



**Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
Universidade do Porto**

**EUTANÁSIA : PRÓS E CONTRAS
DE UMA LEGALIZAÇÃO EM
PORTUGAL**

ANABELA PINTO DA SILVA

Dissertação de Mestrado em Medicina Legal

2007

Anabela Pinto da Silva

EUTANÁSIA: PRÓS E CONTRAS
DE UMA LEGALIZAÇÃO EM PORTUGAL

Dissertação de Candidatura ao grau de
Mestre em Medicina Legal submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel
Salazar da Universidade do Porto

Orientadora - Doutora Maria José Carneiro
de Sousa Pinto da Costa

Categoria – Professora Catedrática

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas
de Abel Salazar da Universidade do Porto.

É autorizada a reprodução informal desta dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

“ A vida é um sonho rodeado de morte”

Rogério Rodrigues



RESUMO

A actualização de conhecimentos deve ser um dos objectivos prioritários para o contínuo desenvolvimento de qualquer profissional.

Vivências recentes que se prendem com pedidos constantes e desenfreados de Eutanásia permitiram o consciencializar de dificuldades que se pretende colmatar em termos de futuro já que situações semelhantes se avizinham também no nosso país.

Os factores mencionados foram decisivos para a escolha do tema “Eutanásia: Prós e contras de uma Legalização em Portugal” onde o tema genérico da Eutanásia surge como uma problemática. A finalidade desta dissertação é compreender a Eutanásia e conhecer as posições adoptadas sobre a mesma, em Portugal.

O entusiasmo surgido pela investigação permitiu-nos elaborar um trabalho de carácter descritivo e analítico, onde efectuámos inicialmente uma análise dos sujeitos da amostra e posteriormente a discussão dos resultados obtidos, para sabermos teórica e praticamente como se processa a prática de Eutanásia e o impacto de uma possível legalização da mesma nos serviços hospitalares.

A selecção da população alvo para o estudo, foi efectuada no Hospital Infante D. Pedro, S.A. em Aveiro, especialmente na Unidade de Tratamento da Dor, por apresentar como características das pessoas envolvidas, o seu envolvimento no processo de doenças em fase terminal.

O estudo efectuado, permite-nos propor a todos os que se interessem por esta temática a realização de estudos neste âmbito, de modo a proporcionar troca de resultados e experiências que permitam a compreensão e a aquisição dos argumentos a favor e contra desta problemática.

Esperemos então que esta tese seja uma mais valia, que sirva de referência e seja usada como instrumento de trabalho a quem a consultar.



RESUME

The actualization of knowledge must be one of the priority objectives for the continuous development of my professional.

Recent experiences related to constant and persistent requests for Euthanasia caused an awareness of the difficulties we must overcome in the future, because these similar situations will be happening in one country soon.

The factors that were mentioned decisive for choosing the topic “Euthanasia Pros and cons for Legalization in Portugal” where the general topic of Euthanasia will be presented as the main problematic issue. The objective of this thesis is to understand Euthanasia and its repercussions in Portugal.

The enthusiasm for this investigation allowed us to develop a descriptive and analytical study. Initially we based our analysis on the subjects, then we discussed the results obtained our aim was to understand Euthanasia in theory and in practice and how it is applied, as well as, its impact on a possible legalization in the health care services.

The selection of the target population for this study was done amongst the patients in the pain treatment unit of the Infante D. Pedro S.A. Hospital in Aveiro. This unit in particular involves all those who are in contact with terminally ill patients.

This study allows us to propose to all those who are interested in this subject to perform studies in this area, in order to exchange results and experiences. This will allow us to better understand Euthanasia and gather more arguments in favour and against this problematic issue.

We hope that this study will be an asset and a reference that can be used as a tool for all those interested.



RÉSUMÉ

L'actualisation de connaissances doit être un des objectifs prioritaires pour le développement continu de quelque professionnel.

Expériences récentes en ce qui concerne les demandes successives et démesurées de l'Euthanasie ont permis la prise de conscience sur les difficultés qu'ont veu combler à

l'avenir car des situations pareilles s'approchent aussi de notre pays.

Les facteurs mentionnés ont été décisifs pour le choix du sujet "Euthanasie: les pro et les contres d'une légalisation au Portugal" dont le sujet générique de l'Euthanasie apparaît comme une problématique. Le but de cette dissertation est de comprendre l'Euthanasie et de connaître les positions adoptées sur la même, au Portugal.

L'enthousiasme qu'on a subi par la recherche nous a permis d'élaborer un travail de caractère descriptif et analytique, où on a effectué tout d'abord une analyse des sujets de recueil et ultérieurement on a fait la discussion des résultats obtenus, pour savoir théoriquement et pratiquement comment se fait la pratique de l'Euthanasie et l'impact d'une possible légalisation de la même dans les services hospitaliers.

La sélection de la population cible pour cette étude, a été effectuée à l'Hôpital Infante D. Pedro, S.A., à Aveiro, surtout à l'Unité de Traitement de la Douleur, car cette unité présente comme caractéristiques des personnes engagées, leur engagement dans le processus de maladies en phase terminale.

L'étude effectuée, nous a permis de proposer à tous ceux qui s'intéressent pour cette thématique la réalisation d'études dans ce contexte, afin de proportionner l'échange de résultats et d'expériences qui permettent la compréhension et l'acquisition des arguments pour et contre cette problématique.

On souhaite, ainsi que cette thèse soit un utile instrument de travail qui puisse servir de référence à tous ceux qui feront sa consulte.



AGRADECIMENTOS

Agradecer é sempre muito agradável, pois é a prova de que realizamos algo de bom e, que para isto, contamos com o apoio e a colaboração de pessoas e organizações. No entanto, é também um momento difícil, pois corremos o risco de sermos omissos por algumas limitações que escapam do nosso senso de justiça. Nesses casos apelamos para o perdão.

Um primeiro agradecimento é endereçado à minha orientadora: à Sra. Professora Doutora Maria José Pinto da Costa devo um agradecimento muito especial. Não só pelo estímulo intelectual que a sua orientação representou, proporcionado nas mais pequenas conversas e discussões mas, sobretudo, pela confiança e pelo apoio incondicional. Obrigada por ter acreditado mesmo nos momentos em que não fui capaz de o fazer. A sua participação neste trabalho excedeu em muito o simples papel de orientadora. Sinto-me realmente privilegiada por ter podido usufruir da sua orientação e, acima de tudo, da sua amizade.

Ao Sr. Professor Doutor J. Pinto da Costa por, desde a primeira aula, em 22 de Outubro de 2001, do curso de *Actualização em Medicina Legal*, ministrado na Universidade Lusíada do Porto, ter sido um verdadeiro mentor e ter-se apresentando sempre generoso e disponível, dando-me um gosto especial pela Medicina Legal.

Também ao Sr. Dr. Sérgio Alves Martins, meu mestre no uso do rigor e transmissão da sua insuperável arte do Direito, e meu amigo, cuja demonstração de amizade e consideração me deram forças para continuar desafiando as adversidades da vida. Sem o seu apoio teria sido mais difícil a decisão de me afastar de um quotidiano profissional em busca do que não era certeza de sucesso.

