



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

**MARIA TERESA CORREIA MATOS CARMONA
MENDONÇA**

EUTANÁSIA: UM OLHAR BIOÉTICO

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE ÉTICA, DEONTOLOGIA E DIREITO MÉDICOS

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSORA DOUTORA ISABEL MARGARIDA FIGUEIREDO
SILVESTRE
PROFESSOR DOUTOR DUARTE NUNO PESSOA VIEIRA**

MARÇO/2015

RESUMO

Introdução: Eutanásia e suicídio medicamente assistido são tópicos controversos que têm sido tema de debate nos últimos anos em diversas esferas científicas, académicas, sociais e políticas. Com o objectivo de tornar tal discussão mais construtiva, neste artigo comecei por esclarecer os conceitos que a integram e fazer uma revisão histórica da mesma. Actualmente, as diferenças sócio-demográficas e a multiculturalidade que se vive a nível europeu reflectem-se em diferentes legislações nos vários países. Enquanto na Europa Central alguns países legalizaram ou descriminalizaram a eutanásia, em muitos outros a opinião pública não é receptiva a tal prática, como é o caso de Portugal. O respeito por essa multiculturalidade que nos caracteriza passa pela compreensão de todos os pontos de vista da argumentação, que foram postos em evidência neste artigo.

Métodos: Estudo baseado numa pesquisa exaustiva da literatura publicada até Janeiro de 2015, usando as palavras-chaves “eutanásia”, “cuidados paliativos” e “autonomia”, e seleccionando os artigos publicados em inglês e espanhol mais relevantes, referentes ao tema em questão.

Resultados: Foi realçada a complexidade da problemática da eutanásia ao ser abordada por diferentes perspectivas. Aplicaram-se princípios éticos e filosóficos na argumentação a favor e contra a eutanásia, integrando-a num contexto histórico e no contexto sócio-económico actual.

Conclusão: O conflito de interesses e a pluralidade de princípios é evidente e fundamenta a controvérsia do tema. Apesar das várias posições e opiniões, é premente que todos os padrões de actuação médica estejam bem definidos, de forma clara e precisa, tendo sempre em vista a defesa dos melhores interesses do doente.

PALAVRAS-CHAVE: eutanásia, ética, história, legislação, doente terminal, autonomia, cuidados paliativos, Protocolo de Groningen.

ABSTRACT

Background: Euthanasia and assisted dying are controversial issues that have been debated within several scientific, academic, social and political communities. In order to turn such discussion more constructive, in this article I started by clarifying its concepts and giving an historical review. Nowadays, social-demographic differences among European countries reflect differences in legislation of and attitudes toward euthanasia. While legal in some of them, euthanasia and physician assisted suicide acceptance among the general population is still an issue in other countries, such as Portugal. The respect for the European multiculturalism strongly leans on understanding every point of view, which are described in this article.

Methods: A thorough search of earlier and recent literature until January 2015 was conducted using the terms “euthanasia”, “paliative care” and “autonomy”, in PubMed/MedLine databases, and relevant English- and Spanish-language articles were included.

Results: The complexity of euthanasia is highlighted by exposing different attitudes towards this issue. Ethical and philosophical principles were applied to the debate, considering both the historical and the current socioeconomical contexts.

Conclusion: Conflicts of interest and multiculturalism are clear and both give rise to controversy. However different the several opinions and attitudes towards euthanasia may be, it is important to establish clinical practice guidelines in order to act on the best interest of the patient.

KEYWORDS: euthanasia, ethics, history, legislation, terminally ill patient, autonomy, paliative care, Groningen protocol.

ÍNDICE

1	Introdução	4
2	Definição e Conceitos	5
3	Diferenças Socio-demográficas, Culturais e Legislativas	9
	3.1 Diferenças Socio-demográficas e Culturais	9
	3.2. Diferenças Legislativas	11
4	Argumentação	17
	4.1. O carácter sagrado da vida humana	18
	4.2. A autonomia como o direito à auto-determinação ou como um valor prudencial/absoluto	18
	4.3. A integridade da profissão médica	22
	4.4. O argumento do plano inclinado	22
	4.5. Cuidados paliativos	25
5	“Eutanásia Neonatal”	27
6	Conclusão	32
	Agradecimentos	34
	Referências Bibliográficas	35

1 INTRODUÇÃO

A sociedade actual tem como pilares estruturantes de identidade pessoal a liberdade responsável, a autonomia crítica e a individualidade. É exigido ao indivíduo a formulação de opiniões e a assunção de uma posição em relação aos mais variados temas da actualidade. A constância dessas opiniões, uma vez assumidas, permite que mais facilmente seja assegurada a unidade pessoal ao longo do tempo. Contudo, é um pensamento redutor limitarmos a concepção da nossa identidade a posições fixas que vamos assumindo ao longo da vida. Como constata Platão, “reconhecemos que cada ser vivo possui uma existência individual e própria e por isso se diz que é o mesmo indivíduo desde a infância até que envelhece; claro que esse indivíduo não conserva nunca as mesmas características, mas entretanto reconhecemos que é ele mesmo.”¹ Assim, não podemos ceder à apelativa simplicidade de esquemas fixos e imutáveis; por mais informada e bem fundamentada que seja a nossa posição, é ingénuo assumir que será invariável ao longo da vida. A inflexibilidade empobrece o homem na sua essência e realização pessoais e torna-o intolerante com o outro. Reconhecer a versatilidade dos raciocínios humanos é o que nos afasta do fundamentalismo e permite a convivência numa sociedade plural e democrática.

O objectivo deste trabalho é evidenciar a complexidade da problemática da eutanásia, expondo as múltiplas perspectivas pela qual pode ser abordada e fazendo uma análise pormenorizada de todos os pontos de vista da sua discussão. A relevância deste estudo tece-se com o que existe de mais delicado na natureza humana, a sua finitude.

2 DEFINIÇÃO E CONCEITOS

A exponencial evolução da tecnologia nas últimas décadas afectou o ser humano em todas as suas facetas, quer a nível individual, quer social. Esta expansão de conhecimento científico não foi acompanhada por uma igual taxa de crescimento do saber ético e moral; tais disparidades geraram conflitos em quase todos os campos da ciência. No caso da medicina, surgiu a possibilidade de manter uma vida humana recorrendo a meios extraordinários, fúteis e desproporcionais de tratamento, ou seja, prolongá-la para além daquilo que é considerado razoável,² independentemente da escolha do paciente ou do seu grau de sofrimento. Esta conduta de obstinação terapêutica, na qual os meios justificariam os fins,³ é hoje considerada má prática médica, sendo conhecida como *distanásia*.

Estando então estabelecido que a vida não é um bem absoluto e a morte é uma consequência inevitável que não deve ser adiada a todo o custo, é legítimo antecipá-la? Lidar com pedidos de morte por parte de indivíduos que estão ainda na posse, ao olhar de muitos, de uma vivência razoável, pelo menos a nível cognitivo, é outra problemática relacionada com o fim da vida que, ao contrário da *distanásia*, dista ainda de ser consensual. Cabe à sociedade opinar sobre a razoabilidade de uma existência individual ou cada cidadão deve ter o direito de avaliar a qualidade de vida que detém no seu contexto singular? Morrer bem e morrer em paz deve ser um direito inalienável do cidadão, mas abreviar o sofrimento é por si só um motivo válido para encurtar uma vida humana?

A boa morte tem uma definição etimológica que assenta no termo eutanásia. Na prática médica, a eutanásia pode definir-se como a terminação deliberada e indolor da vida de uma pessoa com uma doença incurável, avançada e progressiva que levará inexoravelmente à morte, a seu pedido explícito, repetido, informado e bem reflectido, pela administração de um ou mais fármacos em doses letais.⁴ Este pedido deve ser acompanhado de intenso sofrimento por parte da pessoa doente, de tal modo que a conduta médica seja motivada por um

sentimento de misericórdia e compaixão e tenha como objectivo único o abreviar desse sofrimento. Há que referir que o termo sofrimento é lato, incluindo aspectos físicos e psicológicos.³

A eutanásia, contudo, tem diferentes significados para diferentes pessoas.⁵ É muitas vezes categorizada em voluntária, não voluntária e involuntária e em activa e passiva, termos que importa esclarecer.

