção deste médico fez com que a questão do sofrimento dos doentes terminais fosse debatida, não apenas nos EUA, mas ao nível mundial, em instâncias médicas, jurídicas, éticas, religiosas e também pelos cidadãos.

Pode dizer-se que Kerkovian, foi o propulsor da estruturação de leis para o consentimento do direito à morte.

No entanto, e para concluir, o suicídio foi condenado nas sociedades ocidentais, sendo visto como uma traição aos deuses e à própria sociedade. Foi, por isso, alvo de censura e de pesadas sanções judiciais e religiosas. Temos que realçar que parte dos suicídios deve-se a problemas de saúde, cancro terminal, Sida, doenças mortais, contra as quais não há solução médica.

No início deste tópico, fiz referência ao facto de haver características equivalentes mas também distintas entre a eutanásia e o suicídio assistido, que passarei a descrever.

São equivalentes, porque ambas têm a mesma finalidade e necessitam da participação dos médicos. Divergem apenas no agente executor. No suicídio assistido, o médico tem participação indirecta, apenas como prescritor e instrutor do doente, podendo estar ou não presente quando o doente decide tomar os fármacos letais.

Os que consideram que o suicídio assistido e a eutanásia são actos intrinsecamente distintos baseiam-se no facto de que, no suicídio assistido, é o doente que toma o fármaco letal, tendo o controlo sobre a situação e podendo mudar de ideias e decidir não usar a medicação para se suicidar. O importante a salientar é que, quando já não se consegue lutar mais pela Vida, a única solução que os doentes encontram é o suicídio (assistido) ou a eutanásia. Para o paciente em sofrimento, o que interessa é ter uma “morte doce”.

Façamos, agora, um pequeno aparte para demonstrar que há quem seja a favor da prática do suicídio em Portugal. O prémio Nobel da Literatura português, José Saramago, defendeu em entrevista à TSF o direito à opção pelo suicídio,

“Uma pessoa que se suicida usa um direito sobre a sua própria vida. Ninguém pode negar isso, seja qual for a autoridade que se oponha, civil ou religiosa”¹⁸.

Saramago defendia que ninguém pode dizer não à eutanásia. Chegou a apresentar em Lisboa, no dia 11 de Novembro de 2005, o seu romance, “As intermitências da morte”. É uma fábula em que, de repente, a morte suspende as actividades, toda a nação fica eufórica, comemoram, sorriem, todos têm vida eterna. Quem está mal, no hospital ou em casa, ficava com a vida suspensa, nem melhorava nem piorava. Para o escritor, passamos muito tempo a pensar no que há depois da vida, quanto deveríamos concentrar-nos no que acontece na vida comum.

18 Diário de Notícias no dia nove de Novembro de 2005

Capítulo II

2.1.Aspectos Históricos sobre a Eutanásia

Etimologicamente, eutanásia é uma palavra utilizada no ocidente europeu, que tem raiz no mundo greco-romano, derivando directamente do grego *eu* (bem) e *thanatos* (morte). Significa, assim, boa morte, morte agradável, morte tranquila, morte doce, sem sofrimento.

A eutanásia é tão antiga como a própria sociedade. A existência de um vasto leque de testemunhos da prática de eutanásia leva-nos a épocas longínquas.

Entre os povos primitivos, espartanos, birmaneses, bosquímanos indianos, gregos, romanos, celtas, egípcios, provocava-se a morte aos velhos, aos débeis, aos deficientes físicos e/ou psíquicos e aos doentes incuráveis.

No que diz respeito à época primitiva, o homem conseguia estabelecer uma distinção entre a dor superficial e a profunda. Podemos confirmar esta afirmação com os estudos elaborados por antropólogos, que explicam o facto de não existirem inválidos nem mesmo doentes crónicos nas tribos primitivas: usavam o assassinato directo como forma de eutanásia.

No Egipto, Cleópatra desenvolveu uma Academia (69 a.C. – 30 a.C.) que tinha como objectivo estudar formas menos dolorosas para morrer.

Na Grécia, grandes nomes da cultura da época, portadores de doenças incuráveis, decidiram ter uma boa morte. A eutanásia foi um tema debatido por filósofos como Epicuro, Platão, Plínio. Havia, contudo, concepções diferentes entre eles.

O grande filósofo Platão, na sua obra a *República*, manifesta o seu pensamento voltado para a admissibilidade da eutanásia. De acordo com o pensamento platónico, a função dos médicos da pólis era estritamente eutanásica. Platão considerava que a sociedade era um corpo que devia livrar-se dos membros enfermos. O filósofo¹⁹ escreveu «*Estabelecerás no Estado uma disciplina e uma jurisprudência que se limite a cuidar dos cidadãos sãos de corpo e de alma; deixar-se ão morrer aqueles que não sejam sãos de corpo*». O que Platão expõe são soluções que favorecem o homicídio dos anciões, dos débeis e dos enfermos.

Sócrates suicidou-se por motivações morais. O filósofo defendia a ideia de que o sofrimento resultante de uma doença dolorosa justificava o suicídio.

19 Republica, III

Aristóteles também não se afastou do pensamento dos outros pensadores gregos. Abordou a questão do infanticídio. Afirmava que matar recém-nascidos enfermos e deformados seria um benefício para eles e para a sociedade, uma morte considerada piedosa.

Os estóicos admitiam a eutanásia nos casos de dores insuportáveis. No entanto, também era aceite em casos de mutilações graves e de enfermidades incuráveis.

Cícero, na sua carta a Ático (16,7,3) coloca a palavra “Eutanásia” como sinónimo de morte digna, honesta e gloriosa.

O historiador Suetónio descreve a morte do imperador Augusto (“*Divus Augustus*”, 99), que desejava um fim sem sofrimento, o que acabou por suceder. “*Consegui um final fácil e tal como tinha desejado. Pois quase sempre a ouvir que alguém tinha morrido de uma morte rápida e sem tormento, pedia para si e para os seus uma eutanásia semelhante (esta era na verdade a palavra que usava) ”.*

Séneca, que também escreveu sobre este assunto, afirmou:

*“Contra todas as ofensas da vida tenho o refúgio da morte. Se posso escolher entre a morte de suplício e a morte simples e fácil, porque não hei-de escolher a última? Se escolho o barco em que viajo, a casa que vou habitar, porque não hei-de escolher a morte pela qual deixo a vida? Especialmente em matéria de morte deveríamos agir de acordo com o nosso desejo. Porque hei-de sofrer agonias da doença... quando posso emancipar-me de todas as minhas angústias.”*²⁰

“ Não renunciarei à velhice se ela me deixar intacta a melhor parte de meu eu. Mas se começar a perturbar o meu espírito, se destruir as suas faculdades uma a uma, se não me deixar a vida como vida., partirei do edifício pútrido e vacilante. Se souber que tenho de sofrer sem esperança de qualquer alívio, partirei, não pelo receio da dor mas em si, mas porque ela impede tudo aquilo para o que eu viveria.”

Os antigos praticavam a eutanásia, em larga escala, contra as crianças raquíticas, velhos, enfermos incuráveis, aleijados em benefícios dos outros. Em Atenas, o senado tinha poderes para ordenar a eliminação dos anciões em banquetes especiais, com uma bebida adulterada “*conium maculatum*”.

Em Esparta, no século 9 a.C., Licurgo, o famoso legislador e militar, estabeleceu a eutanásia na constituição. Era normal, e até mesmo obrigatório, lançar recém-nascidos com malformações do alto do monte Taijeto, por serem inúteis para a sociedade e não terem utilidade enquanto futuros guerreiros.

Os birmaneses, enterravam vivos os idosos e os enfermos graves.

²⁰ Lecky, History of European Morals.

As populações rurais sul-americanas, que eram nômadas devido a factores ambientais, sacrificavam anciões e enfermos, para não os abandonarem ao ataque de animais selvagens.

Em Roma, a lei das Doze Tábuas autorizava o pai a eliminar os filhos recém-nascidos que apresentassem deformidades muito graves, sendo este acto considerado como um acto de amor. Era frequente lançarem-se ao mar os deficientes mentais e, nos tempos do Imperador Valério Máximo, havia um depósito de cicuta que se encontrava à disposição de quem mostrasse à corte desejo de abandonar a vida.

Segundo Giuseppe Del Vechio, o gesto dos Césares em Roma, durante os circos romanos, ao colocarem o polegar para baixo²¹, era como que uma autorização para a realização de eutanásia, consentindo ao gladiador mortalmente ferido um modo de escape à desonra e da morte com grande agonia, sendo um acto de compaixão real.

Na Índia antiga, quando ocorriam periodicamente as crises de fome, os principais responsáveis pelas coisas públicas reuniam os indivíduos considerados inúteis, tapavam-lhes as fossas nasais e a boca com limo sagrado e barro e lançavam-nos ao Rio Ganges.

Na época medieval, era entregue ao soldado que estivesse mortalmente ferido, um punhal - chamado punhal da misericórdia - para que com ele pudesse colocar um ponto final à sua dor.

Também encontramos a Eutanásia na Bíblia, mais precisamente no Livro dos Reis, na passagem em que Saul²² se lançou sobre a sua própria espada para não cair nas mãos dos seus inimigos e ficar prisioneiro. Como acabou por apenas se ferir, teve de pedir ao seu escravo para acabar com a sua vida.

Na Germânia antiga, os velhos e os inválidos eram abandonados nas florestas para serem devorados pelas feras.

A partir do Renascimento, humanistas, físicos e médicos empenharam-se em solidificar um novo tipo de ciência e de conceito de homem. A noção de eutanásia alcança um novo sentido, começando a ser encarada como uma forma de “*bem morrer*”, ou seja, de morrer sem sofrimento.

No século XVI (no ano de 1516), Thomas Moore, um católico fervoroso, publicou e defendeu a obra *Utopia*, e num dos seus livros, o *Diálogo do consolo*, escrito

21 “Pollice verso”

22 Bíblia Sagrada, Samuel capítulo 31, do versículo 1 ao 13

posteriormente na prisão da Torre, encontramos o conceito médico e moral de eutanásia. Nesta, descrevia, sem fazer referência à palavra, uma prática que corresponde à Eutanásia Voluntária, com uma definição idêntica à que actualmente existe.

“Os desgraçados que sofrem de males incuráveis são objecto de todo o consolo, assiduidade e cuidados morais e físicos capazes de lhes tornar a vida suportável. Mas quando a esses males incuráveis se acrescentam atrozes sofrimentos que nada é capaz de suspender ou remediar, os sacerdotes e os magistrados apresentam-se ao doente para lhe trazerem a exortação suprema... Os que se deixam persuadir acabam os seus dias pela abstinência voluntária, ou então adormecem-nos com um narcótico mortal e morrem sem se aperceberem disso”²³

Podemos, a partir desta definição, deduzir que já existia uma preocupação com a atenção que deveria ser dada aos enfermos, sendo que apenas se considerava pôr termo à vida de um paciente no caso de este se encontrar com insuportáveis dores. Moore deu grande relevo à livre decisão do paciente, defendendo que esta seria fundamental à interrupção da vida. No entanto, defendia que devia ser necessária uma autorização das autoridades e dos sacerdotes, a fim de combater eventuais abusos.

No século XVII, é com o médico e filósofo Francis Bacon, pai da ciência experimental, que a discussão sobre a eutanásia é retomada. Bacon estava convencido de que a morte era absolutamente horrível. No entanto, defendia que:

“... a função do médico é restituir a saúde e mitigar os sofrimentos e as dores, não só quando essa mitigação possa conduzir à cura, mas também quando serve para alcançar uma morte tranquila e fácil. Porque não é pequena a felicidade que Augustus Caesars desejava para si próprio, essa tal Euthanasia... Na minha opinião os médicos deviam conduzir-se para essa prática e dar a sua assistência para facilitar e aliviar os sofrimentos e agonias da morte”²⁴

No seu livro *Historia vitae est mortis*, Bacon abandonou a ideia de morte sem dor, evidenciando antes a ideia de aceleração da morte de um paciente enfermo. Ou seja, Bacon insistia que, quando necessário, os médicos deveriam ajudar os moribundos a morrer.

O filósofo Karl Friedrich Marx defendeu, na sua tese de doutoramento com o título “*Da eutanásia médica*”, que os médicos deviam aprender a “*ciência da eutanásia*”. Marx atribui à eutanásia a designação de “*obstetrícia da alma*”. Visto que os médicos não podiam dar aos enfermos a imortalidade, Marx defendia que deveriam dar-lhes o descanso, ou seja, a morte.

23 Moore, Thomas, *A Utopia*, Athena Editora, Rio de Janeiro, 1937, pg. 134 - 135

24 Bacon, F., *Historia vitae et mortis*, 1623 e Nova Atlântida

Em 1816, Johann Christian Reil desenvolve as leis básicas da eutanásia. Nelas, defende que o homem morra de forma doce e com ajuda médica, o que corresponde a um cuidado metucioso e atento e não, como testemunhou, a casos em que pacientes remanescentes eram asfixiados.

Napoleão Bonaparte, durante a campanha do Egipto, pediu ao médico Desgénéttés que matasse os soldados atacados pela peste utilizando fortes doses de ópio. Durante o seu apogeu, em 1895, na discussão do plano nacional de saúde na Prússia, foi proposto que o Estado fornecesse os meios para a realização de eutanásia em pessoas que se tivessem tornado incompetentes para solicitá-la.

Ainda nesse mesmo ano, Adolf Josten assegurava, no seu livro *“Das Recht auf den tod”*²⁵, a existência de casos em que a morte do indivíduo era tão desejada pelo mesmo como pela sociedade.

No século XVIII, a eutanásia é considerada como *“acção que produz uma morte suave e fácil”* e, no século XIX, é definida como uma *“acção de matar uma pessoa por motivos de piedade”* ou como *“morte piedosa”*²⁶.

Em 1920, na Alemanha, é publicado o livro *“La autorización para la supreción de las vidas que no merecen viverse: su alcance y su forma”*²⁷. Os seus autores defendiam a eliminação física de todo o ser humano que se encontrasse louco, deficiente, entre outras condições. A eliminação destes indivíduos não seria considerada crime, nem imoral. Seria, pelo contrário, considerada um acto útil e legal.

Na década de 30 do século XX, ainda na Alemanha, a eutanásia foi realizada a indivíduos com deformações genéticas, esquizofrénicos, alcoólicos e delinquentes, para evitar, no futuro, uma descendência com essas características.

No início da 2ª Guerra Mundial, Adolfo Hitler aprovou uma lei para a eutanásia de enfermos com transtornos genéticos. Esta era destinada a enfermos judeus nos campos de concentração, por motivos políticos e raciais, provocando um dos maiores genocídios de toda a história. Esta espécie de eutanásia, praticada pelos nazis, retirou a vida a cerca de 6 milhões de pessoas inocentes. Na verdade, este conceito de eutanásia nada tem a ver com a eutanásia contemporânea.

25 O direito à morte

26 Cfr. Voz Eutanásia, em «Webster’s New Collegiate Dictionary» Londres, 1976

27 Jurista, **Blinding**, Karl e o psiquiatra, **Hoche**, Alfred

Em 1931, em Inglaterra, durante um discurso oficial, o Dr C.K. Millard, inspector de saúde da cidade de Leicester, propôs uma lei para a legalização da eutanásia, acabando esta por não ter tido efeito. Contudo, no ano de 1935, uma comissão denominada *The Voluntary Euthanasia Legalization Society*, constituída por três médicos membros do clero e um advogado, recuperaram a ideia de Millard²⁸, levando-a como proposta de lei à Câmara de Lordes, em 1936, tendo esta sido novamente rejeitada. A associação mudou frequentemente de nome, tendo um deles sido “*Exit*”. Actualmente, designa-se «*Voluntary Euthanasia Society*» (VES).

Nos Estados Unidos em 1938, constituiu-se outra associação semelhante, com o nome de «*Euthanasia Society of America*», e, em 1967, para financiar programas de informação e de difusão pública sobre o tema, formou o «*Euthanasia Educational Fund*».

Na Holanda, «*NVVVE*» é uma das associações que tem mais actividade, tendo já editado um livro no qual se explicam com pormenor os diversos modos de proporcionar uma «*morte suave*» a si próprio ou a outrem.

Em 1957, o Papa Pio XII aceitou a possibilidade do uso de grandes quantidades de drogas em doentes com grande sofrimento, mesmo que essas doses pudessem ter como efeito indesejado a sua morte (conceito de duplo efeito). Este princípio é atribuído a São Tomás de Aquino, encontrando-se na *Summa Theologica*, no pressuposto da legítima defesa:

“Nada impede um acto de ter dois efeitos, um que é intencional, enquanto que o outro está para além da intenção... O acto de auto-defesa pode ter dois efeitos, um é a salvação da própria vida, o outro é a morte do agressor. Este acto, visto que a intenção é salvar a própria vida, não é ilegal, visto que é natural a tudo manter o seu ser, tanto quanto possível. E, no entanto, embora resultante de uma boa intenção, um acto pode tornar-se ilegal se for desproporcionado em relação ao fim. Logo, a doutrina da Igreja Católica ainda se mantém inalterada vejamos, “para salvarmos a nossa vida podemos matar outra pessoa, desde que isso seja estritamente necessário, porque a nossa intenção é salvar a nossa vida e não matar a outra pessoa.”²⁹

A 5 de Maio de 1980, o Vaticano, na Declaração da Congregação para a Doutrina da Fé sobre Eutanásia³⁰, aprova a hipótese do duplo efeito e da suspensão do tratamento considerado inútil.

No ano de 1996, no Norte da Austrália foi aprovada uma lei que possibilitava

28 Fundador e Primeiro secretário da Voluntary Euthanasia Legislation society

29 Catecismo da Igreja Católica. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 2ª ed. 1999:2263-2264.

30 Cfr. na íntegra, a Declaração em anexo na Pág. 112-118

formalmente a eutanásia. Bob Dent foi o primeiro a ter acesso à prática desta lei. Depois dele, apenas mais três pacientes tiveram a possibilidade de obter a “doce morte”, ou seja, de receberem a autorização para suspender o tratamento médico que os mantinha vivos. Meses depois, a lei é anulada, impossibilitando categoricamente a eutanásia, apesar de cerca de 74 por cento da população se posicionar a favor da prática. Contudo, devido à discussão que se gerou por esta altura, acabaram por ser introduzidas leis ao nível estadual, nomeadamente a Lei dos Direitos dos Doentes Terminais,³¹ que veio estabelecer o direito dos pacientes ao suicídio assistido. No Brasil, uma proposta de lei semelhante foi revogada.

Em 1979, a Colômbia constituiu um *Movimento de Direito à morte*, tendo sido o primeiro país sul-americano a fazê-lo. A 20 de Maio de 1997, a Corte Constitucional Colombiana estabeleceu, seguindo a doutrina de Jiménez Asúa, que “ninguém pode ser responsabilizado criminalmente por tirar a vida de um paciente terminal que tenha dado o seu claro consentimento”. Assim, segundo o professor Asúa, nenhum profissional que praticasse a eutanásia deveria ser punido criminalmente. Asúa defendia a existência de uma protecção jurídica.

Nos anos setenta, ganhou visibilidade a prática do Testamento Vital/*Living Will*. Este consiste numa declaração assinada, diante de testemunhas, na qual o interessado expressa que, no caso de padecer de uma enfermidade incurável e dolorosa, não lhe devem ser aplicados meios terapêuticos extraordinários para prolongar a vida, mas, pelo contrário, que lhe seja proporcionada uma “morte suave”. Nos Estados Unidos, teve uma grande aceitação. O Testamento Biológico foi aprovado no Estado da Califórnia em 1976. Para que fosse considerado válido, o diagnóstico tinha de ter a confirmação de dois médicos, entrando em vigor duas semanas depois, e teria uma validade de cinco anos. Esta prática foi aprovada em outros sete Estados da União, em 1977. Actualmente, o testamento vital é reconhecido em cerca de quarenta Estados Norte Americanos.

Em Espanha, em 2000 foi proposto, pela Conferência Episcopal Espanhola, um modelo para o Testamento Vital³², em que o paciente enfermo manifesta a sua vontade expressa de não ser submetido a uma "obstinação terapêutica" ou seja, a tratamentos desproporcionados.

31 Em anexo pag119;120

32 Modelos de testamento vital em Espanha, em anexo na pag 121;123

Em 1977, na Suíça, em Zurique, é aprovada, por referendo, a eutanásia. Contudo, o Conselho Federal impediu a realização desta prática. A eutanásia é punível pelos artigos 111;113;114 do código penal suíço. No entanto, o suicídio assistido não é, na Suíça, punível por lei, desde que não exista motivo egoísta implicado – artigo 115 do Código Penal Suíço. Existem, aliás, no país, várias organizações que oferecem o suicídio assistido, como a EXIT e a Dignitas.

A 1 de Abril de 2002, entrou em vigor, na Holanda, a “*Lei sobre a Cessação da Vida a Pedido e o Suicídio Assistido* “. A eutanásia é tolerada há cerca de cinquenta anos, tendo a Holanda sido o primeiro país do mundo a exercê-la. Um mês depois, a Bélgica torna-se o segundo país a promulgar a lei relativa à eutanásia.

Para além dos nomes atrás referidos, existem outros associados à defesa da eutanásia. Alguns são, nomeadamente, de personalidades das áreas da cultura e da ciência, entre os quais três prémios Nobel, *George Thomson* foi galardoado na área da Física, no ano de 1937. *Linus Pauling* recebeu o prémio em 1954, na área da Química. *Jacques Monod* foi Nobel da Biologia em 1965. Os três premiados afirmaram que “*nenhuma moral racional pode proibir categoricamente ao indivíduo pôr termo à sua vida, se padece de uma horrível doença em relação à qual os meios conhecidos são ineficazes*”³³.

Naturalmente, não podemos apenas abordar o ponto de vista favorável à eutanásia. Assim, é necessário retroceder no tempo e centrar a nossa atenção na Grécia antiga. Tal como alguns filósofos se posicionavam a favor da eutanásia, outros defendiam um ponto de vista contrário, ou seja, desfavorável a esta prática. Entre eles, podem referir-se Aristóteles, Pitágoras, Epicuro e por fim Hipócrates³⁴. Este declarou, aliás, no seu Juramento: “*eu nunca darei qualquer droga fatal a uma pessoa, se me for solicitado, nem sugirirei o uso de qualquer uma deste tipo*”.

A maioria dos historiadores da moral ocidental coincidem na afirmação de que tanto o judaísmo como o cristianismo contribuíram para que se gerasse um sentimento global de que a vida humana tem santidade, não devendo, por isso, ser deliberadamente retirada.

33 “The Humanist”, Julho de 1974 (citado em “la Documentacion Catholique”, Paris, 1-IV-198, pág. 388)

34 Considerado o pai da medicina e foi o criador do juramento dos médicos que contém os guias morais e éticos para o exercício da medicina, ainda hoje é citado pelos médicos no início do exercício clínico, no entanto com algumas adaptações aos tempos modernos. Juramento de Hipócrates em anexo pag 124

Immanuel Kant, filósofo alemão do século XVIII, embora acreditasse que as verdades morais se fundiam na razão e não na religião, defendia que "*o homem não pode ter poder para dispor da sua vida*"³⁵.

2.2. A Legitimidade da prática da eutanásia

A apreciação legal da prática da Eutanásia varia de acordo com diversos países a nível mundial. Observemos como se encara esta prática nas organizações jurídicas de alguns países.

2.3. A Eutanásia em alguns países da União Europeia

Cada vez mais países europeus reconhecem aos seus cidadãos o direito de morrer dignamente. A **Holanda** converteu-se mesmo no primeiro laboratório social mundial para a investigação da eutanásia, no ano de 1991.

Geertruda Postma, médica, transmitiu publicamente, em 1971, que havia morto a sua mãe, injectando-lhe uma elevada dose de morfina e *curare*. Esta havia sofrido um AVC, tendo o resultado sido um considerável grau de incapacidade. A paciente pedira várias vezes à filha para acabar com a sua vida, tendo esta, acabado por ceder, concretizando o desejo da mãe. A médica foi julgada por homicídio por compaixão e, em 1973, foi condenada a uma semana de prisão com uma pena suspensa de um ano.

Muitos outros médicos vieram, depois, apoiar a Dr.^a Postma, confessando que tinham praticado actos semelhantes. Desde de então, a eutanásia é debatida abertamente na Holanda.

Os holandeses foram os primeiros, na Europa, a reconhecer o direito à eutanásia e a alterar, ao mesmo tempo, o seu código penal. No entanto, o Vaticano não se escusou de comentar a nova etapa holandesa. O porta-voz do Vaticano, Joaquín Navarro-Valls, afirmou que o passo que a Holanda estava a dar era triste, pois, para o Vaticano, a lei aprovada é um atentado à dignidade humana e geradora de uma crise de consciências nos profissionais de saúde.

35 Kant, Immanuel 1986, p.148). Duties towards the body in regard to life", *Lectures on Ethics*, trans. Louis Infield New York

No ano de 1984, a Associação Real Médica Holandesa publicou os requisitos que devem ser preenchidos para que um médico possa praticar eutanásia ou assistência ao suicídio. Os tribunais aceitaram-nos, esses requisitos são:

- Pedido voluntário, competente, explícito e persistente
- Informação completa
- Sofrimento intolerável e sem esperança
- Ausência de alternativas aceitáveis
- Consulta de outro médico independente

Existem dois importantes relatórios sobre a Eutanásia. O primeiro data de 1991 e consiste num estudo oficial do governo holandês em preparação para o debate sobre a legislação ligada à eutanásia levado a cabo pelo professor Remmelink. O segundo surge em 1996 e diz respeito a um estudo independente, realizado por Van der Maas e Van der Wal, destes relatórios incidiram as decisões de fim de vida praticados por médicos holandeses no ano de 1995.

Até ao ano de 2001 a eutanásia era ilegal, mas praticada. As acções judiciais eram raras, desde que os médicos seguissem certas directivas. Se, por acaso, não respeitassem o que se encontrava estipulado, a punição máxima para a realização da eutanásia era de doze anos de prisão e de três para o suicídio assistido.

A lei de 12 de Abril de 2002 não abre caminho à arbitrariedade visto que determina, no artigo 293³⁶, esta lei refere-se á Cessação da vida a pedido e suicídio assistido que *"a acção de pôr fim à vida de outrem não é passível de pena na medida em que for realizada por um médico que satisfaça os critérios de minúcia mencionados no artigo 2º, (...) e que comunique ao médico legista do município"*.

Esses "**critérios de minúcia**" considera-se que foram respeitados quando o médico tem a certeza de que:

- a) Tem a comunicação de que o pedido do doente é voluntário e bem avaliado.
- b) Tem a comunicação de que o sofrimento não tem perspectiva de melhora, sendo insuportável
- c) Informou o paciente sobre a sua situação e as suas perspectivas:
- d) Em conjunto com o paciente devem chegar a uma conclusão comum de que não

36 Em anexo na página 125;135

havia outra solução alternativa razoável para a situação do paciente. O doente consultou, pelo menos, um outro médico independente, que o examinou e deu o seu parecer por escrito acerca dos requisitos de cuidados adequados com as partes a-d; e.

- e) Abreviou a vida ou assistiu um suicídio com os cuidados adequados. E, com todo o rigor médico exigido, preencheu um formulário completo

Nesta última formalidade, o médico tem de responder a mais de cinquenta questões, tendo, depois, de enviar o formulário ao chefe da polícia do município, que o comunica a uma comissão regional. Esta comissão examina se os critérios de minúcia foram bem observados.

A 28 de Maio de 2002, a Holanda deixa de ser o único país com a prática de Eutanásia Legalizada, pois as comissões de Justiça e dos Assuntos Sociais do Senado belga, depois de 17 meses de debates e vários pareceres, adoptaram um projecto promulgando a sua lei³⁷ de Eutanásia, sob certas condições.

No artigo 2º, define a Eutanásia como *”acto, realizado por terceiros, que faz cessar intencionalmente a vida de uma pessoa a pedido desta pessoa.”*

O médico que executar a Eutanásia não pratica um acto ilegal, mas, para isso, terá que ter uma confirmação de que o doente é adulto ou menor mas emancipado e que tem plena capacidade e consciência na altura em que faz o pedido. Esse pedido tem de ser voluntário, reflectido e reiterado, não podendo resultar de pressões externas.

O paciente terá que se encontrar numa situação médica irreversível, resultantes de uma condição acidental ou patológica grave incurável, em que as queixas de sofrimento físico ou mental sejam constantes e insuportáveis, impossíveis de atenuar.

O médico deve:

- Estabelecer a natureza persistente do sofrimento do paciente
- Comunicar ao paciente o seu estado de saúde
- A sua esperança de vida
- A disponibilidade e as consequências dos cuidados paliativos. Estudar com o paciente o seu pedido de eutanásia, assim como as medidas terapêuticas que ainda possam ser consideradas.

37 Em anexo na pags 136; 145

- Determinar se o paciente teve oportunidade de discutir o seu pedido com os seus familiares

O médico deverá igualmente, tal como também é dito na lei Holandesa, consultar outro profissional da área, para que este revele o estado de saúde irreversível do paciente. O médico consultado deve ser habilitado no que se refere à condição patológica do paciente e ser independente tanto do médico que o consultou como do paciente em causa.

Este analisa o historial do paciente, devendo efectuar todos os exames médicos e determinar a enfermidade do paciente. No seu relatório, deve escrever o que descobriu e determinar se o estado do doente é, de facto, irreversível e se a prática que deseja lhe deve ser facultada.

Na **Suíça**, a eutanásia é ilegal. No entanto o código Penal Suíço de 1942 adoptou um critério atenuante, pelo que existe um perdão jurídico a favor daquele que realize uma morte benéfica. Por sua vez, o suicídio assistido é legal. Os pacientes que decidam suicidar-se formulam o seu pedido por escrito e, caso estejam incapazes de escrever, devem efectuar o seu pedido na presença de um notário e diante de testemunhas, que confirmarão o solicitado. Neste caso, o paciente recebe a visita de um membro da organização Dignitas, que examina a ficha médica, verifica que o paciente sofre de doença incurável, que o seu sofrimento é intolerável, que o pedido é sério e repetido e que se encontra totalmente lúcido.

O **Luxemburgo** tornou-se, a 18 de Dezembro de 2008, no terceiro país a legalizar a eutanásia, tendo a lei entrado em vigor a 17 de Março de 2009. Esta norma isenta os médicos de acção legal e civil, podendo responder a um pedido de eutanásia ou suicídio assistido, realizado por um adulto ou um menor ao qual tenha sido diagnosticada uma doença irreversível.

No ano de 2010, o supremo tribunal **alemão**, em Karlsruhe, deliberou que não é punível por lei a interrupção do suporte de vida a um doente em estado terminal, desde que autorizada pelo próprio. No acórdão, passa a fazer jurisprudência e a ser, assim, autorizada a eutanásia, em determinadas circunstâncias.

- Os médicos podem suspender medidas para prolongar a vida de uma pessoa, *“mesmo que o processo da morte ainda não se tenha iniciado”*.

- “Não é relevante” o facto de a interrupção do suporte de vida ser feita através de uma acção do paciente, como por exemplo, a retirada de um tubo vital. A vontade expressa do paciente é decisiva, mesmo quando este já não estiver consciente.

A **Itália** proíbe qualquer tipo de eutanásia. O seu código penal pune, com pena de seis a quinze anos de reclusão, o assassinio consentido nos termos do artigo 579.º.

Na **França**, entre 1950 e 1966, o médico e cientista francês Paul Juret observou para a *Revue Internacional de droit penal* que não existia, no país, um ano sem um caso de eutanásia. Embora fosse contra esta prática, Juret reconheceu que os médicos podiam enfrentar o que ele chamou de "*dilema desumano*", dado possuírem sensibilidade moral. Dos nove casos a que Juret fez referência, seis ocorreram em França, sendo que quatro deles se encontravam relacionados com crianças a quem os pais angustiados teriam dado a morte sem sofrimento.

Em 1962, um caso chamou a atenção da opinião quase mundial. Decorria, em Liège, o julgamento³⁸ de uma mãe belga e do seu médico assistente, que haviam dado a "morte misericordiosa" ao recém-nascido. A criança nascera, devido à Talidomida³⁹, totalmente disforme. Durante o processo, o juiz fez notar a existência da possibilidade de colocar a criança numa instituição, ao que a mãe respondeu: "*Isso era uma solução para o meu problema, mas não era para o meu filho*". Médico e mãe foram absolvidos, tendo este caso dado início ao debate sobre a morte sem sofrimento de crianças e, também, sobre o princípio da eutanásia.

Ainda em França, dois jornalistas⁴⁰ interessados no caso de Liège planearam um programa para televisão francesa sobre a eutanásia. Reuniram uma enorme quantidade de provas, num largo registo de casos humanos, e ficaram surpresos com a considerável adesão aos seus pedidos de elementos. Receberam mais de mil cartas, confissões de doentes, familiares e médicos. A transmissão foi anunciada mas acabou por ser cancelada quando os produtores receberam uma carta de uma senhora que havia feito uma operação ao peito, dizendo que estava a sofrer e que sabia que ia morrer. Deu-se, desta forma, o fim dramático para um heróico empreendimento.

³⁸ **Guerra**, Miller, A "talidomida" e a eutanásia a propósito do processo de Liège.; Gráfica Gouveia 1963

³⁹ Medicamento utilizado para combater os enjoos matinais das grávidas

⁴⁰Famosos jornalistas franceses Igor Barrère e Etienne Lalou

Contudo, no ano de 1978, o senador francês H. Caillavet⁴¹ apresenta para discussão na Assembleia Nacional Francesa um projecto de lei que daria ao indivíduo o “*direito de viver com dignidade a sua própria morte, o direito de não terminar como carne de laboratório, irrigado, desintoxicado, bombeado por uma máquina*”. Caillavet exemplificou, sem dúvida, de forma muito simples, o estado a que os doentes que desejam a “boa morte” não querem chegar.

A eutanásia é considerada, em França, como homicídio, apesar da reforma do Código Penal antever um artigo consagrado à eutanásia, definida como “*pôr fim à vida de uma pessoa ameaçada de morte próxima e inevitável, com o fim de abreviar o seu sofrimento e sob pedido da mesma, sério, insistente e reiterado.*”

A Lei Léonitti de 2005 garante apenas o direito de “*deixar alguém morrer*”, induzindo o doente em coma artificial, morrendo de fome e de sede, o que pode levar vários dias. Assim, a lei francesa pune os que forneçam ou administrem medicamentos utilizados para o suicídio de outra pessoa.

Voltando aos dois jornalistas, Barrère e Lalou não desperdiçaram o trabalho efectuado e reuniram os elementos todos, que publicaram, em 1982, sob a forma de livro: “*Le Dossier Confidentiatiel de l’Euthanasie*”. Segundo estes, a Suíça foi o país que melhor examinou o problema da eutanásia, “*com a maior humanidade e liberdade de perspectiva*”, pois não a encarou como homicídio - antes a definiu como a concessão de um alívio compassivo ao sofrimento sem cura.

Em **Espanha**, aquele que satisfizer um pedido de eutanásia sujeita-se a uma pena que poderá ir de 6 meses a 6 anos de prisão. O Código Penal Espanhol protege, assim, o direito à vida. A própria Constituição Espanhola, assim como o Tribunal Constitucional Espanhol, já proferiram diversas sentenças nesse sentido, proibindo todo e qualquer atentado contra a vida de outrem, castigando a indução e a ajuda ao suicídio bem como o termo da vida de outrem, a seu pedido.

No entanto, a Andaluzia debateu novas leis. A conselheira de Saúde da Andaluzia, María Jesús Montero, foi uma das caras que argumentou no Parlamento Autónomo da Andaluzia no sentido de que fosse aprovada a lei da morte digna. A 17 de Março de 2010 torna-se na primeira região da Espanha regulamentar os direitos dos

41 **Caillavet**, Henri, advogado e político, foi várias vezes presidente da Associação para o direito de morrer com dignidade (DAMS). Renúncia em 2007 ao cargo.

pacientes terminais e as obrigações dos profissionais de saúde que os atendem. Na lei, conhecida por *Lei da Morte Dignam*, constam os direitos e garantias da pessoa em irreversível processo de morte. A nova norma permite que o paciente possa recusar a submissão a um tratamento que apenas prolongue a sua vida de forma artificial. Além disso, a lei garante que o paciente receba um diagnóstico claro sobre as suas reais condições de saúde, o que facilitará a tomada consciente de decisões. A lei também dispõe sobre o direito do paciente a receber um tratamento contra a dor, incluindo a sedação paliativa e cuidados paliativos integrais em domicílio, desde que estes sedativos não sejam contra-indicados.

2.4. A Eutanásia em alguns países não Europeus

O primeiro país no mundo a regulamentar a Eutanásia foi o **Uruguai**. Com base na doutrina do penalista espanhol *Asúa*, entrou em vigor, a 10 de Agosto de 1934, o actual Código Penal Uruguaio. No artigo 37º do Capítulo III, a Eutanásia é qualificada como “homicídio piedoso”.

De acordo com o Código Penal do Uruguai, os juízes têm a autoridade de não condenar o autor de um homicídio realizado por piedade quando a vítima tenha insistido. No entanto, o suicídio assistido é considerado um delito, sendo punido e não tendo perdão judicial, de acordo com o artigo 315º do Código Uruguaio.

O Código Penal do **Perú**, que data de 1942, não considera punível o suicídio assistido nem a eutanásia, assim como quem o executa.

No **Brasil**, a eutanásia é punida como homicídio, com uma pena que pode variar entre os 6 e os 20 anos de prisão. No entanto, o Senado Federal brasileiro encontra-se a organizar, desde de 1995, um projecto de lei com vista a determinar normas para a legalização da “morte sem dor”.

Nos **Estados Unidos da América**, nos fins dos anos 60 e princípios dos anos 70, era inadmissível a remoção de um respirador assim como um mecanismo de hidratação ou nutrição de um paciente que não se encontrasse em morte cerebral. Uma decisão judicial de 1976 veio permitir a remoção do ventilador dos doentes em coma vegetativo persistente. Em 1980, outras decisões judiciais vêm igualar a hidratação e a alimentação

artificial a outras formas de suporte vital e permitir a sua remoção em doentes que ainda não se encontrassem em estado terminal ou em coma vegetativo persistente. No ano de 1990, foi confirmado o direito dos pacientes mentalmente capazes de recusar todo e qualquer tratamento de manutenção de vida.

Apesar de a eutanásia não ser legal, o suicídio assistido é permitido. No estado de Oregon, em 1994, 51% dos eleitores aprovaram a Lei da Morte com Dignidade, que permitia o suicídio assistido por médico. Contudo, a lei apenas foi promulgada em 1997. A lei que promulga a morte assistida chama-se *Oregon Death with Dignity Act* (ODWDA). Para que uma pessoa de Oregon faça uso desta lei, tem de ser adulta, residir em Oregon, encontrar-se lúcida e “capaz” e num estado terminal de uma doença incurável e irreversível, que, presumivelmente, só possibilitará seis meses de vida. O médico tem de praticar medicina no Oregon.

A 5 de Março de 2009, Washington legalizou a Eutanásia, tornando-se o segundo Estado norte-americano a permiti-la. A lei é semelhante à do Oregon, sendo, também, destinada apenas a doentes terminais. O pedido tem de ser oral e escrito, o paciente deve insistir no pedido oral pelo menos quinze dias depois do pedido oral inicial. O pedido terá de ser aprovado por dois médicos independentes e, sob a forma escrita, terá de ser testemunhado pelo menos por duas pessoas. No entanto, se existir suspeita de depressão ou qualquer doença psiquiátrica ou psicológica que influencie o discernimento, o doente será encaminhado para acompanhamento nestas áreas.

O terceiro Estado Norte Americano a aceitar a morte assistida foi o estado de Montana. O tribunal supremo permite que os doentes terminais recorram a médicos para pôr termo à vida. Esta nova legislação veio permitir aos médicos prescrever a administração de doses consideradas fatais de medicamentos a pacientes para os quais se prevejam menos de 6 meses de vida.

Na **Rússia**, o Código Penal Soviético de 1922 consente a isenção de pena ao homicídio por compaixão cometido a pedido do doente.

No **Japão**, a 28 de Março 1995, foi emitido pelo Tribunal Distrital de Yakahoma um decreto que estabelecia as condições permitidas para a Eutanásia:

- Quando o doente sofre de uma dor física insuportável
- A morte é inevitável e iminente

- Todas as medidas e exames possíveis para eliminar a dor do paciente foram realizados
- O paciente deve expressar claramente o seu consentimento

Estes são alguns países que, manifestamente, aceitam ajudar pessoas com doenças terminais, mas impondo limites à sua concretização.