Às Sras. Dra. Maria de Fátima Oliveira e Dra. Beatriz Silva, médicas na Unidade de Tratamento da Dor no Hospital Infante D. Pedro S.A. em Aveiro que me concederam uma inestimável colaboração e amizade. Espero ter sabido aproveitar da melhor forma as experiências, vivências, conhecimentos e pensamentos que me revelaram.

Devo também um agradecimento às Sras. Enfermeiras da mesma Unidade que, de forma entusiástica, acederam a participar neste estudo.



Pela intervenção directa que tiveram neste trabalho devo expressar, de igual forma, o meu agradecimento a três amigas. À Dra. Teresa Alexandra Lavandeira e Dra. Elizabeth Leite Costa que me concederam a porta de entrada para a reflexão sobre a Eutanásia e à Cristina Brandão que, não só me recebeu com entusiasmo e carinho, como ainda suportou as minhas angústias finais.

Um obrigado especial à minha família. Aos meus pais que sempre me estimularam a descobrir outros caminhos e me apoiaram incondicionalmente no meu percurso. Aos meus avós pelo carinho especial. Ao André, por acreditar que eu conseguiria levar a minha investigação a bom porto, dando-me palavras de confiança e motivação.

Enfim, a todos aqueles que com uma sublime demonstração de afecto souberam reconhecer e apoiar a minha decisão na busca contínua de aprendizagem.



ÍNDICE GERAL

	PÁG.
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO -----	1
1.1 – Objectivo do estudo	2
1.2 – Motivação para o estudo	2
1.3 – Metodologia utilizada	3
1.4 – Estrutura do documento	3
CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA -----	5
2.1 – O termo e o conceito de “Eutanásia”	5
2.1.1 – Ambiguidade do termo e do conceito	5
2.1.2 – História do termo e do conceito	6
2.1.2.1 – Uso inicial: o facto de ter um “bom morrer”	6
2.1.2.2 – Uso ascético-religioso	7
2.1.2.3 – Primeiro uso médico (séculos XVI e XVII)	8
2.1.2.4 – Uso generalizado (últimos séculos)	11
2.1.3 – Reconstrução do termo e do conceito	14
2.1.3.1 – Eutanásia, Distanásia e Ortotanásia	15
2.2 – A evolução histórica da Eutanásia	17
2.2.1 – Da origem histórica às questões legais da contemporaneidade	17
2.2.1.1 – Alguns elementos históricos da Eutanásia	17
2.2.1.2 – Legalidade da prática da Eutanásia	20
2.2.1.2.1 – Eutanásia nos países europeus	20



2.2.1.2.2 – Eutanásia nos países não europeus	24
2.2.1.3 – Testamento Vital	25
2.3 – A problemática da Eutanásia em Portugal	29
2.3.1 – Ordenamento jurídico português	29
2.3.1.1 – Responsabilidade criminal e civil do médico que pratica a Eutanásia	38
2.3.2 – Debate da legalização	39
2.3.2.1– Argumentos prós e contras	40
2.3.2.1.1 – O sim	40
2.3.2.1.2 – O não	41
CAPÍTULO III – METODOLOGIA-----	43
3.1 – Questões de investigação	43
3.2 – Objectivos específicos	44
3.3 – Opções metodológicas	45
3.4 – Delimitação do campo de estudo	46
3.5 – Selecção de sujeitos	46
3.6 – Técnica de recolha de dados	47
3.7 – Variáveis do questionário	47
3.8 – Tratamento da informação	48
3.9 – Estudo piloto prévio	49
CAPÍTULO IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS-----	51
4.1 – Análise dos sujeitos da amostra	51
4.2 – Análise e discussão dos resultados	58



CAPÍTULO V – CONCLUSÕES DO ESTUDO -----	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	76
APÊNDICES -----	85



ÍNDICE DE FIGURAS		PÀG.
Figura nº1	Eutanásia, Distanásia e Ortotanásia	15
Figura nº2	Categoria profissional dos inquiridos	52
Figura nº3	Sexo dos inquiridos	53
Figura nº4	Contacto dos inquiridos com um doente terminal	59
Figura nº5	Conhecimento da prática de Eutanásia nos hospitais portugueses	63
Figura nº6	Denúncia dos inquiridos da prática de Eutanásia às autoridades	65



ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÀG.
Gráfico nº1 Idade dos inquiridos	54
Gráfico nº2 Ideologia religiosa dos inquiridos	55
Gráfico nº3 Formação dos inquiridos na área de cuidados paliativos	57
Gráfico nº4 Relação dos inquiridos entre contacto com um doente terminal e liberdade de escolha do doente	60
Gráfico nº5 Relação dos inquiridos entre contacto com um doente terminal e abordagem no sentido de ajudar alguém a morrer	62
Gráfico nº6 Relação dos inquiridos entre categoria profissional e conhecimento da prática de Eutanásia nos hospitais portugueses	64
Gráfico nº7 Relação dos inquiridos entre categoria profissional e aumento de dosagem de medicamentos	68
Gráfico nº8 Relação dos inquiridos entre categoria profissional e aumento do número de pedidos de Eutanásia por parte dos doentes	70



ÍNDICE DE QUADROS

		PÀG.
Quadro nº1	Testamento Vital	26
Quadro nº2	Diagnóstico diferencial entre os tipos de crime em que se pode enquadrar a prática da Eutanásia no C.P. (1982)	31
Quadro nº3	Prestação de cuidados em doentes terminais – suas consequências	36
Quadro nº4	Retorno de questionários	52
Quadro nº5	Relação dos inquiridos entre categoria profissional e sexo	54
Quadro nº6	Relação dos inquiridos entre categoria profissional e idade	55
Quadro Nº7	Ideologia religiosa dos inquiridos	56
Quadro Nº8	Relação dos inquiridos entre categoria profissional e formação em cuidados paliativos	57
Quadro nº9	Relação dos inquiridos entre categoria profissional e formação em cuidados paliativos (Teste Qui-Quadrado)	58
Quadro nº10	Relação dos inquiridos entre contacto com um doente terminal e liberdade de escolha do doente	60
Quadro nº11	Relação dos inquiridos entre contacto com um doente terminal e abordagem no sentido de ajudar alguém a morrer	61
Quadro nº12	Relação dos inquiridos entre categoria profissional e conhecimento da prática de Eutanásia nos hospitais portugueses	64



Quadro nº13	Denúncia dos inquiridos da prática de Eutanásia às autoridades (%)	66
Quadro nº14	Relação dos inquiridos entre categoria profissional e denúncia da prática de Eutanásia às autoridades	66
Quadro nº15	Relação dos inquiridos entre categoria profissional e prática de Eutanásia	67
Quadro nº16	Relação dos inquiridos entre categoria profissional e aumento de dosagem de medicamentos	68
Quadro nº17	Relação dos inquiridos entre categoria profissional e aumento do número de pedidos de Eutanásia por parte dos doentes	69
Quadro nº18	Relação dos inquiridos entre a categoria profissional e os cuidados paliativos poderem impedir a Eutanásia	71
Quadro nº19	Relação dos inquiridos entre a formação na área de cuidados paliativos e os mesmos poderem impedir a Eutanásia	71
Quadro nº20	Relação dos inquiridos entre a formação na área de cuidados paliativos e os mesmos poderem impedir a Eutanásia (Teste Qui-Quadrado)	72