A apuração da vontade do paciente e o respeito desse desejo são os determinantes que classificam a eutanásia como voluntária ou não. A *eutanásia não voluntária* ocorre na ausência de um pedido explícito de morte, enquanto que a forma *involuntária* é efectuada a um indivíduo apesar da sua manifestação explícita de viver ou sem que tenha sido conhecida a sua vontade.⁶ Apenas a forma *voluntária* obedece à definição de eutanásia, consistindo as outras práticas um abuso da lei - inclusive nos países cuja legislação descriminaliza a eutanásia, a administração intencional de um fármaco que conduza à morte do paciente na ausência de um pedido explícito da sua parte é uma acção legalmente constituída homicídio.⁶

A concretização ou não de um acto médico que conduza directamente à morte do paciente diferencia os termos de eutanásia activa e passiva. Apenas a *eutanásia activa* corresponde ao acto de eutanásia *per se*; consiste num acto deliberado que tem como resultado a morte. Nos trâmites legais, a relação entre a conduta do agente e o resultado que aquela determina é definida como relação causal.^{7,8}

O termo *eutanásia passiva* é muitas vezes usado para descrever a suspensão ou a abstenção de um tratamento necessário à manutenção da vida de um paciente.⁹ Segundo as guidelines publicadas pela British Medical Association (BMA), apesar de a equipa médica poder prever que a abstenção ou a suspensão do tratamento resulte na morte do paciente, tal é fundamentalmente diferente de uma acção tomada com o propósito ou objectivo de terminar a vida do paciente.¹⁰ Tal afirmação faz a distinção entre a intenção e a simples previsão das

consequências de uma acção que resulte na morte do paciente.¹¹ Também de acordo com a BMA, não sendo alcançado um benefício para o paciente com o tratamento proposto, então este deve ser, ética e legalmente, suspenso.¹⁰

Assim sendo, nestas situações não é imputada responsabilidade criminal ao profissional de saúde, visto que este age de acordo com os protocolos técnicos. A obrigação profissional do médico é inteiramente cumprida, podendo ser considerado que a morte não é um resultado da conduta médica, mas sim um evento natural.³

Tendo isto em conta, a eutanásia passiva diz respeito ao que hoje é encarado como uma prática profissional digna, adequada e diligente.² Tal termo deve ser abandonado, em detrimento do conceito *ortotanásia*. A ortotanásia é, portanto, a antítese da distanásia.

Contudo, também a ortotanásia pode ser um conceito intrinsecamente problemático ao abarcar duas situações que se distinguem na prática clínica – a abstenção (*withhold*) e a suspensão (*withdraw*) do tratamento. No entanto, se estas diferenças estão bem nítidas no exercício clínico diário, tendem a esbater-se consideravelmente do ponto de vista ético, e, de facto, as correntes doutrinárias mais representativas nesta matéria não traçam nenhuma distinção eticamente sustentável entre suspender ou não iniciar um determinado tipo de suporte avançado de vida.²

Por fim, há que esclarecer que, no acto de eutanásia, há necessariamente a participação directa de um agente externo na morte da pessoa. Tal situação deve ser distinguida do *suicídio medicamente assistido*, no qual uma pessoa, geralmente o profissional de saúde, ajuda intencionalmente o paciente a cometer suicídio ao fornecer-lhe os meios necessários à sua execução, mas é o doente que o concretiza.

Na verdade, definições e conceitos não descrevem simplesmente a realidade, mas moldam a forma como esta é percebida. Assim sendo, e tendo em conta o impacto social do

termo eutanásia, assim como as diferentes repercussões legais que cada uma dessas subcategorias acarreta, é de vital importância distingui-las e nomeá-las de acordo.

Em suma, apenas a eutanásia activa e voluntária é entendida como eutanásia.

3. DIFERENÇAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS, CULTURAIS E LEGISLATIVAS

Diferenças culturais podem ser um determinante fundamental na génese de diferentes atitudes em relação à problemática da eutanásia nos vários países europeus. Tal dissemelhança reflecte graus divergentes de aceitação da eutanásia no seio da opinião pública e modelos de legislação e regulamentação independentes. Inclusive dentro de um mesmo país que expresse pouca coesão política e cultural, como é o caso da Bélgica, evidenciam-se diferenças estatisticamente significativas na execução da eutanásia.

3.1. Diferenças sócio-demográficas e culturais

Estudos europeus sobre a opinião pública nesta problemática demonstram que a maioria dos cidadãos é da opinião que a eutanásia ou o suicídio medicamente assistido é aceitável ou deveria ser legalizado.²⁶ Contudo, esta tendência é mais evidente nuns países que noutros.

J. Cohen *et al.* efectuaram um estudo estatístico no qual relacionaram o grau de aceitação da eutanásia com variáveis económicas, sociais, políticas e culturais incluídas no European Value Study de 1999-2000. Os seus resultados demonstraram não existir uma atitude europeia comum em relação à eutanásia – há países cuja opinião pública é receptiva à eutanásia, outros mostram alguma reserva e há também aqueles que de um modo geral a rejeitam. Portugal inclui-se neste último grupo, a Grã-Bretanha é o país com uma posição mais intermédia, e entre os países mais receptivos contam-se a Holanda, Dinamarca, França, Bélgica e Luxemburgo.²⁶

No actual estado da arte, não se verifica uma clara compreensão do que influencia os europeus nas suas posições em relação à eutanásia.²⁶ Entre as variáveis que se pensam ser relevantes na origem de atitudes díspares, e que foram incluídas no referido estudo, contam-se a idade, o sexo, factores sociais, habilitações literárias, identidade religiosa e adesão às

práticas religiosas. De facto, J. Cohen *et al.* inferiram que os homens são ligeiramente mais receptivos à eutanásia do que as mulheres, que esta aceitação diminui quase linearmente com a idade e que aumenta com o nível de educação. Contudo, tais associações perdem alguma relevância quando é introduzida na equação a variável *religião*.

Todas as religiões se baseiam numa moral absolutista e dogmática, condenando o acto de matar em qualquer circunstância, ou seja, independentemente das condições clínicas e da vontade da pessoa. Quanto mais fortes os traços de religiosidade num indivíduo, maior a tendência a considerar a morte assistida como uma prática imoral.²⁷ Pelo contrário, pessoas que afirmam não pertencer a nenhum grupo religioso são mais influenciadas por argumentos relativistas, considerando que por vezes a morte pode ser preferível à vida.²⁸

A identificação com um grupo religioso é um factor que exerce bastante influência em cada um dos grupos representativos das restantes variáveis estudadas, como é o caso da idade – populações mais jovens, educadas em ambientes mais permissivos, têm em geral menos convicções religiosas, podendo daí resultar uma maior receptividade à eutanásia. Outro exemplo é o da educação que, ao aumentar o valor dado à autonomia pessoal e ao individualismo,²⁹ tende a diminuir a religiosidade dos indivíduos.