2.5. *Directivas antecipadas - Testamento Vital*

As directivas antecipadas (DA), às quais é comumente atribuída a designação de testamento vital, seriam uma forma de respeitar os desejos dos doentes incompetentes. Estas seriam estabelecidas quando o paciente se encontrasse competente.

Nos anos 30 do séc. XX, o advogado Lewis Kutner, de Chicago, defendia a criação de um “*testamento em vida*”, em que estivesse contemplada a ausência de tratamento assim como a recusa de qualquer forma de prolongamento artificial da vida do paciente.

Este documento estabelece orientações antecipadas quando uma pessoa se encontra numa situação de lucidez mental, para que seja levado em conta quando, por causa de uma doença, já não lhe seja possível expressar a sua vontade. Assegura ao paciente o direito de decidir sobre o seu tratamento médico até ao fim da vida. Na declaração escrita, a pessoa pode determinar como quer ser tratada no caso de uma doença grave ou de um acidente que a incapacitem de se pronunciar sobre a questão.

Certifica-se, através deste documento, a "morte digna", no que se refere ao auxílio e à acção médica a que será submetido o paciente, que se encontra em condição física ou mental incurável ou irreversível e sem esperanças de cura.

As instruções que se apontam neste testamento aplicam-se numa situação terminal, sob um estado permanente de inconsciência, ou uma lesão cerebral irreversível que, além da consciência, não possibilite que a pessoa recupere a capacidade para tomar decisões e expressar os seus desejos futuros. É nestas situações que o testamento vital determina o tratamento a ser aplicado, limitando-se às medidas necessárias para manter o conforto, a lucidez e atenuação da dor ou a interrupção do tratamento, o que tem como consequência a morte.

No entanto, o valor do testamento vital tem diferentes apreciações.

A lei francesa de 22 de Abril de 2005 possibilita que as pessoas façam “*Testament de fin de vie*” (a vontade de acabar com a vida) ou “*Directives anticipées*” (directivas antecipadas). Este documento contém o tipo de tratamento que desejam receber se perderem a consciência.

Quem tem mais de dezoito anos, pode fazer um testamento em vida no caso de ser incapaz de exprimir a sua vontade e indicar os seus desejos relativos ao seu tratamento médico no final da sua vida. Este determina, nomeadamente, as condições em que o tratamento pode ser interrompido ou limitado.

O Testamento de Vontade tem a validade de três anos e é renovável, mediante a confirmação por escrito, para um período adicional de três anos, podendo no entanto, ser revogado a qualquer momento.

Na França e na Bélgica, a maioria dos médicos não tem em conta o Testamento Vital. Estes profissionais da área da saúde identificam-se como sendo responsáveis pela vida do paciente, e por isso, consideram ser seu dever tentar a sua sobrevivência, através de todos os meios que considerarem adequados, independentemente do desejo expresso no Testamento Vital.

Na **Alemanha**, desde 18 de Junho de 2009, as pessoas podem definir previamente o tipo de terapia médica que desejam, caso percam a capacidade mental para decidir. Esta lei garante o respeito da vontade do paciente, mesmo que tal implique sua morte.

A lei **Escocesa** protege totalmente o direito do doente a dispensar tratamento de sobrevivência e a receber drogas analgésicas em quantidades razoáveis para aliviar o sofrimento insuportável.

Na **África do Sul**, toda a pessoa tem o direito de definir se deve ou não ser submetida a um tratamento e de decidir, no caso de querer ser sujeita a tratamento, que sejam unicamente utilizadas drogas para aliviar as dores. O testamento vital tem valor legal.

Na **Nova Zelândia**, não se pode dizer que exista um testamento vital. Contudo, o doente tem o direito de recusar qualquer tipo de tratamento. Apesar de assim ser, as leis relativas à Eutanásia Voluntária são uma ofensa punível, podendo ir até aos catorze anos de prisão.

No Parlamento Espanhol, no ano de 2000, com o acordo de todos os partidos, foi aprovada a Lei das Vontades Antecipadas, segundo a qual cada indivíduo tem o direito de descrever o que deseja que lhe suceda se ficar impossibilitado de decidir por si próprio.

Na **Austrália**, o *Living Will* não é obrigatório para o médico ou enfermeiro que auxilia o doente terminal.

Para além dos países mencionados, outros já têm legislação. Podem ser mencionados os casos da Inglaterra, Suíça, Áustria, Hungria e Finlândia.

Concluimos este ponto com a afirmação de Gonzalo Echeverry. A frase deste médico colombiano é relevante porque nela se encontra expressa a vontade de *"finalmente, que os médicos e as instituições de saúde se sintam moralmente obrigados a respeitar a vontade do doente, expressa em estado de completa lucidez por documento assinado perante testemunhas da mesma maneira com essa vontade e consentimento são respeitados a até exigidos para outros actos médicos."*

A ideia do Testamento Vital é a de que seja um documento com valor legal e respeitado por todas as classes médicas e religiosas e pela sociedade. O documento vital deve ser considerado importante nas vidas que precisam de ter um fim sem sofrimento, um partir em paz.

2.6. Rostos, nomes, vidas de sofrimento

Pretende-se, nesta etapa, dar a conhecer os rostos, os nomes e as enfermidades daqueles que obtiveram o direito à “boa morte”.

Sigmund Freud, figura conhecidíssima, foi submetido a trinta e duas operações para eliminar lesões pré cancerosas.

No entanto o problema não foi eliminado. Freud pediu a injeção mortal para pôr termo aos seus sofrimentos, resultantes do cancro da maxila. Recebeu-a do seu médico, Marx Shur, em 1939.

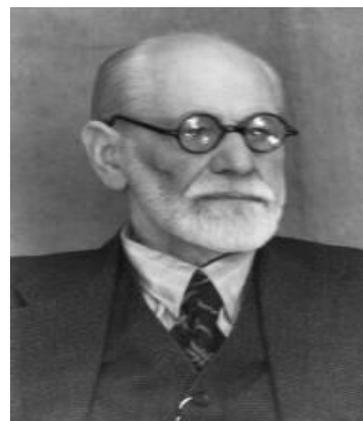


Ilustração 3 Sigmund Freud

Decorria o ano de 1975 quando Karen Anne Quinlan, de 22 anos, após ter ingerido álcool e, em simultâneo, uma dose excessiva de medicamentos, tranquilizantes e soníferos, caiu duas vezes, deixando de respirar por mais de quinze minutos. Tendo o seu cérebro ficado sem receber oxigénio, acabou por entrar em coma persistente.

Karen Anne é levada para as urgências do Newton Memorial Hospital, de New Jersey, para que a mantivessem viva através de um ventilador artificial. Por esta altura, Karen encontrava-se já cerebralmente morta.

Os seus pais, não observando melhoras, tomam a decisão de falar com o médico de Karen, Dr. Morse, para que fosse retirado o ventilador.

Num primeiro momento o Dr. Morse aceita. Contudo, no dia seguinte, recusou, alegando problemas morais e profissionais.

Então, a 10 de Novembro de 1975, os Quinlan seguem para os tribunais. Numa primeira acção, os pais de Karen afirmam que a jovem havia expressado anteriormente que, caso algo lhe acontecesse, não queria permanecer viva graças a aparelhos. No entanto, o resultado foi negativo. O juiz Muir, responsável pelo caso, não autorizou a retirada dos aparelhos, baseando a sua decisão no facto de a paciente ter produzido esta declaração fora do contexto real. A família apela, então, para o Supremo tribunal de New Jersey, que nomeou o Comité de Ética do Hospital St. Clair como responsável pelo prognóstico da paciente e por assegurar que a mesma nunca fosse capaz de retornar a um "estado cognitivo sapiente". O Comité não existia, até então. O juiz pressupôs, erradamente, que a maioria dos hospitais americanos possuía comités de ética.

O Comité foi, então, criado e deu o parecer de irreversibilidade. Em 31 de Março de 1976, o Supremo tribunal de New Jersey concedeu, por sete votos a zero, o direito da família a solicitar que fossem desligados os equipamentos de suporte extraordinário. Após isto, a paciente sobreviveu mais 10 anos, sem o uso de respirador e sem qualquer melhora no seu estado neurológico. A sua situação permanecia irreversível.



Ilustração 4 Karen Anne Quinlan

O caso real de Karen foi publicada em livro, “*História de Karen*” em 1977, por Ernest Freres, este livro contém a triste realidade de Karen, à disposição do Estado, do hospital e dos médicos, e por fim demonstra a impotência e aflição da família.

Os próximos três casos de que vamos falar são semelhantes, encontrando-se ligados à enfermidade devido a doenças incuráveis.

Diane Pretty viveu e sofreu com a sua incapacidade durante três anos. Morre aos 43 anos com a doença do neurónio motor⁴²

Esta doença neuro-degenerativa incurável paralisou Diane do pescoço até aos pés, mantendo-a numa cadeira de rodas, completamente incapaz. Diane era alimentada por um tubo e não conseguia falar, apesar das suas



Ilustração 5 Diane Pretty

faculdades intelectuais não se encontrarem afectadas. Comunicava com a ajuda de um pequeno computador portátil e, nas poucas palavras que conseguia escrever, reiterava o seu desesperado desejo de morrer:

“Basta! Eu, não quero agonizar até à morte. Não quero morrer sufocada.”

Devido ao avançado estado da sua doença, Diane viu-se impossibilitada de cometer suicídio e de acabar rapidamente com o seu sofrimento, com a perda da dignidade que a sua doença implicou na fase terminal. Diane desejava acabar com o seu sofrimento, mas precisava da intervenção de outra pessoa para cometer suicídio. Pediu, por isso, a participação do seu marido. Como atrás referi, em Inglaterra, é crime ajudar alguém a cometer suicídio, sendo o acto punível até catorze anos de prisão.

Diane lutou pelo desejo de obter a "boa morte", com a ajuda da Sociedade pela Eutanásia Voluntária, mas a justiça sempre lhe negou o direito de recorrer à eutanásia.

A primeira recusa veio da parte da justiça britânica. Depois disso, Diane decidiu recorrer ao Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, pois considerava que vários dos direitos estavam a ser violados, nomeadamente o direito à vida e o direito a não ser torturada nem discriminada. No entanto, como já tinha sucedido anteriormente, o resultado foi a recusa ao direito a ser assistida na morte pelo marido. A razão pela qual

⁴² Em anexo pag 146 retirado do site <http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigoEnc&id=324>

Diane desejava a eutanásia era a de não querer sofrer, ou seja, evitar passar pelo quadro de asfixia que a doença poderia desencadear.

O marido de Diane, Brian Pretty, em comunicado emitido com a ajuda da Sociedade pela Eutanásia Voluntária, lamentou o facto de não ter podido ajudar Diane, que esteve sujeita a enormes sofrimentos, apesar de os médicos terem conseguido estabilizar o seu estado durante alguns dias.

"Para Diane é o fim, mas enfim livre". Brian Pretty

O segundo caso a que nos referiremos é o do poeta, pintor e activista Welby, que sofria de distrofia muscular⁴³ há trinta anos. Em 1997, Welby deixa de respirar autonomamente, tendo que ser ligado a um respirador artificial. Solicitou ao tribunal a sua morte, mas a razão fornecida não foi considerada válida



Ilustração 6 Piergiorgio Welby

Welby aposta numa nova tentativa, enviando ao presidente italiano de então, Giorgio Napolitano, um vídeo e uma carta aberta onde explica a sua vontade de morrer.

Nessa mesma carta⁴⁴, afirma amar a vida e não ser maníaco-depressivo, considerando a ideia de morrer horrível. Contudo, dizia, o que lhe restava não era mais uma vida.

A “boa morte” chega a 20 de Dezembro de 2006, com ajuda do anestesista Mario Ricci. Welby foi sedado, para evitar a sensação de falta de ar, e Ricci⁴⁵ desligou o ventilador. O médico foi ilibado de qualquer acusação.

Piergiorgio Welby morre, assim, da forma como havia desejado e descrito no seu livro⁴⁶: « *morire sarebbe come dormire dopo aver fatto l'amore, stanchi, tranquilli* »⁴⁷

43 Em anexo pag 147; 149 retirado do site <http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigoEnc&id=393>

44 Em anexo pag 150;153

45 Mario Ricci, membro da Associação Consulta de Bioética.

46 “Lasciatemi morire”, Welby, Piergiorgio, editora Rizzoli

47“ morrer seria como dormir depois de fazer amor, cansado, tranquilo”

Inmaculada Echevarría, sofria de distrofia muscular progressiva[43]. Como Welby, o que a mantinha viva era o respirador artificial. Inmaculada esteve ligada à máquina durante nove anos, até a eutanásia lhe ter sido finalmente concedida.

Inmaculada solicita à direcção do Hospital de São Rafael a permissão para dar uma conferência de imprensa, durante a qual solicitaria publicamente a morte:

«... mi vida no tiene más sentido que dolor, la angustia de ver que amaneció nuevo día para sufrir, esperar que alguien escuche y acabe con mi agonía;... lo unico que pido es la eutanasia... no es justo vivir así»



Ilustração 7 Inmaculada Echevarría

A equipa médica que a assistia manifestou a disposição de aceder ao desejo de Inmaculada. No entanto, só poderiam aceder ao desejo da paciente com o parecer favorável da Comissão de Ética e com garantias judiciais.

Em Espanha, existe o artigo 2.4 da Lei 41/2002. Esta lei da autonomia do paciente estabelece o direito de recusar tratamento, sendo a sedação o primeiro passo permitido e, apenas depois, a interrupção do funcionamento do ventilador, ou seja, da respiração artificial.

Inmaculada, assessorada pelo seu advogado e ainda pela Associação do Direito a Morrer Dignamente, redige o Testamento vital antecipado. No entanto, ainda é obrigatório escrever uma carta, dirigida ao Ministro da Saúde, à Conselheira de Previdencia da Junta de Andaluzia e ao Departamento Médico do Hospital de São Rafael. Estes enviaram ao Comité de ética do Hospital Universitário de São Cecílio, à comissão Autónoma de Ética e Investigação de Andaluzia e, por fim, ao Conselho Consultivo de Andaluzia, órgão aconselhador do Conselho do Governo da Administração da Junta de Andaluzia em matéria jurídica.

Estas instituições foram unânimes - Inmaculda Echeverría tinha o direito a morrer e os médicos não seriam punidos. Foi-lhe concedido o direito à eutanásia a 14 de Março de 2007.

As apresentações que faremos agora dizem respeito a casos de acidentes. Começamos com **Ramón Sampredo**, de Xuño, Porto do Son, Corunha, Espanha. A 23 de Agosto de 1968, mergulhou do alto de um rochedo para o mar. A maré tinha vazado e a cabeça de Ramón acabou por colidir com a areia, o que provocou uma fractura da sétima vértebra cervical. Como consequência, Ramón ficou tetraplégico. Esteve deitado numa



Ilustração 8 Ramón Sampredo

cama, totalmente imóvel, durante vinte e nove anos. Exausto daquela forma de vida, iniciou uma luta para que lhe fosse concedida a eutanásia. Foi o primeiro caso de um pedido de eutanásia em Espanha, o que veio desencadear polémica social e judicial sobre a questão da eutanásia.

É no ano de 1993 que Ramón pede aconselhamento jurídico há DMD⁴⁸. Um ano depois, apresentou a sua primeira acção legal no tribunal de Barcelona, em que solicitava à justiça o direito de morrer com dignidade. No entanto, o tribunal rejeitou o seu pedido de eutanásia. O direito à eutanásia activa voluntária não lhe foi concedido, pois a lei espanhola caracteriza este tipo de acção como homicídio. O seu pedido chega à Comissão de Direitos Humanos do Tribunal de Justiça em Estrasburgo, tendo mais uma vez sido rejeitado. Ramón Sampredo trava uma longa luta, de tribunal em tribunal, pelo seu direito a morrer dignamente. Ramón chegou mesmo a enviar uma carta ao Rei de Espanha⁴⁹, o que acabou por ser apenas mais uma entre as iniciativas sem sucesso levadas a cabo pelo doente.

Ramón lutou durante cinco anos contra o sistema judicial espanhol, que sempre lhe negou o direito a uma morte digna. DMD ajudou Sampredo, mas era uma luta desigual. O governo espanhol aprova, em Novembro de 1995, para o Código Penal, o artigo 143.4, lei que proíbe a ajuda há eutanásia.

“Qualquer pessoa que cause ou coopere activamente, através de acção directa e necessária, para causar a morte de outra, através do pedido expresso, sério e inequívoco desta pessoa, no caso de a vítima sofrer de doença grave que leve necessariamente à sua morte ou que cause sofrimento grave e permanente difícil de suportar, ficará sujeito a uma pena do presente Artigo”.

⁴⁸ Asociación Derecho a Morir Dignamente

⁴⁹ Em anexo 154;156

Sampedro escreve um livro apenas com a boca e um pau (ao qual fora adaptado um lápis), intitulado-se este “*Cartas do Inferno*”⁵⁰.

Como o tribunal não lhe concedeu o seu desejo, planeou, com o auxílio de amigos, a sua morte, de forma a não incriminar os que lhe eram mais chegados. Foi encontrado morto no dia 15 de Janeiro de 1998. A autópsia revelou que a sua morte havia sido originada pela ingestão de cianeto.

Ramón Sampedro escreveu um “testamento”⁵¹ e gravou em vídeo⁵² os seus últimos minutos de vida, tendo ficado evidente que os amigos haviam colaborado colocando um copo com uma palhinha ao alcance da sua boca. Porém, ficara igualmente documentado que fora ele a realizar o acto de colocar a palha na boca e de sugar o conteúdo do copo.

A pessoa que supostamente o ajudou foi Ramona Maneiro. Esta foi incriminada pela polícia como sendo a responsável pelo homicídio. No entanto, um movimento concertado de pessoas a nível internacional enviou cartas “confessando o mesmo crime”. A justiça espanhola alegou impossibilidade de levantar todas as evidências, acabando por arquivar o processo.

A luta de Sampedro motivou a elaboração de um filme⁵³ que chegou a ser galardoado com vários prémios, entre eles o Óscar para o melhor filme estrangeiro. Os vários prémios atribuídos a este filme não ajudaram a modificar em nada a mentalidade governativa espanhola. Anos depois, num caso semelhante ao de Ramón e que iremos abordar de seguida, ainda não fora criada uma lei que permitisse a “boa morte”.

Vincent Humbert estava, a 24 de Setembro de 2000, a substituir um colega. A caminho da casa da namorada, depois de concluir o seu turno, Humbert sofre um acidente, permanecendo três dias entre a vida e a morte. Durante esse período de tempo, os médicos utilizaram todos os recursos ao seu alcance, tendo



Ilustração 9 Vincent Humbert

50 *Cartas do Inferno*, Sampedro, Ramón, Edi. Dom Quixote, 2005

51 Em anexo na pag 157; 158

52 <http://www.youtube.com/watch?v=BuDU4-IoQr8&feature=related>

53 *Mar Adentro*, realizado por Amenábar, Alejandro, 2004

mesmo chegado a ser utilizadas técnicas de ressuscitação que, como está descrito no seu livro, “...*me reanimaram e reanimaram sem parar ...*”. Vincent permaneceu em coma durante nove meses no Centre Hélio-Marin de Berck-sur-Mer. A sua mãe esteve sempre junto dele. Graças ao primeiro diagnóstico, descobriu-se que Vincent estava tetraplégico. Ao acordar do coma, descobre-se que apenas conseguia mover o polegar da mão direita. Durante seis meses, Marie Humbert volta a ensinar o alfabeto ao seu filho, de modo a poderem comunicar.

Vincent estava imobilizado, mas continuava lúcido. Ouvia, mas não falava. Era alimentado por uma sonda, colocada no estômago. Em algumas ocasiões, tinha de usar máscara para respirar. Por vezes, não conseguia engolir a sua própria saliva. Não tinha odor nem paladar e não conseguia chorar (pois o seu organismo não deixava que as lágrimas se soltassem) As dores físicas eram constantes. Vincent descreve no seu livro: “... *as enfermeiras voltarão a passar para me voltarem, ...*” “ *Se elas soubessem que ao fim de dez minutos já não aguento, que tenho vontade de mexer, que me dói o corpo todo, que tenho câibras, que me custa respirar...*”

Desde que se conseguia fazer entender, Vincent solicitava aos médicos que praticassem a eutanásia, como forma de terminar com o sofrimento em que se encontrava e que, segundo o seu depoimento, era insuportável.

Os médicos recusaram-se a realizá-la. Em França, a eutanásia é ilegal. Vincent fez inúmeras solicitações, inclusivamente ao próprio presidente Jacques Chirac, em Novembro de 2002. Através de uma carta⁵⁴, pede que seja aberta uma excepção legal para o seu caso. A resposta do presidente foi negativa e acompanhada da recomendação de que Vincent deveria “*retomar o gosto pela vida*”. Com a resposta negativa do presidente, Vincent coloca a hipótese de uma morte fora de França. No entanto, seis meses passados, Vincent teria que desistir do plano de tentar a morte assistida no estrangeiro, pois não dispunha dos meios financeiros necessários.

Vincent, como nos filmes, pede à mãe que contacte alguém da Máfia. Curiosamente, um dia, tem uma visita de um desconhecido, bastante magro, que se oferece para matá-lo. O desconhecido justifica a sua proposta com o facto de ir morrer em breve, com Sida. Marie Humbert rejeita-a.

54 Cfr. na íntegra “Peço o Direito de Morrer, **Humber**, Vincent; em anexo, pag 159-160

Seis meses passados, Vincent insiste, colocando em prática o plano. C. Vincent pressiona a mãe: «*Se me amasses, matavas-me*». Marie resiste ao pedido do filho.

Vendo o seu desejo negado, Vincent escreve, com a ajuda de Frédéric Veille, um livro sobre a sua difícil existência - “*Je vous demande le droit de mourir*”.



Ilustração 10 Vincent pede à sua mãe para o ajudar a morrer “*Mamã eu quero morrer*”

Após uma reunião familiar, o pai e os dois irmãos aceitam o pedido de ajuda para morrer de Vincent. No entanto, seria Marie, a mãe, a realizar o acto. Assim, a 24 de Setembro de 2003, Marie Humbert introduziu *pentobarbital sódico* na sonda gástrica de Vincent. Alegadamente, este produto havia sido fornecido por um médico suíço. Vincent não morre nessa altura e isto porque a equipa médica liderada pelo médico Frédéric Chaussoy detectou a deterioração do seu quadro clínico e interveio, fazendo manobras de reanimação e ligando-o a um ventilador. Vincent fica em coma profundo. Marie Humbert é presa e, ao voltar ao Centre Hélio-Marin, para junto do filho, é escoltada por dois polícias.

O livro de Vincent deveria ser lançado no dia 25, dia seguinte ao da sua morte, caso tudo tivesse corrido de acordo com o que havia sido planeado por Vincent e pela sua mãe. Vincent escreve: «*Eu nunca verei este livro porque eu morri a 24 de Setembro de 2000 [...] Desde aquele dia que não vivo, me fazem viver. Sou mantido vivo. Para quem, para quê, eu não sei. Tudo o que sei é que sou um morto-vivo, que nunca desejei esta falsa morte*». Ainda no que se refere ao livro, as suas últimas palavras são para a mãe, que, a seu pedido, tentou ajudá-lo a morrer. «*A minha mãe deu-me a vida, espero agora que ela me ofereça a morte [...] Não a julguem, o que ela fez para mim é certamente a mais bela prova de amor do mundo*».

O médico Chaussoy lê dois relatórios psiquiátricos efectuados a Vincent, que afirmavam que estava na plena posse das suas faculdades mentais, que o seu pedido se encontrava claramente formulado e que «*estava simplesmente, decidido a morrer*». O médico toma, então, a decisão de se reunir com a equipa que dirige e de lhe comunicar que, na sua perspectiva, as terapêuticas activas deviam ser «*limitadas*». Todo o pessoal presente sabia que, caso o ventilador fosse desligado, Vincent não poderia respirar

sozinho, o que resultaria na tão desejada morte. A equipa concorda com o médico, que recorre ao cloreto de potássio para evitar que Vincent sentisse a sufocação provocada pela retirada do ventilador. Vincent morre na manhã do dia 27 de Setembro de 2003.

Chaussoy assume publicamente ter desligado o ventilador artificial. A 14 de Janeiro de 2004, a mãe de Vincent, Marie Humbert, é acusada pela justiça francesa de "*administração de substâncias tóxicas*" e o médico Frédéric Chaussoy é acusado formalmente por envenenamento com premeditação, podendo vir a cumprir uma pena de prisão perpétua. No entanto, o Procurador da República acaba por absolver ambos.

Terri Schiavo (Theresea Marie Schindlera Schiavo), de 41 anos, sofreu, a 25 de Fevereiro de 1990, dois ataques cardíacos, resultado de longos anos de anorexia e bulimia, que impediram a chegada de oxigénio ao cérebro durante cinco minutos. Como consequência, sofreu uma grave lesão cerebral irreversível.

Estava há quinze anos em estado vegetativo, completamente dependente de outros, quando o seu marido, Michael Schiavo, entrou em processo judicial para que lhe fosse retirada a sonda que a alimentava e hidratava, gesto que levaria à sua morte. Por sua vez, os pais e irmãos lutavam para que Terri mantivesse a sonda, que a manteria viva, mas em estado vegetativo.



Ilustração 11 Terri Schiavo

Esta batalha jurídica teve início no ano de 1993, quando os pais de Terri entraram com uma petição na justiça, para que fosse retirado a Michael o poder de guardião legal de Terri. Essa acção foi rejeitada. A sonda que alimentava e hidratava Terri foi retirada três vezes e foi recolocada duas vezes.

A interferência política deu-se quando Jeb W Bush, governador da Florida e irmão do ex-presidente dos EUA, George W Bush, se mostrou contra a decisão do tribunal da Florida de que fosse retirada a sonda a Terri. O Congresso e o Senado dos EUA aprovaram uma lei específica para o caso Schiavo, que permitia o recurso de uma decisão de um tribunal estatal para um tribunal federal. O presidente Bush promulgou a lei durante a madrugada e os pais da doente iniciaram um novo percurso legal, que acabou por não ter sucesso. Terri morreu a 31 de Março de 2005.

O marido alegou várias vezes que Terri havia manifestado verbalmente, quando ainda consciente, que não desejaria permanecer no estado em que se encontrava.

A existência de um documento legal poderia ter ajudado nesta situação. Com o testamento vital, a vontade de Terri Schiavo teria estado salvaguardada e as decisões tomadas não teriam apenas tido como base ditos de alguém relativamente à vontade que ela teria manifestado quando ainda consciente. Conclui-se, assim, que o testamento vital é essencial em casos desta natureza.

Falemos, agora, de outra história marcante. **Jorge León Escudero**, enfermeiro, escultor e apaixonado de espeleologia, relançou, em Espanha, a partir do ano de 2000, o debate sobre a eutanásia, nomeadamente nas páginas dos jornais.

Escudero deu, durante a prática de ginástica em casa, uma queda, em consequência da qual partiu o pescoço. Deixou de mexer pernas e braços e de respirar pelos seus próprios meios. Para comunicar, utilizava um mecanismo colocado



Ilustração 12 Jorge León Escudero

na sua cabeça. Escudero confidencia a uma amiga sentir dores fortes nas pernas e estar a tomar morfina. À paralisação irreversível, juntam-se infecções cíclicas, que lhe provocam sofrimentos físicos e psíquicos. Escudero dizia necessitar de uma mão hábil que suplantasse a sua mão inútil, de uma mão que actuasse segundo a sua ainda livre vontade.

"Sou um exemplo da vida artificial, sem o respirador asfixiaria lentamente"..."O que vivi foi tão intenso e tão físico, que estar nestas condições é uma redução indigna".

O seu dia-a-dia era marcado pelas movimentações da cama para a cadeira de rodas, através de um pequeno guindaste. Passava os dias a observar o exterior, por uma janela da sua casa de Valladolid. O seu desejo expresso era: *"Quero morrer tranquilo e em casa, só ou em companhia de alguém especial".*

No dia 4 de Maio de 2006, às oito da manhã, Jorge León, de 53 anos, foi encontrado morto na cadeira de rodas. Junto ao seu corpo, encontrava-se um copo vazio. Apenas a análise toxicológica e os resultados da autópsia permitiriam descobrir o que

tinha ingerido para suavizar o sofrimento quando alguém lhe desligou o aparelho de respiração assistida.

Jorge León Escudero pediu repetidas vezes o fim da vida, segundo a sua amiga, escritora e antropóloga, Margarita Espuña.

A família publicou uma mensagem, onde pedia que não se procurasse quem deu a liberdade a Jorge: "*Que não se persiga a mão que aproximou um copo a uma boca sedenta de liberdade, de dignidade e de paz.*".

O drama de Jorge Escudero trouxe, de novo, para a ribalta a questão da legalização da eutanásia. No programa com que os socialistas ganharam as eleições de 14 de Março de 2004, era referida a constituição de uma comissão parlamentar para debater sobre o direito à eutanásia, a uma morte digna e a cuidados paliativos. Contudo, dois anos depois, o executivo socialista acabou por afirmar que a alteração da lei actual não estaria no horizonte da legislatura.

Eluana Englaro, vítima de um acidente de viação em 1992, ficou, em consequência, num estado vegetativo persistente, em que permaneceu dezassete anos.

Eluana estava em suporte artificial de vida, com um tubo de alimentação. A família toma a decisão de solicitar à Justiça italiana a autorização para que lhe fosse realizada a eutanásia. Assim começou o seu representante e pai, Giuseppe Englaro, uma batalha legal para conseguir a eutanásia para a sua filha, batalha essa que durou dez



Ilustração 13 Eluana Englaro

anos. Finalmente, o Tribunal de Apelação de Milão toma a decisão de autorizar a retirada da alimentação artificial que a mantivera com vida até então.

Três meses depois, o Tribunal Constitucional confirma a sentença, dando autorização à suspensão de alimentação da doente, para que pudesse morrer, o que encerrava definitivamente a possibilidade de recursos.

Eluana é levada para uma clínica particular em Udine, que aceitou a realização da eutanásia. Os profissionais dessa clínica eram voluntários e faziam parte de uma ONG favorável à eutanásia.

No caso de Eluana, não era a Justiça que pretendia impedir que fosse realizada a eutanásia, mas sim o governo italiano. Tal é visível na intervenção no caso do Ministro

da Saúde, Maurizio Sacconi. Segundo este, a clínica não teria capacidade para tal procedimento. O argumento do ministro acabou por não ser aceite, o que levou o ministro Sílvio Berlusconi a apressar a aprovação de um decreto-lei, que proibia a suspensão da alimentação de pessoas em coma. Porém, o Presidente Giorgio Napolitano recusou assinar esse decreto-lei, que havia sido aprovado pelo Conselho de Ministros do país.

A morte de Eluana Englaro dá-se em conformidade com os prazos da decisão judicial, a 29 de Fevereiro de 2009.

Como alguém sabiamente disse:

“Quem é escravo de seu corpo não é verdadeiramente livre.”

(Séneca)

Estes foram alguns dos rostos que tiveram mais projecção mediática. Mas vejamos outros casos, menos conhecidos, como o da francesa **Chantal Sébire**, que data do ano de 2008.

Chantal lutou durante oito anos contra um tumor evolutivo raro do sinus e cavidade nasal. A sua qualidade de vida fora-se deteriorando de forma acentuada.



O rosto encontrava-se desfigurado pela doença: o seu olho esquerdo quase que saltava da órbita, o direito também já se encontrava afectado e o nariz tinha já o triplo do tamanho normal. Chantal perdera o gosto e o olfacto e a visão eram diminutos. Vivia, ainda, com dores insuportáveis.

Sébire sabia que ia morrer. Solicitava apenas que a morte fosse antecipada. Uma vez mais, deparamo-nos com um caso em que tanto as leis como a sociedade e a igreja se posicionaram contra a vontade de um doente, contra o desejo deste de morrer e de acabar com o sofrimento. Cinco anos passados desde da morte de Vicent Humbert, Chantal depara-se com dificuldades idênticas.

A 19 de Março de 2008, a filha mais velha e o seu tio encontram Chantal Sébire morta. De acordo com os resultados da autópsia, Chantal ingerira um produto

letal - *pentobarbital sódio* -, muito utilizado nos suicídios assistidos na Suíça e no Estado de Oregon.

No mesmo dia, morria o escritor belga **Hugo Claus**, apontado várias vezes como favorito ao Prémio Nobel da Literatura. Morre de eutanásia legal, no estado inicial da doença de Alzheimer. Esta é uma doença do cérebro (morte das células cerebrais e consequente atrofia do cérebro), progressiva, irreversível e com causas e tratamento ainda desconhecidos. Começa por atingir a memória e,



Ilustração 15 Hugo Claus

progressivamente, as outras funções mentais, acabando por determinar a completa ausência de autonomia dos doentes. Os doentes de Alzheimer tornam-se incapazes de realizar a mais fácil tarefa, deixam de reconhecer os rostos familiares, ficam incontinentes e acabam, quase sempre, acamados. A doença de Alzheimer está relacionada com a idade, afectando pessoas com mais de 50 anos. A estimativa de vida para os pacientes situa-se entre os 2 e os 15 anos.

Entre Sébire e Claus existe uma diferença considerável: enquanto que um consegue ter uma eutanásia legal e acompanhada, por se encontrar num país que a autoriza, o outro vê-se obrigado a recorrer a uma eutanásia clandestina e a realizá-la sozinha

Todos os casos aqui apresentados tiveram interferência judicial. Nalguns deles, foi obtida uma resposta positiva, tendo o desejo manifestado pelo doente sido concedido. Noutros, o desejo teve de ser satisfeito de forma encoberta, dissimulada.

Quando estas pessoas reivindicaram a eutanásia, não o fizeram por se acharem indignas de viver, mas justamente por considerarem que a sua dignidade não estava a ser respeitada ao ser-lhes negada a concretização de um desejo manifestado de acordo com as suas convicções.

2.7. Seres Humanos ou Pessoas

Para este ponto, vamos utilizar os exemplos que atrás fizemos referência. Ora, depois de conhecermos os seus rostos, os seus nomes, as suas enfermidades, as suas

circunstâncias de vida, faremos, agora, uma reflexão com a ajuda de alguns pensadores, de forma a chegarmos a uma conclusão, se alguns dos casos que falamos serão seres humanos ou pessoas.

De acordo com o conhecimento que temos, somos todos membros da espécie humana: “*Homo sapiens sapiens*”, neste ponto, existe concordância. Contudo, em filosofia debate-se esta questão, isto porque pessoa não tem a mesma noção que ser humano. Devido a esta dúvida faremos uma viagem no tempo, passaremos pelo passado até ao presente, para se verificar como se classificava a pessoa e o ser humano.

Iniciamos a nossa análise no século VI d.C., com Boécio. Este definiu pessoa como corpo individual de natureza racional – “*rationalis naturae individua substantia*”. Outros filósofos apresentaram novas definições, seguindo o pensamento de Boécio. Tal como este, consideravam fazer parte do conceito de pessoa a racionalidade, ou seja, a consciência e a capacidade de pensamento comunicativo.

Para o inglês John Locke, (1632 – 1704) a pessoa é

*“um ser inteligente, pensante, que tem razão e reflexão e pode considerar-se a si próprio como si próprio, a mesma coisa pensante em diferentes tempos e lugares; o que faz só por essa consciência que é inseparável do pensamento e me parece essencial para ele; sendo impossível para qualquer um perceber sem perceber que percebe...”*⁵⁵.

Immanuel Kant (1724 – 1804) afirma que

*“os seres vivos cuja existência depende, não em verdade da nossa vontade, mas da natureza, têm contudo, se não seres irracionais, apenas um valor relativo como meios e por isso se chamam de coisas, ao passo que os seres racionais se chamam pessoas, porque a sua natureza os distingue já como fins em si mesmos, quer dizer como algo que não pode ser empregado como simples meio”*⁵⁶.

Para Engelhardt, “*o que distingue as pessoas da sua capacidade de serem auto-conscientes, racionais e preocupadas com o merecimento da censura e do louvor.*”⁵⁷

Segundo Peter Singer, a pessoa é “*... um ser com conhecimento da sua própria existência ao longo do tempo, e a capacidade de ter desejos e planos para o futuro.*”⁵⁸

Estes são alguns exemplos de definições de pessoa que têm em comum a racionalidade. Sendo assim, não é por se pertencer à espécie humana que se pode

55, **Locke**, John Of identity and diversity - “An essay concerning human understanding”. Book II: Cap. XXVII New York: Prometheus Books; 1995

56 **Kant**, I Transição da filosofia moral popular para a metafísica dos costumes,. Lisboa, edições 70; 2003:pag 39-91

57 **Engelhardt**, HT The context of health care, persons, possessions, and a states, The foundations of bioethics, New York: Oxford University Press, 2ª ed. 1996, pag 135-188

58 **Singer**, Peter; Beyond the discontinuous mind. ed. 2ª; 1996, 135-188.

classificar um indivíduo como pessoa e, por outro lado, poderá haver indivíduos não humanos que se poderiam classificar como pessoas. De acordo com os conceitos apresentados, certos filósofos consideram, assim, que alguns membros da espécie humana, como os doentes em estado vegetativo persistente, não são pessoas

No entanto, o facto de não considerarmos, em termos éticos ou filósofos, que alguns seres humanos são pessoas não significa que as consideremos menos - reflecte apenas os limites do raciocínio.

Seguindo a sabedoria destes filósofos, alguns dos casos anteriormente apresentados, não existia qualquer tipo de raciocínio, de capacidade de argumentação. Tal verificamos em três casos em particular – Karen Ann Quinlan manteve-se em estado vegetativo persistente, tendo o mesmo acontecido com Eluana Englaro e Terri Schiavo. Encontramos, nestes casos, apenas corpos inertes, sem qualquer sentido de vida. A sua condição de irreversibilidade reflecte-se numa perda total da identidade, o que não acontece com Sampedro, Humbert, Sébire e Claus. Nestes quatro casos, existia racionalidade – todos tinham conhecimento dos seus sentimentos e conseguiam fazer escolhas. A escolha feita por estes, foi muito ponderada, pensada, com a razão que identifica a pessoa.

Desta forma, devemos considerar as pessoas como agentes morais e isto porque a sua racionalidade as torna livres, capazes de tomar decisões e de assumir a responsabilidade pelos seus actos. O que nos diferencia dos animais é a capacidade de racionalidade. Assim, sem a razão, sem o pensamento, somos apenas corpos sem sentido de vida.

No entanto, vemos nos obrigados a fazer esta ressalva, isto porque, o facto de não consideramos alguns seres humanos como não sendo pessoas não significa que os consideremos menos.

2.8. Motivações dos pedidos dos doentes

De acordo com estudos realizados, concluiu-se que o desejo dos doentes não é morrer. Este desejo surge apenas quando o prognóstico piora devido à ineficácia do tratamento e como consequência à propagação da doença. Desta forma, existem factores que contribuem para essa mudança de pensamento. Esses factores delimitadores fazem-se sentir quando a morte se aproxima.

Esses factores determinantes são como que o detonador para o desejo de uma “doce morte”. São eles o medo de dor no futuro e de uma morte dolorosa, os sintomas físicos, como a dor, a fadiga, a dispneia e a falta de ar, o facto de não se querer viver dependente de máquinas, a perda de dignidade, bem como a perda de independência e a má qualidade de vida.

Concluindo, as razões que levam alguém a pedir a morte assistida estão ligadas à dignidade, ao sofrimento, ao controlo e à independência. O doente deseja manter o controlo sobre a situação, nomeadamente no futuro, no caso de esta piorar. Assim, os pedidos de morte assistida representam o medo de não se ter a capacidade, no futuro, de fazer a dita opção.

Como já fizemos referência, não falamos do suicídio por depressão - apenas falamos de doentes terminais. Assim, é necessário determinar a sua incapacidade e nunca permitir que uma pessoa com depressão, sendo ela sã, realize a morte assistida/eutanásia.

2.9. Argumentos a favor

“a vida assim não é digna para mim ... viver é um direito não uma obrigação”

(Ramon Sampetro).

Os defensores da eutanásia apoiam a liberdade de pensamento, o direito de cada um a decidir sobre o destino do seu próprio corpo. Segundo eles, qualquer ser humano que se encontre a sofrer deve poder exigir uma morte digna, humana e suave. Assim, aqueles que defendem a eutanásia utilizam alguns argumentos, de forma a tentar estabelecer que a posição que defendem é a correcta:

- Razões afectivo-sentimentais, quando as dores se tornam prolongadas e insuportáveis.
- O ser humano não deve ter apenas direito à vida - deve igualmente ter direito à morte, ou seja, cada pessoa deve ter o direito à autodeterminação, a realizar uma escolha entre a vida e a morte.
- Corresponde a uma escolha de modo a evitar a dor e o sofrimento das pessoas que se encontram sem qualidade de vida, em fase terminal.
- Deve ser uma escolha ciente e informada.