ABREVIATURAS

art.	artigo
C.C.	Código Civil (Português)
C.D.	Código Deontológico da Ordem dos Médicos (Portugueses)
cfr	confronte
C.N.E.C.V.	Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
C.P.	Código Penal (Português)
C.R.P.	Constituição da República Portuguesa
D. – L.	Decreto – Lei
etc.	<i>et cetera</i> (e o resto)
et al	<i>et alii</i> (e outros)
E.U.A.	Estados Unidos da América
i.e.	<i>id est</i> (isto é)
n ^o	número
ob. cit.	obra citada
op. cit.	oportunamente citado
Pág.	Página

CAPÍTULO I

Introdução



1 – INTRODUÇÃO

Antero de Quental, Camilo Castelo Branco e Mário de Sá-Carneiro, além de figuras sobejamente conhecidas da nossa literatura, todos eles colocaram um fim à sua vida no momento que julgaram adequado. Se tempos houveram em que o suicídio foi fortemente criticado pela sociedade, hoje em dia, a maioria reconhece o direito à liberdade de escolha. O problema coloca-se, pois, quando para cumprir um desejo de morte, é necessário o auxílio de terceiros. Reportamos, claro está, à Eutanásia.

A Eutanásia não é uma questão fácil nem linear e independentemente da sua forma praticada, seja ou não legalizada, implica um debate profundo, existindo sempre prós e contras – teorias eventualmente mutáveis com o tempo e a evolução da sociedade, tendo sempre em consideração o valor de uma vida humana.

Alguns argumentos frequentemente invocados a seu favor incluem o alívio de sofrimento incontável e o respeito pela autonomia individual, pelo que é discutível se o doente que pede a Eutanásia está “competente” para efectuar esse pedido. O direito à auto-determinação individual pressupõe que o agente encontre-se acima do limiar mínimo de competência. Serão necessários estudos adicionais para comprovar que o doente que solicita a Eutanásia está livre de qualquer influência exterior. Por influência exterior entende-se não apenas a dor e o sofrimento causados pela doença terminal que limitam a sua autonomia, mas também qualquer tipo de controlo extrínseco da vontade pessoal através de coacção moral.

Do ponto de vista contrário à legalização da Eutanásia, encontramos aqueles que regra, crêem que o desafio das nossas civilizações está na linha de humanizar o processo de morte dos doentes terminais e que a opção pela Eutanásia poderá prestar abusos graves contra os mais fracos. O caminho da legalização da Eutanásia é o de obviar a grande tarefa que devemos realizar num mundo tecnicamente tão avançado mas no qual não sabemos dar a ajuda que o doente prestes a morrer precisa (Gafo, 1996).

Entre os apoiantes dos “sims” e “nãos”, parece que ambos estão de acordo que o debate sobre uma *Legalização da Eutanásia em Portugal* é actual e interessante...



1.1 – OBJECTIVO DO ESTUDO

O objectivo deste estudo é compreender a Eutanásia e conhecer as posições adoptadas face à mesma no nosso país.

1.2 – MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

A realização deste trabalho teve como força propulsora os seguintes aspectos:

- *A actualidade do tema:* a Eutanásia constitui uma das preocupações do homem contemporâneo. Numa altura em que cada vez mais multiplicam-se as conferências e os simpósios, assim como também os *media* avançam com casos de Eutanásia, citando nomes de doentes, nomes de médicos e pormenores que despertam a curiosidade da população, é urgente redefinir os termos e reavaliar a situação que envolve a problemática da Eutanásia.

- *Experiência familiar:* anos de experiência a acompanhar e a escutar familiares muito próximos e com grande relação de amor e amizade, levarem à descoberta em tempo real da Eutanásia. A aprendizagem sobre a vida, a morte e a motivação para os pedidos de Eutanásia, foram determinantes para a escolha do tema deste trabalho.

- *Realização profissional e pessoal:* como advogada, pós-graduada em ciências médico-legais sentiu-se a necessidade de desenvolver um trabalho que contribuísse para alargar os conhecimentos médicos e a concretização dos mesmos na vida diária, possibilitando o auxílio àqueles que sofrem desmesuradamente ou perderam o sentido da vida.



1.3 – METODOLOGIA UTILIZADA

Este estudo será desenvolvido segundo uma abordagem mista (qualitativa e quantitativa). Esta opção fez-se, por um lado, porque a vertente qualitativa, postula uma concepção global fenomenológica, indutiva e estruturalista que se adapta perfeitamente à abordagem pretendida para o problema a investigar. Por outro, porque interessa neste contexto, para além dos resultados ou produtos, o processo. Assim, vai utilizar-se, para além da análise estatística dos dados, a análise indutiva onde as abstrações vão sendo construídas à medida que os dados particulares que forem recolhidos se vão agrupando (Bogdan, 1994).

1.4 – ESTRUTURA DO DOCUMENTO

Este estudo está estruturado da seguinte forma:

No **capítulo I**, é feita a introdução ao trabalho onde se apresenta a pertinência do estudo, o objectivo, a motivação e a metodologia utilizada.

No **capítulo II**, desenvolve-se o enquadramento teórico da temática em estudo.

Inicia-se com a ambiguidade do termo e conceito de “Eutanásia” para de seguida abordar a evolução histórica do mesmo termo e conceito. Faz-se também um enquadramento da Distanásia e Ortotanásia como reconstrução do termo e conceito de “Eutanásia”.

Introduz-se uma abordagem histórica da Eutanásia, com uma breve resenha da origem histórica até às questões legais da contemporaneidade onde são incluídos alguns precedentes evolutivos da sua história, assim como a qualificação jurídica da prática da Eutanásia na Europa e outros países do Mundo.



Segue-se o tema da problemática da Eutanásia em Portugal, iniciando-se com uma análise ao nosso ordenamento jurídico, passando pela responsabilidade criminal e civil do médico que pratica a Eutanásia. São posteriormente elencados os argumentos prós e contras no debate da legalização da Eutanásia.

No **capítulo III**, é apresentada a metodologia do estudo.

No **capítulo IV**, faz-se a análise e a discussão dos resultados obtidos.

No **capítulo V**, procede-se às conclusões do estudo.

CAPÍTULO II

Revisão da Literatura



2 – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 – O TERMO E O CONCEITO DE “EUTANÁSIA”

Ao preparar-se uma abordagem do tema “Eutanásia: Prós e contras de uma Legalização em Portugal” mostra-se pertinente abordar a ambiguidade do termo e do conceito de “Eutanásia”. Também é necessário oferecer uma terminologia mais diversificada e mais exacta, afim de esclarecer as situações do morrer. Isso é o que pretendemos fazer neste ponto.

2.1.1 – AMBIGUIDADE DO TERMO E DO CONCEITO

O termo “Eutanásia” que, como moeda corrente, se impôs no linguajar especializado e no da rua, carrega consigo uma enorme carga de ambiguidade. Ambiguidade que permite entender, sob o mesmo conceito, coisas diferentes e até contrárias e, ao mesmo tempo, dá lugar a atitudes e usos contrapostos.

Para provar o que dissemos valham duas constatações:

- Uso normal

No uso normal, a Eutanásia define-se como “morte sem sofrimento físico e, em sentido restritivo, aquela que assim é provocada voluntariamente”. Já nessa mesma definição, parece admitir-se um sentido ampliado (o etimológico de “morte doce”) e um sentido restrito (morte por acção de ajuda externa).