Apesar de ser considerado um determinante *major* na percepção da eutanásia, o envolvimento religioso não consegue explicar, por si só ou em associação a factores sócio-demográficos, a disparidade de posições que coexistem no seio da União Europeia relativamente a esta problemática. Na verdade, pertencer a uma religião e viver num país liberal terá diferentes consequências do que a identificação com o mesmo grupo religioso vivendo num país conservador. A questão da vida e da morte é o tema central de todas as religiões, mas o poder de uma religião não é o mesmo em todos os países.²⁶ Será necessário portanto considerar também a história e as tradições de cada um. Talvez o exemplo mais marcante seja o da Alemanha. O povo alemão é relativamente tolerante em relação a assuntos

como o divórcio, aborto e hábitos sexuais, mas revela pouca aceitação da eutanásia.³⁰ Este aparente paradoxo de atitudes pode ser entendido ao recordar as ocorrências da 2ª Guerra Mundial. No período nazi, com a autorização em 1939 do programa de eutanásia por Adolf Hitler, foram sacrificadas centenas de crianças com malformações congénitas, doentes mentais e deficientes com mobilidade reduzida.³¹ O estigma que permanece associado à eutanásia no caso singular da Alemanha parece resultar numa maior relutância por parte dos alemães de aceitar esta prática nos dias de hoje.³⁰

Além da história de um país, há ainda a considerar determinantes do tempo presente no complexo processo de formação da opinião pública. Como se pode observar pelo conflito de gerações que parece repetir-se *ad eternum*, aquilo que é considerado aceitável pela voz popular encontra-se em constante mutação. Esta ocorre, de um modo geral, gradualmente, sem que se evidenciem alterações muito perceptíveis num curto período de tempo. Contudo, há determinados eventos que podem precipitar uma rápida mudança dos paradigmas sociais. Um exemplo curioso verifica-se nos países europeus que legalizaram a eutanásia. A aceitação desta prática parece ter aumentado quando comparada com a aceitação antes da legalização.³² Tal evidência parece suportar a hipótese de que, em poucos anos, aquilo que é eticamente aceite sofreu uma adaptação àquilo que é legalmente permitido.³³

3.2. Diferenças legislativas

A eutanásia e o suicídio medicamente assistido estão legalizados na Holanda (Abril de 2002), Bélgica (Junho de 2002) e Luxemburgo (Março de 2009).³¹ Na Suíça, o suicídio assistido não é punível por lei, desde que não haja nenhum motivo egoísta implicado.⁴ Fora da Europa, os estados de Oregon (Novembro de 1994), Washington (Novembro de 2008) e Vermont (Maio de 2013) também legalizaram o suicídio assistido. Há ainda a referir o caso

da Austrália (Território Norte), que legalizou a ambas as práticas em Junho de 1996, tendo a lei sido revogada oito meses depois.³¹

Apesar de permanecer ilegal na maioria dos países, as sanções têm vindo a diminuir e a ser aplicadas com cada vez menos frequência. Por vezes, a legislação em vigor permite distinguir homicídio de uma decisão médica que termine a vida de um paciente em sofrimento intolerável, se a seu pedido,³⁰ como é o caso de Portugal.

Holanda

Em 1984, a Associação Real Médica Holandesa publicou uma lista de requisitos cumulativos a ser preenchidos para que um médico pudesse praticar eutanásia ou suicídio medicamente assistido. Tais requisitos resumem-se a:

- pedido voluntário, competente, explícito e persistente;
- informação completa;
- sofrimento intolerável e sem esperança;
- ausência de alternativas aceitáveis;
- consulta de outro médico independente.⁴

Até 1985, os médicos geralmente não declaravam eutanásia mas morte natural nas certidões de óbito. A partir de 1986, o número de casos de eutanásia reportados aumentou,⁴ até que foi legalizada, a 10 de Abril de 2001, com 46 votos a favor e 28 contra.

Em Abril de 2002, entrou a vigor a *Lei sobre a Cessação da Vida a Pedido e o Suicídio Assistido*,³¹ que anuncia que “a acção de por 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”. Tais critérios baseiam-se nos requisitos antes enunciados pela Associação Real Médica Holandesa, mas possibilitam a inclusão de doentes incompetentes.⁴ e exigem que todos os casos sejam

relatados e revistos por um especialista em direito, um médico e um especialista em questões éticas ou filosóficas.³¹

Bélgica

Em 28 de Maio de 2002, foi ratificada a *Lei relativa à Eutanásia*, com 86 votos a favor, 51 contra e 10 abstenções.³¹ Os termos desta lei são semelhantes aos da lei holandesa.⁴

Luxemburgo

A 16 de Março de 2009, entrou em vigor a *Lei sobre a eutanásia e o suicídio assistido*, que havia sido aprovada no Parlamento meses antes com 30 votos a favor, 26 contra e 3 abstenções.³¹

Esta normal permite aos médicos responder a pedidos de eutanásia ou suicídio assistido realizados por um adulto ou um menor ao qual tenha sido diagnosticada uma doença irreversível.³⁴

Suíça

Na Suíça, a eutanásia não é permitida, mas o Código Penal Suíço apenas considera a ajuda ao suicídio um crime se a motivação for egoísta. Perante esta ausência de regulamentação, a Comissão Nacional de Ética para a Medicina Humana redigiu o *Parecer n.º 13/2006* com recomendações sobre o suicídio assistido.³¹ Estas esclarecem que a morte do doente:

- só é permitida se este for competente;
- deve ser autorizada numa doença grave com sofrimento intenso;
- não é permitida a um doente mental com terapêutica curativa;

- só é permitida se a vontade em pôr fim à vida for persistente e consistente e não resulte de um acto impulsivo;
- só pode ser consentida depois de terem sido exploradas todas as alternativas, mantendo o respeito pelas convicções pessoais;
- deve obrigar a uma segunda opinião que seja conclusiva quanto à legitimidade do pedido.

Três associações suíças praticam o suicídio assistido – Exit ADMD, Exit Suíça e Dignitas. Apenas a última aceita pedidos efectuados por cidadãos não suíços. A Exit recusa esta prática, temendo que eventuais repercussões negativas venham a alterar a legislação em vigor.⁴

EUA

O Estado de Oregon aprovou a *Lei da Morte com Dignidade de Oregon* a 8 de Novembro de 1994 com 51% dos votos a favor e 49% contra, permitindo o suicídio assistido mas não a eutanásia.¹ Contudo, a lei apenas foi promulgada em 1997.³⁴

Entre os critérios a verificar para que um cidadão possa usufruir desta lei, contam-se a idade adulta, a residência no estado de Oregon, a capacidade de tomar e comunicar decisões e o padecimento de uma doença terminal com sobrevivência presumivelmente inferior a seis meses. É necessário que um pedido oral seja repetido pelo menos 15 dias depois e que seja efectuado um pedido por escrito na presença de duas testemunhas. Em relação ao médico, exige-se que pratique medicina no estado de Oregon.⁴

Ao estado de Oregon, seguiram-se o de Washington e de Vermont, os quais legalizaram o suicídio assistido nos mesmos termos que o primeiro.

Portugal

O Código Penal Português contempla o homicídio e o homicídio qualificado nos artigos 131º e 132º, com uma pena que varia de oito a vinte e cinco anos. À eutanásia e ao suicídio medicamente assistido, faz referência nos artigos 133º, 134º e 135º, nos quais a pena máxima é de cinco anos.

O artigo 133º, reservado ao *Homicídio Privilegiado*, refere “Quem matar outra pessoa dominado 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 um a cinco anos.”³⁵ Com base neste artigo, podem julgar-se os casos de eutanásia, tendo, contudo, de se demonstrar que o agente foi dominado pelas ditas circunstâncias.³¹

O artigo 134º, intitulado *Homicídio a pedido da vítima*, expressa “Quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha feito, é punido com pena de prisão até três anos.”³⁵ Enquanto que no artigo anterior a eutanásia é prevista pelo agente de modo a terminar com o insuportável sofrimento do doente, no artigo de Homicídio a pedido da vítima a eutanásia é forçada e determinada a pedido do doente.³¹

Por fim, no artigo 135º, *Incitamento ou ajuda ao suicídio*, pode ler-se “Quem invitar outra pessoa a suicidar-se, ou lhe prestar ajuda para esse fim, é punido com pena de prisão até três anos, se o suicídio vier efectivamente a ser tentado ou a consumir-se.”³⁵ Neste artigo podem basear-se os julgamentos dos casos de suicídio medicamente assistido.