- A eutanásia coloca o interesse individual acima do da sociedade, que nas suas leis e códigos visa proteger a vida.
- A eutanásia não defende a morte, mas a opção pela mesma por parte de quem a entende como sendo a melhor opção ou mesmo a única para o fim da dor. Desta forma, para os defensores da eutanásia, a morte é lícita sempre que for um acto de piedade. Aliviar o sofrimento de um doente incurável, atormentado por dores insuportáveis não é uma atitude bárbara ou cruel, é antes uma acção humanitária.
- A crença religiosa é, para muitos pacientes, a de que há vida após a morte. A religião cristã prega que a morte não deve ser vista como um fim, mas sim como o começo de uma vida melhor. A morte, nesses casos, não só é aceite como passa a ser bem-vinda, quando, por exemplo, ocorre no contexto de uma doença incurável que acarreta sofrimento insuportável.
- A eutanásia seria a oportunidade de lidar mais humanamente com o problema da sofrimento prolongado e sem sentido. Constituiria uma atitude mais humana praticá-la do que forçar o paciente a continuar uma vida de sofrimento insuportável, para o qual não existe alívio ou terapia disponível.

2.10. Argumentos contra

“o que não provoca a minha morte faz com que eu fique mais forte”

(Friedrich Nietzsche)

Após inúmeros debates e conferências realizados em torno da questão da eutanásia, esta ainda não se encontra resolvida, devendo-se tal à falta de consenso e de fundamentos.

São numerosos os que vêem na legalização da eutanásia mais inconvenientes do que vantagens. Apresentam-se, de seguida, alguns argumentos contra a prática de eutanásia

- O direito à vida é um valor absoluto e inviolável.
- Os cuidados continuados permitem o tratamento da dor, do sofrimento humano.
- Os cuidados paliativos correspondem à assistência concedida a doentes em condição de intenso sofrimento resultante de doença incurável em fase avançada

e rapidamente progressiva. Têm como propósito promover, tanto quanto possível e até ao fim, o bem-estar e a qualidade de vida destes doentes.

- A permissão da eutanásia iria abrandar a investigação médica e a procura de cura para as doenças originadoras de dor.
- Um pedido de eutanásia é a procura de atenção e de calor humano, que tão dificilmente são proporcionados ao doente terminal.
- O facto de a eutanásia ser admitida legalmente poderia levar a que um doente classificado como sendo irreversível solicitasse o fim definitivo da vida, sem, contudo, ser a sua verdadeira vontade – solicitaria a eutanásia para deixar de ser um incómodo para a sua família.
- A ocorrência da eutanásia "discriminatória" permitira que grupos mais frágeis e menos favorecidos, económica, política e fisicamente (deficientes físicos e mentais, alcoólicos, viciados em drogas, idosos e crianças) fossem forçados a solicitar a prática.
- A família/herdeiros poderiam actuar de acordo com interesses financeiros e incentivar a eutanásia.
- A dificuldade de se prognosticar com exactidão o tempo de vida do paciente e a possibilidade de o prognóstico médico estar errado conduziria a mortes prematuras e sem sentido.
- A eutanásia, em termos religiosos, é considerada como sendo uma usurpação do direito à vida humana, devendo ser um direito exclusivo reservado a Deus, o único a poder tirar a vida a alguém.
- Risco sócio-político, como política de saúde, a eutanásia é inaceitável devido à probabilidade ou inevitabilidade da eutanásia involuntária, ou seja, à possibilidade de pessoas serem "eutinizadas" contra o seu consentimento.
- Risco para a integridade moral da medicina. Para além de ser um risco social, a eutanásia viola normas básicas da medicina, pondo em questão a própria essência da profissão médica. Há centenas de anos, médicos em todo o mundo juram não matar ao recitarem os mandamentos de Hipócrates. Talvez este seja um dos mais importantes motivos para os pacientes confiarem a esses profissionais as suas vidas. A eutanásia destrói a confiança do público nos médicos, eliminando a caracterização desse profissional, cuja missão é combater

a morte, promover a cura e aliviar o sofrimento. A eutanásia é, portanto, uma ameaça à integridade moral da profissão, pois os médicos devem prolongar, e não encurtar a vida, e os pacientes não podem ter dúvida quanto a esta função.

Se a função do médico é prolongar a vida do doente terminal ou doente que se encontra enclausurado num corpo inerte, será justo dizer que, então, o doente terminal tem a função de sofrer quando existe a possibilidade de lhe ser facultada a morte, o fim do sofrimento.

2.10.1. Grupos religiosos e correntes filosóficas Contra

A oposição e condenação do suicídio/eutanásia não se reduz apenas a uma religião, e vamos demonstrar que muitas outras consideram estas duas práticas inaceitáveis. Começamos com o pensamento tomista⁵⁹, que rejeita de forma decisiva a prática da eutanásia, com base em três argumentos fundamentais:

- a) *Como sendo um atentado contra o amor devido a si mesmo.*
- b) *Uma afronta ao direito exclusivo de Deus sobre a vida do homem, um roubo do poder de Deus. Segundo São Tomas, na sua Súplica Teológica: “A vida humana é tanto uma faculdade como um dever”.*
- c) *É Deus quem cria, preserva e salva o homem e, perante o Criador, até a mais miserável das vidas adquire valor.*

Epicuro e a sua escola não recomendavam o suicídio, baseando-se no facto de a morte ser um mal. Mas quando a vida se tornasse um mal maior que a morte, os epicuristas aceitavam o suicídio.

Hegel rejeita o suicídio, apesar de as suas teorias filosóficas poderem servir para o defender.

59 Filosofia ou doutrina de São Tomas de Aquino

2.10.2 As atitudes das grandes religiões sobre a eutanásia/suicídio

Com a difusão do Cristianismo, renovou-se a mentalidade. Ao seguir-se a máxima do mandamento divino “*não matarás*”, ninguém pode permitir que um ser humano inocente seja morto, mesmo que esse alguém esteja a sofrer de uma doença incurável. Ou seja, o cristianismo trouxe a ideia segundo a qual o sofrimento é redentor e purificador, donde emergiu o princípio da santidade da vida. Assim, a existência humana tem valor absoluto, é inviolável e deve ser preservada até nas situações de extremo sofrimento.

A igreja Católica descreve a eutanásia como sendo “*uma acção ou omissão que, por sua natureza ou nas intenções, provoca a morte a fim de eliminar toda a dor. A eutanásia situa-se, portanto, ao nível das intenções e ao nível dos métodos empregados.*”

Segundo o cristianismo, só Deus é criador e senhor único de cada vida humana.

O Concílio Vaticano II confirmou, solenemente, a dignidade da pessoa humana e o seu direito à vida, condenando os crimes contra a vida: “*homicídios de qualquer espécie, genocídios, abortos, eutanásia e o suicídio deliberado*”⁶⁰. Ainda neste Concílio é afirmado que eutanásia se “*opõe à própria vida e viola a integridade da pessoa humana*”, ou seja, esta Constituição Pastoral designa que tudo que se oponha à vida, como a eutanásia, é efectivamente uma infâmia.

Em 1980, o Papa João Paulo II aprova a *Declaração sobre a Eutanásia*, na qual são abordadas várias questões, nomeadamente o desenvolvimento técnico da Medicina, que ampliou a sua capacidade de curar e prolongar a vida em determinadas circunstâncias, que por vezes implicam questões de carácter moral: “*Por isso, os homens que vivem em tal ambiente interrogam-se com angústia sobre o significado da velhice prolongada e da morte, perguntando-se conseqüentemente se têm o direito de procurar para si próprios ou para os seus semelhantes a «morte digna», que serviria para abreviar a dor e seria, segundo eles, mais conforme à dignidade humana.*”⁶¹

60 Concílio. Vaticano. II., Constituição *Gaudium et spes*, n.27”

61S.C. PARA A DOCTRINA DA FÉ, Declaração sobre a eutanásia, 5-V— 1980, Introdução.

O respeito pela vida humana é considerado um dos alicerces da sociedade. A consideração, o respeito, o apreço pela vida, na óptica da igreja, é, antes de mais, acreditar na existência de *Deus, um Deus amoroso Criador, Autor da Vida*.

A análise que pode ser feita é que, de acordo com o cristianismo, ninguém pode atentar contra a vida. Quem o fizer está a opor-se ao amor de Deus, cometendo um crime grave. Deus dá a vida e só Ele pode tirá-la.

O cristão tem o dever de se conformar aos desígnios de Deus, ou seja, de acordo com a doutrina cristã, a dor física é um elemento obrigatório da condição humana.

“É necessário afirmar também que «nada nem ninguém pode autorizar a morte de um ser humano inocente, ..., enfermo incurável ou agonizante. Além disso ninguém pode pedir esse acto homicida para si próprio ou para outros confiados à sua responsabilidade; nem pode consenti-lo explícita ou implicitamente. Nenhuma autoridade pode legitimamente impô-lo ou permiti-lo. Trata-se com efeito de uma violação da lei divina, de uma ofensa à dignidade da pessoa humana, de um crime contra a vida, de um atentado contra a humanidade.»⁶²

O sofrimento humano foi resgatado por Cristo com a sua morte. Assim, para o cristão, não há sofrimentos inúteis. As dores finais da agonia e da morte têm um valor especial de salvação e de reparação, pois no homem agonizante e moribundo reproduz-se a imagem de Cristo inocente, que agonizou e morreu na Cruz por todos nós.

Deste modo, a Igreja cristã afirma a convicção de que só a fé cristã pode responder de modo razoável e evidente ao problema do sofrimento aparentemente desnecessário que conduz à eutanásia.

A religião católica não é a única a manifestar-se contra a prática de eutanásia. Existem outras religiões que se opõem ao fim da vida que não suceda de forma natural.

Os judeus reprovam o suicídio e apontam-no como um dos pecados mais graves, pior que o do homicídio. Os judeus consideram-no ainda como sendo a negação da soberania de Deus. O doente não tem o direito de cometer suicídio ou de requerer a ajuda de outros na sua concretização. Quem ajudar outros a cumprir esse plano comete um crime de homicídio.

A prática da eutanásia é igualmente proibida. O princípio do duplo efeito não é aceite pelos judeus. Assim, um analgésico, como a morfina, não deve ser utilizado numa quantidade que possa conduzir à morte. Não existem, contudo, segundo os judeus,

62 Suprema.Congregação para a DOCTRINA DA FÉ, o.c.:I-II

restrições ao uso de analgésicos em quantidades necessárias, desde que estas não resultem na morte de quem as consumir.

A antiga Tora e o Talmude não abordavam a eutanásia nem o suicídio assistido.

O protestantismo considera, desde Lutero a Calvino, que só Deus é senhor absoluto da vida e da morte.

O Islão opõe-se à eutanásia e ao suicídio assistido. O Alcorão e a Suna, textos fundamentais da doutrina islâmica, não abordam de forma específica a questão da eutanásia. No entanto, de acordo com a lei islâmica, Alá é o criador da vida. Assim, as pessoas não são donas da sua vida, nem têm o direito de com ela terminar ou de solicitar a alguém que o faça. Para os muçulmanos, a vida é sagrada, na medida em que Deus está na sua origem e determina o seu destino: “Deus faz viver e morrer” (3:156); “Ninguém morre a não ser com permissão de Deus. É um contrato a prazo fixo” (3:145).

O Secretário-Geral do Conselho Islâmico para a Europa baseou-se no Alcorão e na Suna para a criação da Declaração Islâmica dos Direitos Humanos. É um dos documentos fundamentais, publicado pelo Conselho Islâmico, que marca o começo do século XV da era islâmica. Especificamente, no que toca ao direito à vida, é dito que esta:

- a) *“é sagrada e inviolável e devem ser envidados todos os esforços para protegê-la. Em particular, nenhuma pessoa deve ser exposta a lesões ou à morte, a não ser sob a autoridade da lei”*

- b) *“Durante a vida e depois da morte, deve ser inviolável o carácter sagrado do corpo de uma pessoa. Os crentes devem velar para que o corpo de um falecido seja tratado com a solenidade exigida”.*

Aos médicos muçulmanos compete tratar o doente e aliviar o sofrimento. As decisões sobre terminar a vida de um doente terminal, a seu pedido, não fazem parte das obrigações dos médicos.

O especialista contemporâneo em ética dos ortodoxos gregos, Stanley Harakas, afirma: *«A Igreja Ortodoxa opõe-se completamente e inabalavelmente à eutanásia. É um brincar ao Deus temível e perigoso, por seres humanos falíveis.»*

Da mesma forma, a Igreja Ortodoxa Russa, considera a eutanásia como sendo um acto contrário à vontade de Deus.

Ficamos, desta forma, a tomar conhecimento de que, para a maioria das religiões, o fim intencional da vida humana é proibido e não deveria sequer ser considerado.

No entanto, temos de fazer alusão a um momento histórico, que se apresenta como sendo contrário ao que é pregado pela igreja católica. No decorrer do ano de 1233, o Papa Gregório IX editou duas bulas, que marcariam o reinício da Inquisição. Esta pode ser encarada como sendo um movimento rigorosamente eutanásico, no sentido eugénico, com a filosofia de matar enfermos espirituais crónicos, hereges e pecadores, com o objectivo de preservar a saúde espiritual da sociedade.

Apesar de esta pequena secção dizer respeito às posições das diferentes religiões relativamente à prática da eutanásia, convém fazer referência a uma instituição europeia que nada tem de religioso. Mencionar esta instituição – o Conselho da Europa – justifica-se na medida em que a sua posição é semelhante às das religiões anteriormente referidas. A 25 de Julho de 1999, o Conselho da Europa, pediu, em deliberação, aos Estados membros que mantivessem a interdição da eutanásia. Este órgão solicitou aos governos que assegurassem, mediante leis e políticas apropriadas, “*o direito à vida, em especial dos doentes incuráveis em estados terminais ou moribundos*”. Este encorajamento foi estimulado com a Recomendação nº 1418. Esta tinha como pretensão que os Estados impedissem a eutanásia, na medida em que esta seria uma oposição ao direito à vida. Salienta ainda que a eutanásia mesmo que voluntária opõe-se ao direito à vida, tal como está reconhecida na Convenção Europeia dos Direitos do Homem⁶³, aprovada pela CE em 1950, onde se encontram bem patentes os direitos inalienáveis do ser humano, de entre os quais se destaca a dignidade humana.

2.10.3. Bioética

As raízes da Bioética são tão antigas quanto as da medicina. Podemos dizer que remontam à época de Hipócrates e do seu Juramento. Este terá, segundo muitos, modelado a mentalidade médica em todo o Ocidente.

63 Convenção Europeia dos Direitos do Homem, Título I Artigo 2 em anexo pag, 161

Neste período, a relação médico/doente mantinha-se com base em duas ideias principais, sendo estas, o princípio de beneficência, segundo o qual o médico actuaria sempre para o bem do doente, e o conceito de doente inválido moral, incapaz de tomar decisões. O doente apenas podia ter confiança no seu médico e agradecer-lhe. Claramente, esta era uma relação de desigualdade moral.

*“Faz tudo isto com a calma e ordem, ocultando ao doente, durante a tua actuação, a maioria das coisas. Dá-lhe as ordens oportunas com amabilidade e doçura e distrai a sua atenção; repreende-lo às vezes estritas e severas, mas outras, anima-o com solicitação e habilidade, sem lhe mostrar nada do que lhe vais fazer nem do se estado actual; pois muitos recorrem a outros médicos por causa dessa declaração, antes mencionada sobre o seu prognóstico e o seu futuro.”*⁶⁴

No renascimento, dão-se importantes avanços no conhecimento do ser humano, fundamentalmente graças ao desenvolvimento das dissecações e dos estudos de fisiologia. Esta revolução científica é acompanhada, na medicina, por uma instrumentalização do corpo do doente, através da qual se procura aprofundar o saber. Permanece, contudo, uma relação desigual paternalista, que procura o benefício do doente. No entanto, o começo do fim deste paternalismo realiza-se, nas sociedades mais liberais, no ambiente anglo-saxão norte-americano, que remonta a 1914, aquando da sentença do juiz Cardozo. Este impunha um clássico precedente num julgamento por falta de consentimento numa intervenção cirúrgica: *“Todo o ser humano de idade adulta e juízo são tem o direito a determinar o que deve fazer com o seu próprio corpo; e um cirurgião que realiza uma intervenção sem o consentimento do seu paciente comete uma agressão pela qual se lhe podem reclamar legalmente danos”*.

Até meados do século XX, a grande maioria dos problemas morais com os quais se deparava a biomedicina podiam ser resolvidos graças à deontologia profissional e a uma ética de inspiração hipocrática, baseada apenas em propriedades essenciais, como a compaixão, o desinteresse e o princípio de que o médico deve agir sempre e só em benefício dos pacientes.

Durante a Segunda Guerra Mundial, as experiências realizadas pelos médicos nazis, entre outras investigações médicas posteriores, não tinham em conta, quaisquer direitos dos pacientes. Pode mesmo dizer-se que, por esta altura, os doentes não tinham direito à informação, nem lhes era pedido o seu consentimento para que fossem submetidos a experiências. Esta situação facilitou o debate social sobre os limites das

64 Tratados Hipocráticos

experiências médicas. O *Código de Nuremberg de 1947*⁶⁵, emblemático julgamento das atrocidades médicas levadas a cabo pelos nazis, surge, por forma, a julgar casos ocorridos no passado e a controlar eventuais abusos criminais futuros.

Outro documento igualmente importante foi elaborado pela Associação Médica Mundial. Este documento tem o nome de *Declaração de Helsínquia* e surgiu em 1964, tendo vindo a ser actualizado desde então. Trata-se de um documento de auto-regulação profissional, afirma de forma peremptória que os interesses da pessoa humana, nomeadamente os respeitantes à vida e saúde, se sobrepõem aos interesses da ciência.

Nesta declaração surge igualmente a noção da imprescindibilidade do respeito pela autonomia e pela dignidade humana que veio permitir o surgimento das comissões assessoras, relatórios e legislações específicas.

Pode referir-se, nomeadamente, o *Relatório Belmont*, que data de 1978. Neste documento, são enunciados os princípios éticos comuns que podem ser aceites por pessoas de formação racional muito diferente e em distintas comunidades plurais e civilizadas. Será, posteriormente, abordada esta questão e explicada a sua importância. O *Relatório de Belmont* foi um dos primeiros instrumentos éticos de importância internacional a solicitar o princípio do respeito pela autonomia individual no circuito da experimentação em seres humanos. Este documento influenciou, de forma determinante, as normas éticas reguladoras dos ensaios clínicos e de outros tipos de investigação.

O termo *bioética*, foi sugerido por Van Rensselaar Potter, oncologista e biólogo norte-americano, em 1970. O valor que lhe foi atribuído inicialmente não corresponde ao que tem actualmente. Contudo, foi a partir dessa altura que se começou a denominar bioética o conjunto de inquietações, discursos e práticas que então surgiram e que se vieram organizar num novo saber.

A preocupação de Potter era a sucessiva destruição do meio ambiente e a sua repercussão nas futuras gerações. O primeiro artigo é publicado, no final da década de 70 do século XX, com o título "*Bioética, a ciência da sobrevivência*". No ano seguinte, Potter publica o livro "*Bioética, uma ponte para o futuro*", onde referia uma nova disciplina que combinasse o conhecimento biológico e os valores humanos, colaborando estes para a formação de um ambiente magnífico que defendesse a permanência da espécie humana.

65 Anexo pag 162;163

Potter definiu a bioética como sendo o “*processo de pôr frente a frente os factos biológicos e os valores humanos, com o fim de globalizar os juízos sobre as situações e, dessa forma, melhorar a tomada de decisões, aumentando a sua correcção e qualidade*”. Esta nova estruturação desenvolveu-se com excepcional rapidez e força. Em poucos anos, a bioética tornou-se numa referência fundamental para a medicina, biologia, filosofia, sociologia, direito e até para a acção política. No entanto, a principal área de desenvolvimento da bioética foi a bioética-clínica e é precisamente sobre esta que nos debruçaremos de seguida.

No último quartel do século XX, o progressivo aperfeiçoamento da medicina colocou sobre a mesa alguns casos clínicos dramáticos devido aos quais se tornou público o debate sobre se tudo o que é tecnicamente possivelmente é eticamente aceitável.

Assim, a bioética afigura-se como uma nova aplicação prática da ética, que pretende ajudar o clínico a tomar decisões rigorosas, embora provisórias e discutíveis, em condições de incerteza.

A bioética pretende orientar a acção humana no sentido racional, em que as decisões sejam tecnicamente possíveis e eticamente aceitáveis, de acordo com os valores do indivíduo, o contexto e o ambiente sociocultural.

Concluindo, a Bioética é uma ética aplicada, que propõe dar conta dos conflitos e controvérsias morais implicados nas práticas no âmbito das Ciências da Vida e da Saúde.

A bioética tem uma tripla função, reconhecida académica e socialmente, e que é:

- Descritiva, consistente em descrever e analisar os conflitos num documento.
- Normativa com relação a tais conflitos, no duplo sentido de banir as atitudes que podem ser consideradas reprováveis e de prescrever as consideradas correctas;
- Protectora, no sentido, bastante intuitivo, de amparar, na medida do possível, todos os envolvidos em alguma disputa de interesses e valores.

No caso da eutanásia, os pedidos que atrás referimos abriram o debate, assim como a manifestação da opinião pública, sobre quem deve tomar determinadas decisões em torno da saúde, especialmente no final da vida.

No ano de 1972, nos EUA, funda-se o *Kennedy Institute of Ethics*, que vem dar certificação à bioética. Dois anos depois, é publicado o importante documento atrás referido, o *Relatório Belmont da Nacional Comissão*, no qual se determinavam as directivas que se deveriam seguir em experimentações com humanos. Deste relatório, resultaram os princípios base para futuras deliberações da bioética. Desses princípios destacaremos a:

- *Não actuação com maleficência*, que se explica nitidamente pela tradição de Hipócrates; na actualidade, apresenta-se como o dever de não fazer dano de forma intencional e injustificada, de não fazer o contra-indicado.
- *Autonomia* - respeitar a autonomia, as decisões das pessoas autónomas, tomadas em liberdade e com capacidade para agir intencionalmente. Ou seja, o paciente tem a autonomia de rejeitar ou aceitar as propostas que lhe são dadas. A competência de fazer escolhas autónomas é um aspecto essencial da ética em geral e da ética médica em particular, especialmente no que respeita às decisões relacionadas com os problemas do fim de vida. Para essa escolha ser autónoma, é necessário que haja compreensão e liberdade. Os doentes, mesmo na fase final da vida, em que são frequentes alterações cognitivas e a dependência e fragilidade os tornam mais vulneráveis, podem, ainda assim, exprimir a sua vontade.
- *Princípio da beneficência* é inseparável da autonomia - não é possível fazer o bem a alguém contra a sua vontade. Qualquer pessoa pode rejeitar o que lhe é indicado, mas não pode exigir o contra-indicado. A beneficência, depende sempre do sistema de valores próprios, tendo, por isso, um carácter subjectivo.

A bioética deve ser um estudo deontológico de carácter pluridisciplinar que proporciona directrizes morais para o agir humano diante dos dilemas de escolha entre a vida e a morte das pessoas incuráveis em sofrimento atroz. Assim, a Bioética surge como uma nova expressão do Humanismo, isto é, como uma nova modalidade de valorização e protecção do Humano.

Capítulo III

3.1. Eutanásia e Suicídio assistido em Portugal

Na sociedade portuguesa, falar de eutanásia e do auxílio à morte é encarado por muitos como sendo desagradável e incómodo, pois não é natural um doente solicitar que a própria vida lhe seja retirada. A ideia de legalizar o direito dos seres humanos a uma morte misericordiosa levanta muitas e importantes questões morais, sociais, legais e médicas.

3.2 A Igreja Portuguesa e a eutanásia e o suicídio assistido

A posição do país no que diz respeito à prática de eutanásia deve-se, provavelmente, à sua tradição histórica. Com cerca de nove séculos de existência, Portugal manteve sempre uma forte ligação à igreja católica, que é contra a eutanásia e o suicídio assistido.

Sendo um tema complexo e controverso, reveste-se de um indiscutível carácter social. De acordo com os números apresentados nos censos de 2001⁶⁶, os católicos constituem cerca de 85% da população portuguesa. Assim, podemos afirmar que, na sociedade portuguesa, a igreja católica tem uma indiscutível influência. Assim, a Igreja Católica justifica a sua forte oposição à eutanásia com base na crença de que a vida é sagrada, de que somos criados à imagem e semelhança de Deus, de que os indivíduos são apenas “administradores” e não proprietários das suas vidas, sendo, por isso, responsáveis perante Deus pela vida que lhes foi dada.

O cristianismo celebra claramente a morte no “seu tempo”, respeitando a dignidade humana do doente e procurando evitar um prolongamento abusivo da vida. Vê a eutanásia como sendo “moralmente inaceitável”. A igreja católica afirma:

“quaisquer que sejam os motivos e os meios, a eutanásia directa consiste em por fim à vida de pessoas deficientes, doentes ou moribundas. Assim, uma acção ou uma omissão que, de per si ou na intenção, cause a morte com o fim de suprimir o sofrimento, constitui um assassinio gravemente contrario à dignidade da pessoa humana e ao respeito do Deus vivo, seu Criador. O erro de juiz, em que se pode ter caído de boa fé, não muda a natureza do acto homicida, o qual deve sempre condenado e posto de parte”.⁶⁷

Mas um dos motivos que leva a que a eutanásia não seja aceite é o pensamento cristão: à morte física do indivíduo segue-se uma vida eterna de felicidade, ou seja,

66 Instituto Nacional de Estatísticas

67 Catecismo da Igreja Católica. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 2ª ed. 1999:2277.

depois da morte, chega-se ao Paraíso. De acordo com a Bíblia, o quinto mandamento proíbe o homicídio deliberado, intencional. Note-se, contudo, que Deus ordena a pena de morte para a violação desse mandamento: *“Deve-se lutar pela vida ainda que nos custe a nossa própria vida.”*

Assim, o princípio moral e fundamental é o de que o homem deve ter respeito pela propriedade de Deus e obediência incondicional ao criador.

Há ainda quem defenda que a eutanásia é uma tentativa de intromissão na ordem providencial do mundo, uma tentativa de encurtar o tempo de vida, sendo que tal é errado, sejam quais forem as condições. Tal leva-nos à conclusão de que Deus fixou um limitado número de dias para cada indivíduo e de que é errado procurar alterar o período de tempo por estabelecido ele.

Os argumentos religiosos nascem da convicção de que Deus se encarrega do castigo severo. Se se ajuda alguém a obter a eutanásia, *“estamos a manda-lo do sofrimento temporário e relativamente leve deste mundo, para o eterno sofrimento infernal”*. Se esta aterradora alusão pudesse ser comprovada como verdadeira, estabelecer-se-ia, sem dúvida, o mais poderoso motivo moral contra qualquer auxílio à eutanásia. Seria, também, a mais forte razão contra o acto do suicídio.

No Cristianismo, só Deus é o criador e senhor único de cada vida humana. Deus é quem dá a vida e a morte, sem que o ser humano possa mudar este preceito. É pelo seu martírio, pelo seu sofrimento, que o doente se assemelha a Cristo e é junto a Ele que se purifica e se prepara para nova vida. Desta forma, não existe qualquer tipo de razão capaz de modificar o destino dos doentes. Estes apenas têm que aceitar o sofrimento para obterem o “Céu”, o descanso junto do Criador.

A Igreja Católica portuguesa tem, desde 1994, uma iniciativa a que chama *«Semana da vida»*. No ano de 2010, pronunciou-se sobre a eutanásia. O lema foi *“A vida é sempre um bem”*, tendo em mente a *“dificuldade de integrar a morte no horizonte da própria vida, e a “intenção que se tem manifestado de se legislar neste âmbito”*. Nesta acção, levantaram-se questões sobre as orientações antecipadas de vontade, tendo-se chegado à conclusão de que convém ter presente que não há a certeza de que os desejos anteriormente expressos sejam actuais no momento em que é necessário decidir. Adiante falaremos sobre estas orientações antecipadas - testamento vital.

A revista de cultura *Brotéria*, publicada em Fevereiro de 2000, pelos jesuítas,

aborda a questão da eutanásia, defendendo a sua não legalização ou despenalização. Na verdade, esta revista é de ordem religiosa e outra posição não seria de esperar.

Debruçar-nos-emos, de seguida, sobre a investigação elaborada no ano de 1998 pela ASP/ISSP⁶⁸, com o tema “*Atitudes e Práticas religiosas dos Portugueses Religião e Bioética*” (Pais, Cabral, Vala 2001). Daremos particular atenção ao capítulo escrito por José Luís Garcia, “*Tecnologias, providência e progresso*”, em que o autor aborda a questão da eutanásia e os comportamentos dos portugueses.

Antes de mais, daremos atenção ao capítulo de José Machado Pais, “*O que explica a religiosidade dos portugueses*”. Como atrás foi referido, a religião tem uma grande importância e influência na forma como as pessoas se posicionam face à eutanásia. Podemos dizer que as instituições religiosas são as que mais se opõem à morte assistida.

Na sua investigação, José Machado Pais encontrou três tipos de atitudes dos portugueses no que se refere à religião. Assim, encontramos uma percentagem de 43% de católicos mais conservadores, que Machado Pais rotulou de ritualistas moralistas e tradicionalistas. Algumas das suas características mais evidentes são a crença em Deus, considerado fonte de “*amor*”, a crença nos milagres religiosos, a ida, pelo menos uma vez por semana, à igreja e as orações feitas várias vezes por dia. Este primeiro grupo é constituído maioritariamente por pessoas idosas, reformadas, domésticas, viúvas, com baixa escolaridade, baixos rendimentos económicos e que, devido à sua crença religiosa, consideram a eutanásia condenável e inaceitável.

O segundo grupo estudado é constituído por 46% dos inquiridos, por católicos pertencentes a novas correntes socioculturais. O autor identifica estes católicos como sendo nominais, individualistas e tolerantes. Este segundo grupo é constituído por pessoas jovens, solteiras e escolarizadas, que possuem uma religiosidade branda e instável e que têm uma crença relativamente duvidosa em Deus, não sabendo se devem ou não acreditar numa vida para além da morte.

As suas orientações bioéticas não são muito rígidas. Os membros deste grupo tendem a proteger a capacidade de decisão individual, admitindo, sem problemas, a eutanásia, desde que seja decisão do doente. Mais de 82% consideram que a eutanásia é um acto aceitável, dentro de certos limites, e 50% aceitam-na desde que o “*doente na posse das suas faculdades mentais tem o direito a ser ajudado pela medicina se decidir*

68 Atitudes Sociais dos Portugueses/International Social Survey Programme

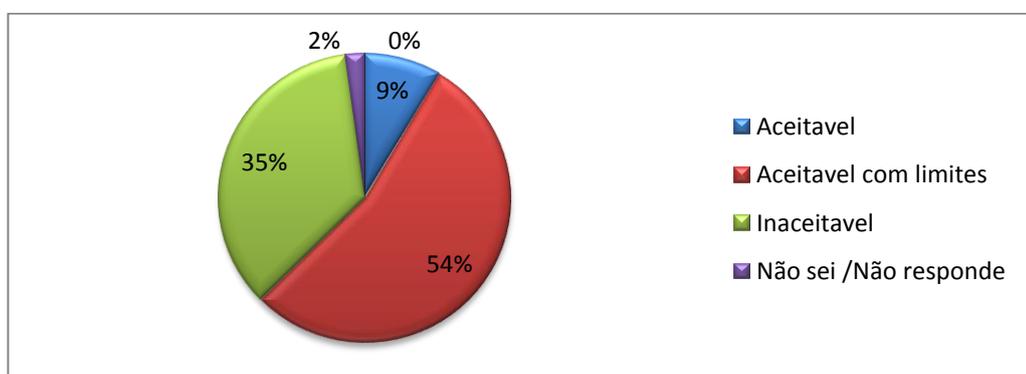
morrer”. Cerca de 38% dos membros deste grupo acham “*aceitável*” e cerca de 25% acham que “*por vezes é aceitável*”, dentro de certos limites, que os médicos possam “*desligar a máquina com o consentimento da família*” quando o doente se encontra em coma profundo.

Por fim, o último grupo é constituído por 6% dos inquiridos. Machado Pais identifica os seus membros como sendo radicais, laicos, urbanos e elitistas. Este grupo apresenta algumas semelhanças relativamente ao dos católicos nominais. Os seus membros são escolarizados e consideram que “*o doente na posse das suas capacidades mentais tem o direito a ser ajudado pela medicina se decidir morrer*”. Este grupo declara-se sem religião.

Logo, somando os 43% aos 6% obteríamos uma percentagem de 49% de portugueses católicos que aceitam a eutanásia. No entanto, haverá os que não têm opinião ou não responderam. Assim, a percentagem dos que são a favor da “boa morte” tende a crescer. Tal verifica-se na medida em que o grupo dos católicos conservadores tende a ter cada vez menos representantes com influência em Portugal. O que podemos concluir com este inquérito é que se pode vir a estabelecer o aparecimento de uma nova corrente, que expresse e que proporcione a despenalização da morte assistida.

Ainda com base na pesquisa do ASP/ISSP, e em particular do capítulo de José Luís Garcia, analisaremos a atitude dos portugueses perante a eutanásia. A resposta mais vezes dada (54,1%) foi “*a eutanásia é um acto aceitável dentro de certos limites*”. A segunda resposta mais dada foi a de que “*a eutanásia é um acto condenável em qualquer situação*”, com 35,5%. A resposta dada por 8,5% dos inquiridos foi a de que a eutanásia é “*aceitável*” sem limites.

Atitude perante a prática de eutanásia⁶⁹



69 Confr. Religião e Bioética, Atitudes Sociais dos Portugueses, quadro 7, pag266

A conclusão que se retira é a de que a ampla maioria das posições – 62,6% - é favorável à eutanásia, independentemente da existência ou não de limites.

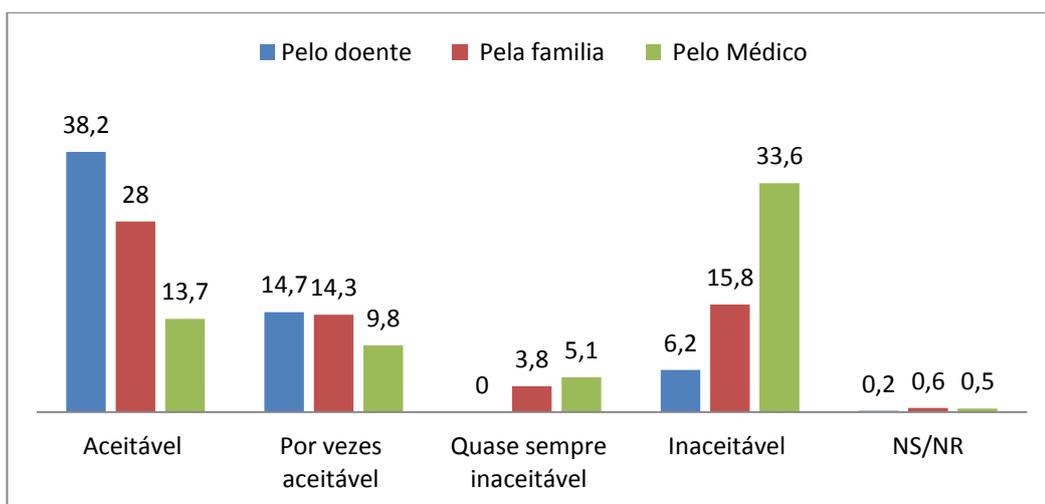
A soma total das pessoas inquiridas, que responderam e manifestaram ter uma opinião, é de 97,9%. Apenas 2,1% escolheram, não responder ou não tinham opinião formada.

Aos inquiridos que afirmaram aceitar a eutanásia (62,6%), novo inquérito foi realizado. O objectivo seria descobrir em que condições, de acordo com estes inquiridos, seria aceitável realizar a eutanásia. Foram dadas as seguintes hipóteses:

- a) O doente na posse das suas capacidades mentais tem o direito a ser ajudado pela medicina se decidir morrer.
- b) Quando o doente se encontra em coma profundo, os médicos podem desligar a máquina com o acordo da família.
- c) Quando o doente se encontra em coma profundo há muito tempo, os médicos têm o direito de desligar a máquina.

A maioria dos inquiridos escolheu a opção segundo a qual é o próprio doente que toma a decisão (38,2%), de seguida a decisão por parte da família com o valor de 28,0%. A percentagem em que expressava a eutanásia por parte do médico como sendo inaceitável teve o valor de 33,6%, cerca de 13,7% consideravam aceitável em ser o médico a praticar a eutanásia.

Atitude perante a prática da eutanásia pelo doente, pela família e pelo médico



Deste inquérito, podemos retirar que os inquiridos tendem a ser mais favoráveis à prática de eutanásia, desde que seja o próprio doente a praticá-la. A segunda opção que foi seleccionada um maior número de vezes foi a da eutanásia praticada pela família e a terceira foi a da eutanásia levada a cabo pelo médico. Os inquiridos são mais condescendentes quando a eutanásia é praticada pelo próprio doente. Contudo, também não condenam o acto caso seja praticado por um familiar.

No total dos 1201 inquiridos, 62,6% são a favor da eutanásia. Este estudo foi realizado há já treze anos. Se, na altura, tivesse sido realizado um referendo no sentido de estabelecer a vontade das pessoas relativamente à prática da eutanásia, poder-se-ia ter verificado que a maioria seria a favor. Na verdade, já se considerou realizar um referendo sobre a morte assistida e o testamento vital. Segundo o padre Feytor Pinto, os portugueses não estão suficientemente esclarecidos para se realizar um referendo sobre a morte assistida. O padre afirma mesmo que “a vida de alguém, isso não é referendável. Não de acordo com os direitos humanos e com a constituição. Não devem ser terceiros a decidir qual o caminho a seguir pelo doente, que se devem aumentar os cuidados paliativos”. O que nos apraz dizer é que, quando se solicita a morte assistida, já não existe capacidade para aguentar o sofrimento e já não o consideramos como sendo redentor.

A posição da Igreja Católica, como já vimos, condena firmemente tanto a eutanásia como o suicídio assistido: «*É moralmente inaceitável*».

Na Bíblia, no livro das Eclesiastes, diz-se: «*Da terra criou o Altíssimo a medicina*»: e noutra passagem aconselha: «*Honrai o médico, porque ele é obra do Altíssimo*».

3.3 A medicina versus eutanásia e o suicídio assistido

Desta forma, entramos na esfera da medicina. Esta é uma das mais belas profissões. Quando um médico se forma, este julga que está senhor de um direito, o direito de tratar, e que a sua tarefa é salvar vidas e não tirá-las. Mas, para além do dever médico de conservar a vida e curar a doença, existe igualmente a obrigação, muitíssimo importante, de aliviar o sofrimento. Este tem como imperativo ético a comunicação honesta acerca do diagnóstico e prognóstico.

A medicina, usufruiu de um grande progresso, a esperança de vida aumentou, o que em determinados casos, tem efeito perverso de prolongar o sofrimento. Debater a eutanásia é incidir no conflito de valores que a medicina contemporânea levanta, exemplo desse conflito é a quantidade e a qualidade de vida, muitos são os que se

questionam se é preferível prolongar a duração da vida a todo o custo, ou renunciar a uma maior duração, mas assistida por meios artificiais.

Não existe a menor dúvida de que os progressos e aperfeiçoamentos da medicina têm sido enormes e de que a investigação científica tem apresentado resultados. Doenças que antes eram incuráveis são, hoje em dia, tratadas com sucesso. No entanto, apesar do enorme progresso na área da medicina, muitas são as doenças que ainda continuam sem cura, sendo que um considerável número de doentes vai sempre piorar, até acabar por morrer. Para se chegar ao tratamento para uma doença, são necessário muitos anos, algo que muitos doentes com graves problemas não têm. Assim, por mais que a ciência médica evolua, a condição humana é a de que todos somos mortais.

O ser humano passou de ser experimentador (conhecedor) a sujeito de experimentação (experiência) - quase um “rato” de laboratório. Para alguns médicos, embora reconheçam a moralidade da eutanásia voluntária, é errado participarem nela. Mas quando a medicina, com todo o seu potencial técnico e científico, se mostra incapaz de conservar condições de saúde minimamente satisfatórias, quase se aceita ser melhor morrer com o intuito de impedir a existência do sofrimento e a dor considerada fatal.