- Uso factual

O termo e o conceito de “Eutanásia” têm, na prática, uma grande variedade de sentidos em conversas, escritos, manifestos, movimentos e grupos. A Eutanásia converteu-se num termo polissemântico. Valham os seguintes sentidos, mas outros se poderiam enumerar:



- Sentido etimológico: boa morte, sem dor.
- Luta contra o sofrimento, a qualquer preço.
- Supressão da vida de um doente a pedido dele próprio, ou dos familiares, ou dos próprios profissionais da medicina.
- Decisão de se abster de meios extraordinários, considerados “despropositados” na fase terminal, e vistos como obstinação terapêutica.
- Direito à própria morte, com o significado de morte apropriada, que outros chamam de morte digna.

2.1.2 – HISTÓRIA DO TERMO E DO CONCEITO

“Eutanásia” é uma palavra empregada no ocidente europeu que tem a sua raiz no mundo greco-romano. Deriva directamente do grego *eutanásia* = morrer bem, boa morte, morte suave (*eu* = bem e *thanatos* = morte). Ao lado deste substantivo, encontra-se o verbo *euthanatéo* = morrer bem, e o adjetivo *euthanatós* = aquele que morreu bem. Cabe esclarecer que estas três palavras receberam um tratamento diferente para significar também realidades diferentes ao longo da história, ou seja nem sempre se refere à mesma realidade.

2.1.2.1 – USO INICIAL: O FACTO DE TER UM “BOM MORRER”

O uso da palavra “Eutanásia” no contexto da cultura greco-romana alude ao mesmo facto do morrer humano como morrer bem. Faz dele o objecto de desejo e da petição.

Prescinde ou não tem em conta a ajuda para o morrer. Este desejo e petição ficaram definitivamente expressados na frase: *felici vel honesta morte mori*.



Cícero, na sua carta a Ático (16,7,3) emprega a palavra “Eutanásia” como sinónimo de morte digna, honesta e gloriosa. Na descrição que Suetónio faz da morte do imperador Augusto (“Divus Augustus”, 99) encontramos expresso o ideal greco-romano da Eutanásia:

“Conseguiu um final fácil e tal como sempre 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)”.

2.1.2.2 – USO ASCÉTICO-RELIGIOSO

O cristianismo fez da morte um “morrer no Senhor”. Deus é o Deus da vida e da morte. Dá a vida e tira-a sem que o ser humano possa mudar esta lei.

Neste contexto não aparece a palavra “Eutanásia”. A cultura ocidental cristã deteve--a na consideração do morrer histórico – peste, guerras, dores, *hora mortis* – e preocupa-se em criar as chamadas *artes moriendi*. Acentua-se o “sentido agónico” e a carga de sublimação dos sofrimentos com o seu poder de purificação dos pecados. Pela agonia e os seus sofrimentos o doente assemelha-se a Cristo, e unido a ele purifica-se e prepara-se para a outra vida. Neste contexto, não é permitido nenhum tipo de razão capaz de alterar o curso dos factos (directa ou indirectamente) sobre os doentes. O “morrer bem” é uma entrega sem condições, uma aceitação e um oferecimento.

2.1.2.3 – PRIMEIRO USO MÉDICO (SÉCULOS XVI E XVII)

O termo e o conceito de “Eutanásia” adquirem um uso e uma prática novos no Renascimento. São aplicados ao bom morrer no sentido físico, como o último processo da



saúde e da vida do ser humano. A morte é o último acto da vida e deve ser tratada como algo que pertence à pessoa a quem deve-se ajudar a enfrentar a morte com todos os recursos de que se dispõe. O conceito de Eutanásia é consequência do que se tem sobre a vida, o ser humano, a saúde. E em sua elaboração terá de implicar aos humanistas, físicos e médicos que durante este tempo – sobretudo nos séculos XVI e XVII – estiveram empenhados em solidificar um novo tipo de ciência e um novo conceito de Homem. Neste sentido devemos constatar:

- Não é tanto a palavra quanto o conceito o que está a actuar nesse período;
- Também aqui encontramos um uso e uma prática diferentes, se não na palavra, no mínimo, no conceito. Vejamos alguns exemplos:

O célebre cirurgião Ambroise Paré (1509 – 1590) parece admitir um limite à intervenção do médico: “ Eu fiz as curas, mas somente Deus é o dono da vida e da morte, da cura e da agonia, da angústia e da serenidade”.

A interpretação dada por Francis Bacon (1561 – 1626) avança um pouco mais. Considerado como o pai da ciência experimental que implantou o método de “contemplar a natureza”, para segui-la, deixou-nos, tanto no *Novum Organum* como na sua utopia da *Nova Atlantis* e, sobretudo, na *Historia vitae et mortis* diferentes aproximações ao conceito de *euthanasia*, não se encontrando, contudo a palavra “Eutanásia” no texto original, em latim. Do último livro é esta a descrição da Eutanásia:

“O ofício do médico não é somente restaurar a saúde, mas também mitigar as dores e tormentos das enfermidades; e não somente quando tal mitigação da dor (...) ajuda e conduz à recuperação, mas também quando, esvaindo-se toda a esperança de recuperação, serve somente para conseguir uma saída da vida mais fácil e equitativa (...) Em nossos tempos, os médicos fazem questão de escrúpulo e religião o estar junto do paciente quando ele está a morrer (...), devem adquirir habilidades e prestar atenção em como o moribundo pode deixar a vida mais fácil e silenciosamente. A isso eu chamo a pesquisa sobre *eutanásia externa* ou morte fácil do corpo, a que se distingue da outra eutanásia que tem por objecto a preparação da alma.”



Neste texto, destaca-se abertamente, a noção média eutanásia tanto externa – eutanásia propriamente dita – como interna – atenção à alma ou ao estado interior do paciente.

Bacon afirma que o médico deve aplicar a sua ciência não somente para curar, mas também para minorar as dores de uma enfermidade mortal. Com ele, o termo “Eutanasia” adquire o seu significado actual. Não é claro se ele admite a acção médica que põe positivamente à vida do enfermo; antes parece afirmar que o médico tem uma missão muito importante para cumprir nesse “estar junto ao paciente quando ele está a morrer” (Pessini, 2004).

A partir de Bacon, a palavra “Eutanásia” adquire uma tonalidade nova: já não se relaciona unicamente ao sentido etimológico grego, mas possui também, o sentido de “prestar atenção em como o moribundo pode deixar a vida mais silenciosamente.”