A 16 de Julho de 2012 entrou em vigor a nova legislação referente à Directiva Antecipada de Vontade. A partir deste documento, o cidadão pode manifestar as suas preferências relativamente a cuidados de saúde que deseje ou não receber num futuro hipotético em que se possa vir a tornar incapaz de expressar a sua vontade autonomamente. Estes cuidados enquadram-se no conceito de ortotanásia, rejeitando activamente qualquer prática de eutanásia.³⁶

Assim sendo, e em conformidade com a opinião pública do povo português, nem a eutanásia nem o suicídio medicamente assistidos são legais em Portugal.

4. ARGUMENTAÇÃO

Margaret Battin identifica os argumentos éticos válidos a favor e contra a eutanásia, sintetizando-os da seguinte forma:

- a) Principais argumentos contra: carácter sagrado da vida humana, integridade da profissão médica, abuso potencial (*slippery-slope*);
- b) Principais argumentos a favor: respeito pela auto-determinação da pessoa e alívio da dor e do sofrimento (compaixão).²

Muitos destes argumentos presentes actualmente já faziam parte do debate da problemática na época pré-moderna, ainda que na altura a discussão fosse menos intensa – a forte influência do cristianismo na sociedade ocidental não deixava espaço para dúvidas quanto à imoralidade da eutanásia. Os defensores desta prática, ou dos rituais equivalentes que encurtassem a agonia de um doente terminal, recorriam sobretudo à intenção humanitária e aos sentimentos de compaixão que motivavam aqueles que a executavam. Uma diferença notável a apontar é que os defensores da autonomia individual geralmente se opunham às práticas populares que acelerassem o processo de morte do doente, visto que estas eram de um modo geral levadas a cabo sem o seu conhecimento, já em estado terminal, sem a sua autorização prévia ou mesmo contra a sua vontade. Segundo Questel, alguns doentes crónicos que não estavam próximo de morrer eram submetidos a “rituais de passagem” apesar da resistência que veemente ofereciam. Devido a estas ocorrências, os opositores da eutanásia invocavam na sua argumentação a perda da confiança social nos médicos e formulavam uma origem primitiva daquilo que viria a ser o argumento moderno do plano inclinado.¹⁵

Procedo agora a uma abordagem individual de cada argumento integrado no contexto social actual.

4.1. O carácter sagrado da vida humana

A santidade da vida humana é um princípio indefensível na ausência de assunções religiosas, de um Deus que tenha domínio exclusivo sobre todos os seres vivos. Apesar de um cidadão ser livre de se orientar por princípios religiosos, os mesmos não podem constituir a base de qualquer legislação numa sociedade liberal democrática, visto que violaria o princípio da *neutralidade* de um estado laico.⁴² Na verdade, a crítica à sacralidade da vida humana pode ir um pouco mais longe; se se considerar que uma teoria ética deve sempre preservar a universalidade, não se pode justificar um princípio ético relativamente a qualquer grupo parcial ou local. Segundo Singer, a ética exige uma abstracção das preferências e aversões pessoais de modo a que se chegue a uma lei universal.⁴³ Assim, princípios religiosos não poderiam sequer ser considerados princípios éticos.

4.2. A autonomia como o direito à auto-determinação ou como um valor prudencial/absoluto

Na época da liberdade de expressão, é expectável que o indivíduo se expresse, que faça escolhas e manifeste uma opinião exercendo a sua autonomia; numa sociedade liberal, é o cidadão que decide como viver, e detém o poder, ilusório ou não, de forjar o seu futuro. Contudo, na mesma sociedade, o indivíduo é privado de escolhas no final da vida, e é desta inconsistência que surge um dos argumentos cruciais a favor da legalização da eutanásia - o respeito pela autonomia, em consonância com todo o ciclo de vida do indivíduo; a autonomia como o direito à auto-determinação, que respeite a história e a personalidade do doente.⁴⁴

Contudo, os opositores da eutanásia proclamam que tal argumento se contradiz a si mesmo. Ao considerarem a autonomia como um valor individual, defendem que este deve ser promovido e protegido. Argumentam que a medicina está ao serviço do indivíduo, devendo restaurar e fortalecer a sua autonomia, mas não conduzir à perda da mesma. Visto que a

morte é um estado permanente no qual nenhuma autonomia poderá ser exercida, o respeito por esta não poderá ser um argumento para aceder ao desejo do paciente de receber eutanásia.⁴⁵ Callahan faz uma analogia com a exclusão do direito de um indivíduo se tornar voluntariamente escravo de outro, citando John Stuart Mill: “ao vender-se a si próprio como um escravo, o indivíduo abdica da sua liberdade; está impossibilitado de qualquer uso futuro da mesma a partir desse acto. O princípio da liberdade não inclui o direito de escolher ser livre ou não livre. Não é liberdade a permissão de alienar liberdade.”⁴⁶ Assim, de um ponto de vista filosófico, a autonomia não poderia incluir a possibilidade de abdicar de si mesma.

A primeira noção que parece relevante na construção da argumentação atrás apresentada é a ideia de autonomia como um valor prudencial – algo que nos beneficia e torna as nossas vidas melhores. Deste ponto de vista, é do melhor interesse do paciente permanecer autónomo, e não morrer. É a *capacidade* de autonomia que é valorizada, e não o seu *exercício*. Contudo, se valorizarmos igualmente o exercício da autonomia, para o qual a capacidade é um pressuposto, esta argumentação é enfraquecida, e não parece haver uma resposta clara no que se refere ao respeito da autonomia de um paciente que pede para morrer. Em vez disso, passa a ser necessário contrabalançar o desejo vindo de uma pessoa autónoma com a preservação de autonomia futura. Voltando aos pensamentos de Mill sobre a liberdade, parece óbvio que uma vida de escravidão envolva menos liberdade que a vida de um cidadão livre. Contudo, a analogia de Callahan assenta numa assunção problemática, ao comparar a liberdade/autonomia de um cadáver com a de uma pessoa. Um cadáver não é livre/não livre ou autónomo/não autónomo. Com a morte, todas as capacidades de uma pessoa viva são aniquiladas de modo permanente, desaparecem irreversivelmente. Contudo, não aceder ao desejo de um paciente autónomo, impedindo-o do *exercício* de tal autonomia apenas para preservar a *capacidade* da mesma, é uma argumentação absurda – sem a possibilidade de exercício, a capacidade também se anula. Se se assumir que é possível *medir*

a autonomia, a quantidade de decisões autónomas parece ser tão relevante como a sua importância relativa para o indivíduo. Assim, como podemos garantir que em todas as circunstâncias uma pessoa seja mais respeitada se preservar a sua capacidade de fazer escolhas sobre assuntos que não lhe interessam à custa da impossibilidade de tomar uma decisão numa matéria muito mais importante? Essa garantia parece estar assegurada nos casos de doentes deprimidos ou de adolescentes com tendências suicidas, que ainda têm a possibilidade de uma vida futura longa e saudável, mas é muito frágil em situações de doenças terminais que têm o seu prognóstico bem estabelecido.⁴⁵

Outra interpretação que pode ser dada à argumentação contra a eutanásia que se baseia no respeito pela autonomia do indivíduo é a da ética Kantiana, que considera a autonomia um valor absoluto e incondicional. Ao contrário da ideia de valor prudencial, a autonomia não é boa por nos trazer benefícios, não é algo que deve ser promovido no sentido de quanto mais, melhor; ao ser tida como um valor absoluto, a autonomia está intrinsecamente ligada à dignidade da pessoa humana. Assim, tal como a escravidão, o suicídio é errado, não porque não nos beneficia, mas porque é uma violação do valor absoluto do indivíduo.⁴⁵