Para os médicos que admitem a eutanásia, é como que o consentimento de derrota, escolhem lutar, alegam que as modernas drogas eliminam a dor e afastam a necessidade de eutanásia. A esta posição do médico chamamos de Distanásia, representa o contrário da eutanásia. Esta acção consiste em atrasar o mais possível o momento da morte usando todos os meios, proporcionados ou não, ainda que não haja esperança alguma de cura, e ainda que isso signifique infligir ao moribundo sofrimentos adicionais e que, obviamente, não conseguirão afastar a inevitável morte, mas apenas atrasá-la umas horas ou uns dias em condições deploráveis para o enfermo. A distanásia também é chamada de “intensificação terapêutica”, ainda que seja mais correcto denominá-la de “obstinação terapêutica”.

Ora, estamos perante o encarceramento terapêutico, não é curativo e tão pouco é moral-ético. Este procedimento coloca os princípios éticos acima do benefício do doente.

Existem médicos idealistas que, por vezes, fazem declarações como: “ *A medicina moderna não pode reconhecer que exista uma doença incurável.*”

Declarações deste tipo poderão parecer correctas. Contudo, o avanço na área da medicina ainda não atingiu esse limiar, em que todas as doenças são curáveis.

Abordamos anteriormente, o facto de alguns considerarem a eutanásia como sendo uma tentativa de intromissão na ordem providencial do mundo, na tentativa de encurtar o tempo de vida. Vimos também que tomar medidas para abreviar este número deveria ser errado, em todas as condições. Podemos, então, concluir que este mesmo argumento impede ambos os caminhos – da eutanásia e da distanásia –, condenando igualmente qualquer tentativa no sentido de prolongar esse limite de vida.

Desta forma, todo o tratamento médico seria, afinal, uma interferência no processo natural da vida. Temos de considerar este argumento errado, porque, na verdade, muitos de nós estão vivos porque os médicos lhes salvaram a vida. De acordo com o argumento apresentado, não teríamos o direito de continuar a existir neste mundo. Esta perspectiva de ordem providencial não é, com certeza, a verdadeira. Este raciocínio levaria a absurdos desagradáveis e até mesmo à teoria de que todo o empenho humano por parte de instituições saúde, no sentido de prolongar a vida, deveria ser condenado, por ser contrário à vontade de Deus.

O que se pode prudentemente presumir é que, se os doentes que solicitaram a eutanásia não tivessem tido graves problemas de saúde, desejariam continuar com a sua vida. Mas, ao se encontram irremediavelmente doentes e não desejarem continuar a viver e ser cobaias de experiências médicas, a eutanásia ou o suicídio assistido são por eles encaradas como sendo as suas melhores perspectivas para escapar ao sofrimento.

Em Portugal, não existe opinião nem qualquer forma de testemunho de médicos portugueses sobre as decisões em situações de fim de vida. No entanto, há quem diga que se executa, com frequência, a eutanásia em Portugal. Estes dizeres são rapidamente contrariados por outros, que afirmam expressar-se com base na sua prática e no contacto com os seus colegas. Existe uma incerteza relativamente ao que pensam os médicos portugueses sobre este tema, na medida em que preferem remeter-se ao silêncio.

No entanto, em Março do ano de 2009, o bastonário da ordem dos médicos, Pedro Nunes, expressou o seu sentimento relativamente à prática eutanásia, persistindo na ideia de que a despenalização do acto fomentaria um desinvestimento nos cuidados paliativos, bem como na própria medicina. Segundo este, “quem defende a eutanásia usa argumentos hipócritas, pois só querem ajudar a poupar umas massas”, ou seja, que os doentes sejam mortos para não darem despesas ao Estado.

Não nos parece um comentário apropriado, demonstrando um total desconhecimento da situação. John Rawls⁷⁰, professor de Filosofia Política, consideraria esta reflexão muito pouco reflectida.

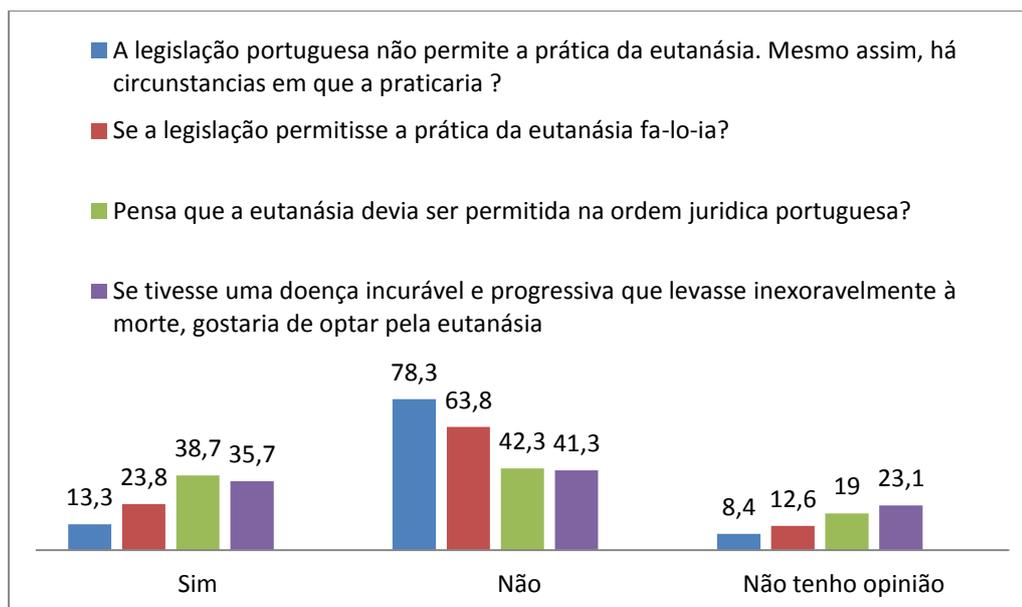
No ano de 2006, José Ferraz Gonçalves realizou a tese de mestrado, do curso de Bioética de Medicina do Porto, “*A Boa Morte: Ética no fim da vida*”. Ferraz Gonçalves procurou descobrir as convicções relativamente à prática de eutanásia dos médicos que acompanham doentes terminais, ou seja, centrou a sua atenção nos médicos ligados à oncologia. Remeteu questionários aos 408 médicos inscritos na Sociedade Portuguesa de Oncologia e a mais 42 que não se encontravam inscritos. Para a realização destes inquéritos aos profissionais de saúde, a sua identidade foi protegida.

Dos 408 inquéritos enviados, apenas 143 questionários foram recebidos (cerca de 33%). Vejamos, em primeiro lugar, uma particularidade dos médicos inquiridos: cerca de 95,5% eram católicos, sendo que 54,5% desses eram não praticantes, contra 45,5% praticantes.

No gráfico que elaboramos encontram-se os valores relativos às respostas dadas pelos médicos portugueses inquiridos. A primeira pergunta direccionava-se para a legislação (em Portugal, a eutanásia é proibida por lei). Enquanto que cerca de 78% dos profissionais de saúde responderam que nunca praticariam eutanásia, fosse em que circunstância fosse, 13% afirmaram que a realizariam, mesmo sendo proibida. Foi, também, colocado um cenário hipotético, em que a legislação portuguesa permitia a eutanásia. Ferraz Gonçalves questionou os médicos relativamente à sua posição neste cenário hipotético, ou seja, inquiriu-os sobre se praticariam a eutanásia caso fosse permitida. 63,6% dos médicos responderam não, enquanto que 23,8% afirmaram que sim. Os inquiridos foram também questionados sobre a sua posição relativamente à

70 **Rawls**, John, Uma teoria da Justiça, trd. Carlos Pinto Correia, 1ª ed, editora Presença 1993, pg. 58;59.

legalização da eutanásia. 38,7% firmaram ser a favor e 42,3% disseram-se contra. Por fim, uma última questão colocava o médico na posição de doente incurável e perante a possibilidade de optar pela “boa morte”. Cerca de 35,7% dos médicos inquiridos solicitaria a eutanásia para acabar com o sofrimento, enquanto que 41,3% não a pediria



Assim, a conclusão a que Ferraz Gonçalves chega é a de que aproximadamente 40% dos médicos oncologistas estaria de acordo com a legalização da eutanásia. Contudo, a maioria não a solicitaria caso se encontrasse numa posição em que esta fosse uma das possibilidades.

O factor religioso tem imenso valor – ser ou não católico praticante parece ser um elemento significativo. Assim, um católico não praticante terá tendência para aceitar a eutanásia e o suicídio assistido. Mas há ainda outro elemento interessante a que convém fazer referência. Médicos que são regularmente confrontados com doenças incuráveis são os que mais facilmente aceitam a suspensão de tratamentos, na medida em que se encontram mais cientes dos sofrimentos impossíveis de atenuar.

O que podemos ainda dizer sobre este estudo de Ferraz Gonçalves é que os médicos que são apenas a favor da eutanásia e do suicídio assistido, são mais do que os praticariam se fosse estas práticas estivessem legalizados.

Os médicos portugueses são menos receptivos a estas práticas do que os médicos de outros países, onde se realizaram estudos sobre a morte assistida. Podemos afirmar

que estas diferenças se devem a factores culturais, religiosos, à falta de reflexão e debate imparcial sobre este assunto no nosso país. Não se observou imparcialidade quando, em Novembro de 1990, um colóquio sobre a eutanásia foi organizado pela Academia das Ciências de Lisboa. Como o afirma a professora Laura Santos, após uma leitura, a conclusão que se retira é a de que todas as intervenções iam contra a viabilização legal da eutanásia, tendo o principal argumento invocado sido a “ética médica”.

No entanto, o Dr. Joaquim Gomes, mesmo tendo em conta o facto de a eutanásia agredir o Juramento de Hipócrates, é defensor de que os médicos deveriam ter uma maior disponibilidade para respeitar a vontade do doente, nomeadamente nos casos em que este se recusa a ser submetido a um tratamento proposto.

A jornalista Dulce Neto entrevistou, em 2002, o Dr. João Lobo Antunes. Este fez questão de sublinhar que, em Portugal, o tema da eutanásia ainda é encarado como “tabu”. O médico defendeu ainda a realização de um debate livre de preconceitos, tanto ao nível profissional como ao nível da sociedade portuguesa. Lobo Antunes assumiu que os médicos não foram preparados para aliviar a dor e pensar sobre a morte e o sofrimento. Afirmava, ainda, a necessidade de ter cuidado com os *“ideais olímpicos de princípios éticos universais que parecem esquecer a realidade.”* Ainda nesta mesma entrevista, Lobo Antunes afirmou nunca ter praticado a eutanásia, lamentando, contudo, *“pelo menos uma vez, não ter tido coragem de ter aliviado o sofrimento de um ente querido, na agonia de uma dispneia intratável.”*

Numa entrevista recente, dada à revista Visão e publicada a 27 de Março de 2008, João Lobo Antunes referiu, de forma imparcial, que alguns homens da ética, consideravam a recusa do pedido lúcido e insistente de uma morte assistida como um acto de abandono do doente.

Não se pretende, de forma alguma, indiciar Lobo Antunes como partidário da morte assistida. Contudo, convém fazer-lhe uma última referência. O médico não chegou a enviar o seu texto, que teria como título *“Prolongar a vida, prolongar o sofrimento – Um conflito ético do nosso tempo”*, para o Colóquio Sobre a Eutanásia. Não existe uma razão conhecida para este facto.

Temos três acérrimos opositores da morte assistida no nosso país: os médicos Daniel Serrão, Gentil Martins e Walter Osswald. Este último coloca a hipótese de serem outros profissionais de saúde (nomeadamente enfermeiros) ou leigos a “matarem” os

doentes. O médico efectuará apenas acções de beneficência. Se assim fosse, voltaríamos à época medieval, em que existia o ofício de “Carrasco”.

O professor Daniel Serrão faz inúmeras referências ao “caso holandês”, que simboliza todas as maldições que podem acontecer com a despenalização da eutanásia. Em entrevista ao jornal “Diabo”, diz que a eutanásia é uma questão “económica”. Com todo o respeito, colocaria o professor Daniel Serrão no grupo dos portugueses conservadores, ritualistas, moralistas, tradicionais e conservadores, recordando a investigação do ASP/ISSP, relativa às atitudes dos portugueses.

No site⁷¹ dos Cuidados Paliativos em Portugal é dito: *“Apesar de todos os progressos da Medicina na segunda metade do século XX, a longevidade crescente e o aumento das doenças crónicas conduziram a um aumento significativo do número de doentes que não se curam”*. Os cuidados paliativos destinam-se a doentes na fase mais avançada de doença oncológica, SIDA, demências, doenças neurológicas degenerativas (do neurónio motor, esclerose múltipla e outras) e alguns grupos de doentes com insuficiência crónica de órgão (insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória, doença cérebro vascular). Não contemplam a totalidade destes doentes, mas apenas os que têm doença activa, progressiva, com prognóstico de vida limitado, com sintomas intensos e variados, acima do habitual, nos domínios físico, psicológico, social ou espiritual.

A médica Isabel Galriça Neto é directora da unidade de Cuidados Paliativos no Hospital da Luz, presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos e ex-deputada do grupo parlamentar do CDS-PP. Perante a questão do reconhecimento do direito à eutanásia, Galriça Neto afirma que *“... seria a sociedade render-se à sua incapacidade de ajudar e que esta não é a solução, a sociedade tem o direito de lhe dizer que não. Os que não têm acesso a cuidados paliativos, e que têm a ideia de que só a eutanásia é que lhes acaba com o sofrimento, é óbvio que vão pedi-la. A escassez de cuidados paliativos envia os pedidos de eutanásia.”*

O CDS-PP é um partido inspirado pela democracia cristã e conservadora. Ora, este partido tem-se afirmado contra a eutanásia e a favor de uma rede de cuidados paliativos de qualidade em Portugal. Em 2010, o grupo parlamentar do CDS-PP, realizou um colóquio na Assembleia da República, intitulado “Cuidados Paliativos; Testamento Vital, Eutanásia”, ou seja, sobre o sofrimento em fim de vida.

71 <http://www.apcp.com.pt/index.php?n=movimento-de-cidadaos&cod=89&subCat=89>

No ano de 2008 existiam, em Portugal, apenas 68 camas para cuidados paliativos. Ferraz Gonçalves, director da Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, afirma já ter recebido pedidos de eutanásia de doentes terminais, tendo sido apresentado como motivo para esses pedidos a dor excruciante que atinge muitas pessoas na fase final da vida. Como é natural, vindo de um médico que jura o seu código Deontológico, recusa a ideia de, num quadro de doença terminal, já não haver nada a fazer. Segundo o Dr. Ferraz, melhorar as condições não significa sujeitar o doente a medidas terapêuticas fúteis, inúteis e agressivas, ou seja a distanásia. Se não fossem usadas as medidas terapêuticas, um doente não conseguiria tolerar as dores excruciantes.

Em 2009, já existiam 153 camas espalhadas pelo país. O número continua a ser reduzido e longe de satisfazer as listas de espera. A revista Deco Proteste⁷², de Maio/Junho de 2011, revela um estudo segundo o qual os cuidados paliativos contribuem para melhorar a qualidade de vida, mas não evitam que os doentes peçam para morrer a médicos e enfermeiros dessas unidades de saúde. Lê-se, ainda, neste estudo da associação de defesa do consumidor, que é nestas unidades que os doentes se sentem mais à vontade para formular tais desejos. São muitos os doentes que expressam um desejo persistente de morrer, independentemente de terem cuidados paliativos. Entre os pedidos feitos, contam-se a suspensão de tratamentos, a sedação profunda, o corte de alimentação e hidratação e a administração de uma droga letal.

Para a professora Laura Santos, os cuidados paliativos não resolvem todos os casos de sofrimento e é legítimo que a pessoa decida que não quer aguentar a dor e a espera, ferindo o seu sentido de dignidade.

Em Portugal, há como que um grande pacto entre os médicos oncologistas sobre os cuidados paliativos, isto porque ainda é reduzido o auxílio destes à administração de fármacos em doses letais sem a solicitação expressa dos doentes e existe pouco apoio dos médicos às formas de morte assistida, sobretudo, o suicídio assistido.

Parece existir como que um acordo quase por unanimidade com a administração de fármacos destinados a aliviar o sofrimento, mesmo que precipite a morte, o conhecido Duplo Efeito.

⁷² <http://www.deco.proteste.pt/servicos-de-saude/doentes-terminais-mais-dignidade-no-adeus-s645501.htm>

Para o dominicano Emílio Garcia Estébanez, que em 2006 morreu de cancro, certas práticas dos cuidados paliativos estão longe de constituir uma opção à eutanásia. Afirmar que o doente terminal corre o risco de ser reduzido a um objecto terapêutico que será bem tratado, um material ético sobre o qual os médicos delineiam o seu próprio conceito do que é uma “boa morte”.

É incorrecto dizer-se que os cuidados paliativos podem evitar muitos casos de morte assistida. Na verdade, estudos demonstram que, mesmo com cuidados paliativos, há casos de morte assistida. Para demonstrarmos a veracidade do que acabamos de dizer, basear-nos-emos na tese de Ferraz Gonçalves, na qual é feita referência a um estudo executado na Nova Zelândia. Segundo esse estudo, 5,6% das mortes resultaram da prática de eutanásia e em 87% dos casos havia serviços de cuidados paliativos disponíveis. Outro estudo foi realizado no Estado de Oregon. Segundo este, 71% dos doentes que receberam prescrição de fármacos para se suicidarem encontravam-se num programa de cuidados paliativos.

Seria errado afirmar, com base nos estudos referidos, que os cuidados paliativos são desnecessários. Na verdade, constituem uma importante opção àqueles que não desejam a eutanásia ou o suicídio assistido, que são autónomos de escolher o que desejam para si e também àqueles que não tiveram a possibilidade de expressar os seus sentimentos no que se refere a continuar ou não a viver (por o seu estado se ter agravado ao ponto de entrar em coma ou deixar de comunicar).

Entende-se que, no plano ético, os médicos ambicionam responder aos problemas dos doentes e não oferecer, simplesmente, a morte assistida. Contudo, esta é preferível a uma obstinação terapêutica, a tratamentos inúteis e agressivos.

A área da saúde tem, em Portugal, muitas carências. Exemplo disso são as listas de espera para intervenções cirúrgicas ou simplesmente para uma consulta de rotina. É de lamentar que se receba a confirmação de uma consulta ou uma cirurgia quando o doente já faleceu.

Citaremos novamente o médico colombiano Gonzalo Echeverry, “...*que se procure maneira de salvar vida (doente) mas ao mesmo tempo se lhe reconheça o direito a uma morte digna e pacífica e aliviar, a dor física e a angústia do doente e dos que o rodeiam*”. Assim, se a medicina quer ter um rosto humano, deve respeitar um direito essencial das pessoas: o da escolha livre e da autodeterminação.

O médico Jorge Espírito Santo, director do serviço de oncologia do hospital do Barreiro, no Montijo, afirmou, na reportagem de Ana Leal, “*O céu visto da terra*”, que, se fosse legal, seria a favor da eutanásia e que a desejaria caso algo lhe acontecesse.

Antes de nos debruçarmos sobre a legislação portuguesa no que diz respeito à eutanásia/suicídio assistido, faremos referência a um conto de Miguel Torga, «O Alma Grande⁷³». Nele, o autor fala do «abafador». Este era o homem que andava pelas aldeias transmontanas, encurtando a vida ao moribundo, sufocando-o. “ *O direito de cada um morrer a sua morte e até mesmo o direito de cada homem morrer com uma dignidade verdadeiramente humana...* ”

O sacerdote secular, arqueólogo e historiador, de seu nome Francisco Manuel Alves, conhecido também como Abade de Baçal, refere igualmente «os abafadores». Os cristãos novos, que se encontravam moribundos, eram assistidos pelos abafadores, que lhe apressavam o fim de vida, com o intuito de evitar o sofrimento, mas também para não divulgarem que haviam sido judaizados.

No ano de 1950, Julian Huxley, médico britânico, director da Unesco, enviou às Nações Unidas um documento em que 2513 pessoas pediam a inclusão do Direito à Eutanásia Voluntária para os doentes incuráveis na Declaração Universal dos Direitos do Homem. Caso este “pedido” tivesse sido aceite, haveria um direito humano básico para cada um decidir, em certas circunstâncias, que prefere morrer.

O aparecimento da Declaração Universal dos Direitos do Homem dá-se com o fim da 2ª Guerra Mundial e a descoberta de cenas macabras da História do século XX (relativas à prática de eutanásia eugénica) Tal levou a que fosse estabelecida a protecção do Homem, para evitar que se repetissem situações idênticas às ocorridas durante a 2ª Guerra Mundial. Apesar da existência da Declaração Universal dos Direitos do Homem, a História voltou a repetir-se, com a limpeza étnica ocorrida durante a guerra dos Balcãs, Jugoslávia, Kosovo.

⁷³ Torga, Miguel, O Alma Grande», Contos. Lisboa, Dom Quixote, 2001, pag.464

3.4 Perspectiva Jurídica portuguesa para com a Eutanásia e o Suicídio Assistido

Entramos, assim, numa análise relativa à legalização da “boa morte”, ou seja, ao aspecto jurídico da ajuda à morte assistida.

Até aos inícios do século XX, nunca havia sido colocado à medicina e à ordem ético-jurídica o problema do dever moral de deixar morrer uma pessoa, ter de respeitar ou não o solicitado direito de morrer, ou de precipitar a chegada da sua morte.

Portugal é uma excepção, pois, na maioria dos países, fala-se, analisa-se, debate-se e delibera-se no sentido de chegar a uma legislação que permita aos doentes.

Incuráveis obter uma permissão legal para acabar com o sofrimento. No nosso país, o problema da legalização da eutanásia não tem sido, por incrível que pareça, muito discutido. Não existe, sequer, uma «Associação para o Direito de Morrer com Dignidade».

A legalização da eutanásia, mesmo sob rigorosas condições, tem despertado muitas críticas por parte dos cristãos, como atrás se demonstrou. Quando o cristão ouve falar da proposta de legalização da eutanásia, encara-a como sendo uma proposta perigosa, isto porque, segundo este, vai enfraquecer e contrariar o princípio da inviolabilidade da personalidade humana.

Mas há que ter presente que, se alguém que nos é querido se encontra irremediavelmente doente, estando-lhe destinado um período de sofrimento agonizante e, em certas circunstâncias, uma fragmentação da personalidade, nada será mais doloroso que observar o seu declínio progressivo, para algo que mal reconheceremos. Desta forma, sabendo que esse ente querido tem o desejo de morrer e não sofrer mais, não deveriam existir leis impeditivas de concretizar o seu último desejo. As pessoas devem ser livres para escolher por si próprias.

No entanto, debateram-se, recentemente, no nosso país, questões que até há uns anos não se pensava sequer chegarem ao Parlamento. Começámos com o casamento homossexual, que foi compreendido pela grande maioria de deputados do Parlamento, que transformaram em lei o projecto. Possivelmente, haveria muitos desses deputados que achavam repugnante a ideia de relações homossexuais e que acreditavam que essas relações eram moralmente erradas. Contudo, eles próprios resolveram reconhecer que a

repugnância que em geral se sentia/sente não constitui, por si só, uma razão suficiente para manter essa prática ilegal. Desta forma, a Lei Nº9/ 2010 de 31 de Maio permite o casamento entre pessoas do mesmo sexo.

Outro tema de debate foi a legalização do aborto. Até 1984, o aborto era proibido em Portugal, em todas as situações. Nesse ano, legislou-se sobre o aborto, criando-se a lei 6/84, que veio permitir a realização da interrupção voluntária da gravidez nos casos de perigo de vida para a mulher, perigo de lesão grave e duradoura para a saúde física e psíquica da mulher, aquando da existência de malformação fetal ou quando a gravidez resultasse de uma violação. Em Portugal, ao longo de mais de trinta anos, muitas organizações, personalidades e profissionais de saúde lutaram por mudanças na lei, por forma a combater o aborto inseguro e ilegal. Em 1997 elaborou-se mais uma lei (90/97), em que se alargava o prazo para a prática do aborto a situações de malformação fetal e do que até então era chamado de “violação”, actualmente denominado “crime contra a liberdade e autodeterminação sexual da mulher”. Por último, em 2007, o Parlamento aprovou, por ampla maioria, a legalização do aborto até a 10ª semana de gravidez, mas dentro de acordo com certos critérios.

Assim, se já debatemos e elaborámos leis relativas a estes assuntos, que também eram considerados tabus, porque não legislamos sobre a legalização da eutanásia/suicídio assistido em Portugal?

O nosso ordenamento jurídico escolheu uma atitude ponderada no que diz respeito à eutanásia e ao suicídio, baseando-se na Declaração Universal dos Direitos do Homem e não fazendo, por isso, clara referência à eutanásia ou ao suicídio.

Na nossa Constituição, não existe um direito à Eutanásia, graças ao qual alguém possa exigir a outrem que lhe provoque a morte, para acabar com os seus sofrimentos, mesmo que padeça de uma doença incurável. No entanto, há artigos do código penal que se podem aplicar a esta situação. Vamos, por isso, entrar nas teias do direito português muito sumariamente.

Atrás referimos que a Constituição da República Portuguesa, foi buscar muito da Declaração Universal dos Direitos do Homem e comprovamos essa situação na Parte I Direitos e deveres fundamentais, Título I Princípios gerais Artigo 16.º “*Âmbito e sentidos dos direitos fundamentais*” no ponto 2, “... *devem ser interpretados e integrados de harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem.*”

Continuando na Constituição Portuguesa, no Título II Direitos, Liberdades e Garantias, sobressaem os Artigos 24.º - Direito à Vida, declara-se que a vida humana é inviolável, no Artigo 25.º - Direito à Integridade Pessoal, assegura-se que a integridade moral e física das pessoas é inviolável, o artigo 26.º reconhece o direito à intimidade da vida privada, enquanto o artigo 41.º declara inviolável a liberdade de consciência.

Ao examinarmos o artigo 24.º, verificamos que é o principal dos direitos essenciais que estão reconhecidos constitucionalmente, sendo este o direito a não ser morto, pois é inviolável e deve receber protecção e assistência contra a ameaça de morte. O direito à vida não é um direito individual da pessoa sobre ela mesma, sobre a sua vida. Se assim fosse, cada indivíduo preservaria um direito sobre si próprio, sobre a sua vida e poderia dispor de si próprio e sobre a sua vida.

Segundo a leitura a Brito e Rijo⁷⁴ “*não existe um direito à eutanásia activa, através do qual alguém possa exigir de outrem que lhe provoque a morte para acabar com os seus sofrimentos*”. No entanto, vamos tentar decompor a nossa Constituição, o artigo 25.º no ponto 2, onde se refere que ninguém pode ser submetido à tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos. Vamos dar o exemplo dos doentes terminais, que se encontrem em grandes sofrimentos, pois são eles o alvo deste trabalho. Podemos considerar uma **tortura**, um suplício, usarem-se **tratos**, tratamentos insistentes, sendo **degradante**, desonroso, manter uma pessoa em tormentos **desumanos**, maldosos. Muitas pessoas consideram este ponto como sendo dúbio – o doente terminal encontra muitas vezes estas quatro situações, não sendo permitido que este obtenha o que deseja, a “boa morte”.

Passando ao ⁷⁵Código Civil Português, veremos que este também consagra a vida humana em diversos diplomas legais. Como sabemos, em Portugal não existe a Pena de Morte desde 1867. Assim, no nosso código civil, a vida humana é sempre protegida pelo direito penal. Este direito penal não compreende uma definição legal de morte, assim como também não estabelece os motivos segundo os quais se deve formular um juízo. Desta forma, na Secção II, Direito de Personalidade, o artigo 70.º “*Tutela geral da personalidade*”, ponto 1, “*A lei protege as pessoa contra qualquer ofensa ilegítima ou intimação de ofensa à sua personalidade física ou moral*”. No artigo seguinte, 71.º nº3 estabelece “*se a ilicitude*”, a ilegalidade, pode acontecer devido

⁷⁴**Brito, Rijo** *Estudos jurídicos da eutanásia em Portugal: Direito sobre a vida ou dever de viver?* Coimbra: Almedina, 2000.

⁷⁵ Em anexo todos os artigos que estão aqui a ser mencionados, 164

à “*falta de consentimento*” da pessoa em causa. Ou seja, podemos, neste artigo, introduzir a questão do testamento vital em Portugal. Se este documento estivesse legalmente instituído no nosso código civil, a *falta de consentimento* deixaria de ser uma ilegalidade e a vontade do paciente estaria salvaguardada.

O testamento vital ou documento que contém as Directivas Antecipadas de Vontade, consiste em “instruções que uma pessoa dá antecipadamente, respeitantes aos tratamentos que deseja ou (mais frequentemente) que recusa receber no fim da vida, para o caso de se tornar incapaz de exprimir as suas vontades ou de tomar decisões por e para si própria”⁷⁶.

Em Portugal, o testamento vital não tem qualquer valor legal. Se um doente incurável escrever o dito testamento, em que autoriza os médicos a interromperem o tratamento da sua doença, acabando, desta forma, com o sofrimento de terapêuticas obsessivas, este continua a não ser aceite. Em Portugal, nem mesmo com a presença de um considerável número de testemunhas o testamento terá validade, visto que não é legítima a decisão de uma pessoa dispor da própria vida. O Direito português não reconhece o testamento vital, considerando-o ineficaz.

O testamento vital apresentaria duas componentes: uma respeitante à suavização e alívio do sofrimento e outra relativa à intervenção e meios a utilizar para o doente morrer.

Este documento esteve perto de entrar em vigor. O Partido Socialista efectuou, em Maio de 2009, o Projecto de Lei 788/X/4.^a, sobre os direitos dos doentes à informação e ao consentimento informado. Foi aprovado na generalidade. Contudo, acabou por ser retirado devido à sua rejeição por parte do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, argumentando que a estruturação se apresentava confusa, contraditória e ameaçadora do bem-estar das pessoas doentes. Com esta decisão, colocou-se um ponto final na discussão do diploma nesta legislatura, protelando o assunto para depois das eleições legislativas.

Opomo-nos à afirmação do Conselho Nacional de Ética para as ciências da Vida segundo a qual não existe argumento ético, social, moral, jurídico ou deontológico para que seja possível a morte “intencional” do doente. Acreditamos que, se o doente não

76 Cf. KENIS, Yvon (2003), “Directivas Antecipadas” in *Nova Enciclopédia da Bioética* (coord.: Gilbert Hottois e Jean-Noël Missa), trad. do original francês de 2001 por Maria Carvalho, Lisboa: Instituto Piaget, p. 235; NYS, Herman (1997), “Emerging Legislation in Europe on the Legal Status of Advance Directives and Medical Decision-making with Respect to Incompetent Patient (‘Living-wills’)”, *European Journal of Health Law*, vol. 4, Junho de 1997, p. 179 e ss., e BROWNE, Alister, e SULLIVAN, Bill (2006), “Advance Directives en Canada”, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 15, n.º 3, pp. 256 e ss.

deseja continuar com tratamentos inúteis, dada a irreversibilidade da sua doença, deve ter autonomia para decidir o que deseja.

Voltando ao Código Civil Português, encontramos três artigos que se aproximam do nosso tema. Estes artigos dão nitidamente a entender que a abreviação intencional da vida de um doente é passível de configurar uma conduta caracterizada como crime.

Começamos com o Artigo 133.º “Homicídio Privilegiado”, *“Quem matar outra pessoa por 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”*.

Segundo o artigo 134.º - “Homicídio a pedido da vítima” -, *“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.”*

O legislador entendeu por bem reduzir e abrandar a pena desta eutanásia, que é a pedido da vítima, onde há intenção segura e decidida de pôr termo a um sofrimento insuportável da vítima (o doente terminal). Encontramos, aqui, a compaixão que é relevante perante o valor social e moral, mas sempre punível, visto que se manifesta como sendo ilegal do ponto de vista criminal.

Segundo o ponto 1 do artigo 135.º *“Incitamento ou ajuda ao suicídio”*, *“Quem incitar outra pessoa a suicidar-se, ou lhe prestar ajuda para esse fim, é punido com pena de prisão ate 3 anos se o suicídio vier afectivamente a ser tentado ou a consumar-se”*. Segundo o ponto 2, *“Se a pessoa incitada ou a quem se presta ajuda for menor de 16 anos ou tiver, por qualquer motivo, a sua capacidade de valoração ou de determinação sensível diminuída, o agente é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos.”*

Desta forma, o nosso ordenamento jurídico, nem mesmo com a autorização dada pela vítima/doente, para que o auxiliem a acabar com o sofrimento, com a vida, a eutanásia é considerada legalmente válida, na medida em que a vida humana é indisponível e é o bem jurídico de maior valor. Segundo Lesseps Lourenço Reys⁷⁷, o homicídio a pedido da vítima, mesmo que instante e livremente expresso, não é suficiente como causa de eliminação da ilegalidade do crime, mas pode funcionar como circunstância atenuante.

77 Professor Catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa e Coordenador do Gabinete de Ética e Deontologia Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa

No nosso país, defende-se a integridade física e moral do ser humano, em que este tem o direito de decidir em concordância com a sua concepção pessoal da vida, pela sujeição ou não a quaisquer tratamentos que ele considere destrutivos. Na opinião de juristas de renome, nomeadamente do Professor Doutor Figueiredo Dias, o doente tem todo o poder de impedir a continuação de um tratamento doloroso. Outro jurista conhecido é o Professor Doutor Maia Gonçalves, que considera que a eutanásia por omissão não deve ser punível.

Chegamos, assim, à conclusão de que o legislador não quis encaminhar-se pela tolerância da prática da eutanásia, mesmo em circunstâncias como o pedido consciente e decidido da “vítima” que se encontra em sofrimento. Para os legisladores, quem autoriza a sua própria morte não pode estar em condições mentais normais, pois não pode encarar a morte antecipada como solução definitiva, isto porque a medicina está sempre em desenvolvimento. Para além disso, seria a criação de um novo direito, o direito à morte provocada, que se incompatibiliza com os princípios da vida humana, Convenção Europeia dos Direitos do Homem e a Declaração Universal dos Direitos do Homem. Estes dois documentos, que datam de 1950 e de 1948, foram elaborados, como vimos, após algumas descobertas de acontecimentos terríveis, de eutanásia eugénica, corpos esqueléticos e carbonizados. A formulação destes documentos teve como fim prevenir acontecimentos como os da 2ª Guerra Mundial, proteger a vida.

Chegamos à conclusão de que a eutanásia e o suicídio assistido são proibidos em Portugal, não existindo qualquer registo de julgamentos por possíveis violações dos artigos referidos anteriormente. Contudo, o legislador previu existirem, em casos de pedido de auxílio à eutanásia, uma atenuação da reprovação penal.

3.5 As posições da Bioética em Portugal

Damos entrada no campo da Bioética e começaremos fazendo referência a um pensamento de Débora Diniz, professora de antropologia e directora da Associação Internacional da Bioética: *“Eutanásia não é homicídio. Viver é sempre fazer escolha, inclusive a escolha de decidir morrer”*.

A Associação Portuguesa de Bioética ainda é uma “criança”. Foi constituída em 2002, tendo como finalidade a investigação, a promoção e a divulgação da bioética enquanto área instrutiva e esclarecedora na mediação social. A bioética consiste num

ramo da filosofia, mais especificamente da ética aplicada, podendo ser definida como o estudo sistemático das dimensões morais, incluindo uma visão moral, decisões, condutas e políticas das ciências da vida e cuidados da saúde, aplicando-se a uma variedade de metodologias éticas num ambiente multidisciplinar.

Em Portugal, tem auxiliado ao nível do debate e da interpelação da sociedade, vivendo do conhecimento científico em protecção do que interessa ao Homem, à saúde e à vida.

Convivemos em sociedade, onde os perigos são constantes, as experiências não são controladas, daí que os conflitos éticos sejam inevitáveis. Dada a diversidade de vertentes que a bioética cobre, é fundamental que a discussão se alargue à comunidade, para que seja esta a aplicar limitações e fronteiras aos progressos científicos, de modo a que se acautele a permanente observância da dignidade e da liberdade humana.

Isto porque tudo o que se tem adquirido através da ciência tem sido usado tanto a favor como contra o próprio Homem.

Durante anos, assistimos a uma enorme modificação na união entre a medicina e a sociedade. Os factores que levaram a estas mudanças foram: a aplicação excessiva da tecnologia sofisticada, o que contribuiu para a desumanização da prestação de cuidados de saúde, levando à obstinação terapêutica/distanásia. Apesar de vermos a medicina ser pautada pela ética, pelo seu código deontológico, observamos que essa deontologia profissional não conseguiu alterar a tendência de utilização abusiva das novas tecnologias biomédicas.

Esta Associação, apesar de recente, tem tido um papel importante na reflexão sobre a questão da morte assistida e dos direitos dos doentes. A associação tem estimulado estudos que, de algum modo, ajudam a reflectir concretamente sobre estas temáticas.

O debate social e político em torno da eutanásia ocasiona acesas discussões num diálogo que nem sempre é educativo à volta da noção de morte assistida e de morte com dignidade. Cresce a consciência de que os cidadãos devem ser livres de recusar determinados tratamentos à luz do princípio do respeito pela autonomia individual. É hoje possível qualquer doente competente recusar um determinado tratamento, mesmo que desta forma se abrevie o momento da sua morte.

Alguns dos seus associados não são a favor da morte assistida. Exemplo disso é a professora doutora Helena Melo, vogal, e o professor doutor Rui Nunes, presidente da ABP, que pretende proteger a autodeterminação do paciente terminal, entre outros. Depois de fazermos uma leitura de diversos jornais, encontramos uma peça do Jornal de Notícias⁷⁸, de 20 de Junho de 2007, em que o professor doutor Rui Nunes afirma:

"É surpreendente que 39% dos médicos se tenham manifestado a favor da legalização, porque a ética e a deontologia médicas sempre foram contra a política da eutanásia", afirma Rui Nunes, que encara este número com alguma preocupação, uma vez que confirma uma tendência de crescente aceitação da eutanásia. "Se não fizermos nada, amanhã serão mais. Isto é um alerta que deve ser ouvido pelas autoridades competentes."

«Para quem é favorável à eutanásia, que não é o meu caso, estes resultados podem ser considerados positivos, mas eles são um sinal de alerta para a sociedade e para o legislador, no sentido a inverter esta tendência.»

Estas frases deixam-nos um pouco confusos. Será que Rui Nunes está preocupado com o facto de que cerca de 39% dos médicos aceitará efectuar eutanásia, com possibilidade desse número crescer, ou será com o Estado, tem de legislar para que as pessoas, doentes terminais, tenham uma “boa morte”, sem que haja culpabilização judicial ao indivíduo que pratica o acto?

Há que ter os princípios da Bioética presentes: o Respeito pela Autonomia da Pessoa, a promoção do seu Bem Estar; a Justiça devida ao Sujeito livre e responsável; a defesa da “Qualidade de vida da Pessoa”; a consideração da Pessoa como sendo “ Fim em Si mesmo”.

Devemos deixar os pacientes que desejam a “boa morte” tê-la, assim, como os que desejam os cuidados paliativos. O importante é haver igualdade na sua liberdade de escolha.

A falta de informação faz com que muitos não entendam o porquê do pedido, o sentido da morte assistida, uma morte com dignidade.

Vamos analisar o estudo n.º E/10/APB/07, que se encontra no site da APB. Este é um estudo efectuado pelo Serviço de Bioética e Ética da Faculdade de Medicina do Porto. Antes de falarmos deste estudo, queremos ressaltar duas questões com ele relacionadas. O primeiro relaciona-se com o alvo escolhido: idosos com mais de 65 anos, que se encontram institucionalizados em lares ou em residências de terceira idade, sem doenças graves e sem condições de habitabilidade. Parte-se do pressuposto de que estes constituem o grupo mais predisposto a efectuar um pedido de eutanásia.

78Jornal de Notícias http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content_id=659786

A definição de eutanásia utilizada no estudo foi a holandesa: “*morte intencional de um doente, a seu pedido, firme e consistente, através da intervenção de um profissional de saúde.*”

O que se pretendia com este estudo era apurar se a população idosa pensa frequentemente na morte, se, face a um estado muito avançado de doença e com grande sofrimento, o idoso acharia aceitável pedir a um médico ou a outro profissional de saúde que lhe pusesse fim à vida e, por último, se mesmo que a pessoa não quisesse a eutanásia para si, julgaria importante que a eutanásia importante fosse legalmente possibilitada a outros.

Deste ensaio, faremos referência apenas aos dados que achámos mais relevantes. Assim, as pessoas com o 12º ano de escolaridade, seguidas das que frequentaram um curso superior, são favoráveis ao pedido de eutanásia. Cerca de 65,5% dos inquiridos afirmaram que não pediriam a um médico ou a outro profissional de saúde que lhe pusesse termo à vida no caso de se encontrarem muito mal de saúde, enquanto que 34,5% disseram sim.