Nada menos que Tomás Morus (1478 – 1535) no seu livro “Utopia” (Alianza, pp.161 – 162) e num dos seus livros, o “Diálogo do consolo” – escrito posteriormente na prisão da Torre – encontramos o conceito médico e moral de Eutanásia. Pela sua importância reproduzimos o texto integralmente:

“Já disse que se esmeram na atenção aos enfermos. Não regateiam nada que possa contribuir para sua cura, trate-se de remédios ou alimentos. Consolam os enfermos incuráveis, visitando-os com frequência, conservando com eles, prestando-lhes enfim toda a sorte de cuidados. Mas quando a estes males incuráveis se juntam sofrimentos atrozes, então os magistrados e os sacerdotes se apresentam ao paciente para exortá-lo. Procuram fazê-lo ver que está já privado dos bens e das funções vitais; que está sobrevivendo a sua própria morte; que é uma carga para si mesmo e para os outros. É inútil, portanto, obstinar-se em se deixar devorar por mais tempo pelo mal e pela infecção que o corroem. E, já que a vida é um puro tormento, não deve duvidar em aceitar a morte. Armado de esperança deve abandonar



esta vida cruel como se foge duma prisão ou do suplício. Que não duvide, enfim, libertar-se de si mesmo ou permitir que o libertem os outros. Será uma demonstração de sabedoria seguir estes conselhos já que a morte não o separará das delícias da vida, mas sim do suplício. Seguindo os conselhos dos sacerdotes, como intérpretes da divindade, realizam inclusive uma obra piedosa e santa.

Aqueles que se deixam convencer põem fim aos seus dias, deixando de comer. Ou se lhes dão um soporífero, morrendo sem se dar conta disso. Mas não eliminam ninguém contra a sua vontade, e nem por isso os privam dos cuidados que lhes vinham dispensando. Este tipo de morte se considera algo honroso.

Mas aquele que tira a própria vida – por motivos não aprovados pelos sacerdotes e pelo senado – não é julgado digno de ser sepultado ou incinerado. É jogado ignominiosamente numa cloaca”.

Este texto de Morus foi escrito em 1516 e aparece como o primeiro documento que aborda o tema dentro dos limites exactos da medicina, da moral e da pessoa humana. Raramente podemos encontrar um texto semelhante até aos nossos dias – É um autêntico tratado!

Vamos elaborar um pequeno estudo do mesmo. Se atentarmos atenciosamente o texto, perceberemos de imediato o processo do discurso de Morus:

- Atenção esmerada aos enfermos;
- Uma enfermidade intolerável e incurável que tira todo o prazer à existência na terra;
- Tem em conta os direitos da pessoa: responsabilidade moral, liberdade;



- Também são apresentadas a sanção social e a sanção religiosa representadas pelos magistrados e pelos sacerdotes. O enfermo é catalogado como um membro que faz parte da sociedade, como lhe pertence. Por outro lado, os sacerdotes são os intérpretes da divindade;
- A referir a clara distinção entre Eutanásia e simples suicídio: a Eutanásia é qualificada como “honrosa” e o suicídio como “crime”.

Para outros, a palavra “Eutanásia” terá sido empregue pela primeira vez por W.E.H. Locky (em 1869), com o significado de acção de induzir suave e facilmente a morte, sobretudo de doentes incuráveis ou terminais, com o mínimo de dor e de sofrimento.

2.1.2.4 – USO GENERALIZADO (ÚLTIMOS SÉCULOS)

Os últimos séculos trazem um confronto no campo médico-ético-social, da realidade do morrer. A Eutanásia cobre um amplo espectro de situações tanto do indivíduo como da sociedade.

Sem pretensão de fazer um elenco completo, vejamos algumas situações eutanásicas:

- Podemos mencionar a **Eutanásia Agónica**, entendida como a ajuda a morrer sem dor ou como interrupção da vida na fase terminal. Este sentido está na linha dos humanistas do Renascimento.

- Refira-se também, a **Eutanásia Eugénica ou Eutanásia do Tipo Social ou Económico**, na qual consiste na eliminação indolor dos doentes incuráveis, dos inválidos e dos velhos, com o fim de aliviar a sociedade do peso de pessoas economicamente inúteis. Estende-se aos casos de malformações congénitas ou de deterioração física ou mental irreversível. Este tipo de Eutanásia foi praticado em Esparta e na Alemanha nazi, com o pretexto de purificação da raça.



•Também podemos falar da **Eutanásia Penal ou Punitiva**, aquela que surge nos países onde a pena de morte ainda é admitida, como por exemplo, em alguns Estados da América*1 ou na China, para castigos de crimes considerados graves pelas respectivas legislações. Cada país apresenta o seu processo clássico para aplicar a pena capital (cadeira eléctrica, guilhotina, enforcamento, câmara de gás), procurando que a morte dos criminosos seja isenta de dor e de sofrimento.

•A **Eutanásia Lenitiva** verifica-se quando se empregam meios mitigadores ou eliminadores do sofrimento mas, com o objectivo da conservação da vida e sem o encurtamento da mesma, em que se aguarda que seja a doença a provocar a morte.

A Eutanásia Lenitiva deve-se distinguir da **Eutanásia Occisiva**, que surge quando o médico usa meios para liquidar o paciente, de forma a que este não sofra mais.

•Existe também a **Eutanásia Homicida**, em que pode existir homicídio piedoso, isto é, abrevia-se a vida de uma pessoa, libertando-a de uma doença incurável, de uma deformação física ou de uma velhice angustiante.

•Também é habitual diferenciar a **Eutanásia Directa** da **Eutanásia Indirecta**, face ao querer a morte advir, ou se apenas se procurar mitigar a dor física, embora sabendo que tal, possa conduzir ao encurtamento da vida do moribundo. Todavia para esta definição/distinção, não podemos considerar a Eutanásia Indirecta como verdadeira Eutanásia.

•Se atentarmos o tipo de acção, podemos referir vários tipos de Eutanásia, como é o caso da **Eutanásia por Acção ou Positiva**, na qual, existe um traçado de acções para provocar a morte sem sofrimento e sem dor do paciente, com fins misericordiosos por meio de uma intervenção médica adequada, geralmente pela administração de um fármaco. Em contraposição temos a **Eutanásia por Omissão ou Negativa**, na qual, há omissão de qualquer tipo de ajuda médica para manter a vida do doente; por outras

*1 Em Portugal, a pena de morte foi abolida no século XIX, no reinado de D. Luís.



palavras, no caso de um doente terminal, a sua morte ocorre, porque não é iniciada qualquer acção médica extraordinária, com o objectivo de minimizar o sofrimento.

•Caso tenhamos em conta o consentimento do doente, também podemos reportar à **Eutanásia Voluntária** que é aquela que ocorre quando a morte é provocada atendendo à vontade do paciente; à **Eutanásia Involuntária** que acontece quando a morte é provocada contra a vontade do paciente e a **Eutanásia Não Voluntária** que é provocada sem que o paciente tenha manifestado a sua posição em relação a ela. Inserida na Eutanásia Voluntária, está a **Eutanásia Suicida**, onde é o próprio paciente quem recorre ao uso de meios letais para abreviar ou suprimir a vida. Neste tipo de Eutanásia podem concorrer também com a sua actuação, outras pessoas que contribuam para o desenlace mortal, sem serem elas próprias os autores principais.

Outras diversificações conceituais são possíveis e muitas tiveram a sua aparição durante o século XX, de que são ilustradas as propostas por Ricardo Royo-Villanova em 1928 que dividia a Eutanásia em **Eutanásia Súbita**, isto é, morte repentina; **Eutanásia Natural**, como morte natural ou senil, proveniente do processo natural e progressivo do envelhecimento; **Eutanásia Estóica** como morte obtida com a exaltação das virtudes do estoicismo (que enaltecia a austeridade e a firmeza); **Eutanásia Teológica**, isto é, a 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**, considerada a supressão de todos os seres degenerados ou inúteis e a **Eutanásia Legal**, como a Eutanásia consentida e regulamentada legalmente.