A ética Kantiana apresenta-se em imperativos categóricos, que podem ser enunciados em formulações. A primeira afirma “Age segundo uma máxima que queiras que se torne universal”. Assim, o suicídio, ao não poder ser universalizado, é errado. A segunda formulação é “Age de tal maneira que trates a humanidade, na tua pessoa ou na pessoa de outrem, sempre como um fim em si mesmo e nunca apenas como um meio.” Se o ser humano é um fim em si mesmo, então tem valor intrínseco; Kant chamou a esse valor intrínseco *dignidade*. Para respeitar a dignidade, há limitações no conjunto de acções que nos são permitidas, nomeadamente aquelas em que nos usamos a nós próprios ou a outra pessoa como um meio e não como um fim. O suicídio pode ser visto como uma acção eticamente

errada visto que nos usamos (à nossa autonomia) como um meio para atingir um fim que não nós mesmos (como o alívio da dor); priorizamos aquilo a que damos valor, relegando o valor que nos é intrínseco – autonomia, dignidade.⁴⁵

Velleman argumenta que essa objecção Kantiana ao suicídio pode ser aplicada nos casos onde este é cometido de modo a aliviar o sofrimento, mas não quando é efectuado por respeito à própria dignidade da pessoa humana – por vezes pode ser justificável destruir objectos de valor se estes, de outro modo, se iriam deteriorar a estados que ofendessem esse mesmo valor. De um modo similar, indivíduos para os quais se perspectiva em breve a perda de autonomia e dignidade devido a sofrimento causado por uma doença terminal e incurável, poderiam eticamente terminar a sua vida antes desse estado, preservando a sua dignidade, o seu valor intrínseco, até ao fim.⁵⁰ Naturalmente, para que a argumentação de Velleman seja aceite, é necessário que a dignidade, ou seja, o valor intrínseco da pessoa, esteja relacionado ou mesmo dependente de autonomia e de auto-determinação, de modo que à perda de autonomia, competência e controlo se siga a perda de dignidade, uma noção não partilhada por Hartling. Este sublinha que a dignidade não se constrói exclusivamente a partir da autonomia, enfatizando que a necessidade de cuidados de terceiros não acarreta a perda de dignidade.⁴⁶

Em suma, o argumento da autonomia pode ser usado quer pelos defensores como pelos opositores da eutanásia. Se for interpretada como um direito à auto-determinação, é usada a favor da eutanásia. Por outro lado, se for tida como um valor prudencial ou como um valor absoluto, propicia argumentos contra a eutanásia em muitas situações, mas não em todas.

4.3. A integridade da profissão médica

A confiança é um factor essencial na construção da relação médico-doente; baseia-se na qualidade desta relação mas também na garantia de que o corpo profissional a que o médico pertence tem como máxima a protecção dos indivíduos que procuram os seus serviços. Ao incluir a eutanásia nas possibilidades oferecidas pela comunidade médica, exacerbar-se-ia a sensação de extrema vulnerabilidade de um doente terminal que se encontra totalmente dependente do profissional de saúde.⁴⁸

Por outro lado, há que reconhecer que tornar a eutanásia um direito do cidadão implica necessariamente incumbir a outro a responsabilidade de matar, ainda que não seja criminalizado por isso.⁴⁹ Hartling defende que o respeito pelos direitos de um paciente não pode albergar a obrigação de outra pessoa de assumir tal responsabilidade.⁴⁸ Pode argumentar-se que os médicos que não concordem com estas práticas, tal como no caso do aborto, não são obrigados a exercê-las, estando protegidos pelo estatuto de objectores de consciência, presente na legislação de alguns países e reconhecido pelo Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Contudo, tal protecção legal não os tornaria imunes à perseguição dentro da própria comunidade médica, que, mesmo que a eutanásia seja legislada, continuaria dividida; a perda de confiança estender-se-ia também à relação entre médicos e entre médicos e enfermeiros que não partilhassem da mesma opinião.⁴⁹

4.4. O argumento do plano inclinado

Argumentos desta natureza surgem com frequência quando são propostas alterações sociais controversas. O argumento do plano inclinado alerta que todas ou algumas consequências, que podem surgir após permissão de uma determinada prática, são moralmente inaceitáveis. O plano diz-se inclinado porque não existiriam argumentos plausíveis para impedir tais consequências uma vez permitida a prática inicial. A necessidade

de prevenir esse eventual futuro é a base da argumentação contra a permissão da primeira prática.⁵⁰

O argumento do plano inclinado pode assumir várias formas. As mais comuns são a empírica e a lógica, que se esclarecem em seguida. A forma lógica ou conceptual afirma que uma vez que determinada prática seja aceite, de um ponto de vista lógico seremos obrigados a aceitar também algumas outras práticas, visto que não existiriam boas razões para permitir uma e não as outras; logo, se não queremos aceitar as outras, não devemos permitir a primeira. A forma empírica ou psicológica sugere que, uma vez que determinadas práticas tenham sido permitidas, eventualmente a comunidade passará a aceitar outras que nesse momento são ainda vistas como inequivocamente erradas.⁵⁰ Esta forma tem mais credibilidade, visto que faz uma previsão das eventuais alterações dos paradigmas sociais, e não se apresenta como uma obrigação imediata de mudança.

Na problemática em questão, Enoch proclama que “uma vez que aceitemos eutanásia voluntária, poderemos (ou iremos) falhar em efectuar a crucial distinção entre eutanásia voluntária e uma prática não voluntária, chegando a um ponto em que iremos permitir também a segunda; ou talvez, mesmo que consigamos ainda distinguir as duas, não agiremos como se houvesse uma distinção, talvez por motivos políticos, talvez por fraqueza de espírito ou por qualquer outra razão.”⁵¹ Entre as consequências da legalização da eutanásia, há a possibilidade de os profissionais de saúde interpretarem mais levemente os desejos de morrer dos pacientes, considerando um consentimento frases como “Preferia estar morto”, ou de cederem mais facilmente a pressões exercidas por familiares de doentes que nunca chegaram a manifestar um desejo de morrer enquanto eram competentes, ou a pressões exercidas por um doente não considerado terminal. Há também a considerar o cenário em que a pressão não seria exercida nos médicos, mas sim em indivíduos vulneráveis pelas suas famílias ou pela sociedade.⁴²

Para que o argumento do plano inclinado seja um argumento válido contra a legalização da eutanásia, é necessário que obedeça a dois importantes elementos: que seja a alteração legal que cause o plano inclinado e que, comparativamente, seja evidente que o plano é mais inclinado nos países que já procederam a essa alteração do que naqueles onde esta não ocorreu. Para estabelecer uma relação de causalidade, seria necessário provar que houve um aumento nos casos de “eutanásia não voluntária” após a legislação da eutanásia e que tal aumento foi de facto causado pela alteração legal. Poderíamos recorrer ao caso da Holanda, o primeiro país europeu a legislar a eutanásia; contudo, não há dados suficientes sobre a prática de “eutanásia não voluntária” no período que antecedeu a legislação, não podendo ser estabelecida esta relação de causalidade. Por outro lado, há estudos que inferiram os números absolutos da prática de “eutanásia não voluntária” na Holanda após a legalização da eutanásia voluntária, numa altura em que esta ainda não tinha ocorrido em países como a Bélgica – estes números eram mais altos na Bélgica, Austrália e Dinamarca do que na Holanda, mas eram mais baixos em países como a Inglaterra, Itália e Suécia, onde a eutanásia era e permanece ilegal. As diferenças sócio-demográficas e culturais que existem entre os vários países, já abordadas anteriormente, também impedem que se estabeleça correctamente uma evidência comparativa.⁵⁰

Em suma, ainda que alguns países tenham já legalizado a eutanásia, não há estudos que provem ou descartem a validade do argumento do plano inclinado. Os opositores da eutanásia afirmam que qualquer pequena possibilidade de futuros abusos na lei deve ser o suficiente para que não se proceda às alterações sugeridas. A legalização seria uma experiência imprudente ao envolver os esquemas e paradigmas sociais, à qual não devemos então proceder se não há certezas de que é segura.⁴³ Contudo, tampouco é prudente ignorar que existem abusos e más práticas, mesmo na ausência de legislação ou descriminalização da eutanásia. Os defensores da eutanásia alegam que estas seriam mais facilmente investigadas e

impedidas na presença de um sistema legal mais claro e transparente e alertam que a transição para um ambiente social indesejado pode ocorrer mesmo na ausência de alterações legais.⁵²