Surpreendentemente, existe um apoio maioritário à legislação da eutanásia no Alentejo (61%) e também em Lisboa e no vale do Tejo (com igual valor).

Existem poucos estudos sobre a questão da eutanásia no nosso país. No entanto, considerando a investigação referida anteriormente, temos de nos distanciar, porque nos parece que contem algumas contradições. De acordo com vários estudos estatísticos realizados em países onde a morte assistida é legal, esse tipo de morte é pedida por pessoas em situação oncológica terminal ou muito grave, independentemente da idade. Além desse ponto, temos a questão da habitabilidade, o que nos leva a concluir que estes estudos e outros, se assim forem estruturados, tendem a influenciar a opinião pública porque, assim, só as pessoas idosas pensam ou se sentem propensas a pedir a eutanásia. Tal não se observa nos países que têm a possibilidade da “boa morte”, pois os dados estatísticos não mostram que as pessoas idosas apresentem a tendência de pedir a eutanásia. Mostram é que, os que pedem a morte assistida, são pessoas com idades inferiores à apresentada no estudo.

Convém fazer-se mais uma ressalva. No estudo, não é explicado aos inqueridos quem é o profissional de saúde. Ora, na perspectiva holandesa (não podemos esquecer

que é utilizada a definição holandesa), não é qualquer um profissional de saúde que pode praticar uma eutanásia: quem a exerce é um médico.

Na perspectiva dos autores deste estudo, é eticamente antagónico serem os médicos a praticarem a eutanásia, o que nos leva a outra classe ligada à saúde para então exercer a eutanásia, ou seja, os enfermeiros. Contudo, tal como os médicos, os enfermeiros também têm de agir de acordo com a sua deontologia (que não é inferior à dos médicos).

Nem todos os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, são contra a eutanásia/suicídio assistido. Será a ética dos que a praticariam, caso fosse legalizada, inferior à dos que se recusam a exercê-la? Voltamos a fazer referência ao ofício de “Carrasco”.

Para concluir, se não se pode contar com a ajuda dos médicos, como é evidente neste estudo, podemos dizer que esta investigação apenas ajudou ao enraizamento da ideia de que a morte assistida tem apenas uma única forma, a auto-administrada, ou seja, eutanásia não pensando nos que já se encontram incapazes, mas que têm o desejo de uma morte com dignidade.

O paternalismo médico, assente na consideração da beneficência/protecção, abre espaço a uma nova realidade médico-doente, afectando o exercício da medicina, em que se devem ter em conta responsabilidades particulares, nomeadamente em situações limites, como as doenças terminais ou a estado vegetativo persistente. Partimos, desta forma, para um novo parecer, o nº P/05/APB/06 – Directivas antecipadas de Vontade/Testamento Vital. Já abordámos esta questão anteriormente: o direito à autodeterminação individual.

Em 2006, a Associação Portuguesa de Bioética efectuou uma proposta de legalização da eutanásia à Assembleia da República, tendo incitado a um intenso debate nacional sobre a importância e a legalidade do testamento vital.

Este estudo qualifica como dado importante o facto de vivermos em sociedades democráticas, plurais e seculares, ou seja, em que existem diferentes ideias do que é o bem comum, que procuram o direito de decidir por si mesmas, individualmente. Reconhece-se que a morte é encarada de modo totalmente diferente pelas diversas sociedades.

A definição usada neste parecer foi de Yvon Kenis (72), a que atrás já fizemos referência. Da análise que efectuamos, retiramos partes que nos pareceram importantes: “...é legítimo que todos possamos tomar as nossas decisões de consciência nomeadamente em matéria de organização da nossa morte, por forma a que esta se insira no sentido que quisermos dar à nossa vida.”... “a morte de uma pessoa é encarada de modo distinto pelos diversos cidadãos”... “o direito a morrer em paz e com dignidade”.

Logo no início, é feita alusão a alguns textos jurídicos, nacionais e internacionais, nos quais se pretende fundamentar a importância do respeito pela autodeterminação em relação a cuidados de saúde. Entre esses documentos parece-nos necessário destacar a Convenção para a Protecção dos Direitos do homem e da Dignidade do ser humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, igualmente chamada de Convenção de Oviedo⁷⁹. Interessa-nos desse documento o Artigo 9.º, “Vontade anteriormente manifestada, ou seja, a vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta.”

Analisando este artigo, temos que rejeitar a sua estrutura porque quando um doente expressa a sua vontade, espera que essa vontade seja cumprida e não tomada em conta, como consta no artigo.

Introduzimos um pequeno aparte, mas que nos parece importante. A Lei de Bases da saúde, com o n.º 48/90, de 24 de Agosto, prevê que os utentes tenham o direito de “decidir em receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta”. Ora, se esta lei existe, porque não se vai mais longe, legalizando o direito ao pedido expresso da morte assistida?

Voltando ao parecer, apresentam-nos essencialmente duas formas de Directivas Antecipadas de Vontade, ou seja, o primeiro tem três formas de ser considerado, assim, pode ser, testamento de paciente, testamento de vida e ainda “testamento biológico”, depois desta multiplicidade de possíveis designações, este é um “documento escrito no qual uma pessoa estabelece as suas vontades quanto aos cuidados médicos que dê já ou não deseje receber no caso de perder a capacidade de se exprimir ou se, se encontrar num estado em que já não é capaz de tomar ela própria uma decisão.”

79 Em anexo na pag. 165-183

Conforme ocorre nos artigos 2179.º e seguintes, do Código Civil, na sucessão testamentária, o testamento de paciente seria similar, um acto individual, podendo ser revogável, a pessoa expressa claramente a sua vontade, com a diferença daquele que falamos destina-se a ser válido no período precedente à morte do paciente.

Esta segunda forma das directivas antecipadas é a designação de um procurador de saúde. Esta nomeação é igualmente feita através de um documento que confere poderes a um “procurador” para tomar decisões em matéria de saúde, em nome da pessoa que o nomeia quando esta deixe de estar em condições de indicar a sua vontade.

Por vezes, esta nomeação da pessoa que tomará decisões por ela encontra-se associada à elaboração de um testamento de paciente.

O que se pretende é a elaboração de um diploma que se proponha a garantir o respeito e a autonomia da decisão da pessoa sobre os cuidados médicos a receber no futuro, no pressuposto de que, quando e se chegar o momento de os receber, não possua capacidade para neles consentir de forma séria, livre e esclarecida. Desta forma, as Directivas Antecipadas de Vontade incluem-se no capítulo mais amplo do consentimento informado, fortalecendo a ideia de autonomia.

O conceito de autonomia manifesta-se quando cada ser humano é um ser realmente livre para fazer escolhas. No entanto, no caso de falarmos de menores, crianças, adolescentes ou pessoas com problemas mentais, deverá ser a família mais próxima a tomar a decisão (será designado de autonomia familiar, visto não haver capacidade de decisão). Porém, há uma concordância generalizada em torno da ideia de que a criança ou o adolescente devem ser envolvidos no processo de decisão, de acordo com o seu grau de maturidade, como ficou estabelecido na Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina⁸⁰ no n.2º do Artigo 6.º.

A existência deste documento, que representa a vontade expressa do paciente de não consentir tratamentos médicos em situação terminal, torna tudo claro para o médico, na medida em que este sabe que, ao violar a vontade do paciente, pode ser responsabilizado criminalmente com uma pena de prisão até três anos ou com pena de multa nos termos do artigo⁸¹ 156.º do Código Penal.

⁸⁰ <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/convbiologiaNOVO.html>

⁸¹ Em anexo na pag.182-184

O testamento vital é a expressão mais vinculada da vontade, previamente manifestada por parte do doente. No entanto, dos princípios apresentados no parecer que nos encontramos a analisar, refutaremos dois pontos. Assim, passaremos a apresentar os princípios para a legalização deste documento por parte da APB:

1) Limitação a pessoas capazes, competentes, maiores de idade e não inibido por anomalia psíquica

Consideramos que qualquer pessoa que deseje estabelecer a sua futura vontade ao fazer o testamento vital, o deve fazer quando o desejar, devendo estas directivas ser seguidas por médicos e aceites pelos seus familiares.

Ainda neste mesmo ponto, a idade diverge no Direito Penal e no Direito Civil, Para os autores deste estudo, a idade ideal seria a partir dos 18 anos. Esta idade encontra-se estabelecida no Direito Civil. Para nós, a idade que o Direito Penal apresenta, 16 anos, é adequada. Se existe capacidade para sermos responsáveis por actos menos dignos, como crimes de furto e homicídio, já existe maturidade na pessoa com 16 anos para decidir se pretende ou não fazer um testamento vital.

6) Renovação periódica da manifestação de vontade

Não é apresentado um prazo. Apenas é indicado um prazo, como sucede em França, em que a renovação estabelecida é de 3 em 3 anos. Em Portugal, temos já o B.I/Cartão de Cidadão, que tem de ser renovado de 5 em 5 anos. Este testamento seria um documento revogável, a qualquer momento, pois, não existe uma vinculação ininterrupta do documento. O indivíduo pode tomar outra decisão e mudar de ideias sempre que o desejar. Como atrás se referiu, não é fácil falar-se do que desejamos aquando da nossa morte.

As Directivas Antecipadas de Vontade / Tratamento ou Testamento Vital nada têm a ver com a eutanásia. Representam apenas uma organização legal, que permite expressar quais as terapêuticas a aplicar em casos de incapacidade de decisão. Esta decisão deveria levar à criação, no campo de acção do Ministério de Saúde, de um Registo nacional de directivas antecipadas de cada pessoa, um registo sujeito à Lei de Protecção de dados pessoais. Esta Directiva deveria constar, em rede, de qualquer serviço médico, de forma a que os médicos estivessem informados sobre os desejos de cada paciente. De uma forma resumida, o que se pretende com o Testamento Vital é que seja o mais vasto possível no que se refere à sua estrutura, não sendo apenas para os

doentes terminais. Outra opção, seriam os formulários estruturados de acordo com o que se pretende.

A professora Laura Ferreira dos Santos no seu livro *“Testamento Vital – O que é? Como elabora-lo?”*, apresenta um formulário de Directivas Antecipadas de Tratamento (Testamento Vital), que criou com base em vários formulários estrangeiros.

Um exemplo de um documento deste tipo é o da Andaluzia.

Desejamos que a Bioética dote a ciência de consciência, que a Humanize, sendo capaz de garantir a respeitabilidade pelos mais elementares princípios éticos da vida, esse bem supremo.

3.6 “Rostos” em Portugal que desejam a Eutanásia/ suicídio Assistido

Como já referimos anteriormente, pedidos de eutanásia e suicídios sempre existiram e continuaram a existir. A questão será saber para quando a possibilidade de morrer quando o desejarmos. Falamos, como é evidente, de doenças incuráveis, terminais.

Em Portugal, existiram casos de suicídio e de eutanásia. Encontramos alguns exemplos entre as figuras ilustres da nossa literatura, do século XIX. Antero de Quental, Camilo Castelo Branco e Mário de Sá Carneiro colocaram um fim à sua vida no momento que pensaram ser o mais apropriado.

O professor Doutor Fernando Catroga⁸² oferece um conhecimento singular sobre Antero de Quental. No quarto capítulo⁸³ do livro do professor Catroga, este examina o sentido da morte e da vida para Antero. Evidenciou que podemos encontrar em Antero o respeito pela morte, segundo a qual só a chegada da mortalidade estabelece o homem como ser real, histórico e ético, sendo a mesma ideia defendida por alguns filósofos contemporâneos.

Não existe derrotismo ou pessimismo em Antero de Quental.

Há respeito pela morte, transformando o pessimismo em optimismo. A morte é inteiramente aceitável na esfera da realidade, é algo natural.

82 Professor Catedrático - Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Instituto de História e Teoria das Ideias
83 **Catroga**, Fernando almeida, *Antero de Quental. História, Socialismo e Política*, Lisboa, Editorial Notícias, 2001;

Quental, através da doença, tem conhecimento do seu próprio fim. Elucidou-o, levando-o a classificar a ideia de morte como fundamento da vida moral e da ética do ser humano, a morte é natural.

Em pleno século XXI, não encontramos muitas pessoas com vontade de mostrar o seu rosto quando fazem este tipo de pedido, de eutanásia ou suicídio assistido. Os que desejam fazer esses pedidos, têm que sair do seu país, Portugal, pois, como já dissemos, a eutanásia é proibida, constituindo um crime de homicídio.

Vamos relembrar a reportagem da TVI - “ *O céu visto da Terra*” -, da jornalista Ana Leal. O primeiro caso é de **Rogério Lourenço**, que tem esclerose lateral amiotrófica (ELA). Já referimos esta doença e os seus sintomas anteriormente. Iremos retirar trechos dessa reportagem⁸⁴ e, a partir deles, abordaremos temas relevantes no âmbito deste trabalho.

“Ana Leal – Em termos de qualidade de vida o que já perdeu?”

Rogério Lourenço – Tudo, tudo, excepto a capacidade de pensar.... Eu nem na cama me consigo virar, uma pessoa que não se consegue mexer, não se consegue alimentar, o que é que está cá a fazer?

Ana Leal – Não tem medo de morrer?

Rogério Lourenço – Não, não, tenho medo de sofrer, não tenho medo de morrer.”

Rogério Lourenço, nesta mesma reportagem, fala de uma carta, a que Ana Leal chamou uma “espécie de testamento de vital”. Como sabemos, em Portugal, este documento ainda não está legalizado, apesar do interesse em legislá-lo manifestado por parte de todos os grupos parlamentares. Como anteriormente referimos, o testamento vital não é eutanásia, consistindo em directivas que exprimem o seu desejo: “...*não quer ser ligado a máquinas, não quer ser ventilado, nem quer ser reanimado.*”

No ano de 2009, uma cidadã portuguesa de 67 anos foi obrigada a ir para fora do país para alcançar a “boa morte”. Esta senhora tinha uma doença terminal – cancro – e as terapêuticas que efectuava já não surtiam efeito. Decidiu, então, ir morrer à *Dignitas*, na Suíça. O custo deste processo é de seis mil euros, segundo Laura Ferreira dos

84 Encontra-se no youtube dividida em 3 partes <http://www.youtube.com/watch?v=IsOavqLJ9xQ> ;
<http://www.youtube.com/watch?v=wYBWQvg-Upg> <http://www.youtube.com/watch?v=2ois2cqCXVg>

Santos⁸⁵. A doente escreveu um testemunho onde justificou o pedido de auxílio ao suicídio assistido:

“Estou a sofrer desde 2007 devido a um cancro que começou no estômago e que agora se confirmou que não tem cura. [...] Estou a tomar drogas que quase não têm efeito e está a tornar-se insuportável viver com a dor... o fim estava "muito mais próximo", pedi ajuda da Dignitas, "com urgência". "Temo perder a capacidade de viver sem a ajuda de alguém e especialmente de conseguir ir à Suíça.”

Segundo Laura Santos: *"Escamotear este problema não é a solução". E acrescenta: "Se o suicídio assistido ou a eutanásia fossem permitidos em Portugal, esta mulher poderia ter vivido mais tempo. Porque não necessitaria de acelerar o processo por temer ficar incapaz de ir à Suíça”.*

Discordamos do presidente da Associação Portuguesa de Bioética, o médico Rui Nunes. *"Era preciso saber se a mulher estava "em condições de tomar a decisão em consciência"... "Se calhar estava deprimida, foi um grito de desespero", especula. E seria fulcral apurar também se tinha acesso a cuidados paliativos adequados. "A generalidade das pessoas [tratadas] em cuidados paliativos não pede a eutanásia."*

Quando um paciente ainda autónomo, com capacidade de decisão, determina não querer sofrer mais, porque já nem os medicamentos têm o efeito desejado, deve ter direito a decidir-se pela morte digna.

A associação Dignitas tornou-se conhecida pela ajuda que presta aos estrangeiros, tendo sido criada a 17 de Maio de 1998, com sede na Suíça. Passados dez anos de existência, apresentava um número total de 5989 membros, na junção da Dignitas da Alemanha, em Hannover, no ano de 2005. Para se ser membro, tem de se pagar um prémio inicial de 125 euros e uma quota anual mínima de 50 euros.

A primeira ajuda ao suicídio assistido aconteceu em Outubro de 1998 e foi prestada por um médico suíço de 71 anos. No ano de 2006, a informação dada por Ledwig Minelli, foi de que 120 pessoas tinham sido assistidas pela organização e em 2007 haviam sido 138.

Mas vamos apresentar uma tabela retirada do livro da professora Laura Santos⁸⁶, na qual se encontram expostos os países inscritos na associação, no ano 2008. Os pedidos efectuados por portugueses a esta instituição foram 7, mas ao longo dos tempos esse número tem vindo a aumentar.

⁸⁵ Ver jornal Público de 1/3/2010 e de 7/3/2010

⁸⁶ Santos, Laura Ferreira dos, *Ajudas-me a Morrer?* (A morte assistida na cultura ocidental do século XXI), Sextante Editora, pg 90

DIGNITAS – Viver com Dignidade, Morrer com Dignidade

Após dez anos de actividade, número de membros em 17 de Maio de 2008, segundo o país de residência.

1	AD	Andorra	1	28	KR	Coreia	1
2	AE	Emirados Árabes Unidos	1	29	LB	Líbano	1
3	AG	Antígua e Barbuda	1	30	LI	Liechtenstein	5
4	AR	Argentina	1	31	LU	Luxemburgo	20
5	AT	Áustria	102	32	MA	Marrocos	1
6	AU	Austrália	44	33	MC	Mónaco	4
7	BA	Bósnia-Herzegovina	1	34	MO	Macau	1
8	BE	Bélgica	23	35	MT	Malta	1
9	BR	Brasil	5	36	MX	México	5
10	CA	Canadá	54	37	MY	Malásia	2
11	CH	Suíça	834	38	NL	Holanda	125
12	CY	Chipre	2	39	NO	Noruega	7
13	CZ	República Checa	3	40	NZ	Nova Zelândia	2
14	DE	Alemanha*	2971	41	PE	Peru	1
15	DK	Dinamarca	23	42	PH	Filipinas	1
16	EG	Egipto	2	43	PL	Polónia	7
17	ES	Espanha	67	44	PT	Portugal	7
18	FI	Finlândia	5	45	RO	Roménia	1
19	FR	França	471	46	SE	Suécia	62
20	GB	Reino Unido	694	47	SK	Eslováquia	3
21	GR	Grécia	7	48	TH	Tailândia	5
22	HK	Hong Kong	2	49	US	Estados Unidos	183
23	HR	Croácia	3	50	UY	Uruguai	1
24	HU	Hungria	5	51	VE	Venezuela	2
25	IE	Irlanda	29	52	YU	Sérvia	1
26	IL	Israel	34	53	ZA	África do Sul	9
27	IT	Itália	146	Total			5989

*1739 pertencem à secção alemã de Hannover

Fonte: DIGNITAS – Menschenwürdig leben, Menschenwürdig sterben (=Viver com Dignidade, Morrer com Dignidade-), Forch-Zurique (dados enviados pelo seu Secretário-Geral, Ludwig A. Minelli, trad. de Laura F. Santos).

Quem pede para ser assistido no suicídio tem de sofrer de uma doença terminal, ou de uma incapacidade que prejudique a sua actividade quotidiana, ou de uma dor intensa, insuportável e incontrolável.

Sodium pentobarbital, em português *pentobarbital sódio*, consiste num barbitúrico de acção muito rápida, sendo este um preparado que depois será tomado por aqueles que desejam a boa morte, um adormecimento do corpo, sem sofrimento.

Não é assim tão fácil realizar um suicídio assistido, mesmo na Dignitas. Se for um membro estrangeiro, este deve enviar para a associação os seus relatórios médicos, que demonstrem qual a doença de que sofre e o grau de gravidade. Os relatórios são estudados por médicos da associação, que vão avaliar a gravidade da condição do paciente. A associação prefere que os doentes se desloquem pelo menos duas vezes à Suíça.

Quando o caso avaliado não é considerado grave ao ponto de se realizar suicídio assistido, o médico conversa com o paciente, para que este reconsidere, pois ainda não

haverá esgotado todas as perspectivas de vida. Mas quando o caso é grave, o médico passará a prescrição do *pentobarbital sódio*, que a Dignitas adquirirá numa farmácia quando for o momento.

No entanto, já no lugar onde irá decorrer o auxílio à morte, insiste-se em dizer às pessoas que podem ir-se embora, sem que as portas lhes sejam fechadas no futuro. Por vezes, o paciente decide que ainda não quer morrer e volta para casa. A pessoa vai-se embora para voltar mais tarde ou nunca mais voltar.

Temos de reforçar que, neste trabalho, não somos a favor de eutanásia/suicídio assistido para pessoas que se encontrem saudáveis. Segundo o director da clínica Dignitas, Ludwig Minelli, mais de um quinto das pessoas que pediram à instituição para morrer não eram doentes terminais. Minelli defendeu, em entrevista à BBC, que o suicídio é uma oportunidade maravilhosa que não devia ser apenas para quem está a morrer ou muito doente. Somos contra este tipo de afirmações. Se a ideia de Minelli fosse concretizada, diríamos que a Dignitas estaria a implementar um turismo da morte, um negócio.

Somos apologistas de que a eutanásia e o suicídio assistido devem apenas ser facultados a pessoas com doenças terminais e não a quem se encontre com depressões, problemas mentais, esquizofrenia ou doença bipolar. Todas estas patologias são tratáveis e, por isso, não consideramos certo facultar-se a “boa morte” a pessoas que delas sofram.

Um exemplo que repudiamos, foi a ida de um casal canadiano à Suíça. Marido e mulher dirigiram-se à instituição Dignitas com a intenção de concretizarem um desejo mútuo de morrerem os dois ao mesmo tempo. Importa aqui referir que o marido sofria de uma doença terminal, enquanto que a mulher era saudável. A Dignitas apenas deveria permitir a morte do marido. Para nós, um sistema em que se aceitasse o pedido da mulher seria de homicídio. Esta situação seria contra os princípios “consensuais” da morte assistida na Suíça, que não permitem que se vá tão longe.

Se nos fosse colocada a questão “Em que situação deveria poder realizar-se a eutanásia/suicídio assistido?”, teríamos de responder, de forma determinada, que apenas em casos de doenças terminais e outros que descrevemos.

3.7.Os nossos pontos para a legalização da eutanásia/ suicídio assistido em Portugal

O primeiro ponto para a legalização do testamento vital é a idade. Para nós, a idade correcta seria de dezasseis anos e isto na medida em que, segundo o nosso Código Penal, dezasseis é a maioridade penal, a idade em que já se é responsável pelos seus actos.

No entanto, como as doenças não têm idade para surgir, deixaríamos aos pais decidir, depois de bem informados pelos médicos seguindo-se uma conversa calma em conjunto com o fim de chegar à resolução mais acertada para a criança.

Existem casos⁸⁷ de crianças recém-nascidas que se encontram vivas artificialmente. Damos o exemplo da professora argentina, pois no nosso país não temos informação sobre este assunto. Selva Herbón tem a sua filha em estado vegetativo irreversível desde de que nasceu. A criança terá permanecido sem oxigénio durante o parto, por alguns minutos, o que provocou danos cerebrais permanentes e irreversíveis. A bebé tem hoje dois anos. Selva Herbón pede autorização às autoridades do seu país que deixem a sua filha ter uma morte digna. Nós consideramos que, como esta criança, outras existiram. Uma vida assim seria uma contínua história de intermináveis misérias e dor. É um crime deixá-las viver. Se os pais e o médico decidem que a vida é uma eterna tortura, então há uma posição ética defensável de acabar com a vida. Nestas situações, os pais não podem seguir com as suas vidas, pois não têm autorização para desligar as máquinas que mantêm a filha viva.

Todos aqueles que desejam efectuar o testamento vital deveriam ser livres para tal. Consideramos os critérios da Bélgica e a Holanda justos e não permitem abusos

Saber a origem do sofrimento persistente

Informar o doente qual a sua enfermidade

Descobrir em que estado se encontra a doença

Esgotar totalmente todos as terapêuticas

Informar que o sofrimento não tem perspectiva de melhorar, sendo insuportável

Informar qual a expectativa de vida do doente

87 <http://pt-br.paperblog.com/eutanasia-professora-implora-por-morte-digna-para-filha-em-estado-vegetativo-239333/>

Dar a conhecer a disponibilidade e as consequências dos Cuidados Paliativos (um aparte: em Portugal, como sabemos, são pouquíssimas as unidades, mas claro que se o paciente prefere os cuidados paliativos, o seu desejo deve ser satisfeito).

Discutir com o paciente se o pedido deste for a eutanásia

Discutir com a família e o paciente sobre o seu pedido de eutanásia

Obter a certeza que o pedido da eutanásia efectuado pelo paciente é livre e autónomo; ter a certeza que não houve a interferência de outras pessoas.

Facultar um psicólogo ao doente e familiares, para que este explique o seu desejo e o porquê desse desejo.

O pedido do doente só será válido depois de discutido, numa primeira fase, com o seu médico.

Tem de ficar estabelecido que as terapêuticas já não surtem o efeito desejado. O médico, que segue o doente na sua enfermidade e sabe a gravidade da doença, enviará os exames efectuados a outro médico, que não pertença à mesma instituição médica. Acreditamos que deveria ser de outro Hospital, por forma, a que não tivesse conhecimento do doente nem do médico.

Se este considera que já se esgotaram todas as terapêuticas conhecidas, então dará o seu relatório ao médico e informará o paciente de que não existem mais tratamentos conhecidos. A última palavra será do paciente, sabendo que tem direito a uma autêntica morte digna, o direito a não sofrer inutilmente, o direito a decidir sobre si mesmo, o direito a decidir sobre as intervenções a que se tenha de submeter e, por fim, o direito a receber assistência espiritual, se assim o desejar.

3.8. Elaboração do nosso Testamento Vital

Antes, temos que dizer que se reiniciou o debate no mês de Setembro e ainda no mês de Outubro deste ano, 2011, na Assembleia da República, debateu-se o Testamento Vital. Iremos colocar em CD⁸⁸ a intervenção do deputado do Bloco de Esquerda e ainda dos Verdes em reunião plenária, sobre este projecto de lei que foi levado à assembleia.

Desta forma, passamos para o nosso Testamento Vital.

⁸⁸ <http://www.youtube.com/watch?v=ibGsLEZPiTg&feature=related> – Deputado do Bloco de Esquerda

Existem situações extremamente difíceis, sendo exemplo dessas situações os casos em que os doentes não estão lúcidos. A incerteza do que desejariam, se pediriam ou não a eutanásia, justifica a redacção deste importante documento - o testamento vital -, onde se encontrará a decisão, a vontade expressa do paciente.

Esta declaração é feita por _____, nascido/a em (data) ___ / ___ / ___, natural da freguesia de _____, concelho d _____, portador do BI / Cartão do Cidadão n.º _____, válido até _____, emitido pela República Portuguesa contribuinte fiscal n.º _____, residente na Rua _____, freguesia d _____, concelho d _____, Código Postal n.º _____, utente n.º _____ do SNS do Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar d _____, com o médico de família _____, com o número de telemóvel _____, está informado sobre a minha vontade.

A minha vontade assenta nos artigos 5.º, 6.º (sobretudo no seu n.º 3) e 9.º da Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina – Convenção de Oviedo (convenção que entrou em vigor na ordem jurídica portuguesa em 1 de Dezembro de 2001), na Recomendação REC (2009) 11 do Comité de Ministros do Conselho da Europa aos Estados Membros relativamente aos princípios que dizem respeito aos poderes de procuração e directivas antecipadas por incapacidade, adoptada em 9 de Dezembro de 2009, assim como na Base XIV da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde), apresento em seguida a minha Directiva Antecipada de Tratamento.

Considerando este documento, um instrumento essencial para o exercício do direito da pessoa a definir sobre os procedimentos médicos, os cuidados de saúde, que possa ser objecto no futuro, no pressuposto de que, chegado o momento de tomar decisões fundamentais, não tenha capacidade para autorizar por si mesma de uma forma livre e clara.

Pela presente expresso, como pessoa capaz, consciente e livre, manifesto aqui em escrito instruções que devem ser respeitadas nos cuidados de saúde que venha a receber no caso de, em qualquer circunstância, vir a sofrer de uma enfermidade física ou de enfraquecimento que se julgue no meu caso incurável e que se espere provocar-me imenso sofrimento ou tornar-me incapaz de uma existência racional.

Recuso tratamento em condição cerebral grave e/ou irreversível (coma irreversível, estado vegetativo persistente e prolongado de que não há expectativa razoável de recuperação, que me impedirá de alguma vez recuperar a capacidade de tomar decisões e expressar os meus desejos).

Recuso tratamento no caso de doença em fase avançada e/ou terminal, quer seja por cancro ou por doença degenerativa do sistema nervoso ou neuromuscular, que não responda ao tratamento. No caso de outras doenças ou situações graves e irreversíveis, comparáveis às anteriores, que afectem plenamente a minha qualidade de vida, em que haja perda irreversível das minhas capacidades mentais, impossibilitando-me de saber quem sou, onde me encontro e reconhecer os meus próximos, tornando impossível qualquer comunicação coerente e consistente com os outros.

Desejo que não me seja aplicada qualquer técnica de suporte vital, como por exemplo reanimação cardio-respiratória, ventilação mecânica, diálise, administração de fluidos intravenosos, medicamentos ou alimentação e hidratação artificiais, os quais só sejam destinados a prolongar a minha sobrevivência. Se essas medidas tiverem sido iniciadas, desejo que sejam retiradas.

Desejo que me sejam facultados os tratamentos necessários para atenuar e, se possível, eliminar ao máximo a dor, o sofrimento ou a angústia grave, mesmo que tal actuação possa encurtar a minha expectativa de vida. Este desejo abrange igualmente as situações em que o sofrimento seja derivado de recusas prévias de tratamento.

Desejo que, no caso de dores ou sintomas refractários⁸⁹, me seja aplicada a sedação paliativa⁹⁰ e, em última instância, a sedação terminal⁹¹, mesmo que tais procedimentos possam encurtar a minha expectativa de vida e mesmo que esses sintomas sejam derivados de recusas minhas a submeter-me a certos cuidados de saúde.

Peço aos médicos que reconheçam o meu direito de aceitar certos géneros de tratamentos e de recusar outros e asseguro-lhes que, se pensam que é melhor para mim

89 Sintoma refractário: aquele que não responde ao tratamento adequado e precisa, para ser controlado, que se reduza a consciência do doente.

90Sedação paliativa: administração de medicamentos, nas doses e combinações adequadas, para reduzir a consciência de um doente em situação terminal ou de agonia, de modo a aliviar adequadamente um ou mais sintomas refractários.

91 Entende-se por sedação terminal a administração deliberada de vários medicamentos para conseguir o alívio, inalcançável por outros meios, de um sofrimento físico e/ou psicológico, mediante a diminuição suficientemente profunda da consciência, previsivelmente irreversível, num doente cuja morte se prevê muito próxima e com o seu consentimento explícito, implícito ou delegado» (Sociedad Española de Cuidados Paliativos).

morrer do que viver, estou contente por confirmar antecipadamente o seu parecer e tenho plena confiança de que vão actuar para meu interesse, para me pouparem ao sofrimento e à desonra, assim como para a minha família e amigos a angústia que não desejaria que suportassem por minha causa.

Quero reiterar que esta Directiva Antecipada foi realizada livre e serenamente, com plena capacidade de acção e com pleno conhecimento dos termos que aqui se usam, e que esta é a minha vontade firme caso se tenha de consultar este documento para torná-lo efectivo.

Para mais, informo que tenho conhecimento de que, em qualquer momento, posso revogar e, portanto, mudar o conteúdo desta Directiva, devendo renová-la⁹² pelo menos de cinco em cinco anos, para manter toda a sua actualidade.

Assinado

Testemunhas:

Nós confirmamos que o depoente acima citado assinou esta declaração na nossa presença e nos deu mostras de que avalia o significado do conteúdo acima descrito. Sem que exista qualquer presença de influência sobre ele exercida. Acreditamos que a realização desta declaração é a sua vontade. Para mais, informamos que não vamos beneficiar com a morte da Declarante.

Assinaturas

Consideramos que esta forma de testamento vital seria um princípio. Baseámo-nos do que foi referido por Laura Santos, no seu livro “ Testamento Vital”.

⁹² Dentro dos prazos que vierem a ser fixados por lei, achamos que pode ter a temporalidade do B.I

Conclusão

O que se pretendeu, com este trabalho, foi apenas abordar a questão da eutanásia voluntária e do suicídio assistido, apesar de termos dado conhecimento de todas as outras formas de eutanásia.

Claro que é um tema controverso, saber quando poderemos escolher o momento da nossa morte. No entanto, será preferível fazermos esta escolha quando ainda conscientes, autónomos e com as nossas capacidades tanto mentais como físicas capazes.

Com a eutanásia voluntária, pretende-se dar o acesso à morte pelos meios menos dolorosos, satisfazer a vontade de obter a morte com o máximo de dignidade e o mínimo sofrimento. A vontade do indivíduo, doente terminal ou com doença incurável, que com maior ou menor espaço de tempo conduzirá à morte, exprime-se no sentido de encurtar o curso inevitável com que se confronta. Idealizo uma situação em que o médico realize a eutanásia e os familiares e amigos respeitem a vontade de que a ela se sujeita.

Obter a “boa morte” não passa, a nosso ver, pela retirada de sondas de alimentação. Consideramos que tal consistiria em voltar atrás no tempo, a um dos maiores flagelos do século XX: o nazismo. O que por esta altura se fazia era matar as pessoas à fome e, utilizando esta forma de dar a “boa morte” aos doentes que a desejam, não seríamos diferentes dos nazis. Assim, a forma que nós consideramos ser a mais aceitável e que não fará sofrer o indivíduo passa por uma injeção de um preparado letal, que fará com que entre num sono profundo, sem dor.

Em Portugal, existem duas grandes forças contra a legalização da morte assistida: a Igreja e a Medicina.

Para a Igreja Católica, a eutanásia é uma monstruosidade, para com as leis de Deus e da natureza, um atentado à moralidade, uma disposição de um bem sagrado. No entanto, para nós, ninguém deve ser obrigado a continuar a viver se conscientemente deseja morrer, isto considerando os casos de futura inconsciência, um diagnóstico médico de irreversibilidade e se os parentes decidirem abreviar a dor, onde esteja presente a autonomia e dignidade humana do paciente.

Esta entidade vê a vida como sendo essencialmente sagrada, porque desde o seu início implica a “acção criadora de Deus, ... ninguém pode, em circunstância alguma reivindicar para si esse direito de destruir directamente um ser humano”.

Segundo a tradição ética católica, toda a santidade da vida deve ser respeitada por causa da sua nobreza e valores pessoais, não existindo justificação, do ponto de vista ético, para o pedido de eutanásia. É por estas interpretações que muitas são as pessoas que caem em descrédito da fé, da igreja católica.

Com os avanços da Medicina, a esperança média de vida aumentou. Em certos casos, tem o efeito desumano de alongar o sofrimento, mas esta classe, que prolonga a vida, deverá ter solução para a eliminação da angústia do sofrimento constante. Os doentes terminais, para quem já não há esperança, sabem melhor do que ninguém o que desejam fazer com o resto de vida que ainda lhes assiste.

A grande argumentação empregue por alguns médicos para a rejeição da prática da eutanásia ou suicídio assistido é que fizeram o juramento de protecção da vida e que a base da prática da medicina é tratar ou aliviar o sofrimento humano. No entanto, esta argumentação tem vindo a ser ultrapassada em diferentes países onde se pratica a eutanásia, sendo esta vista como um acto médico. Resta agora que esta visão chegue também aos médicos portugueses que se recusam a ajudar os seus pacientes.

A Associação de Bioética Portuguesa ainda está a dar os seus primeiros passos e, por isso, não podemos, para já, exigir-lhe muito. Sentimos que ainda não se afastou do que a igreja católica afirma sobre o nosso tema.

O que é uma “boa morte”?

Não existe consenso sobre esta questão. Não temos qualquer dúvida de que o medo da morte é universal e está relacionado com o instinto de conservação da vida, que é encarada como intrinsecamente valiosa. Uma “boa morte” é a que acontece nos termos em que o indivíduo a aceita. Uma boa morte seria quando um indivíduo, doente terminal, se encontra rodeado dos seus familiares, dos seus amigos e espiritualmente preparado ou seja, se for o caso, em paz com Deus, assim como com a sociedade. Este é, com certeza, o desejo da maioria das pessoas que pede a “boa morte”.

A “boa morte” seria uma morte com dignidade, uma morte ausente de sofrimento e ainda no domínio de um controlo moderado sobre as funções físicas e mentais. O sofrimento deixou de ser um objectivo salvador. Desta forma, as pessoas com doenças terminais, ou pessoas que de um momento para o outro perderam as suas capacidades motoras na sua totalidade, ou que entram num estado de coma persistente irreversível, exemplo dos casos que atrás fizemos menção, têm o direito de avaliar a sua qualidade de vida e de dispor de acordo com os seus desejos. Se já cansados de tratamentos que não surtem efeito, ou de serem apenas um corpo deitado numa cama que para tudo está dependente, reconhecem que devem fazer um pedido autónomo ao seu médico, de forma a não prologar o sofrimento com terapêuticas agressivas, devem ser livres de fazer essa escolha.

No entanto, podemos considerar a morte contraditória, porque, ao mesmo tempo, é amiga e também inimiga. Não existe ninguém que queira a morte se não estiver enfermo, num sofrimento desmedido. Por isso, devemos ter o direito fundamental humano para, em certas circunstâncias, decidirmos, por nós próprios, quando somos apenas mais um.

Não se entende porque alguns sustentam a ideia de que a vida é sagrada quando não há condições e qualidade de vida. Como que afirmam uma clara preferência pela duração da vida, em detrimento da qualidade existente durante essa mesma vida.

Deve ser o doente a avaliar a qualidade de vida, pois é ele quem se encontra em sofrimento. Se chega à conclusão de que não tem essa qualidade, é, então, sem dúvida a altura de enfrentar o caminho que já foi muito bem ponderado. Os médicos e a nossa sociedade têm igualmente de reflectir e consentir relativamente ao que é melhor para cada um de nós. Esse melhor não será o sofrimento na vida, mas sim o deixar que se triunfe ao morrer com o fim do sofrimento.

Defendemos que a eutanásia e o suicídio assistido sejam autorizados, desde que esse seja um forte desejo, constante e inequivocamente expresso pelos doentes em sofrimento insuportável. No entanto, não pretendemos rejeitar outras vias, como os cuidados paliativos.

O caminho que se deseja seguir deve ser, sem dúvida, uma decisão do indivíduo.

O que pretendemos é que, com esta exposição, existisse um debate para o estabelecimento de um direito legal, em que a qualquer doente, cuja condição é desesperada e dolorosa, seja dado o direito de ter uma “boa morte”. Que seja permitido fazê-lo, sem que ele, a família ou aqueles que lhe proporcionaram ou administraram o instrumento da morte fiquem sujeitos a qualquer pena legal ou marca injuriosa.

O facto de defendermos a criação desse direito legal não significa que nos obriguemos a dizer que seja sempre justificável moralmente, muito menos que seja sempre moralmente obrigatório um doente exercer esse direito legal. Se, por acaso, não há uma causa, uma razão mais forte (*a fortiori*), caso não exista uma doença terminal ou um caso como os que referimos, esse direito não deve ser permitido.

Em Portugal, falamos sobre casos como a legalização do aborto, do casamento entre pessoas do mesmo sexo. Porque não falar e debater sobre a legalização da eutanásia/suicídio assistido?

A Lei que temos actualmente é uma lei que evita que os doentes terminais consigam uma morte rápida, que obriga os que cuidam desses doentes a observar, sem recursos, a sua dor inútil. É uma lei muito cruel. É por causa desta crueldade legal que os defensores da eutanásia falam, por vezes, em “morte de misericórdia”. O paciente pode estar reduzido a uma pobre imitação do ser humano, a um pedaço de carne em sofrimento.

Como disse Nietzsche

“Em certos casos é vergonhoso continuar a viver”

As agonias das doenças prolongadas podem ser tão terríveis e desmoralizadoras, que aniquilam a resistência nervosa da pessoa. A dor degrade o homem. E da bibliografia que utilizamos onde encontramos sem dúvida o espelho daqueles que ambicionam a eutanásia ou o suicídio assistido e porque querem, foi em Vincent Humbert no seu livro “*Peço o direito de morrer*”, e também Ramón Sampedro, com “*Cartas do Inferno,*” pois, relatos reais, pessoais da sua vida.