Outra proposta que podemos considerar é a de professor Ruy Santos, em 1928, na qual dividiu a **Eutanásia-Homicídio** (alguém procede de forma a terminar com a vida de um paciente terminal) em **Eutanásia-Homicídio realizada por médico** e **Eutanásia-Homicídio realizada por familiar**. Para além da Eutanásia-Homicídio, também propôs a **Eutanásia-Suicídio** quando é o próprio paciente que executa a sua morte.

Para referenciar outra proposta, assentamos na do professor Jiménez da Asúa, que em 1942 distinguiu a **Eutanásia Libertadora**, a qual é realizada por pedido de um paciente terminal, e o qual apresenta grande sofrimento; a **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; e a **Eutanásia Económica** que é a realizada em indivíduos, que por motivos de doença, ficam inconscientes e que poderiam ao recuperar os sentidos, sofrer em função da sua doença.

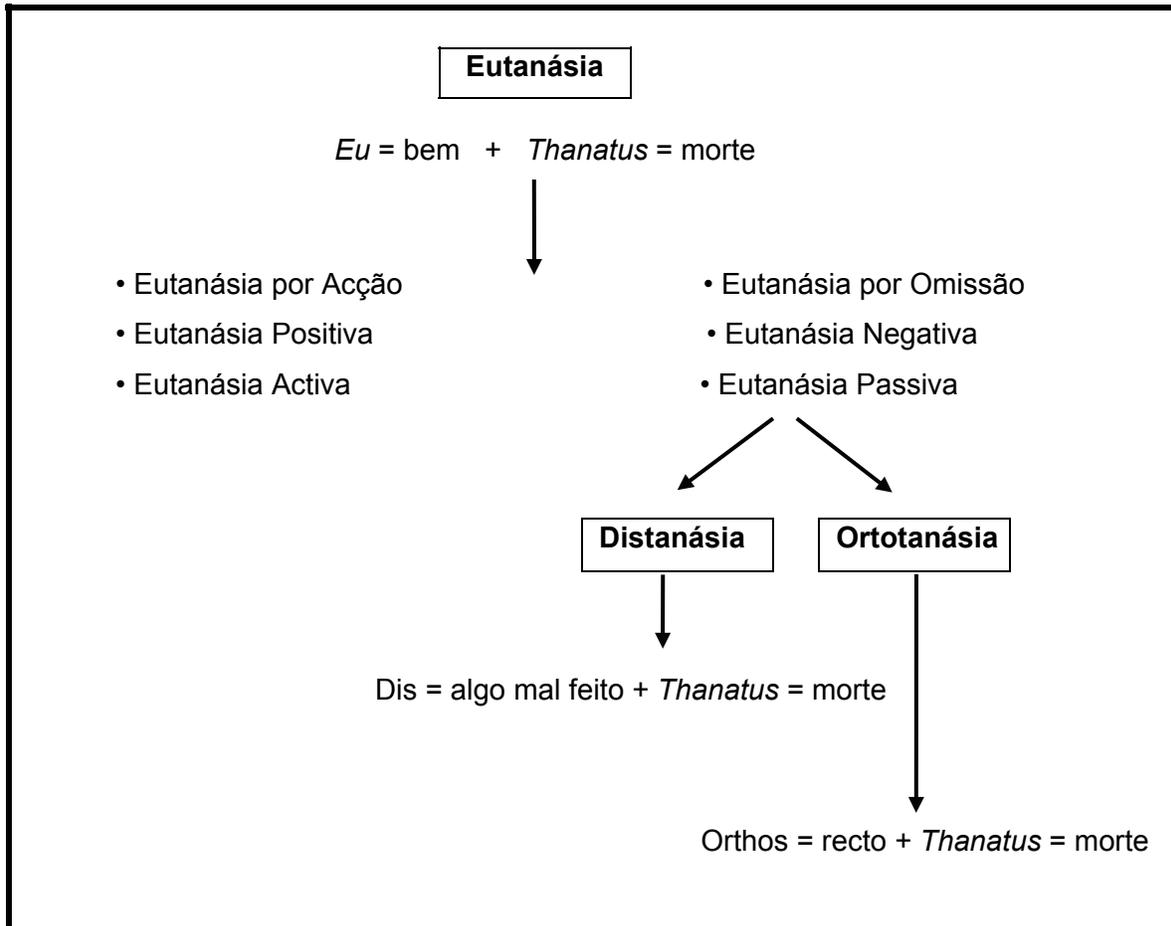
2.1.3 – RECONSTRUÇÃO DO TERMO E DO CONCEITO

Tendo-se constatado e explicado a ambiguidade que existe ao reduzir o nível expressivo ao termo e conceito de “Eutanásia”, é necessário propor uma reconstrução desse nível expressivo. Assim, ao pretendermos uma melhor e maior precisão de conceitos, tal como uma maior riqueza de expressões, debruçar-nos-emos em três situações diferentes.

Na figura seguinte faz-se uma apresentação esquemática destas situações – Figura nº1.



Figura nº 1 EUTANÁSIA, DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA



2.1.3.1– EUTANÁSIA, DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA

De uma forma genérica pode-se dizer que a Eutanásia é a prática pela qual se abrevia, sem dor ou sofrimento, a vida de um enfermo incurável.



Referimos anteriormente*2 que a Eutanásia Passiva (também denominada de Eutanásia por Omissão ou Negativa) como até o próprio nome indica, é aquela na qual existe uma omissão de qualquer tipo de ajuda médica para manter a vida de um doente.

Como podemos observar no esquema anterior, este tipo de Eutanásia pode-se dividir na chamada Distanásia e na Ortotanásia.

Etimologicamente Distanásia é o oposto de Eutanásia: deriva do grego *dis* = algo mal feito e *thanatus* = morte. A Distanásia defende que devem ser utilizadas todas as possibilidades para prolongar a vida de um ser humano, ainda que a cura não seja uma possibilidade e o sofrimento torne-se bastante penoso.

No que se refere à Ortotanásia, que se opõe à Distanásia, deriva do grego *orthos* = recto e *thanatus* = morte. Na Ortotanásia é defendido, que se reconheça o momento natural da morte de um indivíduo, não se procedendo a qualquer tipo de meio para manter ou prolongar a sua vida. Significa que se deve deixar o ser humano morrer em paz, sem que se promova e acelere esse processo de deixar a vida.

Como refere Vidal (2000) existem situações eutanásicas e distanásicas.

As primeiras situações são aquelas em que “o valor da vida humana parece encontrar-se numa condição tal de obscurecimento ou o caso em que uma terapia de antecipação da morte aparece como alternativa melhor (...) Estas situações para a ética são aquelas terapias eutanásicas que se aprovam ou reprovam moralmente por referência a uma escala de valores, na qual a aprovação ou a repulsa morais dependem do modo de resolver o conflito entre o valor da vida humana e o valor do morrer como alternativa melhor diante do viver”.

Quanto às segundas situações, para o mesmo autor, são aquelas “criadas pelo emprego das novas técnicas chamadas anteriormente *de reanimação* e agora de *prolongamento da vida*, constituindo com frequência uma autêntica obstinação terapêutica*3.