4.5. Cuidados Paliativos

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos define cuidados paliativos como uma resposta activa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias.⁵³ Os opositores da eutanásia argumentam que esta abordagem oferece medidas suficientes para aliviar a dor do final de vida, enquanto que os defensores propõem a eutanásia como uma abordagem de última linha, nos casos em que cuidados paliativos adequados foram ineficazes no alívio do sofrimento do doente.⁵⁴

De acordo com dois estudos canadianos, doentes terminais expressam mais preocupações em relação a um sofrimento existencial do que relativo a dor ou sintomas físicos, e, em alguns casos, cuidados paliativos de excelência podem não ser suficientes no alívio desse sofrimento existencial.⁴⁴ Citando o eticista Hubert Doucet, “Quando a vida deixa de ter significado, um doente sofre simplesmente por estar vivo e assistir à degradação da sua identidade. Pensou-se que ao lidar adequadamente com a dor, a morte seria mais humana, mas apercebemo-nos que a vida do paciente não passa a ter mais significado simplesmente por a sua dor estar a ser controlada. A verdadeira questão passa a ser sobre o verdadeiro sentido da vida, e se vale a pena viver quando esta se reduz a uma espera pela morte.”⁵⁵

Outro argumento contra a legalização da eutanásia é o receio de que os cuidados paliativos deixarão de ser oferecidos como abordagem de primeira linha, em detrimento da eutanásia, ou que deixará de se investir no seu desenvolvimento. Tal não se concretizou na

Holanda, onde os cuidados paliativos, pelo contrário, se expandiram rapidamente desde a disponibilização da eutanásia.⁵⁶ Além disso, um estudo holandês que incidiu sobre o modo de abordagem do tema cuidados paliativos/eutanásia com os doentes terminais aferiu que em primeiro lugar o médico certifica-se que o paciente está bem informado sobre as possibilidades oferecidas pelos cuidados paliativos, sendo recomendado ao profissional de saúde uma visão actualizada do estado da arte dos mesmos.⁵⁴

5. “EUTANÁSIA NEONATAL”

O pêndulo da opinião pública europeia orienta-se, de um modo geral, segundo Cohen *et al*, a favor da morte assistida,²⁶ sendo os principais argumentos justificativos desta posição o privilégio da autonomia individual na sociedade pós-moderna e o bem-estar do paciente. É sobretudo baseado nesta dupla de valores que vários países europeus legalizaram a eutanásia ou o suicídio assistido, descriminalizados quando obedecem na íntegra a estreitos critérios normativos.

Naturalmente, quando um dos pilares da argumentação está ausente, a defesa da eutanásia estará fragilizada. É o que Verhagen define como eutanásia neonatal – a decisão deliberada de terminar a vida de um recém-nascido fisiologicamente estável através da administração de drogas letais.⁵⁷ Visto que as crianças carecem de capacidade de decisão, e que há diferenças éticas inegáveis entre o consentimento informado de um paciente competente e a autorização dos pais, o conceito de autonomia não pode ser aplicado nas decisões de fim de vida relativas a doentes pediátricos. Ao assentar a sua justificação unicamente no bem-estar individual, tais casos não podem ser correctamente classificados como eutanásia *per se*.⁵⁸

Ainda que com menor frequência, tais situações existem e exigem reflexão. Dois inquéritos levados a cabo na Holanda nos anos de 1995 e 2001 concluíram que a maioria (65%) dos óbitos de crianças com menos de 12 meses de idade se deveram à abstenção ou suspensão de tratamentos destinados a prolongar a vida. Desses, 60% dos casos diziam respeito a crianças que sofriam de uma doença incurável e cuja morte era inevitável; nos restantes casos, a decisão foi tomada tendo em conta razões de pobre qualidade de vida e aplicada em pacientes que de outro modo poderiam continuar a viver. Ainda, 1% da totalidade daqueles óbitos deveram-se à administração de drogas letais com a intenção explícita de terminar a vida da criança.⁶⁰ Verhagen *et al*. analisaram os casos de “eutanásia

neonatal” que foram reportados na Holanda entre 1997 e 2005 e concluíram que todos diziam respeito a recém-nascidos com malformações congénitas inoperáveis, sobretudo espinha bífida, combinadas com outras complicações e/ou anomalias cromossómicas. Estes casos representavam apenas 15 a 20% da totalidade das ocorrências. Assim, assume-se que a prática de “eutanásia neonatal” era já uma realidade na Holanda antes de 2005, ainda que pouco transparente.⁵⁷

Uma destas situações em particular motivou um grupo de médicos a elaborar um protocolo que orientasse a identificação de casos nos quais a “eutanásia neonatal” poderia ser indicada.⁵⁷ Um recém-nascido do sexo feminino padecia de epidermólise bolhosa distrófica recessiva, a variação de Hallopeau-Siemens da epidermólise bolhosa. A fisiopatologia desta doença define-se por um defeito genético no colagénio tipo VII, com ausência ou quantidades mínimas de fibrilhas de ancoragem, o que impossibilita a correcta adesão entre a derme e a epiderme; ao mínimo traumatismo, há formação de bolhas e tecido cicatricial,⁵⁹ acompanhada de dor excruciante. Os pais pediram a eutanásia da filha, os médicos concordaram que o sofrimento era intolerável e, portanto, o pedido era compreensível. No entanto, por receio de eventuais repercussões legais, foi negado. A criança veio a falecer três meses depois, em condições de sofrimento insustentável.⁵⁷

O referido protocolo, conhecido como protocolo de Groningen, publicado em 2005 no *New England Journal of Medicine*, abarca casos nos quais se verifiquem os seguintes critérios:

- o diagnóstico e o prognóstico efectuados com certeza;
- um sofrimento da criança evidente e insustentável;
- um médico independente do caso que confirme as duas condições anteriores;
- o consentimento informado de ambos os progenitores;
- o procedimento efectuado de acordo com os métodos em rigor.⁵⁷

Da sua análise mais extensa, entende-se que foram propostos três grupos de recém-nascidos para os quais a “eutanasia” poderia ser eticamente permitida:

- o primeiro grupo é constituído por crianças sem possibilidade de sobrevivência, apesar dos cuidados de suporte de vida; é o caso de indivíduos que nascem com hipoplasia renal ou pulmonar.⁶¹ Nestes casos, o prognóstico não é discutível, de modo que a única questão pertinente é quando e como a criança vai morrer;⁵⁸

- o segundo grupo inclui crianças cuja possibilidade de sobrevivência é mínima quando são retirados os cuidados de suporte de vida, e que, sobrevivendo, terão uma má qualidade de vida. É o caso de crianças que apresentam severas anomalias cerebrais ou danos consideráveis em outros órgãos nobre causados por hipoxémia;⁶⁰

- no último grupo consideram-se as crianças que não dependem de cuidados de suporte de vida para sobreviver, mas para as quais se antecipa uma má qualidade de vida.⁶⁰

Em relação às primeiras duas categorias, nas quais a possibilidade de sobrevivência é nula ou muito remota, a abstenção ou suspensão de intervenções de prolongamento de vida é já o modo eticamente adequado de abordagem. O que gera controvérsia é a execução de “eutanasia” nas crianças do terceiro grupo, para as quais a qualidade de vida que se prevê é tão baixa que a morte parece ser, para alguns, preferível.⁵⁸ Foi para este grupo em particular que o protocolo de Groningen foi desenvolvido.⁶¹

Como foi referido, o protocolo exige que a criança evidencie um sofrimento insustentável. Devido à incapacidade de comunicar eficazmente, a quantificação da experiência dolorosa pelos médicos baseia-se somente em sinais clínicos; é o mesmo que dizer que é possível concluir que a criança sofre, mas que não se pode inferir com certeza a insustentabilidade desse sofrimento.⁵⁸ Há que ter em conta que a comunidade médica e a sociedade em geral tendem a sobrestimar a importância da qualidade de vida no desejo de viver de um doente. Um inquérito efectuado a indivíduos tetraplégicos dependentes de

ventilação artificial revelou que a grande maioria optaria por medidas de ressuscitação caso viesse a sofrer de um acidente cardiovascular.⁶² Deste modo, a aplicação do protocolo de Groningen na defesa da “eutanasia neonatal” levará inevitavelmente à morte de crianças cujo sofrimento é real mas não insustentável; por outro lado, ao proibir esta prática, algumas crianças cujo sofrimento é de facto intolerável são condenadas a viver em agonia por um período de tempo indeterminado.⁶⁰

O dilema apresentado é abordado de diferentes maneiras nos vários países europeus. Até à data, todos eles escolheram rejeitar qualquer possibilidade de matar uma criança cujo sofrimento poderá não ser insustentável, à excepção da Holanda, que decidiu correr esse risco de modo a evitar situações de sofrimento insuportável durante toda a vida.