A professora Laura Ferreira dos Santos com o seu livro “*Ajudas-me a morrer? A morte assistida na cultura ocidental do século XXI*” informa de variados temas ligados à

morte assistida, sem dúvida, que este livro foi um dos mais esclarecedores que lemos para este trabalho. A Dra. Maria Filomena de Carvalho Godinho Mónica, no meu livro “*A morte*”, pouco trás de novo, fala da sua experiência pessoal com a doença da sua mãe, doente de Alzheimer.

Alega-se que existe ternura no acto de abater cães, cavalos e outros animais quando estes se encontram num sofrimento insuportável. Porque não pode o mesmo dizer-se quando o que está em causa é o sofrimento de um ser humano? Então, aí, os que são contra a prática de eutanásia/suicídio assistido estão simplesmente a afirmar que “as pessoas não são animais!” Contudo, os animais são como as pessoas no que diz respeito ao sofrimento. Por essa razão, devem ambos ter o direito à nossa compaixão e à nossa misericórdia.

Claro que as pessoas são mais do que os animais, pois sabem falar, pensar, desejar e expressar os seus desejos. Quando o indivíduo já ponderou a sua decisão, num desejo firme e constante de requer a eutanásia/suicídio assistido, deve ser autorizado.

As pessoas também podem e devem ter dignidade como seres humanos. Por esse motivo, insistimos que elas devem ser auxiliadas e não impedidas quando desejam evitar ou abreviar os sofrimentos, tantas vezes degradantes da doença incurável, do avançar da decadência física e às vezes mental.

Todo o homem é dotado de razão, liberdade, e consciência e tem a oportunidade de organizar a sua própria vida dentro de limites, pode fazer o melhor que puder com os materiais que dispõe, o que significa que devemos usar a razão e a consciência e que temos o domínio de escolher para encarar as enfermidades que têm cura.

Em favor da eutanásia, existem e existirão no futuro indivíduos aflitos devido a doenças incuráveis e dolorosas, que, de modo urgente e determinado, desejam morrer. A vida que é abreviada é aquela a que o doente deseja renunciar. Todo o doente em sofrimento *in extremis* tem a legitimidade da eutanásia, o doente tem o poder de escolha. Não há maldade no coração daqueles que cooperam, mas antes amor e compaixão.

Após a realização deste estudo, podemos assegurar que entendemos que a realidade portuguesa não permite, a curto prazo, a legalização da morte assistida, eutanásia/suicídio assistido. Continuarão a debater-se os prós e contras, mas a prudência

imperara. Contudo com o início do debate como já referimos, sobre o testamento vital pode ser, que também haja abertura daqui a alguns anos para a legalização da eutanásia e do suicídio assistido.

Deixamos o nosso testemunho que justifica o facto de sermos defensores da eutanásia/ suicídio assistido, pois consideramos que as pessoas devem morrer com dignidade, devem ter esse direito legal, a liberdade de fazer essa escolha.

Consideramos que a morte é preferível a uma vida de dor insuportável e de sofrimento. Mas, para além dessa dor insuportável, é preferível à decadência, ou seja, à perda de auto-controlo. De acordo com o que lemos com os testemunhos que neste trabalho foram inseridos, verificamos que este é um facto importante: não comem sem ajuda, não se viram sem ajuda, entre muitas coisas. É como um voltar a ser um bebé. Acreditamos que ninguém deseja este retrocesso.

Acreditamos que os direitos do indivíduo estão acima de qualquer interesse que a sociedade possa ter em proteger a vida. "A vida e a morte são fenómenos naturais e não têm qualquer posição excepcional na lista dos valores humanos".

Por fim, reiteramos que não somos a favor de uma liberalização descontrolada desta prática. Consideramos que o mais importante é concordar que há casos em que a morte é o único meio para aliviar o sofrimento.

Ao nível da bibliografia no que se refere ao Direito português sobre a eutanásia e o suicídio assistido, Nuno Ferreira tem muito bem estruturado, sendo de fácil entendimento, o seu livro "*A eutanásia: entre o debate jurídico e a evolução pública*", onde obtivemos uma grande ajuda para a compreensão do que se passa ao nível jurídico em Portugal.

Este alongar de discussões entre os que são a favor e os que são contra a eutanásia não favorece os que sofrem e já expressaram os seus desejos, ou seja, os que a desejam continuam a verem-se forçados saírem do seu país para conseguirem a libertação da dor já insuportável.

Defendemos o idêntico respeito por aqueles que, por não desejarem aguentar o sofrimento, pedem o termo à vida. Faz parte da liberdade individual fazer escolhas, seja a morte, sejam os cuidados paliativos. O importante é nunca esquecer que somos

indivíduos com direitos.

Como diz a professora Laura Santos *“Para todos aqueles que querem morrer, morrem e morrerão segundo as convicções dos outros e não segundo as suas próprias convicções.*

Consideramos que é uma pena que os indivíduos que se opõem à eutanásia não percebam as opções daqueles que não desejam prolongar a vida.

Anexos

Anexo nº 30

DECLARAÇÃO DA CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ

SOBRE A EUTHANASIA

(5 de Maio de 1980)

INTRODUÇÃO

Os direitos e os valores inerentes à pessoa humana ocupam um lugar importante na problemática contemporânea. A esse respeito o Concílio Ecuménico Vaticano II reafirmou solenemente a iminente dignidade da pessoa humana e muito particularmente o seu direito à vida. Por isso, denunciou os crimes contra a vida, como: “toda espécie de homicídio, genocídio, abortos, eutanásia e o próprio suicídio voluntário”(GS 27).

Recentemente a Sagrada Congregação para a Doutrina de Fé chamou a atenção para a doutrina católica sobre o aborto provocado. Agora, a mesma Congregação julga oportuno apresentar a doutrina da Igreja sobre o problema da eutanásia.

Com efeito, embora neste campo continuem sempre válidos os princípios afirmados pelos últimos Sumos Pontífices, os progressos da medicina fizeram aparecer nestes anos mais recentes novos aspectos do problema da eutanásia que reclamam ulteriores esclarecimentos precisos no plano ético.

Na sociedade hodierna, onde mesmo os valores fundamentais da vida humana frequentemente são postos em causa, a modificação da cultura influi no modo de considerar o sofrimento e a morte; a medicina aumentou a capacidade de curar e de prolongar a vida em condições que, por vezes, levantam problemas de carácter moral.

Assim, os homens que vivem nesse clima interrogam-se com angústia sobre o significado da velhice extrema e da morte. E chegam mesmo a se perguntar se não teriam o direito de procurar para si mesmos e para seus semelhantes, uma “morte suave” que lhe abrevie os sofrimentos e seja, a seus olhos, mais conforme com a dignidade humana.

Diversas conferências Episcopais propuseram para esta Sagrada Congregação da Doutrina de Fé quesitos a esse respeito. Depois de consultar peritos sobre os diversos aspectos da eutanásia, a Congregação intenta com a presente Declaração responder aos Bispos, para os ajudar a orientar retamente os fiéis e oferecer-lhes elementos de reflexão que possam apresentar às autoridades civis a propósito desse gravíssimo problema.

A matéria proposta neste documento diz respeito, antes de tudo, àqueles que põem sua fé e sua esperança em Cristo que, pela sua vida, morte e ressurreição, deu um sentido novo à existência e especialmente à morte dos cristãos, conforme as palavras de São Paulo: “Se vivemos, vivemos para o Senhor e, se morremos, morremos para o Senhor” (Rm 14,8; cf Fl 1,20).

Quanto aos que professam outras religiões, são muitos os que admitirão como nós que a Fé – se a compartilham conosco – num Deus Criador, Providente e Senhor da Vida, dá uma dignidade eminente a toda pessoa humana e lhe garante o respeito.

E espera-se também que a presente Declaração possa encontrar a compreensão de tantos homens de boa vontade que, para além das diferenças filosóficas e ideológicas, possuem uma sã consciência dos direitos da pessoa humana. Estes direitos foram, aliás, muitas vezes proclamados, no decurso dos últimos anos, em declarações de Entidades Internacionais; e porque se trata aqui de direitos fundamentais de cada pessoa humana, é evidente que não se pode recorrer a argumentos tirados do pluralismo político ou da liberdade religiosa para negar-lhes o valor universal.

1 Valor da vida humana

A vida humana é o fundamento de todos os bens, a fonte, a condição necessária de toda a actividade humana e de toda a convivência social. Se a maior parte dos homens considera que a vida tem carácter sagrado e admite que ninguém pode dispor dela a seu belo – prazer, os crentes vêem nela também um dom do amor de Deus, que eles têm a responsabilidade de conservar e fazer frutificar. Desta última consideração derivam-se as seguintes consequências:

1.Ninguém pode atentar contra a vida de um homem inocente, sem com isso se opor ao amor de Deus para com ele, sem violar um direito fundamental que não se pode perder nem alienar, sem cometer um crime de extrema gravidade.

2.Todos os homens têm o dever de conformar a sua vida com a vontade do Criador. A vida é-lhes confiada como um bem que devem fazer frutificar já neste mundo, mas só encontrar perfeição plena na vida eterna.

3.A morte voluntária ou suicídio, portanto, é tão inaceitável como o homicídio, porque tal acto da parte do homem constitui uma recusa à soberania de Deus e ao seu desígnio de amor. Além disto, o suicídio é muitas vezes, a rejeição do amor para consigo mesmo, negação natural à vida, abdicação diante das obrigações de justiça e caridade para com o próximo, para com as várias comunidades e para com todo o corpo social, se bem que por vezes, como se sabe, intervenham condições psicológicas que podem atenuar ou até mesmo suprimir por completo a responsabilidade.

É preciso no entanto distinguir bem entre suicídio e aquele sacrifício pelo qual, por uma causa superior – como, a honra de Deus, a salvação das almas ou o serviço dos irmãos – alguém dá ou expõe a própria vida (Jo 15,14)..

2 A eutanásia

Para tratar de modo adequado o problema da eutanásia, convém antes de mais nada precisar o vocabulário.

Etimologicamente, a palavra eutanásia significava, na antiguidade, uma morte suave sem sofrimento atroz. Hoje não se pensa tanto no significado originário do termo, mas pensa-se sobretudo na intervenção da medicina para atenuar as dores da doença ou da agonia, por vezes mesmo com risco de suprimir a vida prematuramente. Acontece ainda que, o termo está a ser utilizado num sentido mais particular, com o significado de “dar morte por compaixão” para eliminar radicalmente os sofrimentos extremos ou evitar às crianças anormais, aos incuráveis ou doentes mentais, o prolongamento de uma vida penosa, talvez por muitos anos, que poderiam vir a trazer encargos demasiado pesados para as famílias ou para a sociedade.

É necessário, portanto, dizer claramente em que sentido se usa este termo no presente documento.

Por eutanásia, entendemos uma acção ou omissão que por sua natureza, ou nas intenções, provoca a morte a fim de eliminar toda a dor. A eutanásia situa-se, portanto, no nível das intervenções ou dos métodos empregados.

Ora, é necessário declarar uma vez mais, com toda a firmeza, que nada ou ninguém pode autorizar a que se dê a morte a um ser humano inocente, seja ele feto ou embrião, criança ou adulto, velho, doente incurável ou agonizante. E também a ninguém é permitido requerer este gesto homicida para si ou para outro confiado à responsabilidade, nem sequer consenti-lo explícita ou implicitamente. Não há autoridade alguma que o possa legitimamente impor ou permitir.

Trata-se, com efeito, de uma violação da lei divina, de uma ofensa à dignidade da pessoa humana, de um crime contra a vida e de um atentado contra a humanidade.

Pode ser que dores prolongadas e insuportáveis, razões de ordem afectiva ou vários motivos, levem alguém a julgar que pode legitimamente pedir a morte para si ou dá-la a outros. Embora em tais casos a responsabilidade pudesse ficar atenuada ou até não existir, o erro de juízo da consciência – mesmo de boa fé – não modifica a natureza deste gesto homicida que, em si, permanece sempre inaceitável. As súplicas dos doentes muito graves que, por vezes, pedem a morte, não devem ser compreendidas como expressão duma verdadeira vontade de eutanásia; nestes casos são quase sempre pedidos angustiados de ajuda e de afecto. Para além dos cuidados

médicos, aquilo de que o doente tem necessidade é de amor, de calor humano e sobrenatural, que podem e devem dar-lhe todos os que o rodeiam, pais e filhos, médicos e enfermeiros.

3 O cristão perante o sofrimento e o uso dos medicamentos analgésicos

A morte não se dá sempre em condições dramáticas e depois de sofrimentos insuportáveis. Nem se deve pensar unicamente nos casos extremos. Existem numerosos e concordes testemunhos que permitem pensar que a própria natureza está ordenada de tal modo que facilita no momento da morte separações que seriam terrivelmente dolorosas para um homem em plena saúde. Assim uma doença prolongada, uma velhice avançada, uma situação de solidão e abandono, podem criar condições psicológicas que tornam mais fácil a aceitação da morte.

No entanto, deve-se reconhecer que a morte, muitas vezes precedida ou acompanhada de sofrimentos atroz e de duração desgastante, será sempre um acontecimento natural angustiante para o coração do homem.

A dor física é certamente um elemento inevitável da condição humana no plano biológico, é como que uma advertência de utilidade incontestável, mas repercutindo-se também na vida psicológica do homem, muitas vezes torna-se desproporcionada à sua utilidade biológica, e pode assumir dimensões tais que gerem o desejo de eliminar a própria dor, custe o que custar.

Segundo a doutrina cristã, a dor, sobretudo nos últimos momentos da vida, assume um significado particular no plano salvífico de Deus; e, com efeito, uma participação na Paixão de Cristo e uma união com o sacrifício redentor que Ele ofereceu em obediência à vontade do Pai. Por isso, não se deve surpreender se alguns cristãos desejem moderar o uso dos medicamentos analgésicos, para aceitar voluntariamente, ao menos uma parte dos seus sofrimentos e se associar assim com plena consciência aos sofrimentos de Cristo crucificado (cf. Mt 27, 34). Não seria conforme à prudência, porém, impor como norma geral, uma atitude heróica. Pelo contrário, a prudência humana e cristã aconselha para a maior parte dos doentes o uso de medicamentos capazes de suavizar ou suprimir a dor, mesmo que surjam efeitos secundários, como torpor ou menor lucidez. Quando àqueles que não podem expressar-se, poder-se-á razoavelmente presumir que desejem receber estes calmantes e administrá-los a eles de acordo com o conselho do médico.

Entretanto o uso intensivo de medicamentos analgésicos não está isento de dificuldades, porque o fenómeno de habituação obriga geralmente a aumentar sempre mais a dose para lhes assegurar a eficácia. Convém recordar aqui uma declaração de Pio XII que conserva ainda todo

o seu valor: A um grupo de médicos que lhe tinha feito a pergunta se “a supressão da dor e da consciência por meio de narcóticos (...) é permitida pela religião e pela moral ao médico e ao paciente, mesmo ao aproximar-se a morte e se prevê que o uso dos narcóticos lhes abreviará a vida”, o Papa respondeu:

“Se não existem outros meios e se, naquelas circunstâncias, isso em nada impede o cumprimento de outros deveres religiosos e morais, sim”. Nesse caso, é claro que a morte não é de nenhum modo querida ou procurada, embora, por um motivo razoável, se corra o risco de morrer; a intenção é simplesmente acalmar eficazmente a dor, usando para isso medicamentos analgésicos de que a medicina dispõe.

Contudo, os medicamentos analgésicos que produzem nos pacientes a perda da consciência merecem uma particular atenção. Com efeito, é muito importante que os homens possam satisfazer não só os seus deveres morais e as suas obrigações familiares, mas também e, acima de tudo, preparar-se com plena consciência para o encontro com Cristo. Por isso Pio XII adverte que “não é lícito privar o moribundo da consciência, se não há grave motivo”.

4 O uso proporcionado dos meios terapêuticos

Hoje é muito importante proteger, no momento da morte, a dignidade da pessoa humana e a concepção cristã da vida contra um “tecnicismo” que corre o risco de se tornar abusivo. De facto, há quem fale do “direito á morte”, expressão que não designa o direito de se dar ou mandar provocar a morte como se queria, mas o direito de morrer com toda a serenidade, na dignidade humana e cristã. Sob este ponto de vista, o uso dos meios terapêuticos pode, às vezes, levantar alguns problemas.

Em muitos casos a complexidade das situações pode ser tal que faça surgir dúvidas sobre o modo de aplicar os princípios da moral. As decisões pertencerão, em última análise, à consciência do doente ou das pessoas qualificadas para em nome dele, como também aos médicos, à luz das obrigações morais e dos diferentes aspectos do caso.

É dever de cada um cuidar de sua saúde ou fazer-se curar. Aqueles que têm o cuidado dos doentes devem fazê-lo conscienciosamente e administrar-lhes os remédios que se julgarem necessários ou úteis.

Mas será preciso, em todas as circunstâncias, recorrer a todos os meios possíveis.

Até agora os moralistas respondiam que não se está obrigado nunca a usar meios “extraordinários”. Esta resposta, que continua a ser válida em princípio, pode parecer hoje em dia menos clara, já pela imprecisão do termo, já pela rápida evolução da terapêutica.

Por isso há quem prefira falar de meios “proporcionados” e de meios “não-proporcionados”. De qualquer forma, poder-se-á ponderar bem os meios comparando o tipo de terapia, o grau de dificuldade e de risco, o custo e as possibilidades de aplicação, em confronto com o resultado que se pode esperar, atendendo ao estado do doente e às suas forças físicas e morais.

Para facilitar a aplicação destes princípios gerais podemos dar os seguintes esclarecimentos precisos:

- Se não houver outros remédios, é lícito com o acordo do doente, recorrer aos meios de que dispõe a medicina mais avançada, mesmo que eles estejam ainda em fase experimental e não seja isenta de alguns riscos a sua aplicação. Aceitando-os, o doente poderá também dar provas de generosidade a serviço da humanidade – é também permitido interromper a aplicação de tais meios, quando os resultados não correspondem às esperanças neles depositados. Mas, para uma tal decisão, ter-se-á em conta o justo desejo do doente e da família, como também o parecer dos médicos verdadeiramente competentes. São estes, na realidade, que estão mais do que ninguém em melhores condições, para poderem julgar se o investimento em instrumentos e de pessoal é desproporcionado com os resultados previsíveis, e se as técnicas postas em acção impõem ao paciente sofrimentos ou contrariedades sem proporção com os benefícios que delas receberá.

- É sempre lícito contentar-se com os meios normais que a medicina pode proporcionar. Não se pode, portanto, impor a ninguém a obrigação de recorrer a uma técnica que, embora em uso, ainda não está isenta de perigos ou é demasiado onerosa. Recusá-la não equivale a um suicídio; significa, antes, aceitação da condição humana, preocupação de evitar pôr em acção um dispositivo médico desproporcionado com os resultados que se podem esperar, enfim, vontade de não impor obrigações demasiado pesadas à família ou à colectividade.

- Na iminência de uma morte inevitável, apesar dos meios usados, é lícito em consciência tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem contudo interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes. Por isso, o médico não tem motivos para se angustiar, como se não tivesse prestado assistência a uma pessoa em perigo.

CONCLUSÃO

As normas contidas na presente Declaração estão inspiradas por um profundo desejo de servir ao homem segundo o desígnio do Criador. Se, por um lado, a vida é um dom de Deus, pelo outro, a morte é iniludível; é necessário, portanto, que, sem antecipar de algum modo a hora da morte, saiba-se aceitá-la com plena responsabilidade e com toda a dignidade. É verdade

que a morte marca o termo da nossa existência terrena, mas, ao mesmo tempo, abre também a via para a vida imortal. Por isso, todos os homens devem preparar-se cuidadosamente para este acontecimento, à luz dos valores humanos, e os cristãos mais ainda à luz da fé.

Aqueles que exercem profissões destinadas a cuidar da saúde pública, nada hão de negligenciar para colocar ao serviço dos doentes e dos moribundos toda a sua competência, mas lembrem-se de lhes prestar também o conforto muito mais necessário de uma bondade imensa e de uma ardente caridade. Um tal serviço aos homens é também um serviço prestado a Cristo Senhor, que disse: (O que fizestes a um desses meus irmãos mais pequeninos, a mim o fizestes “(Mt 25,40)

ANEXO nº31



CARTA EUROPEIA DOS DIREITOS DOS DOENTES

Esta Carta foi elaborada pela “Active Citizenship Network” em colaboração com 12 organizações de cidadãos.

- 1) Direito a Medidas Preventivas todo o indivíduo tem direito a um serviço adequado à prevenção da doença.
- 2) Direito ao Acesso todo o indivíduo tem direito ao acesso a serviços de saúde, que a sua saúde necessite. Os serviços de saúde devem garantir igual acesso a todos, sem discriminação baseada nos recursos financeiros, local de residência, tipo de doença ou tempo de acesso aos serviços.
- 3) Direito à Informação Todo o indivíduo tem direito ao acesso a toda a informação respeitante ao seu estado de saúde, aos serviços de saúde e como os usar, a tudo a que a pesquisa científica e inovação tecnológica ponham à sua disposição.
- 4) Direito ao Consentimento Todo o indivíduo tem direito ao acesso à informação que o(a) possa impedir de participar nas decisões que digam respeito à sua saúde; esta informação é um pré-requisito para qualquer procedimento ou tratamento, incluindo a participação na investigação científica.
- 5) Direito à Livre Escolha, Todo o indivíduo tem o direito de escolher livremente entre os diferentes procedimentos de tratamento e seus provedores, baseando-se em informação adequada.
- 6) Direito à Privacidade e Confidencialidade Todo o indivíduo tem direito à confidencialidade da informação pessoal, incluindo a que diz respeito ao seu estado de saúde e ao potencial diagnóstico ou procedimentos terapêuticos, assim como à protecção da sua privacidade durante a execução de exames de diagnóstico, visitas especiais e tratamentos médicos/cirúrgicos em geral.
- 7) Direito ao Respeito pelo Tempo do Doente, Cada indivíduo tem o direito a receber o tratamento necessário, dentro de um período de tempo rápido e pré-determinado. Este

direito aplica-se a cada fase do tratamento.

8) Direito ao Cumprimento de Padrões de Qualidade Cada indivíduo tem o direito ao acesso a serviços de saúde de alta qualidade, baseados na especificação e no cumprimento de padrões específicos.

9) Direito à Segurança, Cada indivíduo tem o direito de estar livre dos danos causados pelo mau funcionamento dos serviços de saúde, má prática e erros médicos, o direito de ter acesso a serviços de saúde e tratamentos com elevados padrões de segurança.

10) Direito à Inovação Cada indivíduo tem o direito ao acesso a procedimentos inovadores, incluindo os meios de diagnóstico, de acordo com padrões internacionais e independentemente de ponderações económicas ou financeiras.

11) Direito a Evitar Dor e Sofrimento Desnecessário Cada indivíduo tem o direito a evitar toda a dor e sofrimento possíveis, em cada fase da sua doença.

12) Direito a Tratamento Personalizado Cada indivíduo tem direito a programas de diagnóstico ou terapêutica feitos, tanto quanto possível, à medida das suas necessidades pessoais.

13) Direito a Reclamar Cada indivíduo tem o direito de reclamar sempre que ele (ela) tenha sofrido algum dano, e o direito a receber uma resposta ou outro procedimento informativo.

14) Direito a Compensação Cada indivíduo tem o direito de receber compensação suficiente, dentro de um curto e razoável espaço de tempo, sempre que ele/ela tenham sofrido danos físicos, psicológicos ou morais, causados pelo tratamento num serviço de saúde.

ANEXO n° 32

Testamento vital

Modelo propuesto por la Conferencia Episcopal Española (Dic. de 2000)

A mi familia, a mi médico, a mi sacerdote, a mi notario:

Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta Declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como si se tratara de un testamento.

Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

Por ello, yo, el que suscribe.....

pido que si por mi enfermedad llegara a estar en situación crítica irrecuperable, no se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados o extraordinarios; que no se me aplique la eutanasia activa, ni que se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte; que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos.

Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte. Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia, en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana.

Suscribo esta Declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad. Soy consciente de que os pido una grave y difícil responsabilidad. Precisamente para compartirla con vosotros y para atenuaros cualquier posible sentimiento de culpa, he redactado y firmo esta declaración.

Firma:

Fecha:

MODELO "TESTAMENTO VITAL" GENERALITAT CATALUYNÀ.

Manifestación de Voluntades sobre el final de mi propia vida.

Yo (*nombre y apellidos del testador*) , con D.N.I.: mayor de edad, con domicilio en: y Código Postal, en plenitud de mis facultades mentales, libremente y tras una dilatada meditación,

EXPONGO:

Que en el supuesto de encontrarme en unas condiciones en las que no pueda decidir sobre mi atención médica, a raíz de mi deterioro físico y /o mental, por encontrarme en uno de los estados clínicos enumerados en el punto D de este documento, y si dos médicos autónomos coinciden en que mi fase es irreversible, mi voluntad incuestionable es la siguiente:

A) Que no se dilate mi vida por medios artificiales, tales como técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, medicamentos o suministro artificial.

B) Que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico causados por la enfermedad o por falta de fluidos o alimentación, aun en el caso de que puedan acortar mi vida.

C) Que, si me hallo en un estado particularmente deteriorado, se me administren los fármacos necesarios para acabar definitivamente, y de forma rápida e indolora, con los padecimientos expresados en el punto (B) de este documento.

D) Los estados clínicos a las que hago mención mas arriba son:

a. Daño cerebral severo e irreversible.

b. Tumor maligno diseminado en fase avanzada.

c. Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o del sistema muscular en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico si lo hubiere.

d. Demencias preseniles, seniles o similares.

e. Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.

E) Designo como mi representante para que vigile el documento de las instrucciones sobre el final de mi vida expresadas en este documento, y tome las decisiones necesarias para tal fin, a Don/Doña:..... con DNI:

F) Manifiesto, asimismo, que libero a los médicos que me atiendan de toda responsabilidad civil y penal que pueda derivarse por llevar a cabo los términos de esta declaración.

G) Me reservo el derecho de revocar esta declaración en cualquier momento, en forma oral o escrita.

Fecha:

Firma:

TESTIGOS:

1.Nombre:

DNI.:

Firma:

2.Nombre:

DNI.:

Firma:

REPRESENTANTE:

Nombre:

DNI.

Firma:

Retirado do site - http://www.aniorte-nic.net/trabaj_model_testam_vital.htm

ANEXO Nº 34

Juramento de Hipócrates

" Eu juro, por Apolo, médico, por Esculápio, Higeia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes.

Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.

Conservarei imaculada minha vida e minha arte. Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam. Em toda a asa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução sobretudo longe dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados.

Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto.

Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça."

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Hip%C3%B3crates>

ANEXO Nº 37

LEGISLAÇÃO DA EUTANÁSIA NA HOLANDA

Lei sobre a Cessação da Vida a Pedido e o Suicídio Assistido (Procedimentos de Revisão).

Esta lei entrou em vigor no dia 1º de Abril de 2002. Procedimentos de revisão da cessação da vida a pedido e do suicídio assistido, emenda ao Código Penal (Wetboek van Strafrecht) e à Lei do Funeral e da Cremação (Wet op de lijkbezorging).

Nós, Beatrix, pela graça de Deus, Rainha da Holanda, Princesa de Oranje-Nassau, etc, etc, etc.

Saudações a todos os que vejam ou ouçam o que aqui se diz! Faça-se saber: Tendo Nós considerado que se desejam incluir fundamentos para eximir de responsabilidade criminal o médico que, com a devida observância dos requisitos de cuidados adequados a ser estabelecidos por lei, faça cessar uma vida a pedido ou assista o suicídio de outra pessoa, e para oferecer uma notificação e procedimentos de revisão estatutários;

Nós, por conseguinte, tendo ouvido o Conselho de Estado e o Parlamento, aprovamos e decretamos o que se acha aqui aprovado e decretado por Nós:

CAPÍTULO I

Definições de termos

ARTIGO 1º

Para os propósitos desta Lei:

“Nossos Ministros” significa ao Ministros da Justiça e da Saúde, Bem-Estar e Desporto;

“Suicídio assistido” significa assistir intencionalmente o suicídio de outra pessoa ou proporcionar a essa pessoa os meios referidos no Artigo 294º, parágrafo 2º, alínea 2ª, do Código Penal;

“O médico” significa o médico que, de acordo com a notificação, fez cessar uma vida a pedido ou assistiu um suicídio;

“O consultor” significa o médico que foi consultado com relação à intenção do médico de fazer cessar uma vida a pedido ou de assistir um suicídio;

“Os provedores de cuidados médicos” significa os provedores de cuidados médicos mencionados no Artigo 446º, parágrafo 1º, do Livro 7 do Código Civil (Burgerlijk Wetboek);

“O comitê” significa um comitê regional de revisão mencionado no Artigo 3º; “O inspetor regional” significa o inspetor regional do inspetorado de Assistência à Saúde do Serviço de Supervisão da Saúde Pública.

CAPÍTULO II

Requisitos de cuidados adequados

ARTIGO 2º

1. Os requisitos de cuidados adequados, mencionados no Artigo 293º, parágrafo 2º, do Código Penal determinam que o médico:

- Tem a convicção de que o pedido do paciente foi voluntário e bem avaliado;
- Tem a convicção de que o sofrimento do paciente era intolerável e sem perspectiva de alívio;
- Informe ao paciente a respeito de sua situação bem como suas perspectivas;
- E o paciente devem chegar a uma conclusão em conjunto, de que não havia outra solução alternativa razoável para a situação do paciente;
- Consultou ao menos um outro médico, independente, que examinou o paciente e deu o seu parecer por escrito acerca dos requisitos de cuidados adequados mencionados nas partes a-d, e;
- Abreviou a vida ou assistiu um suicídio com os cuidados adequados.

2. Se o paciente de 16 ou mais anos já não for capaz de exprimir a sua vontade, mas antes de chegar a essa condição foi considerado dotado de uma compreensão razoável de seus interesses e fez uma declaração escrita que contém um pedido de cessação da vida, o médico poderá atender a esse pedido. Os requisitos de cuidados adequados, mencionados no parágrafo 1º, aplicam-se, *mutatis mutandis*, a este.

3. Se o paciente menor tiver entre 16 e 18 anos e puder ser considerado possuidor de uma compreensão razoável dos seus interesses, o médico poderá atender ao pedido do

paciente de cessação da vida ou suicídio assistido, depois que os progenitores naturais, pessoas que exerçam autoridade parental e/ou seu tutor tiverem participado do processo decisório.

4. Se o paciente menor tiver entre 12 e 16 anos e puder ser considerado possuidor de uma compreensão razoável de seus interesses, o médico poderá atender ao pedido do paciente de cessação da vida ou suicídio assistido, sempre desde que os progenitores naturais, pessoas que exerçam autoridade parental e/ou seu tutor concordem com a cessação da vida ou suicídio assistido. O parágrafo 2º se aplica, *mutatis mutandis*, a este.

CAPÍTULO III

Os Comitês Regionais de Revisão para fins de Cessação da Vida a Pedido e Suicídio Assistido

Parágrafo 1: Estabelecimento, composição e nomeação.

ARTIGO 3º

1. Há comitês regionais para a revisão de notificações de casos de cessação da vida a pedido e suicídio assistido, como mencionado no Artigo 293º, parágrafo 2º, ou Artigo 294º, parágrafo 2º, alínea 2ª, respectivamente, do Código Penal.

2. Cada comitê é composto de um número ímpar de membros, incluindo em todos os casos um especialista em direito, que é também seu presidente, um médico e um especialista em questões éticas ou filosóficas. O comitê também contém membros-suplentes de cada categoria listada na alínea 1ª.

ARTIGO 4º

1. O presidente e os membros, assim como os membros-suplentes, são nomeados por os Nossos Ministros para um mandato de 6 anos. Eles podem ser reconduzidos ao cargo uma só vez por outro período de 6 anos. “Questões filosóficas” [no texto original, a palavra holandesa *zingevingsvraagstukken* é usada para descrever a discussão sobre os pré-requisitos de uma vida dotada de sentido].

2. Todo o comitê tem um secretário e um ou mais secretários suplentes, todos eles especialistas em leis, nomeados por os Nossos Ministros. O secretário tem apenas nas

reuniões do comité papel consultivo

3.O secretário só pode ser considerado responsável pelo comité por as suas actividades no âmbito do comité.

Parágrafo 2: Demissão

ARTIGO 5º

Os Nossos Ministros podem a qualquer momento demitir o presidente e os membros, assim como os membros-suplentes, a pedido destes.

ARTIGO 6º

Os nossos ministros podem a qualquer momento demitir o presidente e os membros, assim como os membros-suplentes, por razões de incompatibilidade, incompetência ou outros motivos relevantes.

Parágrafo 3: Remuneração

ARTIGO 7º

O presidente e os membros, assim como os membros-suplentes, recebem um abono, bem como o reembolso das despesas de viagem e acomodação, de acordo com as determinações governamentais vigentes, desde que essas despesas não sejam objecto de outro reembolso com fundos estatais.

Parágrafo 4: Obrigações e poderes

ARTIGO 8º

1.O comité avalia, com base no relatório mencionado no Artigo 7º, parágrafo 2º, da Lei do Funeral e da Cremação, se o médico que fez cessar uma vida a pedido ou assistiu um suicídio agiu de acordo com os requisitos de cuidados adequados a que faz referência o artigo 2º.

2.O comité pode solicitar ao médico que complemente o seu relatório por escrito ou verbalmente quando isso for necessário para uma adequada avaliação das acções do médico.

3.O comité pode buscar informações junto ao encarregado municipal de autópsias, ao consultor ou aos provedores de cuidados médicos envolvidos, quando isso for necessário para uma adequada avaliação das acções do médico.

ARTIGO 9º

1.O comité informa o médico, no prazo de seis semanas a contar do recebimento do relatório mencionado no Artigo 8º, parágrafo 1º, por escrito, sobre o seu parecer fundamentado.

2.O comité informa ao conselho geral de procuradores e ao inspector regional de assistência à saúde sobre o seu parecer:

- Se o comité julgar que o médico não agiu de acordo com os requisitos de cuidados adequados mencionados no Artigo 2º; ou

- Se ocorrer uma situação mencionada no Artigo 12º, alínea final, da Lei do Funeral e da Cremação.

O comité deverá informar o médico sobre essa decisão.

3.O prazo mencionado no parágrafo 1º pode ser ampliado uma só vez por um período de 6 semanas. O comité deverá informar ao médico sobre essa decisão.

4.O comité pode dar ao médico uma explicação verbal adicional do seu parecer. Essa explicação verbal pode ocorrer a pedido do comité ou a pedido do médico.

ARTIGO 10º

O comité está obrigado a fornecer ao promotor público, a pedido deste, todas as informações de que ele possa necessitar:

- Em favor da avaliação das acções do médico no caso mencionado no Artigo 9º, parágrafo 2º; ou

- Em favor de uma investigação criminal.

O comité deverá informar o médico sobre toda a acção de fornecimento de informação ao promotor público.

Parágrafo 6: Forma de funcionamento

ARTIGO 11º

O comité deverá garantir o registo de Cessação da Vida a Pedido e Suicídio Assistido apresentados para avaliação. Regras adicionais a esse respeito poderão ser estabelecidas por um regulamento ministerial da parte dos nossos Ministros.

ARTIGO 12º

1. Adapta-se um parecer por uma maioria simples de votos.
2. O comité só pode adaptar um parecer se todos os seus membros tiverem participado da votação.

ARTIGO 13º

Pelo menos duas vezes por ano, os presidentes dos comités regionais de revisão realizam consultas uns aos outros em relação ao método de funcionamento e ao desempenho dos comités. Um representante do Conselho Geral de Procuradores e um representante do Inspectorado de Assistência à Saúde do Serviço de Supervisão da Saúde Pública devem ser convidados a assistir a essas consultas.

Parágrafo 7: Sigilo e imunidade

ARTIGO 14º

Os membros e os membros-suplentes do comité estão sujeitos à obrigação de sigilo, devendo manter confidenciais todas as informações obtidas no desempenho de suas funções, excepto quando os regulamentos estatutários os obrigam a divulgar essas informações ou quando a necessidade de divulgar informações decorre dos seus deveres.

ARTIGO 15º

Um membro do comité que serve ao comité na avaliação de um caso tem imunidade, e pode ter essa imunidade ser contestada se houver factos ou circunstancias que possam afectar a imparcialidade do seu parecer.

ARTIGO 16º

É vedado aos membros, membros-suplentes, assim como ao secretário do comité, opinar acerca da intenção de um médico no sentido de fazer cessar uma vida a pedido ou assistir um suicídio.

Parágrafo 8: O relatório

ARTIGO 17º

1. Até o dia 1º de Abril de cada ano, os comités deverão encaminhar aos nossos Ministros um relatório do ano-calendário transcorrido. Os nossos Ministros deverão estabelecer um modelo para o referido relatório mediante regulamentação ministerial.

2. O relatório de actividades mencionado no parágrafo 1º deverá conter obrigatoriamente os seguintes dados:

- O número de casos relatados de cessação da vida a pedido e de suicídio assistido acerca dos quais o comité emitiu o seu parecer;
- a natureza dos casos relatados;
- Os pareceres e as considerações envolvidos.

ARTIGO 18º

Todos os anos quando da apresentação do orçamento do parlamento, os Nossos Ministros deverão apresentar um relatório relativo ao desempenho dos comités, em acréscimo ao relatório de actividades mencionado no Artigo 17º, parágrafo 1º.

ARTIGO 19º

1. Nos termos das recomendações dos Nossos Ministros deverão ser estabelecidos, por ordem real, regras relativas aos comités no que toca a:

- Seu número de jurisdição territorial;
- Seu domicílio.

2. Nossos Ministros poderão estabelecer, por ordem real ou consoante uma ordem real, regras adicionais relativas aos comités no que toca a:

- Seu número de membros e à sua composição;

- Sua forma de funcionamento e aos seus relatórios

CAPÍTULO IV

Emendas a outras leis

ARTIGO 20º

O Código Penal deverá sofrer as seguintes emendas:

A – O Artigo 293º passará a ter a seguinte redacção:

1.Toda a pessoa que faz cessar a vida de outra pessoa a pedido expresso e determinado desta fica sujeito a um período de prisão que não exceda doze anos ou a uma multa da categoria 5.

2.O acto a que se refere o parágrafo 1º não será considerado violação da lei se for cometido por um médico que tenha atendido aos requisitos de cuidados adequados estabelecidos pelo Artigo 2º da Lei sobre a Cessação da Vida a Pedido e o Suicídio Assistido (Procedimentos de Revisão), e se o médico notificar o patologista municipal desse acto em conformidade com as disposições do Artigo 7º, parágrafo 2º, da Lei do Funeral e da Cremação.

B – O Artigo 294º passará a ter a seguinte redacção:

1.Toda a pessoa que incita intencionalmente outra pessoa a cometer suicídio está sujeita, caso o suicídio venha a ocorrer como decorrência disso, a um período de prisão inferior a três anos ou a uma multa categoria 4.

2.Toda a pessoa que assista intencionalmente a outra pessoa a cometer suicídio ou forneça a essa pessoa os recursos para fazê-lo está sujeita, caso o suicídio venha a ocorrer como decorrência disso, a um período de prisão inferior a três anos ou a uma multa categoria 4. O Artigo 293º, parágrafo 2º, aplica-se , *mutatis mutandis*, a este.

C – No Artigo 295º, o texto a seguir é inserido depois de “293”: parágrafo 1º.

D – No Artigo 422º, o texto a seguir é inserido depois de “293”: parágrafo 1º.

ARTIGO 21º

A Lei do Funeral e da Cremação deverá sofrer as seguintes emendas:

A – O Artigo 7º deverá ter a seguinte redacção:

1.Uma pessoa que tenha executado um exame post mortem deverá emitir um atestado de óbito se estiver convencida de que essa morte ocorreu por causas naturais.

2.Se a morte tiver resultado da aplicação dos procedimentos de cessação da vida a pedido ou de suicídio assistido, nos termos estabelecidos no Artigo 293º, parágrafo 2º, ou no Artigo 294º, parágrafo 2º, respectivamente, do Código Penal, o médico que lhe dá, assistência não deverá

emitir um atestado de óbito e deverá notificar de imediato o encarregado municipal de autópsias ou um dos o encarregados municipais de autópsias sobre a causa da morte, mediante o preenchimento de um formulário.

O médico deverá suprir esse formulário de um relatório fundamentado com relação à devida observância dos requisitos de cuidados adequados mencionados no Artigo 2º da Lei sobre a Cessação da Vida a Pedido e o Suicídio Assistido (Procedimentos de Revisão).