*2 Cfr. Pág.12.

*3 Entende-se por obstinação terapêutica a acção médica, centrada em prolongar a vida do enfermo, mas que pode ser extraordinariamente cruel para o próprio, já que significa o prolongamento de um processo irreversível, acompanhado de graves dores e angústias.



A realidade contrária à Distanásia é a Adistanásia (ou Antidistanásia) que significa “deixar morrer em paz” o doente sem propiciar-lhe os meios capazes de atrasar a morte iminente.

2.2 – A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA EUTANÁSIA

2.2.1 – DA ORIGEM HISTÓRICA ÀS QUESTÕES LEGAIS DA CONTEMPORANEIDADE

A prática da Eutanásia é sem dúvida, quase tão velha como a humanidade. No enalce de uma compreensão mais profunda da Eutanásia na contemporaneidade segue-se uma exploração sumária da sua história e um visionamento do enquadramento legal da Eutanásia até aos nossos dias.

2.2.1.1 – ALGUNS ELEMENTOS HISTÓRICOS

A discussão, em redor dos valores culturais, religiosos e éticos na prática da Eutanásia remonta à antiguidade. Citando Perico (1962:13) “O instintivo horror pelo sofrimento e pela humilhação levou já na antiguidade o homem a escolher a morte antes do que uma vida ou uma agonia intolerável. Pouco a pouco, a iniciativa homicida foi transferida do próprio aos outros e chegou-se à supressão piedosa dos tarados, dos inúteis, dos velhos, dos monstruosos.”

Na antiguidade, diversos povos, como por exemplo, em algumas comunidades pré-celtas e celtas, os filhos matavam os seus pais quando estes estivessem muito velhos e doentes.



Na Índia, os doentes incuráveis eram atirados ao rio Ganges, após obstrução da boca e narinas com uma lama ritual.

Na Grécia, mais concretamente em Esparta, os recém-nascidos eram examinados pelos membros do Senado, de forma a determinarem se estas apresentavam alguma anomalia física, ou se tinham a robustez necessária para se tornarem bons soldados - àqueles que não possuíam as características exigidas praticavam a Eutanásia Eugénica. Todavia, em Atenas, a Eutanásia era defendida por alguns como um acto de compaixão para um doente em sofrimento. Disse Platão na sua *República* “todo o cidadão tem um dever a cumprir em qualquer Estado civilizado; ninguém tem o direito de passar a vida doente ou em tratamento (...) aqueles que não forem sãos de corpo, deixem-se morrer...”

No Egito foi criada uma Escola por Cleópatra VII (69a.c.-30a.c.) cujo objectivo consistia em estudar formas menos dolorosas de morrer.

Na Germânia antiga, os velhos e os inválidos eram abandonados nas florestas para serem devorados pelos animais ferozes.

Em tempos mais recentes, o renascentista Thomas Morus publica em 1516 a obra *Utopia* na qual descreve, sem utilizar a palavra, uma prática correspondente à Eutanásia Voluntária, num sentido ao qual se pode perfeitamente aplicar a definição actual. No século XVII o termo “Eutanásia” é proposto pela primeira vez por Francis Bacon *4. No século XVIII Kant escreve: “Nenhum Homem pode dispor da sua vida” numa afirmação claramente contra a Eutanásia.

No século XX, despotelam os movimentos de opinião a favor da Eutanásia Voluntária. Em 1931, na 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, tendo a ideia sido retomada, em 1935, por uma comissão constituída por três médicos, três membros do clero e um advogado denominada *The Voluntary Euthanasia Legalization Society*; esta proposta de lei foi apresentada, pela primeira vez, sem êxito, na Câmara dos Lordes em 1936. A sociedade mudou muitas vezes de nome, no entanto continua a existir sob o nome de *Voluntary Euthanasia Society*.

Em 1938, nos Estados Unidos da América, o pastor Charles Francis Potter, cria a chamada *Euthanasia Society of América*, e em 1967 surge o denominado Euthanasia

*4 Cfr. Pág. 9.



Educational Fund, que tinha por objectivo o financiamento de programas de informação e difusão pública da Eutanásia.

Em Outubro de 1939, com o início da Segunda Guerra Mundial, surge na Alemanha, o programa nazista de Eutanásia, sob o nome de código *Aktion T4*, cuja máxima era eliminar as pessoas de etnias consideradas “inferiores, pessoas com deficiências ou doentes tidos como indesejáveis, bem como pessoas muito velhas.

Em 1956, a Igreja Católica colocou-se em posição oposta à Eutanásia; todavia o Papa Pio XII, em 1957, aceitou a possibilidade do uso de grandes quantidades de drogas a doentes em grande sofrimento, mesmo que essas doses pudessem ter como efeito indesejado a sua morte (conceito de duplo efeito). Em 1980, o Vaticano na Declaração da Congregação para a Doutrina da Fé sobre a Eutanásia (5 de Maio)^{*5} admite a hipótese do duplo efeito e da interrupção do tratamento considerado fútil. Em 1991, o Papa João Paulo II, numa carta aos bispos, reiterou a sua posição contra a Eutanásia, dando notoriedade ao papel que as escolas e hospitais católicos deveriam ter na vigilância e discussão da Eutanásia.

Em 1996, no Norte da Austrália foi aprovada uma lei que possibilita formalmente a Eutanásia, lei essa que foi revogada após alguns meses. Nesse ano, no Brasil também foi proposta uma lei semelhante, contudo não obteve resultados positivos.

Em Maio de 1997, a Corte Constitucional da Colômbia após no seu ordenamento jurídico, que o profissional que praticasse a Eutanásia, não poderia ser punido criminalmente.

Por último, no século XXI, na Holanda, em 1 de Abril 2002, entrou em vigor a “Lei sobre a Cessação da Vida a Pedido e o Suicídio Assistido (Procedimentos de revisão)” que legaliza a situação da Eutanásia, então oficialmente “perdoada” e amplamente perdoada.

Em 28 de Maio de 2002, a Bélgica torna-se o segundo País a promulgar a sua Lei da Eutanásia.

*5 Cfr. na íntegra, a Declaração em Apêndice, na Pág. 98 e ss.



2.2.1.2 – LEGALIDADE DA PRÁTICA DA EUTANÁSIA

A qualificação jurídica da prática da Eutanásia varia nos diversos países do Mundo. Vejamos como se considera essa prática nas ordens jurídicas de alguns países da Europa e fora dela.

2.2.1.2.1 – EUTANÁSIA NOS PAÍSES EUROPEUS *6

A Holanda tornou-se o primeiro laboratório social mundial, para o estudo da Eutanásia em 1991, quando a médica holandesa Geertruda Postma abreviou a vida da sua mãe, que tinha setenta e oito anos, ao administrar-lhe uma dose mortal de morfina. Desde então, a Eutanásia é abertamente debatida na Holanda.