Tal como na argumentação contra a eutanásia, os opositores do protocolo de Groningen rapidamente o identificaram como um primeiro passo num plano inclinado (princípio da rampa deslizante) que levaria à aceitação da “eutanasia neonatal” em casos menos estritos. No entanto, uma análise dos casos reportados nos primeiros cinco anos após a publicação do protocolo revela que houve um decréscimo desta prática, com o registo de apenas dois casos de duas crianças “eutansiadas”. Ambas sofriam de epidermólise bolhosa. Ao contrário da tendência no período anterior à publicação do protocolo de Groningen, não se reportou nenhuma situação de “eutanasia neonatal” em crianças com espinha bífida. Tal facto pode ser explicado pela generalização da administração de ácido fólico durante a gravidez e do rastreio ecográfico de malformações fetais.⁵⁸ Até 2007, apenas as grávidas com idade superior a 35 anos ou com indicação médica específica tinham acesso a ecografias com essa finalidade; a partir de então, todas as grávidas foram incluídas no plano de rastreio através de uma ecografia às 20 semanas de gestação. Esta reforma no sistema de saúde holandês resultou num incremento da incidência dos casos de aborto e diminuição dos de

“eutanasia neonatal”. Assim sendo, parece razoável concluir que os efeitos do protocolo de Groningen foram muito diferentes daqueles previstas pelos seus opositores.⁵⁷

Em suma, apesar de a alteração legislativa ainda não ter formalmente ocorrido, os desenvolvimentos legais desde a publicação do referido protocolo permitem inferir com segurança qual a posição da lei holandesa sobre o assunto:⁶³ a “eutanasia neonatal” é uma opção descriminalizada desde que aplicada segundo os critérios presentes no mesmo. A reforma no sistema de saúde referente aos cuidados pré-natais que ocorreu entretanto diminuiu a incidência destes casos para próximo de zero. Contudo, seguramente o debate em torno da insustentabilidade do sofrimento versus autonomia individual de uma criança seguirá por mais algum tempo, dentro e fora da Holanda.

6. CONCLUSÃO

A finitude é inalienável da condição humana, sendo provavelmente a única característica transversal a todos os indivíduos. Ainda assim, falar da morte e das circunstâncias que a envolvem é tabu em muitas sociedades. A religião oferece garantias de vida e felicidade eternas, dando uma resposta ao que se passará depois de a pessoa morrer. Contudo, é o processo de *transição* da vida para a morte que importa discutir. O diagnóstico de uma doença terminal apresenta-se ao paciente como uma sentença de morte. Informá-lo de que se esgotaram os recursos terapêuticos disponíveis para combater a sua doença pode ser interpretado como uma renúncia da comunidade médica ao cuidado da pessoa. A sensação de abandono e a incerteza do futuro perante a certeza de um mau prognóstico rapidamente monopolizam o psicológico do doente. Transmitir esta notícia usando expressões como “Não há mais nada que possamos fazer por si” deve ser considerado má prática médica. Informar e integrar o doente na rede de cuidados paliativos, assim como estar actualizado ao estado da arte em relação à mesma deve fazer parte do papel do médico. Ainda que não sejam uma arma terapêutica propriamente dita, os cuidados paliativos podem conseguir a manutenção da qualidade de vida de um doente terminal. Tanto o acompanhamento pessoal como o acesso a cuidados médicos e cirúrgicos que aliviem o sofrimento do paciente devem ser encarados como um direito do cidadão.

Contudo, há sofrimentos que não podem ser aliviados por estes cuidados. E é como uma última alternativa que deve ser vista a eutanásia. Esta possibilita que esteja sob o nosso controlo quando, como, onde e na companhia de quem falecemos, a despeito da inexorabilidade da morte. Por isso é urgente falar de eutanásia, é imperativo esclarecer e informar a sociedade para que um dia esteja apta a fazer uma escolha consciente daquilo que hoje ainda é preconceito.

Um dos argumentos dos opositores da eutanásia é a vulnerabilidade sentida por um doente à mercê de familiares que possam exercer pressão no sentido de este solicitar uma morte antecipada. De facto, ainda que a morte seja um processo solitário, a problemática da eutanásia prende-se por esta não ser uma escolha que a pessoa faça de modo individual. Por isso não são apenas os doentes incuráveis que devem ser alertados sobre eutanásia, é premente que toda a população seja educada, inclusive, naturalmente, também a classe médica.

Não podemos ignorar o facto de que inclusive nas actuais sociedades democráticas ocidentais, os profissionais de saúde não estão imunes a pressões e influências inapropriadas, digam respeito quer a interesses do estado, religiosos, científicos, comerciais ou económicos. Permanecer vigilantes contra ameaças aos nossos doentes, nomeadamente àqueles mais vulneráveis, constituirá sempre o cerne das nossas responsabilidades profissionais. Tal estado de alerta pode apenas ser desenvolvido através da educação de imperativos éticos e morais,²² que, por mais variáveis que possam ser ao longo dos séculos, devem sempre priorizar a dignidade do ser humano.

Agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Margarida Silvestre e ao Professor Doutor Duarte Nuno Vieira pela disponibilidade e pelo inestimável contributo científico prestados para este trabalho.

Agradeço aos meus pais e irmã pelo apoio e motivação que me proporcionaram durante a realização deste trabalho.

* Para a elaboração do presente trabalho foi utilizada a grafia do antigo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

Referências Bibliográficas

1. Platão: Banquete [e-book]. Virtual Books Online: M&M Editores Ltda; 2003.
2. Nunes R, de Melo H. Testamento Vital. Almedina; 2011.
3. Fonseca W. Euthanasia, Orthotanasia and Assisted Suicide: a study on the legal primacy of the patient's freedom of choice and ethical-legal impacts. *Lex Medicinae – Coimbra*: Coimbra Editora; 2012.
4. Gonçalves, JF. A Boa Morte: Ética no fim da vida [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2006.
5. Nilstun T, Melltorp G, Hermeren G. Surveys on attitudes to active euthanasia and the difficulty of drawing normative conclusions. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2000;28,111–116.
6. Naudts K, Ducatelle C, Kovacs J, Laurens K, van den Eynde F, van Heeringen C. Euthanasia: the role of the psychiatrist. *British Journal of Psychiatry*; 2006.
7. Pessini L. Eutanásia: por que abreviar a vida. São Paulo: Loyola; 2004.
8. Villas Boas ME. Da eutanásia ao prolongamento artificial; aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida. Rio de Janeiro: Forense; 2005.
9. Report of the Select Committee on Medical Ethics, volume 1. Chair: Lord Walton; 1994.
10. Banks M, Pittman V, Hamlyn C, Edwards R, editores. *Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment: Guidance for decision making*. 3ª edição. Londres: BMJ Books; 2007.
11. Sayers G. Non-Voluntary Passive Euthanasia: The Social Consequences of Euphemisms. *European Journal of Health Law*; 2010.