3.Se estiver diante de casos que não se enquadrem nas disposições do parágrafo segundo e julgar que não deve emitir um atestado de óbito, o médico encarregado da assistência deverá notificar de imediato o encarregado municipal de autópsias ou um dos encarregados municipais de autópsias sobre esse facto mediante o preenchimento de um formulário.

B – O Artigo 9º deverá ter a seguinte redacção:

1.A forma e o conteúdo dos modelos de atestados óbitos a ser emitidos pelo médico encarregado da assistência e pelo encarregado municipal de autópsias deverão ser estabelecidos por ordem real.

2.A forma e o conteúdo dos modelos da notificação e do relatório mencionados no Artigo 7º, parágrafo 2º, ou da notificação mencionada no Artigo 7º, parágrafo 3º e dos formulários mencionados no Artigo 10º, parágrafo 1º e 2º, deverão ser estabelecidos por ordem real com base nas recomendações do Nosso Ministro da Justiça e do Nosso Ministro da Saúde, do Bem- Estar e do Desporto.

C – O Artigo 10º deverá ter a seguinte redacção:

1.Se julgar que não pode emitir um atestado de óbito, o encarregado municipal de autópsias deverá notificar imediatamente isso ao promotor público mediante o

preenchimento de um relatório, devendo ainda notificar o registo de nascimentos, falecimentos e casamentos.

2.No caso de uma notificação nos termos referidos no Artigo 7º, parágrafo 2º, e sem prejuízo do parágrafo 1º, o encarregado municipal de autópsias deverá notificar imediatamente isso ao comité regional de revisão mencionado no Artigo 3º da Lei sobre a Cessação da Vida a Pedido e o Suicídio Assistido (Procedimentos de Revisão). Ele deverá acrescentar um relatório fundamentado nos termos estabelecidos do Artigo 7º, Parágrafo 2º.

D – A alínea a seguir deverá ser acrescentada ao Artigo 12º, tendo esta a seguinte redacção: Se julgar, nos casos previstos no Artigo 7º, parágrafo 2º, que não pode emitir um certificado de aceitação do funeral e da cremação, o promotor público deverá notificar imediatamente o encarregado municipal de autópsias e o comité regional de revisão mencionado no Artigo 3º da Lei sobre a Cessação da Vida a Pedido e o Suicídio Assistido (Procedimentos de Revisão).

E – No Artigo 81º, parte I, “7,parágrafo1º”deverá ser substituído por “7parágrafos 1ºe2º”.

ARTIGO 22º

O Decreto-Lei Administrativo Geral (Algemene wet bestuursrecht) deverá sofrer as seguintes emendas:

Na parte final do Artigo 1:6, o ponto (.) deverá ser substituído por ponto e vírgula (;) devendo-se acrescentar à parte cinco o texto a seguir:

- decisões e acções na implementação da Lei sobre a Cessação da Vida a Pedido e o Suicídio Assistido (Procedimentos de Revisão).

CAPÍTULO V

Disposições finais

ARTIGO 23º

Esta lei entrará em vigor em data a ser determinada por Decreto Real.

ARTIGO 24º

Esta lei deverá ser mencionada como Lei sobre a Cessação da Vida a Pedido e o Suicídio Assistido (Procedimentos de Revisão). Por meio deste instrumento, nós ordenamos e determinamos que esta lei seja publicada no Diário de Leis e Decretos, e

que todos os departamentos ministeriais, autoridades, organismos e funcionários a quem ele possa interessar o implementem com diligência.

Consideram-se revogadas as disposições em contrário.

Ministro da Justiça

Ministro da Saúde, do Bem-Estar e do Desporto,

Senado, ano parlamentar 2000-2001, 26 691, n° 137

ANEXO 37

LEGISLAÇÃO DA EUTANÁSIA NA BÉLGICA

Promulgada pelo Parlamento em 28 de Maio de 2002, publicada no Diário Oficial em 22 de Junho de 2002.

ARTIGO 1º

Esta lei regulamenta uma questão pertinente ao artigo 78º da Constituição.

CAPITULO I

Disposições gerais

ARTIGO 2º

Para os fins da aplicação desta lei, “eutanásia” é definida como o acto, realizado por terceiros, que faz cessar intencionalmente a vida de uma pessoa a pedido desta pessoa.

CAPÍTULO II

Requisitos e procedimento

ARTIGO 3º

1.O médico que executa uma eutanásia não está a praticar um acto ilegal se tiver assegurado de que:

- o paciente é adulto ou menor emancipado e tem plena capacidade e consciência na época do seu pedido;
- o pedido é feito voluntariamente, é ponderado e reiterado e não resulta de pressão externa;
- o paciente encontra-se numa condição médica irremediável e queixa-se de sofrimento físico ou mental constante e insuportável que não pode ser minorado e que resulta de uma condição acidental ou patológica grave e incurável;
- e atendeu aos requisitos e procedimentos determinados por lei.

2.Independentemente dos requisitos complementares que o médico possa querer adicionar à sua intervenção, ele deve, em primeiro lugar e em todos os casos

1º Informar o paciente sobre o seu estado de saúde e a sua expectativa de vida, discutir com o paciente seu pedido de eutanásia e as medidas terapêuticas que ainda possam ser consideradas, bem como a disponibilidade e as consequências dos cuidados paliativos. O médico tem de ter chegado, em conjunto com o paciente, à convicção de que não há outra solução razoável para a situação e de que o pedido do paciente é inteiramente voluntário;

2º Ter determinado a natureza persistente do sofrimento físico ou mental do paciente, bem como o desejo reiterado deste. Com esse objectivo, o médico deverá realizar várias entrevistas com o paciente, espaçadas por um intervalo razoável levando em conta a evolução da condição do paciente;

3º Consultar outro médico com relação à natureza grave e incurável da condição, especificando a razão para a consulta. O médico consultado deverá estudar o histórico, examinar o paciente e determinar a natureza persistente, insuportável e não minorável do sofrimento físico ou mental do paciente. Depois disso, ele deverá escrever um relatório sobre o que descobriu.

O médico consultado tem de ser independente tanto do paciente como do médico encarregado do tratamento, bem como competente no tocante à condição patológica do paciente. O médico encarregado do tratamento deverá informar o paciente dos resultados dessa consulta;

4º Se estiver envolvida uma equipa de tratamento, o médico encarregado do tratamento deverá discutir o pedido do paciente com a equipa ou com alguns de seus membros;

5º Se for desejo do paciente, o médico encarregado do tratamento deverá discutir o pedido do paciente com as pessoas próximas deste que ele tenha designado;

6º Determinar que o paciente teve a oportunidade de discutir o seu pedido com essas pessoas.

2. Se o médico for de opinião de que a morte do paciente não deverá ocorrer a curto prazo, ele deverá, além do disposto:

1º Conseguir uma consulta com um segundo médico, seja este psiquiatra ou especialista na patologia do paciente, especificando os motivos da consulta.

O médico consultado deverá estudar o histórico, examinar o paciente e determinar a natureza persistente, insuportável e não minorável do sofrimento físico ou mental do paciente, bem como o carácter voluntário, suficiente ponderado e reiterado do pedido.

Depois disso, ele deverá escrever um relatório sobre o que descobriu. O médico consultado tem de ser independente tanto do paciente como do médico encarregado do tratamento. O médico encarregado do tratamento deverá informar o paciente dos resultados dessa consulta.

2º Deixar que se passe pelo menos um mês entre o pedido escrito do paciente e a eutanásia.

4.O pedido do paciente deverá ser feito por escrito. O documento deverá ser elaborado, Datado e assinado pelo paciente. Se a condição do paciente tornar isso inviável, o seu pedido deverá ser registado por escrito por um adulto que ele mesmo escolher. Essa pessoa não poderá ser alguém que venha a se beneficiar financeiramente com a morte do paciente.

Essa pessoa deverá especificar que o paciente está incapacitado para exprimir seu pedido por escrito, assim como as razões pelas quais o está. Nesses casos, o pedido deverá ser escrito na presença do médico, e a pessoa supra mencionada deverá citar nominalmente o médico no documento. Esse documento deverá estar incluído nos registos médicos do paciente.

O paciente poderá cancelar o seu pedido a qualquer momento e, nesse caso, o documento será retirado dos registos médicos e devolvido a ele.

5.Todos os pedidos formulados pelo paciente, assim como todas as medidas tomadas pelo médico encarregado do tratamento e os resultados destas, incluindo o(s) relatório(s) do(s) médico(s) consultado(s), deverão seguir a praxe da inclusão nos registos médicos

CAPÍTULO III

Da declaração antecipada

ARTIGO 4º

1.Antecipado a eventualidade de não mais ser capaz de exprimir seu desejo, todo o adulto capaz ou menor emancipado poderá deixar uma declaração escrita de que um médico deve realizar uma eutanásia caso venha a verificar:

- Que o paciente é vítima de uma condição accidental ou patológica grave e incurável;
- Que o paciente está inconsciente;
- E que essa condição constitui uma situação irreversível no actual estado do conhecimento científico.

A declaração pode designar uma ou mais pessoas adultas de confiança, relacionadas em ordem de preferência, que venham a comunicar ao médico encarregado do tratamento o desejo do paciente. Em caso de recusa, impedimento ou morte da primeira pessoa designada, a segunda pessoa da lista assume o encargo, e assim por diante. Nem o médico encarregado do tratamento nem o médico consultado ou membros da equipa de tratamento poderão ser designados como pessoas confiáveis para esse fim.

Essa declaração poderá ser feita a qualquer momento. Tem de ser feita por escrito, na presença de duas testemunhas – devendo uma delas ser alguém sem interesse material na morte do autor da declaração – datada e assinada pelo autor, pelas testemunhas e, quando for o caso pela pessoa ou pessoas de confiança designadas.

Se a pessoa que deseja fazer uma declaração antecipada estiver física e permanentemente incapacitada para escrevê-la e assiná-la, a sua declaração poderá ser registada por escrito por um adulto escolhido, devendo esta não ter interesse material na morte da pessoa que faz a declaração, e na presença de duas testemunhas adultas, uma das quais pelo menos não deve ter interesse material na morte da pessoa que faz a declaração.

A declaração terá nesse caso de especificar que a pessoa que faz a declaração está incapacitada para escrevê-la e assina-la, indicando os motivos. A declaração tem de ser datada e assinada pela pessoa que a registou por escrito, pelas testemunhas e, quando for o caso, pela pessoa ou pessoas de confiança designadas.

Um atestado médico anexado à declaração deverá confirmar a incapacidade física permanente. A declaração será considerada inválida se não tiver sido feito, ou confirmado em prazo inferior a 5 anos antes do momento de início da incapacidade da pessoa de exprimir sua vontade.

A declaração poderá ser retirada ou modificada a qualquer momento.

Por meio dos serviços do Registo Nacional, o Rei determinará os procedimentos relativos

à apresentação, guarda em segurança, confirmação, retirada e comunicação da declaração dirigida aos médicos envolvidos.

2.O médico que executa uma eutanásia seguindo as determinações de uma declaração antecipada não está a praticar um acto ilegal se tiver assegurado de que o paciente:

- sofre de uma condição acidental ou patológica grave ou incurável;

- está inconsciente;
- que essa situação é irreversível segundo o actual estado do conhecimento médico;
- e que o médico cumpriu os requisitos e seguiu os procedimentos prescritos por esta lei.

Independentemente dos requisitos complementares que o médico possa querer adicionar à sua intervenção, ele deve, em primeiro lugar e em todos os casos:

1º Consultar outro médico com relação à irreversibilidade da condição médica do paciente, especificando a razão para a consulta. O médico consultado deverá estudar o histórico, examinar o paciente. Depois disso, ele deverá escrever um relatório sobre as suas observações.

O médico consultado tem de ser independente tanto do paciente como do médico encarregado do tratamento, bem como competente no que toca à condição patológica do paciente.

2º Se estiver envolvida uma equipa de tratamento que esteja em contacto regular com o paciente, o médico encarregado do tratamento deverá discutir a declaração antecipada do paciente com a equipa ou com alguns de seus membros;

3º Se a declaração antecipada designou uma pessoa de confiança, discutir com essa pessoa o teor da declaração antecipada do paciente;

4º Se a declaração antecipada designou uma pessoa de confiança, discutir o teor da declaração antecipada do paciente com as pessoas que a pessoa de confiança designar como muito próximas do paciente.

Todos os pedidos formulados pelo paciente, assim como todas as medidas tomadas pelo médico encarregado do tratamento e os resultados destas, incluindo o (s) relatórios (s) do(s) médico(s) consultado(s), deverão seguir a praxe da inclusão nos registos médicos.

CAPÍTULO IV

Da declaração

ARTIGO 5º

O médico que realiza a eutanásia deverá no prazo de quatro dias úteis, apresentar para registo o documento mencionado no Artigo 7º, devidamente preenchido, à Comissão Federal de Controle e Avaliação descrita no Artigo 6º desta lei.

CAPÍTULO V

A Comissão Federal de Controle e Avaliação

ARTIGO 6

1.É criada a Comissão Federal de Controle e Avaliação, doravante mencionada como “a comissão”.

2.A comissão compõe-se de 16 membros, seleccionados em função de seu conhecimento e experiências nos assuntos relevantes para o mandato da comissão. Oito desses membros são médicos, dos quais pelo menos quatro são professores de uma universidade belga. Quatro membros são ou professores de direito numa universidade belga ou advogados.

Quatro membros são seleccionados de ambientes profissionais a quem são confiados os problemas de pacientes acometidos de doenças incuráveis.

A condição de membro da comissão é incompatível com um assento numa das casas do parlamento, assim como com a condição de membro federal ou de um órgão governamental de uma comunidade ou de uma região.

Os membros da comissão são nomeados, para um período de 4 anos, por um decreto real, depois de deliberação por um Conselho de Ministros; a nomeação leva em conta a paridade linguística, sendo cada grupo linguístico composto de ao menos 3 candidatos de cada sexo, e deverá reflectir uma representação política pluralista. O mandato dos membros é encerrado automaticamente caso ele perca a condição com base na qual foi escolhido. Os candidatos não nomeados como membros efectivos, são nomeados como membros suplentes, de acordo com uma relação que determina a ordem de sua convocação.

A comissão é presidida por um presidente falante de francês e um presidente falante de alemão. Os presidentes são eleitos pelos membros da comissão pertencentes ao seu respectivo grupo linguístico.

A comissão só toma deliberações válidas se, quando o fizer, contar com a presença de dois terços de seus membros.

3.A comissão estabelece as suas próprias regras de funcionamento.

ARTIGO 7º

A comissão deverá elaborar um documento de registo a ser preenchido pelo médico cada vez que este realiza uma eutanásia.

Este documento compõe-se de duas secções. A primeira secção deverá ser lacrada pelo médico. Ela contém os seguintes dados:

- 1º O sobrenome, os primeiros nomes e o endereço do paciente;
- 2º O sobrenome, os primeiros nomes, o número de registo previdenciário nacional e o endereço do médico encarregado do tratamento;
- 3º O sobrenome, os primeiros nomes, o número de registo previdenciário nacional e o endereço do(s) médico(s) consultado(s) com respeito ao pedido de eutanásia;
- 4º O sobrenome, os primeiros nomes, o endereço e a profissão da (s) pessoa (s) consultada (s) pelo médico encarregado do tratamento, assim como as datas dessas consultas;
- 5º Se tiver havido uma declaração antecipada que designe uma ou mais pessoas de confiança, o sobrenome e os primeiros nomes da(s) pessoa(s) de confiança que tiveram intervenção no processo.

Esta primeira secção é confidencial. Ela é transmitida à comissão pelo médico. Ela só pode ser lida a partir de uma decisão da comissão, não podendo em nenhuma circunstância ser usada como fonte para a missão de avaliação da comissão.

A segunda secção do documento também é confidencial, e contém os seguintes dados;

- 1º O sexo do paciente, e a data e local de nascimento;
- 2º A data, a hora e o lugar da morte;
- 3º A condição - acidental ou patológica - grave e incurável que afectava o paciente;
- 4º A descrição do sofrimento constante e insuportável;
- 5º Os motivos de esse sofrimento ter sido considerado não minorável;
- 6º Os factos que confirmaram que o pedido foi feito voluntariamente, foi bem ponderado e repetido sem nenhuma pressão externa;
- 7º Se podia pensar que a morte iria ocorrer dentro de pouco tempo;
- 8º Se havia uma declaração antecipada;
- 9º Uma descrição do procedimento seguido pelo médico;

10º As qualificações do (s) médicos (s) consultado (s) pelo médico encarregado do tratamento, com as datas das consultas

11º As qualificações das pessoas consultadas pelo médico, com as datas das consultas;

12º Como e com que recursos a eutanásia foi realizada.

ARTIGO 8º

A comissão estuda o documento registado e devidamente preenchido recebido do médico. A comissão determina, a partir do conteúdo da segunda secção do documento registado, se a eutanásia foi realizada segundo as condições e procedimentos de que dispõe esta lei.

Em caso de dúvida, a comissão pode, por meio de votação majoritária, decidir suspender o anonimato do documento. A comissão então toma conhecimento do teor da primeira secção do documento registado. A comissão pode pedir ao médico encarregado do tratamento que ele comunique todo o conteúdo dos registos médicos pertinentes à eutanásia.

A decisão da comissão deve ser tomada no prazo máximo de 2 meses.

Quando, por uma votação maioritária de dois terços, a comissão julgar que as condições estabelecidas pela lei não foram cumpridas, deverá ela enviar o registo ao promotor do lugar em que ocorreu a morte do paciente.

Sempre que a suspensão do anonimato do documento revelar factos ou circunstâncias passíveis de afectar a independência ou a imparcialidade de um membro da comissão, esse membro deverá afastar-se dela ou ser afastado pela comissão do exame deste caso particular.

ARTIGO 9º

No prazo de dois anos a contar da implementação desta lei, e daí por diante a cada dois anos, a comissão deverá produzir, para o conhecimento dos corpos legislativos:

a) Um relatório estatístico baseado nas informações reunidas a partir da segunda parte, devidamente preenchida, do documento registado enviado pelo médico em cumprimento da disposição do Artigo 8º;

- b) Um relatório contendo uma descrição e uma avaliação da implementação desta lei;
- c) Se necessário, recomendações passíveis de levar a uma iniciativa legislativa e/ou outras medidas referentes à implementação desta lei.

A fim de se desincumbir dessas tarefas, a comissão poderá reunir todas as informações relevantes junto às várias autoridades e instituições. As informações reunidas pela comissão têm carácter confidencial.

Nenhum desses documentos poderá conter a identidade de quaisquer pessoas mencionadas nos registos enviados pela comissão nos termos dos procedimentos de controle estabelecidos no Artigo 8º.

A comissão poderá decidir comunicar, a grupos de pesquisa universitários que venham a apresentar uma solicitação motivada, informações estatísticas e de cunho puramente técnico, exclusive dados de carácter pessoal.

A comissão poderá decidir ouvir especialistas.

ARTIGO 10º

O Rei coloca à disposição da comissão uma estrutura administrativa para os fins de implementação das tarefas legais da comissão. O número e a composição linguística do pessoal administrativo são estabelecidos por decreto real, depois da deliberação do Conselho de Ministros, a partir de proposta apresentada pelos ministros da Saúde e da Justiça

ARTIGO 11º

As despesas operacionais e pessoais da comissão, assim como a remuneração dos seus membros, são cobertas paritariamente pelos orçamentos dos ministros da Saúde e da Justiça.

ARTIGO 12º

Todos os envolvidos, de quaisquer maneiras, na implementação desta lei têm de respeitar o carácter confidencial dos dados que lhes forem confiados no exercício. Essas pessoas estão sujeitas à aplicação do Artigo 458º do Código Criminal.

ARTIGO 13º

No prazo de seis meses depois da apresentação pela comissão do primeiro relatório, e, se necessário das suas recomendações, de acordo com o disposto no Artigo 9º, os corpos legislativos deverão promover um debate a respeito desse assunto. Esse prazo de seis meses é suspenso em período nos quais os corpos legislativos estiverem dissolvidos e/ou durante períodos nos quais haja um governo que não conte com o apoio dos corpos legislativos.

CAPÍTULO VI

Determinações especiais

ARTIGO 14º

O pedido e a declaração antecipada, de acordo com o disposto nos Artigos 3º e 4º desta lei, não têm carácter obrigatório.

Nenhum médico é obrigado a praticar a eutanásia.

Se o médico que receber um pedido de eutanásia se recusar a praticá-la, deverá informar em tempo hábil ao paciente ou à pessoa de confiança deste e expor os motivos. Caso a sua recusa se baseie em considerações médicas, essas considerações deverão ser incluídas nos registos médicos do paciente.

O médico que se recusar a cumprir um pedido de realização de eutanásia deverá, a pedido do paciente ou da pessoa de confiança, transferir os registos médicos do paciente ao médico designado pelo paciente ou pela pessoa de confiança.

ARTIGO 15º

A pessoa que morrer em função de um procedimento de eutanásia realizado nos termos estabelecidos por esta lei é considerada, no que toca à execução dos contratos privados de seguros de que era uma parte, como tendo tido morte natural.

Os dispositivos do Artigo 909º do Código Civil são aplicáveis aos membros da equipa de tratamento mencionada no Artigo 3º.

ARTIGO 16º

Esta lei entra em vigor em até três meses após a sua publicação no Diário Oficial Belga.

ANEXO Nº 42

Doença do neurónio motor

CAUSAS E TIPOS

A origem da deterioração dos neurónios motores ainda é desconhecida. À excepção de algumas variantes infantis (ver quadro), esta doença não costuma ser provocada por alterações hereditárias, ainda que, numa reduzida percentagem das formas adultas, as mais comuns na reduzida incidência da doença, pode afectar vários membros da mesma família. Podem existir vários factores precipitantes, como os traumatismos ou as infecções, mas nenhuma destas hipóteses foi confirmada, pelo que as causas da doença continuam por averiguar.

Sabe-se que a doença provoca, por motivos desconhecidos, um processo gradual de deterioração dos neurónios motores que controlam os movimentos musculares, tanto os corpos das células nervosas como também os axónios, que vão sendo destruídos até praticamente desaparecerem. Embora os neurónios motores do cérebro, tronco cerebral e medula espinal possam ser afectados em simultâneo, normalmente, apenas é afectada uma destas localizações. Na verdade, a doença apresenta três formas distintas: a atrofia muscular progressiva, a esclerose lateral amiotrófica e a paralisia bulbar progressiva.

ANEXO N° 43

Distrofias musculares

CAUSAS E GENERALIDADES

A lesão mais característica das distrofias musculares é a deterioração das células ou fibras musculares, principais componentes do tecido muscular. O termo deterioração é, do ponto de vista médico, utilizado em problemas que provoquem uma progressiva alteração na estrutura de um determinado tecido, como por exemplo nas distrofias musculares, que provocam uma deterioração crónica e gradual na estrutura e funcionamento dos músculos esqueléticos. Normalmente, esta deterioração não afecta todos os músculos esqueléticos, mas sim determinados grupos musculares, consoante o tipo de distrofia muscular.

As distrofias musculares costumam ser provocadas pela existência de vários tipos de anomalias genéticas, transmitidas de forma hereditária, que afectam os genes responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção das fibras musculares. Caso estas anomalias sejam muito graves, as fibras musculares deterioram-se e são substituídas por tecido conjuntivo fibroso ou por tecido adiposo, provocando a morte de muitas delas, o que proporciona um desenvolvimento irregular e desarmonioso dos músculos esqueléticos. De acordo com o tipo de doença, os músculos afectados vão perdendo massa, ou seja, vão-se atrofiando, perdendo também potência.

As distrofias musculares costumam manifestar-se na infância ou na juventude. O sinal inicial mais característico é a debilidade de um ou vários grupos musculares, que pode provocar atraso no desenvolvimento e na execução de movimentos básicos, como por exemplo os que intervêm na locomoção, e dificuldade em manter posturas corporais.

A evolução destes problemas, mais ou menos lenta e progressiva, com o passar dos anos, vai provocando o endurecimento e a atrofia dos músculos afectados, o que, nas fases mais avançadas, costuma provocar o surgimento de deformações nas articulações, obrigando muitos pacientes a utilizarem uma cadeira de rodas ou até a permanecerem acamados. De qualquer forma, os casos mais graves de distrofia costumam originar algumas complicações, como dificuldades respiratórias consequentes da lesão dos músculos que participam nos movimentos respiratórios ou problemas cardíacos originados pela deterioração das fibras musculares do miocárdio

<http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigoEnc&id=393>

ATROFIA MUSCULAR PROGRESSIVA

Esta forma da doença, a de melhor prognóstico e a de evolução mais lenta, é provocada por uma deterioração dos neurónios motores do corno anterior da substância cinzenta da medula espinal, cujos axónios estão encarregues da transmissão, através dos nervos periféricos, dos estímulos que controlam os movimentos dos músculos do esqueleto.

Devido a esta deterioração, os músculos inervados pelos nervos provenientes dos segmentos medulares afectados apresentam fasciculações e uma progressiva debilidade que, com o tempo, evolui até se tornar numa paralisia, provocando uma atrofia muscular.

As perturbações musculares apresentam-se simetricamente em ambos os lados do corpo. Na maioria dos casos, embora os primeiros músculos afectados costumem ser os das mãos, depressa são igualmente danificados os restantes grupos musculares dos membros superiores e, nas fases mais avançadas da doença, os dos membros inferiores e

os do tronco. Como a evolução da doença costuma ser lenta, durante alguns anos, apenas costumam ser afectados os músculos dos membros.

ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

É a forma mais frequente da doença do neurónio motor, sendo provocada por uma deterioração dos neurónios do corno anterior da medula espinal e dos feixes de fibras nervosas que conduzem os impulsos motores provenientes do córtex cerebral.

A doença pode surgir por volta dos 40 a 50 anos de idade, começando de forma pouco evidente e gradual, ao provocar uma debilidade e perda de força muscular. À medida que a doença vai evoluindo, vai originando uma progressiva atrofia muscular, que normalmente começa nas mãos para posteriormente se estender ao resto dos membros superiores e aos membros inferiores, de tal modo que ao fim de pouco tempo acaba por afectar os quatro membros. A eventual manifestação de fasciculações, câibras, espasmos musculares e aumento da intensidade dos reflexos dá origem a problemas na locomoção e a uma série de alterações motoras, incluindo paralisias mais ou menos extensas, que progressivamente se vão tornando incapacitantes. Por outro lado, ao fim de um determinado tempo de evolução acaba por gerar, juntamente com a esclerose lateral amiotrófica, uma outra variante da doença - a paralisia bulbar progressiva -, com todas as suas temíveis consequências.

ANEXO N° 44

Open letter to the President of the Republic, Giorgio Napolitano

From Piergiorgio Welby, Co-President of the Luca Coscioni Association
September 21, 2006

Mr President,

I am writing to you, and through you I am addressing also those citizens that will have the opportunity to listen to these words, to this cry of mine, which is not one of desperation, but one full of human and civil hope for our country.

Until two and a half months ago, my life may have been marked by rather serious difficulties, but I was able, at any time of the day, to use my computer and write, read, do research and chat with my friends on the Internet. Today, I seem to have fallen into an abyss from which there is no exit.

The day starts with the alarm of the lung ventilator device, while humidifying filter and the mouth catheter is changed, the day continues with the radio in the background, between frequent aspirations of tracheal secretions, the monitoring of oximetric parameters, personal cleaning, medication, and Pulmocare beverages. I used to get up at ten at the latest, and start writing on my PC. Today, my pathology, muscular dystrophy, is in such advanced state, that I cannot make any movements, and my physical balance has become extremely precarious. I get up at noon with the help of my wife and an assistant, but more and more frequently I find myself sitting without opening my computer, because I feel dead tired. I force myself on the chair to assume, for at least an hour, a position other than lying in bed. When I go back to bed, at times I fall asleep, but wake up in a fright, perspiring and more tired than before. I turn on the radio, but listen to it without paying attention. I cannot concentrate because I am constantly thinking on how to put an end to this life. Around six, I make another effort to sit, with the help of my wife Mina and my nephew Simone. Every day I get worse, weaker and more tired. After about an hour they take me back to bed. I watch TV waiting for the Tavor tablet so that I can fall asleep and not feel anything, hoping that I will not wake in the morning.

I love life, Mr President. Life is the woman who loves you, the wind through your hair, the sun on your face, an evening stroll with a friend. Life is also a woman who leaves you, a rainy day, a friend who deceives you. I am neither melancholic nor

manic depressive. I find the idea of dying horrible, but what is left to me is no longer a life... it is only a stubborn and senseless obstinacy of keeping active the biological functions. My body is no longer mine... it is there, spread before doctors, assistants, and relatives. Montanelli would understand me. If I were Swiss, Belgian or Dutch, I could escape from this utter outrage, but I am Italian and there is no pity in Italy.

You are probably thinking, Mr President, that I am appealing for a “dignified death” for myself. But no. That is not it. And I am not talking only about my death.

Death cannot be “dignified;” it is life that should be dignified or decent, especially when it is growing weak because of old age or incurable illness. Death is something else. To define death by “dignified” euthanasia is to deny the tragic dimension of dying. It is tantamount to continuing to conceal and to distort death that, driven from home, hidden by a screen in hospitals, neglected in the loneliness of the homes for the aged, seems to be something that it is not. For what is death? Death is an indispensable condition for life. Aeschylus has written. “It’s hard to struggle. Decay is setting in, like a swelling flood. A blind ocean, a cesspool of pain surrounds me without even a glimmer of hope. There is no landing place. There is no landfall.”

And yet there is a landfall, but euthanasia is not a “dignified death” but an appropriate death, in the words of a man of faith, Jacques Pohier. Appropriate is that which “carries to the port;” for Plutarch, the death of young people is a shipwreck, that of old people a landing at a port, and Leopardi defines it as the only “place” where rest, not bound but secure, is possible.

In Italy, euthanasia is a crime, but this does not mean it does not “exist:” there are calls for euthanasia which are not heeded to because the doctors are afraid of being criminally prosecuted, and conversely, acts of euthanasia may be practiced without the informed consent of patients who are conscious. To grant a request for euthanasia, certain European countries, such as the Netherlands and Belgium, have introduced procedures that enable a “terminally ill” patient to plan with the doctor, the course for “landing” at an appropriate death.

A law on euthanasia is not the incomprehensible request of a few eccentrics either. Even in Italy, there were four or five bills already introduced in the last legislature. The association of anaesthetists, with great circumspection, has asked for a clearer law; the recent decision of the lapsed (and not yet renewed) national bioethics

committee on the advance directives for healthcare revealed that it was impossible to exclude any eventuality of euthanasia in the event that the doctor adheres to the advance provisions drawn up by the patients. Even in the Church's strict position there are certain openings, albeit within the confines of tradition, that allow for a heavy intervention with palliative cures and do not allow for intervention with disproportionate treatments that do not entail concrete benefits for the patient. Public opinion is always more aware of the inherent risks of leaving every decision about treatment up to the doctor. Many have helped a family member, a friend or a relative during an incurable or highly debilitating illness and have come to the decision, that if they were faced with the same predicament, they would not follow the same path. Others have witnessed the tragedy of a person in a persistent vegetative state.

When we face issues connected to the end of life, we are not dealing with a dispute as to who is in favour of life and who of death: all patients want to be cured, not to die. Those who share, with love, the course imposed by the illness on the loved one, want that person to recover. Between wishes and hopes, time passes relentlessly, and with the passage of times, hopes grow weaker and the desire to be cured becomes a desire to shorten the course of desperation before reaching that natural end that the reanimation technicians and machines that support or stimulate the vital function risk posting ever forward in time. As to our technical possibilities of keeping people alive, there will come a day when swarms of living dead will come out of reanimation centres, who will wind up vegetating for years. We will probably all have to learn that death is also a learning process, and merely a matter of falling into a state of unconsciousness.

His Holiness, Pope Benedict XVI, has said that "to the claim often put forward that it is necessary to resort to euthanasia in order to eliminate suffering, we must corroborate the inviolable dignity of human life, from conception to its natural end." But what is "natural" in a reanimation room? What is natural in a hole in the belly and a pump that fills it with fats and proteins? What is natural about a hole in the windpipe and a pump that blows air into the lungs? What is natural about a body kept biologically functional with the help of artificial respirators, artificial feed, artificial hydration, artificial intestinal emptying, of death artificially postponed? I believe that it is possible to play with words for reasons of power or faith, but I do not believe that it is possible to "play" with the life and pain of someone else for the same reasons.

When a terminally ill patient decides to forego emotions, memories, friendships, and life, and asks to put an end to a survival that is cruelly “biological,” ... I believe that his will should be respected and heeded with the compassion represented by the force and consistency of secular thinking.

I am aware, Mr President, that I have spoken to you, through my sick body, also of politics, and of objectives necessarily to be debated freely in Parliament, that do not call for your intervention or decision as to their merits. What I do take the liberty of recommending to you, however, is the defence of the right of each and every citizen to be apprised of the proposals, reasons, stories, wills and lives which, like mine are faced with this conundrum.

Luca Coscioni’s dream was to free research and to give a voice – in every sense of the term – to those who are ill. His dream was interrupted and it became known only after it was interrupted. So it is now up to us to dream for him too.

My dream, also in my capacity as co-president of the association that bears Luca’s name, my will, my request, that I wish to bring before all authorities, starting with the political and judicial bodies, is today clearer and more precise in my mind than ever before: to be able to obtain euthanasia. So that Italian citizens can have the same opportunity that is granted to Swiss, Belgian and Dutch citizens.

Piergiorgio Welby

<http://www.youtube.com/watch?v=zHfVTNVQxGM> Video onde se encontra uma pequena parte da carta de Welby ao Presidente italiano

<http://www.repubblica.it/2006/09/sezioni/cronaca/eutanasia-welby/eutanasia-welby/eutanasia-welby.html>

ANEXO N° 49

Carta de Ramón Sampedro al Rey

“Majestad: como jefe del Estado, os ruego dar una lección de ética a vuestros servidores, si no pudieris llamarlos al orden. Ser juez es ser algo más que un simple burócrata. El fundamento de toda ética y toda moral es -o debería ser- el respeto y la tolerancia, pero no sólo de abajo arriba (...). Es humillante que se me obligue a sobrevivir contra mi voluntad, en nombre de la sacralidad del sufrimiento y supuestamente del interés colectivo. Lo respeto porque así es el juego, pero no me parece respetuoso, ni justo, ni equilibrado, ni bueno. Por eso acudí a los jueces, que se lavan las manos a través de la forma y demuestran así su manifiesta mala voluntad. ¿Debo pensar que los señores jueces siguen instrucciones del Consejo de Estado porque son jueces y parte? (...) Para la religión, la vida es de Dios; para la filosofía jurídica del Estado es un valor por encima de la voluntad. Pienso que la vida es -como todo en el universo- una cuestión de equilibrio: cuando el placer y el dolor se desequilibran tanto que sufrir es incurable, sólo el deseo y la voluntad tienen autoridad moral para decidir si interesa soportarlo. Decir que no se me responde por una falta de forma que no se juzga, es el mejor modo de confirmar que los jueces no son libres al cumplir con su deber.

Una persona me comentaba que un miembro del Consejo de Estado había dicho que la eutanasia no se legalizaría por ahora porque no era conveniente políticamente. Yo me negaba a creerlo, pero los hechos me lo confirman. No demando la legalización de la eutanasia, sino un derecho y una libertad personales. Si cada persona es un universo -un fin en sí mismo- es irracional juzgar sus actos desde conceptos éticos y morales absolutos de carácter religioso, político o profesional. Lo único que tienen que tienen que juzgar quienes le niegan a la persona el derecho a ser dueño y soberano de su propio cuerpo, de su vida y de su muerte, es si el acto de terminar su vida, libre y voluntariamente, atenta contra algún derecho o libertad de otra persona. Eso sería dignificar al ser humano (...).

Opción racional

Para la persona psicológicamente madura, morir es una opción; depende del dolor que tenga que soportar para disfrutar del placer de vivir. La muerte voluntaria cuando tiene por fin terminar con un sufrimiento incurable o intolerable, es una forma racional que busca en ese tránsito, transmutación o desintegración, otro equilibrio (...). El deseo de la muerte, cuando, el sufrimiento es incurable, no atenta contra las leyes de la vida: es tan sólo el deseo de encontrar un lugar más placentero en otro punto del universo (...). Resulta aberrante que sea el interés de otros el que le impongan cómo y cuándo, en estas condiciones, tiene que terminar su vida. Se trata de la muerte de uno mismo y no de la de los demás. ¿Existimos las personas, o sólo las autoridades? ¿Somos verdaderamente libres, como se nos promete por el poder político, o conciencias esclavizadas como niños eternamente inmaduros? (...)

Mi demanda se convirtió en tema de controversia feroz entre los intereses de cada casta respecto de la libertad (...). Políticos, curas, médicos y jueces, cada uno hacía el análisis de su ética y moral particulares.

Cada cual se enzarza a en un debate genérico sobre la eutanasia y su legalización, pero siempre desde su punto de vista de grupos que basan su razón de ser en sentirse autoridades protectoras sobre las conciencias de todos aquéllos que no gozan del privilegio de formar parte del grupo -o grupos- que imponen su autoridad (...)

Exijo el derecho constitucional porque es la única norma ética que me garantiza la liberación del totalitario y abusivo dominio de las castas (...).

Majestad, protesto: existe un vacío legal, porque el derecho y la libertad personales que yo demando se están analizando con los códigos y conceptos éticos y morales que no están de acuerdo con el nuevo ordenamiento jurídico democrático en que la dignidad, personalidad y libertad personal son el fundamento para la dignidad, libertad, respeto y autoestima del pueblo.

Ser rebaño

Siempre hemos sido rebaño y parece que a muchos les interesa que lo sigamos siendo. En nombre de la sociedad y de su seguridad jurídica, no se puede cometer un atropello, una injusticia, contra un derecho personal (...).

Majestad: respetuosamente protesto porque me siento desprotegido contra la maldad de unas minorías -pues la mayoría del pueblo está de acuerdo con mis planteamientos- que dicen actuar en nombre del Estado cuya máxima autoridad vos representais.

Pienso que la Constitución se ha hecho con el noble propósito de superar toda clase de intolerancias y fanatismos totalitarios. He acudido honestamente a los tribunales para reclamar un derecho que, sinceramente, creo que se me garantiza en esa norma ética y moral del Estado (...).

Se dice que esa ayuda me producirá la muerte. Basta que la razón entienda que a veces la muerte es menos espantosa que el dolor que hay que soportar para vivir, para que sea humana y justa esa libertad. ¡Parece que todos pueden disponer de su conciencia menos yo!”

[El original de este texto fue escrito con la boca por el interesado.]

http://www.elpais.com/articulo/sociedad/JUAN_CARLOS_I/_REY/Carta/Ramon/Sampedro/Rey/elpepisoc/19950125elpepisoc_5/Tes

ANEXO N° 51

Testamento de Ramón Sampetro

"A mi lado tengo un vaso con cianuro"

Texto íntegro del testamento de Ramón Sampetro:

"Señores jueces, autoridades políticas y religiosas:

I

Después de las imágenes que acaban de ver, a una persona cuidando de un cuerpo atrofiado y deformado -el mío- yo les pregunto: ¿Qué significa para ustedes la dignidad?. Sea cual sea la respuesta de vuestras conciencias, para mi la dignidad no es esto. ¡Esto no es vivir dignamente!.

Yo igual que algunos jueces y la mayoría de las personas que aman la vida y la libertad, pienso que vivir es un derecho, no una obligación. Sin embargo he sido obligado a soportar esta penosa situación durante veintinueve años, cuatro meses y algunos días.

¡Me niego a continuar haciéndolo por más tiempo!.

Aquellos de vosotros que os preguntéis: ¿Por qué morirme ahora -y de este modo- si es igual de ilegal que hace veintinueve años?.

Entre otras razones, porque hace veintinueve años la libertad que hoy demando no cabía en la ley. Hoy sí. Y es por tanto vuestra desidia la que me obliga a hacer lo que estoy haciendo.

I

Van a cumplirse cinco años que -en mi demanda judicial- les hice la siguiente pregunta: ¿debe ser castigada la persona que ayude en mi eutanasia?.

Según la Constitución española -y sin ser un experto en temas jurídicos- categóricamente NO.

Pero el Tribunal competente - es decir, el Constitucionala- se niega a responder. Los políticos - legisladores- responden indirectamente haciendo una chapuza jurídica en la reforma del Código Penal. Y los religiosos dan gracias a Dios por que así sea.

Esto no es autoridad ética o moral. Esto es chulería política, paternalisimo intolerante y fanatismo religioso.

II

Yo acudí a la justicia con el fin de que mis actos no tuviesen consecuencias penales para nadie. Llevo esperando cinco años. Y como tanta desidia me parece una burla he decidido

poner fin a todo esto de la forma que considero más digna,
humana y racional.