12. Papadimitrou J, Skiadas P, Mavrantonis C, Polimeropoulos V, Papadimitrou D, Papacostas K. Euthanasia and suicide in antiquity: viewpoint of the dramatists and philosophers. *Journal of the Royal Medicine*, volume 100; 2007.
13. Cooper MJ. Greek philosophers on euthanasia and suicide. Brody AB: *Suicide and Euthanasia*, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1989:9-38.
14. Shaw D. Euthanasia and eudaimonia. *British Medical Journal*; 2009.
15. Stolberg M. Active Euthanasia in Pre-Modern Society, 1500-1800: Learned Debates and Popular Practices. *Social History of Medicine*, vol 20, no 2; 2007. p. 205-221.
16. Amundsen DW. The physician's obligation to prolong life: a medical duty without classical roots. *Hastings Center Report*; 1978;8:23-30.
17. Stolberg M. Two Pioneers of Euthanasia around 1800; *Hasting Center Report*; 2008;1:19-22.
18. Fye W. Active Euthanasia: A Historical Survey. *Bulletin of the History of Medicine*; 1978;52:492-502.
19. Serrão D. Eutanásia e Suicídio Assistido – Uma Questão Pós-Moderna. *Bioética, questões em debate*; 2011.
20. Benedict S, Chelouche T. *Meseritz-Obrawalde: a “wild euthanasia” hospital of Nazi Germany*. SAGE Publications; 2008.
21. Benedict S, Georges J. Nurses in the Nazi “Euthanasia” Program: A Critical Feminist Analysis. *Advances in Nursing Science*; 2009.
22. Benedict S, Shields L, O'Donnell AJ. Children Euthanasia in Nazi Germany. *Journal of Pediatric Nursing*; 2009.
23. Ronen GM, Meaney B, Dan B, Zimprich F, Stogmann W, Neugebauer W. From Eugenic Euthanasia to Habilitation of “Disabled” Children: Andreas Rett's Contribution. *Journal of Child Neurology*; 2009.

24. Cranach von, M. The killing of Psychiatric Patients in Nazi-Germany between 1939-1954. Israel Psychiatric Association; 2001.
25. Benedict S, Caplan A, Page T. Duty ad “Euthanasia”: the Nurses of Meseritz-Obrawalde. Nursing Ethics; 2007.
26. Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, Deboosere P, van der Wal G, Deliens L. European public acceptance of eutanhasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of eutanhasia in 33 European countries. Social Sciences and Medicine 63; 2006.
27. Finlay B. Right to life vs the right to die: some correlates of euthanasia attitudes. Sociology and Social Reserch; 1985.
28. Snelling PC. Consequences count: Against absolutism at the end of life. Journal of Advanced Nursing; 2004.
29. Deliens L, van der Wal G. The eutanhasia law in Belgium and the Netherlands. Lancet; 2003.
30. Muller-Busch HC, Oduncu FS, Woskanjan S, Klaschik E. Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation—a survey of the members of the German Association for Palliative Medicine. Medicine, Health Care and Philosophy; 2004;7(3);333–339.
31. Esperança Pina JA. Ética, Deontologia e Direito Médico. Lidel; 2013.
32. Miccinesi G, Fischer S, Paci E, Onwuteaka-Philipsen BD, Cartwright C, van der Heide A, et al. Physicians’ attitudes towards end-of-life decisions: a comparisonbetweenseven countries. Social Science and Medicine; 2005.
33. Cohen J, Van Wesemael Y, Smets T, Bilsen J, Deliens L. Cultural diferences affecting euthanasia practice in Belgium: One law but different attitudes and practices in Flanders and Wallonia. Social Sciences and Medicine 75; 2012.

34. Santos S. Eutanásia e suicídio assistido: O direito e liberdade de escolha. [dissertação]. Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra; 2011.
35. Código Penal Português [documento na internet]. Disponível em: http://www.nao-estas-a-venda.sef.pt/docs/codigo_penal.pdf
36. Directiva Antecipada de Vontade (DAV) [documento na internet]. Disponível em http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/4B87B5DC-EEA7-4040-8C16-86C286E3869C/0/Rentev_form.pdf
37. Maessen M, Veldink JH, Berg L, H van der, Schouten H; van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen B. Requests for euthanasia: origins of suffering in ALS, heart failure, and cancer patients. Springer; 2010.
38. Abarshi E, Onwuteaka-Philipsen B, van der Wal G. Euthanasia and cancer types in the Netherlands: is there a relationship?. ScienceDirect; 2008.
39. Onwuteaka-Philipsen B, Rurup M, Pasman H, Roeline W, van der Heide, A. The Last Phase of Life. Who Requests and Who Receives Euthanasia or Physician-Assisted Suicide?. Medical Care; 2010.
40. Johansen S, Holen JC, Kaasa S, Kaasa S, Loge JH, Masterstvedt LJ. Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. Palliat Med; 2005;19:454-460.
41. Chochinov HM, Tataryn D, Clinch JJ, Dudgeon D. Will to live in the terminally ill. Lancet; 1999.
42. Scoccia D. Slippery-slope objections to legalizing physician-assisted suicide and voluntary euthanasia. Public Affairs Quartely; 2005.
43. Singer P. Practical Ethics. Cambridge University Press; 1993.
44. Boisvert M. Should Physicians be Open to Euthanasia? Yes. Canadian Family Physician; 2010.

45. Sjostrand M, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Autonomy-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia: a critique. *Medicine, Health Care and Philosophy*; 2011.
46. Hartling O. Euthanasia and assisted suicide – the illusion of autonomy. *End of Life Assistance Scotland Bill*; 2010.
47. Vellemen J. A right to self-determination. *Ethics*; 1999.
48. Marcoux; Should physicians be open to euthanasia? No. *Canadian Family Physician*; 2010.
49. Watkins P. Euthanasia – the erosion of trust?. *Clinical Medicine*; 2005.
50. Lewis P. The Empirical Slippery-slope from Voluntary to Non-voluntary Euthanasia. *Journal of Law, Medicine & Ethics*; 2007.
51. Enoch D. Once you start using slippery slopes arguments, you're on a very slippery slope. *Oxford Journal of Legal Studies*; 2001.
52. Kakuk P. The slippery-slope of the Middle Ground: Reconsidering Euthanasia in Britain. *HEC Forum*; 2007.
53. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Disponível em <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/oquesao.html>
54. Buiting H, Willems D, Pasman R, Rurup M, Onwuteaka-Philipsen D. Palliative Treatment Alternatives and Euthanasia Consultations: A Qualitative Interview Study. *Journal of Pain and Symptoms Management*; 2011.
55. Doucet H. La quête d'une bonne mort. *Infokara*; 1993.
56. Tannsjo T. Moral dimensions. *British Medical Journal*; 2005.
57. Verhagen E. The Groningen Protocol for newborn euthanasia; which way did the slippery slope tilt?. *Journal of Medical Ethics*; 2013;39:292-295.
58. Kon A. Neonatal Euthanasia. *Elsevier*; 2009.

59. Diedrichson J, Talanow D, Safi A. Epidermolysis bullosa dystrophica (Hallopeau-Siemens syndrome) of the hand – surgical strategy and results. *Handchir Mikrochir Plast Chir*; 2005.
60. Catlin A, Novakovich R. The Groningen Protocol: what is it, how do the dutch use it and do we use it here?. *Pediatric Ethics, Issues & Commentary*; 2008.
61. Verhange AA; Sol JJ; Brouwer OF, et al; Deliberate termination of life in newborns in the Netherlands; review of all 22 reported cases between 1997 and 2004. *Ned Tijdschr Geneesk*; 2005.
62. Jotkowitz AB, Glick S. The Groningen protocol: another perspective. *Journal of Medical Ethics*; 2006.
63. Griffiths J, Weyers H, Adams M. Termination of life in neonatology. *Euthanasia and Law in Europe*. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing; 2008:217-55.