Como pueden ver, a mi lado tengo un baso de agua
conteniendo una dosis de cianuro de potasio. Cuando lo beba
habré renunciado -voluntariamente- a la propiedad más
legítima y privada que poseo; es decir, mi cuerpo. También
me habré liberado de una humillante esclavitud -la
tetraplégia-.

A este acto de libertad - con ayuda- la llaman ustedes
cooperación en un suicidio -o suicidio asistido-.

Sin embargo yo lo considero ayuda necesaria -y humana-
para ser dueño y soberano de lo único que el ser humano
puede llamar realmente "Mío", es decir el cuerpo y lo que
con él es -o está- la vida y su conciencia.

III

Pueden ustedes castigar a ese prójimo que me ha amado y fue
coherente con ese amor, es decir, amándome como a sí
mismo. Claro que para ello tuvo que vencer el terror
psicológico a vuestra venganza -ese es todo su delito-.
Además de aceptar el deber moral de hacer lo que debe, es
decir, lo que menos le interesca y más le duele.

Sí, pueden castigar, pero ustedes saben que es una simple
venganza -legal pero no legítima- ustedes saben que es una
injusticia, ya que no les cabe la menor duda de que el único
responsable de mis actos soy yo, y solamente yo.

Pero, si apesar de mis razones deciden ejemplarizar con el
castigo atemorizador, yo les aconsejo -y ruego- que hagan lo
justo: cortenle al cooperador/ra los brazos y las piernas
porque eso fue lo que de su persona he necesitado. La
conciencia fue mía. Por tanto, míos han sido el acto y la
intención de los hechos.

III

Srs. Jueces, negar la propiedad privada de nuestro propio ser
es la más grande de las mentiras culturales. Para una cultura
que sacraliza la propiedad privada de las cosas -entre ellas la
tierra y el agua- es una aberración negar la propiedad más
privada de todas, nuestra Patria y Reino personal. Nuestro
cuerpo, vida y conciencia. -Nuestro Universo-".

Señores Jueces, Autoridades Políticas y Religiosas:
No es que mi conciencia se halle atrapada en la deformidad
de mi cuerpo atrofiado e insensible, sino en la deformidad,
atrofia e insensibilidad de vuestra conciencias.

ANEXO Nº 54

“ Senhor Chirac,

Senhor Presidente

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos.

Permita que me apresente: o meu nome é Vicent Humbert e tenho 21 anos. Sofri um acidente de aviação no dia 24 de Setembro de 2000. Fiquei nove meses em coma. Encontro-me actualmente no hospital hélio-marinho, em Berck, na região do Pas-de-Calais.

Todos os meus sentidos vitais foram afectados, com excepção da audição e da inteligência o que me dá um pouco de conforto.

Movimento muito ligeiramente a mão direita com uma pressão do polegar a cada letra acertada do alfabeto. Essas letras constituem palavras e essas palavras formam frases. É o meu único meio de comunicação.

Tenho actualmente, a meu lado, a minha animadora a soletrar – me o alfabeto, separando vogais e consoantes. Foi dessa forma de decidi escrever-lhe.

Os médicos decidiram enviar-me para uma casa de acolhimento especializada.

O senhor tem o direito de indulto e eu peço o direito de morrer

Queria fazê-lo evidentemente por mim, mas principalmente pela minha mãe; ela abandonou tudo o que dizia respeito à sua antiga vida para ficar ao meu lado, aqui em Berck, trabalhando de manhã e à noite depois de me visitar, sete dias por semana, sem nenhum dia de descanso. Isto tudo para poder pagar a renda do seu miserável estúdio.

Por enquanto ainda é nova. Mas daqui a alguns anos já não conseguirá aguentar este ritmo de trabalho, ou seja, já não poderá pagar a renda e terá de voltar para o seu apartamento, na Normandia.

Mas é impossível imaginar-me sem a sua presença ao seu lado e penso que qualquer doente que tenha toda a sua consciência é responsável pelos seus actos e tem o direito de querer continuar a viver ou morrer.

Queria que soubesse que o senhor é a minha última esperança. Fique igualmente sabendo que fui um concidadão sem história, sem registo criminal, desportista, bombeiro voluntário.

Não mereço um destino tão atroz e espero que leia esta carta que lhe é especialmente endereçada. Dê os meus cumprimentos à sua esposa.

Para mim todas as suas acções, tal como as moedas amarelas, são boas.

Quando ao senhor, espero que o seu quinquénio se passe como desejar apesar dos atentados terroristas.

Subcrevo-me Senhor Presidente, com os melhores cumprimentos.

Vicent Humbert

P.S: Gostaria de receber uma resposta do senhor mesmo que seja negativa.

*ANEXO Nº 63***Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades
Fundamentais****(Modificada nos termos das disposições dos Protocolos nºs 11 e 14)**

Adoptada em Roma, a 4 de Novembro de 1950.

TÍTULO I**(Direitos e liberdades)****Artigo 2.º****(Direito à vida)**

1. O direito de qualquer pessoa à vida é protegido pela lei. Ninguém poderá ser intencionalmente privado da vida, salvo em execução de uma sentença capital pronunciada por um tribunal, no caso de o crime ser punido com esta pena pela lei.

2. Não haverá violação do presente artigo quando a morte resulte de recurso à força, tornado absolutamente necessário:

- a) Para assegurar a defesa de qualquer pessoa contra uma violência ilegal;
- b) Para efectuar uma detenção legal ou para impedir a evasão de uma pessoa detida legalmente;
- c) Para reprimir, em conformidade com a lei, uma revolta ou uma insurreição.

<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/conv-tratados-04-11-950-ets-5.html>

ANEXO N° 65

DIRETRIZES E DECLARAÇÕES~

Código de Nuremberg

O Tribunal de Nuremberg, em 9 de dezembro de 1946, julgou vinte e três pessoas - vinte das quais, médicos - que foram consideradas criminosas de guerra, pelos brutais experimentos realizados em seres humanos. Em 19 de agosto de 1947 divulgou as sentenças, além de um documento que ficou conhecido como Código de Nuremberg. Sete acusados foram condenados à morte.

Este documento tornou-se um marco na história da humanidade: pela primeira vez, estabeleceu-se recomendação internacional sobre os aspectos éticos envolvidos na pesquisa em seres humanos.

Íntegra

Tribunal Internacional de Nuremberg - 1947

1. O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Isso significa que as pessoas que serão submetidas ao experimento devem ser legalmente capazes de dar consentimento; essas pessoas devem exercer o livre direito de escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição posterior; devem ter conhecimento suficiente do assunto em estudo para tomarem uma decisão. Esse último aspecto exige que sejam explicados às pessoas a natureza, a duração e o propósito do experimento; os métodos segundo os quais será conduzido; as inconveniências e os riscos esperados; os efeitos sobre a saúde ou sobre a pessoa do participante, que eventualmente possam ocorrer, devido à sua participação no experimento. O dever e a responsabilidade de garantir a qualidade do consentimento repousam sobre o pesquisador que inicia ou dirige um experimento ou se compromete nele. São deveres e responsabilidades pessoais que não podem ser delegados a outrem impunemente.

2. O experimento deve ser tal que produza resultados vantajosos para a sociedade, que não possam ser buscados por outros métodos de estudo, mas não podem ser feitos de maneira casuística ou desnecessariamente.

3. O experimento deve ser baseado em resultados de experimentação em animais e no conhecimento da evolução da doença ou outros problemas em estudo; dessa maneira, os resultados já conhecidos justificam a condição do experimento.

4. O experimento deve ser conduzido de maneira a evitar todo sofrimento e danos desnecessários, quer físicos, quer materiais.

5. Não deve ser conduzido qualquer experimento quando existirem razões para acreditar que pode ocorrer morte ou invalidez permanente; excepto, talvez, quando o próprio médico pesquisador se submeter ao experimento.

6. O grau de risco aceitável deve ser limitado pela importância do problema que o pesquisador se propõe a resolver.

7. Devem ser tomados cuidados especiais para proteger o participante do experimento de qualquer possibilidade de dano, invalidez ou morte, mesmo que remota.

8. O experimento deve ser conduzido apenas por pessoas cientificamente qualificadas.

9. O participante do experimento deve ter a liberdade de se retirar no decorrer do experimento.

10. O pesquisador deve estar preparado para suspender os procedimentos experimentais em qualquer estágio, se ele tiver motivos razoáveis para acreditar que a continuação do experimento provavelmente causará dano, invalidez ou morte para os participantes.

CÓDIGO CIVIL PORTUGUÊS

(Actualizado até à Lei 59/99, de 30/06)

SECÇÃO II

Direitos de personalidade

ARTIGO 70º

(Tutela geral da personalidade)

1. A lei protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita ou ameaça de ofensa à sua personalidade física ou moral.

2. Independentemente da responsabilidade civil a que haja lugar, a pessoa ameaçada ou ofendida pode requerer as providências adequadas às circunstâncias do caso, com o fim de evitar a consumação da ameaça ou atenuar os efeitos da ofensa já cometida.

ARTIGO 71º

(Ofensa a pessoas já falecidas)

1. Os direitos de personalidade gozam igualmente de protecção depois da morte do respectivo titular.

2. Tem legitimidade, neste caso, para requerer as providências previstas no nº 2 do artigo anterior o cônjuge sobrevivente ou qualquer descendente, ascendente, irmão, sobrinho ou herdeiro do falecido.

3. Se a ilicitude da ofensa resultar da falta de consentimento, só as pessoas que o deveriam prestar têm legitimidade, conjunta ou separadamente, para requerer as providências a que o número anterior se refere.

<http://www.stj.pt/nsrepo/geral/cptlp/Portugal/CodigoCivil.pdf>

Convenção de Oviedo

CONVENÇÃO PARA A PROTECÇÃO 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

Resol. da Ass. da República nº 1/01

de 3/01

Preâmbulo

Os Estados membros do Conselho da Europa, os outros Estados e a Comunidade Europeia, signatários da presente Convenção:

Considerando a Declaração Universal dos Direitos do Homem, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de Dezembro de 1948;

Considerando a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, de 4 de Novembro de 1950;

Considerando a Carta Social Europeia, de 18 de Outubro de 1961;

Considerando o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, de 16 de Dezembro de 1966;

Considerando a Convenção para a Protecção das Pessoas relativamente ao Tratamento Automatizado de Dados de Carácter Pessoal, de 28 de Janeiro de 1981;

Considerando igualmente a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 20 de Novembro de 1989;

Considerando que o objectivo do Conselho da Europa é o de realizar uma união mais estreita entre os seus membros e que um dos meios para atingir esse objectivo é a salvaguarda e o desenvolvimento dos direitos do homem e das liberdades fundamentais;

Conscientes dos rápidos desenvolvimentos da biologia e da medicina;

Convencidos da necessidade de respeitar o ser humano simultaneamente como indivíduo e membro pertencente à espécie humana e reconhecendo a importância de assegurar a sua dignidade;

Conscientes dos actos que possam pôr em perigo a dignidade humana pelo uso impróprio da biologia e da medicina;

Afirmando que os progressos da biologia e da medicina devem ser utilizados em benefício das gerações presentes e futuras;

Salientando a necessidade de uma cooperação internacional para que a Humanidade inteira beneficie do contributo da biologia e da medicina;

Reconhecendo a importância de promover um debate público sobre as questões suscitadas pela aplicação da biologia e da medicina e sobre as respostas a fornecer a essas mesmas questões;

Desejosos de recordar a cada membro do corpo social os seus direitos e as suas responsabilidades;

Tomando em consideração os trabalhos da Assembleia Parlamentar neste domínio, incluindo a Recomendação nº 1160 (1991) sobre a elaboração de uma convenção de bioética;

Resolvidos a tomar, no âmbito das aplicações da biologia e da medicina, as medidas adequadas a garantir a dignidade do ser humano e os direitos e liberdades fundamentais da pessoa;

acordaram no seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1º

Objecto e finalidade

As Partes na presente Convenção protegem o ser humano na sua dignidade e na sua identidade e garantem a toda a pessoa, sem discriminação, o respeito pela sua integridade e pelos seus outros direitos e liberdades fundamentais face às aplicações da biologia e da medicina.

Cada uma Partes deve adoptar, no seu direito interno, as medidas necessárias para tornar efectiva a aplicação das disposições da presente Convenção.

Artigo 2º

Primado do ser humano

O interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência.

Artigo 3º

Acesso equitativo aos cuidados de saúde

As Partes tomam, tendo em conta as necessidades de saúde e os recursos disponíveis, as medidas adequadas com vista a assegurar, sob a sua jurisdição, um acesso equitativo aos cuidados de saúde de qualidade apropriada.

Artigo 4º

Obrigações profissionais e regras de conduta

Qualquer intervenção na área da saúde, incluindo a investigação, deve ser efectuada na observância das normas e obrigações profissionais, bem como das regras de conduta aplicáveis ao caso concreto.

CAPÍTULO II

Consentimento

Artigo 5º

Regra geral

Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido.

Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos.

A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.

Artigo 6º

Protecção das pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento

1 - Sem prejuízo dos artigos 17º e 20º, qualquer intervenção sobre uma pessoa que careça de capacidade para prestar o seu consentimento apenas poderá ser efectuada em seu benefício directo.

2 - Sempre que, nos termos da lei, um menor careça de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efectuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei.

A opinião do menor é tomada em consideração como um factor cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade.

3 - Sempre que, nos termos da lei, um maior careça, em virtude de deficiência mental, de doença ou por motivo similar, de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efectuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei.

A pessoa em causa deve, na medida do possível, participar no processo de autorização.

4 - O representante, a autoridade, a pessoa ou a instância mencionados nos nºs 2 e 3 recebem, nas mesmas condições, a informação citada no artigo 5º.

5 - A autorização referida nos nºs 2 e 3 pode, em qualquer momento, ser retirada no interesse da pessoa em questão.

Artigo 7º

Protecção das pessoas que sofram de perturbação mental

Sem prejuízo das condições de protecção previstas na lei, incluindo os procedimentos de vigilância e de controlo, bem como as vias de recurso, toda a pessoa que sofra de perturbação mental grave não poderá ser submetida, sem o seu consentimento, a uma

intervenção que tenha por objectivo o tratamento dessa mesma perturbação, salvo se a ausência de tal tratamento puser seriamente em risco a sua saúde.

Artigo 8º

Situações de urgência

Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa.

Artigo 9º

Vontade anteriormente manifestada

A vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta.

CAPÍTULO III

Vida privada e direito à informação

Artigo 10º

Vida privada e direito à informação

1 - Qualquer pessoa tem direito ao respeito da sua vida privada no que toca a informações relacionadas com a sua saúde.

2 - Qualquer pessoa tem o direito de conhecer toda a informação recolhida sobre a sua saúde. Todavia, a vontade expressa por uma pessoa de não ser informada deve ser respeitada.

3 - A título excepcional, a lei pode prever, no interesse do paciente, restrições ao exercício dos direitos mencionados no nº 2.

CAPÍTULO IV

Genoma humano

Artigo 11º

Não discriminação

É proibida toda a forma de discriminação contra uma pessoa em virtude do seu património genético.

Artigo 12º

Testes genéticos predictivos

Não se poderá proceder a testes predictivos de doenças genéticas ou que permitam quer a identificação do indivíduo como portador de um gene responsável por uma doença quer a detecção de uma predisposição ou de uma susceptibilidade genética a uma doença, salvo para fins médicos ou de investigação médica e sem prejuízo de um aconselhamento genético apropriado.

Artigo 13º

Intervenções sobre o genoma humano

Uma intervenção que tenha por objecto modificar o genoma humano não pode ser levada a efeito senão por razões preventivas, de diagnóstico ou terapêuticas e somente se não tiver por finalidade introduzir uma modificação no genoma da descendência.

Artigo 14º

Não selecção do sexo

Não é admitida a utilização de técnicas de procriação medicamente assistida para escolher o sexo da criança a nascer, salvo para evitar graves doenças hereditárias ligadas ao sexo.

CAPÍTULO V

Investigação científica

Artigo 15º

Regra geral

A investigação científica nos domínios da biologia e da medicina é livremente exercida sem prejuízo das disposições da presente Convenção e das outras disposições jurídicas que asseguram a protecção do ser humano.

Artigo 16º

Protecção das pessoas que se prestam a uma investigação

Nenhuma investigação sobre uma pessoa pode ser levada a efeito a menos que estejam reunidas as seguintes condições:

- i) Inexistência de método alternativo à investigação sobre seres humanos, de eficácia comparável;
- ii) Os riscos em que a pessoa pode incorrer não sejam desproporcionados em relação aos potenciais benefícios da investigação;
- iii) O projecto de investigação tenha sido aprovado pela instância competente, após ter sido objecto de uma análise independente no plano da sua pertinência científica, incluindo uma avaliação da relevância do objectivo da investigação, bem como de uma análise pluridisciplinar da sua aceitabilidade no plano ético;
- iv) A pessoa que se preste a uma investigação seja informada dos seus direitos e garantias previstos na lei para a sua protecção;
- v) O consentimento referido no artigo 5º tenha sido prestado de forma expressa, específica e esteja consignado por escrito. Este consentimento pode, em qualquer momento, ser livremente revogado.

Artigo 17º

Protecção das pessoas que careçam de capacidade para consentir numa investigação

1 - Nenhuma investigação pode ser levada a efeito sobre uma pessoa que careça, nos termos do artigo 5º, de capacidade para nela consentir senão quanto estiverem reunidas as seguintes condições:

- i) As condições enunciadas no artigo 16º, alíneas i) a iv), estejam preenchidas;
- ii) Os resultados da investigação comportarem um benefício real e directo para a sua saúde;
- iii) A investigação não possa ser efectuada com uma eficácia comparável sobre sujeitos capazes de nela consentir;
- iv) A autorização prevista no artigo 6º tenha sido dada especificamente e por escrito; e
- v) A pessoa em causa não tenha manifestado a sua oposição.

2 - A título excepcional e nas condições de protecção previstas na lei, uma investigação cujos resultados não comportam um benefício directo para a saúde da pessoa envolvida pode ser autorizada se estiverem reunidas as condições enunciadas nas alíneas i), iii), iv) e v) do anterior nº 1, bem como as seguintes condições suplementares:

- i) A investigação tenha como finalidade contribuir, através de uma melhoria significativa do conhecimento científico do estado de saúde da pessoa, da sua doença ou perturbação, para obtenção, a prazo, de resultados que permitam um benefício para a pessoa em causa ou para outras pessoas do mesmo grupo etário ou que sofram da mesma doença ou perturbação ou apresentando as mesmas características;
- ii) A investigação apenas apresente um risco mínimo, bem como uma coacção mínima para a pessoa em questão.

Artigo 18º

Pesquisa em embriões in vitro

- 1 - Quando a pesquisa em embriões in vitro é admitida por lei, esta garantirá uma protecção adequada do embrião.
- 2 - A criação de embriões humanos com fins de investigação é proibida.

CAPÍTULO VI

Colheita de órgãos e tecidos em dadores vivos para fins de transplante

Artigo 19º

Regra geral

- 1 - A colheita de órgãos ou de tecidos em dador vivo para transplante só pode ser efectuada no interesse terapêutico do receptor e sempre que não se disponha de órgão ou tecido apropriados provindos do corpo de pessoa falecida nem de método terapêutico alternativo de eficácia comparável.
- 2 - O consentimento previsto no artigo 5º deverá ter sido prestado de forma expressa e específica, quer por escrito quer perante uma instância oficial.

Artigo 20º

Protecção das pessoas que careçam de capacidade para consentir na colheita de um órgão

- 1 - Nenhuma colheita de órgão ou de tecido poderá ser efectuada em pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento, nos termos do artigo 5º.
- 2 - A título excepcional e nas condições de protecção previstas na lei, a colheita de tecidos regeneráveis numa pessoa que careça de capacidade para prestar o seu consentimento poderá ser autorizada se estiverem reunidas as seguintes condições:

- i) Quando não se disponha de dador compatível gozando de capacidade para prestar consentimento;
- ii) O receptor for um irmão ou uma irmã do dador;
- iii) A dádiva seja de natureza a preservar a vida do receptor;
- iv) A autorização prevista nos n.ºs 2 e 3 do artigo 6.º tenha sido dada de forma específica e por escrito, nos termos da lei e em conformidade com a instância competente;
- v) O potencial dador não manifeste a sua oposição.

CAPÍTULO VII

Proibição de obtenção de lucros e utilização de partes do corpo humano

Artigo 21.º

Proibição de obtenção de lucros

O corpo humano e as suas partes não devem ser, enquanto tal, fonte de quaisquer lucros.

Artigo 22.º

Utilização de partes colhidas no corpo humano

Sempre que uma parte do corpo humano tenha sido colhida no decurso de uma intervenção, não poderá ser conservada e utilizada para outro fim que não aquele para que foi colhida e apenas em conformidade com os procedimentos de informação e consentimento adequados.

CAPÍTULO VIII

Violação das disposições da Convenção

Artigo 23º

Violação dos direitos ou princípios

As Partes asseguram uma protecção jurisdicional adequada a fim de impedir ou pôr termo, no mais curto prazo, a uma violação ilícita dos direitos ou princípios reconhecidos na presente Convenção.

Artigo 24º

Reparação de dano injustificado

A pessoa que tenha sofrido um dano injustificado resultante de uma intervenção tem direito a uma reparação equitativa nas condições e de acordo com as modalidades previstas na lei.

Artigo 25º

Sanções

As Partes prevêem sanções adequadas nos casos de incumprimento das disposições da presente Convenção.

CAPÍTULO IX

Relacionamento da presente Convenção com outras disposições

Artigo 26º

Restrições ao exercício dos direitos

1 - O exercício dos direitos e as disposições de protecção contidos na presente Convenção não podem ser objecto de outras restrições senão as que, previstas na lei, constituem providências necessárias, numa sociedade democrática, para a segurança

pública, a prevenção de infracções penais, a protecção da saúde pública ou a salvaguarda dos direitos e liberdades de terceiros.

2 - As restrições que constam do número anterior não podem ser aplicadas aos artigos 11º, 13º, 14º, 16º, 17º, 19º, 20º e 21º.

Artigo 27º

Protecção mais ampla

Nenhuma das disposições da presente Convenção poderá ser interpretada no sentido de limitar ou prejudicar a faculdade de cada Parte conceder uma protecção mais ampla do que a prevista na presente Convenção, face às aplicações da biologia e da medicina.

CAPÍTULO X

Debate público

Artigo 28º

Debate público

As Partes na presente Convenção zelam para que as questões fundamentais suscitadas pelo desenvolvimento da biologia e da medicina sejam objecto de um debate público adequado, à luz, particularmente, das implicações médicas, sociais, económicas, éticas e jurídicas pertinentes, e que as suas possíveis aplicações sejam objecto de consultas apropriadas.

CAPÍTULO XI

Interpretação e acompanhamento da Convenção

Artigo 29º

Interpretação da Convenção

O Tribunal Europeu dos Direitos do Homem pode emitir, para além de qualquer litígio concreto que esteja a decorrer perante uma jurisdição, pareceres consultivos sobre questões jurídicas relativas à interpretação da presente Convenção, a pedido:

Do Governo de uma Parte, após ter informado as outras Partes;

Do Comité instituído pelo artigo 32º, na sua composição restrita aos representantes das Partes na presente Convenção, por decisão tomada pela maioria de dois terços dos votos expressos.

Artigo 30º

Relatórios sobre a aplicação da Convenção

Qualquer das Partes deverá fornecer, a requerimento do Secretário-Geral do Conselho da Europa, os esclarecimentos pertinentes sobre a forma como o seu direito interno assegura a aplicação efectiva de quaisquer disposições desta Convenção.

CAPÍTULO XII

Protocolos

Artigo 31º

Protocolos

Os Protocolos podem ser elaborados nos termos do disposto no artigo 32º, com vista a desenvolver, em áreas específicas, os princípios contidos na presente Convenção.

Os Protocolos ficam abertos à assinatura dos signatários da Convenção. Serão submetidos a ratificação, aceitação ou aprovação. Nenhum signatário poderá ratificar, aceitar ou aprovar os Protocolos sem ter, anteriormente ou simultaneamente, ratificado, aceite ou aprovado a Convenção.

CAPÍTULO XIII

Alterações à Convenção

Artigo 32º

Alterações à Convenção

1 - As tarefas confiadas ao Comité no presente artigo e no artigo 29º são efectuadas pelo Comité Director para a Bioética (CDBI) ou por qualquer outro comité designado para este efeito pelo Comité de Ministros.

2 - Sem prejuízo das disposições específicas do artigo 29º, qualquer Estado membro do Conselho da Europa bem como qualquer Parte na presente Convenção não membro do Conselho da Europa pode fazer-se representar no seio do Comité, quando este desempenhe as tarefas confiadas pela presente Convenção, nele dispondo cada um do direito a um voto.

3 - Qualquer Estado referido no artigo 33º ou convidado a aderir à Convenção nos termos do disposto no artigo 34º, que não seja Parte na presente Convenção, pode designar um observador junto do Comité. Se a Comunidade Europeia não for Parte, poderá designar um observador junto do Comité.

4 - A fim de acompanhar a evolução científica, a presente Convenção será objecto de um exame no seio do Comité num prazo máximo de cinco anos após a sua entrada em vigor e, posteriormente, segundo intervalos que o Comité determinará.

5 - Qualquer proposta de alteração à presente Convenção bem como qualquer proposta de Protocolo ou de alteração a um Protocolo, apresentada por uma Parte, pelo Comité ou pelo Comité de Ministros, será comunicada ao Secretário-Geral do Conselho da Europa, que diligenciará pelo seu envio aos Estados membros do Conselho da Europa, à Comunidade Europeia, a qualquer signatário, a qualquer Parte, a qualquer Estado convidado a assinar a presente Convenção nos termos do disposto no artigo 33º e a qualquer Estado convidado a aderir à mesma, nos termos do disposto no artigo 34º.

6 - O Comité apreciará a proposta o mais tardar dois meses após esta ter sido comunicada pelo Secretário-Geral de acordo com o nº 5. O Comité submeterá o texto adoptado pela maioria de dois terços dos votos expressos à aprovação do Comité de

Ministros. Após a sua aprovação, o texto será comunicado às Partes com vista à sua ratificação, aceitação ou aprovação.

7 - Qualquer alteração entrará em vigor, relativamente às Partes que a aceitaram, no 1º dia do mês seguinte ao termo de um período de um mês após a data em que a referida Parte tenha informado o Secretário-Geral da sua aceitação.

CAPÍTULO XIV

Disposições finais

Artigo 33º

Assinatura, ratificação e entrada em vigor

1 - A presente Convenção fica aberta à assinatura dos Estados membros do Conselho da Europa, dos Estados não membros que participaram na sua elaboração e da Comunidade Europeia.

2 - A presente Convenção será sujeita a ratificação, aceitação ou aprovação. Os instrumentos de ratificação, de aceitação ou de aprovação serão depositados junto do Secretário-Geral do Conselho da Europa.

3 - A presente Convenção entrará em vigor no 1º dia do mês seguinte ao termo de um período de três meses após a data em que cinco Estados, incluindo pelo menos quatro Estados membros do Conselho da Europa, tenham expressado o seu consentimento em ficar vinculados pela Convenção, em conformidade com as disposições do número anterior.

4 - Para todo o Signatário que expresse ulteriormente o seu consentimento em ficar vinculado pela Convenção, esta entrará em vigor no 1º dia do mês seguinte ao termo de um período de três meses após a data do depósito do seu instrumento de ratificação, de aceitação ou de aprovação.

Artigo 34º

Estados não membros

1 - Após a entrada em vigor da presente Convenção, o Comité de Ministros do Conselho da Europa poderá, após consulta das Partes, convidar qualquer Estado não membro do Conselho da Europa a aderir à presente Convenção, por decisão tomada pela maioria prevista na alínea d) do artigo 20º, do Estatuto do Conselho da Europa, e por unanimidade dos representantes dos Estados contratantes com direito de assento no Comité de Ministros.

2 - Para qualquer Estado aderente, a Convenção entrará em vigor no primeiro dia do mês seguinte ao termo de um período de três meses após a data do depósito do instrumento de adesão junto do Secretário-Geral do Conselho da Europa.

Artigo 35º

Aplicação territorial

1 - Qualquer signatário poderá, no momento da assinatura ou no momento do depósito do seu instrumento de ratificação, de aceitação ou de aprovação, designar o território ou os territórios aos quais se aplicará a presente Convenção. Qualquer outro Estado poderá formular a mesma declaração no momento do depósito do seu instrumento de adesão.

2 - Qualquer Parte poderá, em qualquer momento ulterior, alargar a aplicação da presente Convenção, mediante declaração dirigida ao Secretário-Geral do Conselho da Europa, a qualquer outro território aí designado e relativamente ao qual essa Parte assegure as relações internacionais ou pelo qual se encontra habilitada a estipular. A Convenção entrará em vigor, no que respeita a este território, no 1º dia do mês seguinte ao termo de um período de três meses após a data de recepção da declaração pelo Secretário-Geral.

3 - Qualquer declaração feita ao abrigo dos dois números precedentes poderá ser retirada, no que se refere a qualquer território nela designado, mediante notificação dirigida ao Secretário-Geral. A retirada produzirá efeitos no 1º dia do mês seguinte ao

termo de um período de três meses após a data de recepção da notificação pelo Secretário-Geral.

Artigo 36º

Reservas

1 - Qualquer Estado e a Comunidade Europeia poderão, no momento da assinatura da presente Convenção ou do depósito do instrumento de ratificação, de aceitação, de aprovação ou de adesão, formular uma reserva a propósito de qualquer disposição da Convenção, na medida em que uma lei então em vigor no seu território estiver em discordância com aquela disposição. Este artigo não autoriza reservas de carácter geral.

2 - Toda a reserva feita em conformidade com o presente artigo será acompanhada de uma breve descrição da lei pertinente.

3 - Qualquer Parte que torne extensiva a um território designado por uma declaração prevista nos termos do nº 2 do artigo 35º a aplicação da presente Convenção poderá, para o território em causa, formular uma reserva, em conformidade com o disposto nos números anteriores.

4 - Qualquer Parte que tenha formulado a reserva referida no presente artigo poderá retirá-la mediante uma declaração dirigida ao Secretário-Geral do Conselho da Europa.

A retirada entrará em vigor no 1.º dia do mês seguinte ao termo de um período de três meses após a data de recepção da declaração pelo Secretário-Geral.

Artigo 37º

Denúncia

1 - Qualquer Parte poderá, em qualquer momento, denunciar a presente Convenção mediante notificação dirigida ao Secretário-Geral do Conselho da Europa.

2 - A denúncia produzirá efeitos no 1º dia do mês seguinte ao termo de um período de três meses após a data de recepção da notificação pelo Secretário-Geral.

Artigo 38º

Notificações

O Secretário-Geral do Conselho da Europa notificará aos Estados membros do Conselho, à Comunidade Europeia, a qualquer signatário, a qualquer Parte e a qualquer outro Estado que tenha sido convidado a aderir à presente Convenção:

- a) Qualquer assinatura;
- b) O depósito de qualquer instrumento de ratificação, de aceitação, de aprovação ou de adesão;
- c) Qualquer data de entrada em vigor da presente Convenção, de acordo com os seus artigos 33º ou 34º;
- d) Qualquer alteração ou protocolo adoptado nos termos do artigo 32º e a data em que essa alteração ou esse protocolo entrar em vigor;
- e) Qualquer declaração formulada ao abrigo das disposições do artigo 35º;
- f) Qualquer reserva e qualquer retirada da reserva formuladas nos termos do disposto no artigo 36º;
- g) Qualquer outro acto, notificação ou comunicação atinentes à presente Convenção.

Em fé do que os abaixo assinados, devidamente autorizados para o efeito, assinaram a presente Convenção.

Feito em Oviedo (Astúrias), em 4 de Abril de 1997, em francês e inglês, os dois textos fazendo igualmente fé, num único exemplar, que será depositado nos arquivos do Conselho da Europa. O Secretário-Geral do Conselho da Europa enviará cópias autenticadas a cada um dos Estados membros do Conselho da Europa, à Comunidade Europeia, aos Estados não membros que tomaram parte na elaboração da presente Convenção e a qualquer Estado convidado a aderir à presente Convenção.

ANEXO Nº 81

Código Penal

LIVRO II - Parte especial

TÍTULO I - Dos crimes contra as pessoas

CAPÍTULO IV - Dos crimes contra a liberdade pessoal

Artigo 156.º - Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários

1 - As pessoas indicadas no artigo 150.º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até três anos ou com pena de multa.

2 - O facto não é punível quando o consentimento:

a) Só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde; ou

b) Tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde;

e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado.

3 - Se, por negligência grosseira, o agente representar falsamente os pressupostos do consentimento, é punido com pena de prisão até seis meses ou com pena de multa até 60 dias.

4 - O procedimento criminal depende de queixa.

http://bdjur.almedina.net/citem.php?field=node_id&value=1224716

BIBLIOGRAFIA

Alves, Ricardo Barbosa – *Eutanásia, bioética e vidas sucessivas*. Sorocaba : Brazilian Books, 2001.

Bacon, Francis – *Historia vitae et mortis* 1623 e Nova Atlântida.

Boléo, José de Paiva – *A eutanásia e o sofrimento humano*. Lisboa : Acção Médica, 1962.

Brito, António José dos Santos Lopes de – *Estudo jurídico da eutanásia em Portugal: direito sobre a vida ou dever de viver?* Coimbra : Almedina, 2000.

Brito, Teresa Quintela de – *Direito penal: parte especial*. Coimbra: Coimbra Editora, 2007.

Cardoso, Alvaro Lopes – *O Direito de morrer: Suicídio e eutanásia*. Mem Martins : Publicações Europa-América, 1987.

Cardoso, Augusto Lopes – *Alguns aspectos jurídicos da eutanásia*. Lisboa : [s.n.], 1990.

Casal, Cláudia Neves – *Homicídio privilegiado por compaixão*. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

Catecismo da Igreja Católica. 2ª ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1999.

Catroga, Fernando José de Almeida – *Antero de Quental : história, socialismo e política*. Lisboa : Editorial Notícias, 2001.

Colóquio sobre Eutanásia. Lisboa : Academia das Ciências, 1993.

Comte-Sponville, André – *Deve a eutanásia ser legalizada?* 1ª ed. Porto : Campo das Letras, 2005.

Cundiff, David – *A eutanásia não é resposta*. Lisboa : Inst. Piaget, D.L. 1997.

Durkheim, Émile. – *O suicídio: estudo sociológico*. 7ª ed. Lisboa: Editorial Presença. 2001.

Engelhardt, H. T. – *The context of health care, persons, possessions, and a states : the foundations of bioethics*. 2ª ed. New York: Oxford University Press, 1996. P. 135-188.

Fernandes, António Teixeira – *A relação vida-morte e a eutanásia*. Porto : [s.n.], 1993.

Ferreira, Nuno – *A eutanásia: entre o debate jurídico e a evolução pública*. [Coimbra] : Coimbra Editora : Centro de Direito Biomédico, [2008?].

- Guerra**, Miller – *A "talidomida" e a eutanásia a propósito do processo de Liège*. Gouveia : Gráfica de Gouveia, 1963.
- Humbert**, Vicent – *Peço o direito de morrer*. Porto : Civilização cop. 2004.
- Juménez de Asúa**, Luis Libertad para amar y derecho a morir . Buenos Aires : Losada, 1942, P. 476-477
- Kant**, I. – *Transição da filosofia moral popular para a metafísica dos costumes*. Lisboa : edições 70, 2003. P. 39-91.
- Lecky**, William Edward Hartpole - *History of European Morals*. 5th ed. London : Longmans, Green and Co, 1882.
- Locke**, John – *Of identity and diversity : "An essay concerning human understanding"*. Vol. 2 : Cap. XXXVII. New York: Prometheus Books, 1995.
- Lopes**, Maria Albertina – *Eutanásia: estudos*. Lisboa : editora Delfos, 1972.
- Monge**, Fernando – *Eutanásia*. Lisboa : Rei dos Livros, 1991.
- Mónica**, Maria Filomena de Carvalho Godinho – *A Morte*. Lisboa : Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2011.
- Moore**, Thomas – *A Utopia*. Rio de Janeiro : Athena Editora, 1937.
- Peixoto**, Alberto – *Da morte à eutanásia: representações sociais*. [S.l.] : Macaronésia, 2006.
- Pohier**, Jacques – *A morte oportuna: o direito de cada um decidir o fim da sua vida*. 1ª ed. Lisboa : Notícias 1999.
- Rawls**, John – *Uma teoria da Justiça*. 1ª ed. Lisboa : Presença 1993.
- Royo-Villanova Morales**, Ricardo – *Concepto y definición de la eutanásia*. Zaragoza: La Academia, 1928. P. 10.
- Sampedro**, Ramón – *Cartas do Inferno*. Lisboa : Dom Quixote, 2005.
- Santo Agostinho** – *A morte voluntária por medo à dor ou à desonra*. In *Santo Agostinho. A Cidade de Deus*. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996 (Livro I-XVII). P. 149.
- Santos Ruy** – *Da euthanásia nos incuráveis dolorosos*. These de doutoramento. Bahia, 1928.

P. 6-7.

Santos, Laura Ferreira dos – *Ajudas-me a Morrer?* : a morte assistida na cultura ocidental do século XXI. Rio de Janeiro : Sextante Editora, 2009.

Santos, Laura Ferreira dos – *Testamento Vital, o que é? Como elabora-lo?* Rio de Janeiro : Sextante Editora, 2010.

Singer, Peter – *Beyond the discontinuous mind*. ed. 2ª. [S.l.] : [s.n.], 1996. P. 135-188.

Torga, Miguel – *O Alma Grande* : Contos. Lisboa : Dom Quixote, 2001.

Welby, Piergiorgio – *Lasciatemi morire*. Milão : Rizzoli, 2006.

- Ilustração 1 **Sigmund Freud** consultado a 17 de Setembro de 2010
<http://frasesespiritas.blogspot.com/2010/07/frases-sobre-inteligencia.html>
- Ilustração 2 **Karen Anne Quilan** consultado a 17 de Setembro de 2010
<http://www.findagrave.com/cgi-bin/fg.cgi?page=gr&GRid=6497327>
- Ilustração 3 **Diane Pretty** consultado a 17 de Setembro de 2010
<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1682321.stm>
- Ilustração 4 **Piergiorgio Welby** consultado a 17 de Setembro de 2010
<http://g1.globo.com/Noticias/Mundo/0,,AA1395745-5602,00.html>
- Ilustração 5 **Inmaculada Echevarría**, consultado a 17 de Setembro de 2010
<http://www.bioeticas.org/bio.php?articulo228>
- Ilustração 6 **Ramón Sampedro**, consultado a 17 de Setembro de 2010
<http://bbb.blogs.sapo.pt/118743.html>
- Ilustração 7 **Vicent Humbert**, consultado a 17 de Setembro de 2010
<http://www.artevod.com/morthorslaloivincenthumbert>
- Ilustração 8 **Terri Schiavo** consultado a 17 de Setembro de 2010
<http://www.folsomvillage.com/WorldArchives/PicturesOfTerrySchiavo.shtm>
- Ilustração 9 **Jorge León Escudero** consultado a 17 de Setembro de 2010
<http://www.elmundo.es/elmundo/2006/05/07/sociedad/1147000657.html>
- Ilustração 10 – **Eluna Englaro** consultado a 17 de Setembro de 2010
<http://fatioupassou.com/eluana-englaro-morre-na-clinica-em-udine-a-mulher-estava-em-estado-vegetativo-desde-que-sofreu-um-acidente-em-1992-fotos.html>
- Ilustração 11 **Chantal Sébire** consultado a 17 de Setembro de 2010
<http://semuerenlosdioses.blogspot.com/2011/07/eutanasia-en-el-siglo-22.html>
- Ilustração 12 **Hugo Claus** consultado a 17 de Setembro de 2010
<http://www.rtve.es/noticias/20080319/aplican-eutanasia-escritor-belga-hugo-claus/5611.shtml> - consulta 30 Abril de 2011
- Suicidio , <http://plato.stanford.edu/entries/suicide/> consulta 30 Abril de 2011
- John Locke - Of identity and diversity - “An essay concerning human understanding”. Book II
<http://ebooks.adelaide.edu.au/l/locke/john/181u/index.htm>
<http://ebooks.adelaide.edu.au/l/locke/john/181u/B2.27.html>
consulta 30 Abril de 2011
- Professora com filha em estado vegetativo
<http://pt-br.paperblog.com/eutanasia-professora-implora-por-morte-digna-para-filha-em-estado-vegetativo-239333/>