Existem dois relatórios holandeses importantes sobre a Eutanásia: o primeiro governamental, da comissão Remmelink, em 1991; o outro de 1996, um estudo independente realizado por Van der Maas e Van der Wal, os quais incidiram numa extensa e meticulosa pesquisa sobre decisões de fim de vida praticados por médicos holandeses no ano de 1995. Nestes relatórios, a Eutanásia é vista como “a acção de intencionalmente abreviar a vida de um paciente feita por alguém, a pedido explícito deste”. Nesta definição, não se enquadram todas aquelas decisões médicas relacionadas com o final de vida que retiram ou iniciam um tratamento, ou tratamentos para combater a dor que têm como efeito indirecto a abreviação da vida do paciente (Eutanásia Passiva), tal como também não se inserem as acções de activamente terminar a vida do paciente sem uma solicitação explícita por parte do mesmo.

Os casos de Eutanásia não voluntária, descritos no relatório de 1991, ampliaram a discussão da Eutanásia ficando-se com a impressão de que os holandeses começaram a abreviar o final da vida a pedido e terminaram com casos de Eutanásia não voluntária, o

*6 Portugal será descrito no “Capítulo II, Sub-capítulo 2.3 – A problemática da Eutanásia em Portugal”.



que não é de toda verdade; sabe-se apenas que a ocorrência de casos de Eutanásia não voluntária, não aumentou na Holanda, no período compreendido entre 1991 e 2001 (Pessini, 2004).

Ainda para o mesmo autor: “Percebe-se que existem duas ideologias presentes na prática da eutanásia na Holanda. Uma é denominada pela autodeterminação individual e outra enfoca a compaixão. O atual regime legal e a proposta da nova lei refletem essa segunda perspectiva. Existe uma tensão crescente entre essa visão e as idéias da sociedade em geral, embasadas na autonomia. Na perspectiva autonomista a eutanásia torna-se um direito, algo que você pode solicitar ao seu médico que realize. Talvez essa tensão seja uma das razões por que os médicos permanecem Melutantes em relatar os casos de eutanásia” (2004:124).

Finalmente, em 1 de Abril de 2002, entrou em vigor a “Lei sobre a Cessação da Vida a Pedido e o Suicídio Assistido (Procedimentos de revisão)”^{*7} que legaliza a Eutanásia ao estabelecer que um acto de Eutanásia não será punido pela 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 Suicídio Assistido (Procedimento de revisão) – artigo 293º do Código Penal.

Os requisitos de cuidados adequados, aludidos no artigo supra mencionado, e respeitantes ao artigo 2º da Lei em causa determinam que o médico:

- a) tem a comunicação de que o pedido do paciente é voluntário e bem avaliado;
- b) tem a comunicação de que o sofrimento do paciente era intolerável e sem perspectiva de alívio;
- c) informe ao paciente a respeito da sua situação bem como sobre suas perspectivas;
- d) junto com o paciente devem chegar a uma conclusão comum 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 nas partes a-d; e
- e) abreviou a vida ou assistiu um suicídio com os cuidados adequados”.

^{*7} Cfr. na íntegra, a Lei Holandesa em Apêndice, na Pág. 106 e ss.



A Holanda deixa de ser o único país do mundo com a prática da Eutanásia legalizada, pois em 28 de Maio de 2002, a Bélgica promulgou a sua Lei de Eutanásia*8. Para os fins de aplicação desta Lei, o artigo 2.º define a Eutanásia “como o acto, realizado por terceiros, que faz cessar intencionalmente a vida de uma pessoa a pedido desta pessoa”.

De acordo com a Lei Belga, o médico que executa uma Eutanásia não pratica um acto ilegal se tiver assegurado 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. Em todos os casos o médico deve:

- Informar o paciente sobre o seu estado de saúde e a sua expectativa de vida, discutir com o paciente o seu pedido de Eutanásia e as medidas terapêuticas que ainda possam ser consideradas, bem como a disponibilidade e as consequências dos cuidados paliativos;

- 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;

- 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 que toca à condição patológica do paciente.

- 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;

- Se for desejo do paciente, o médico encarregado do tratamento deverá discutir o

*8 Cfr. na íntegra, a Lei Belga em Apêndice, na Pág. 114 e ss.



pedido do paciente com as pessoas próximas deste que ele tenha designado;

- Determinar que o paciente teve a oportunidade de discutir o seu pedido com essas pessoas. (Englert, 2004 citado por Pessini, 2004:125).

No Reino Unido, em 1931, o Dr. C.K.Millard propôs uma lei para a legalização da Eutanásia, proposta essa, que foi discutida até 1936 pela Câmara dos Lordes até ser rejeitada. Em 1935 nasce na Inglaterra a “EXIT” (“Saída”), uma das primeiras associações pró-eutanásica, que distribuía folhetos aos seus associados com instruções para “morrer com dignidade”, tendo tido problemas com a justiça inglesa.

Actualmente, a Eutanásia é aceite no caso de doenças muito dolorosas, onde o paciente possa ser medicado para ter uma morte mais suave; se por ventura o pedido (do paciente) for instante, consciente, livre e expresso é considerado crime classificado por homicídio e por conseguinte este punido com pena de prisão.

Na França, a Eutanásia é considerada, pura e simplesmente, como um homicídio, embora na reforma de Código Penal Francês, preveja-se um artigo consagrado à Eutanásia (artigo 11.116), definida como “por fim à vida de uma pessoa ameaçada de morte próxima e inevitável, com o fim de abreviar os seus sofrimentos e sob pedido desta, sério instante e reiterado” a que, eventualmente, corresponderá uma pena atenuada.

Na Alemanha Federal, à semelhança da França, a Eutanásia é também considerada um homicídio com atenuantes. O Supremo Tribunal de Munique em 1984 opinou que “o direito à própria decisão do paciente informado e capaz, e o desejo de uma pessoa que quer pôr fim à vida voluntariamente, devem ser equiparados. Os médicos são obrigados a respeitar a vontade do paciente, mesmo que esteja inconsciente no decurso de uma doença mental”. Esta sentença, posteriormente foi confirmada pelo Supremo Tribunal Federal, num processo no qual os arguidos eram acusados de ter possibilitado que um paciente se suicidasse entregando-lhe uma cápsula de cianeto. A sentença não distingue entre o médico e outra pessoa qualquer que dê a substância mortal, se o doente o pede livremente. Como refere Fernández (1996:113) “Estas sentenças significam que se dá um status legal semelhante ao suicídio e ao pedido de eutanásia”.

Na Suíça, a Eutanásia não é legal, no entanto o Código Penal Suíço, de 1942, seguiu um critério atenuante, pelo que existe um perdão judicial a favor daquele que realiza uma morte benéfica.

Na Espanha, a Eutanásia (assim como o Suicídio Assistido e o auxílio a uma pessoa que se deseja suicidar) pode ter uma pena de seis meses a seis anos de prisão,



dado que o Código Penal ao proteger o direito à vida (tal como a própria Constituição Espanhola, assim como o Tribunal Constitucional Espanhol que já proferiu diversas sentenças nesse sentido) proíbe qualquer atentado contra a vida de outrem, castigando a indução e a ajuda ao suicídio, bem como o acabar com a vida de outrem a seu pedido.

2.2.1.2.2 – EUTANÁSIA NOS PAÍSES NÃO EUROPEUS

O Uruguai tornou-se o primeiro país do mundo a regulamentar a Eutanásia, quando em 10 de Agosto de 1934, entrou em vigor o actual Código Penal Uruguaio, onde foi caracterizado o “homicídio piedoso” no seu artigo 37º do capítulo III, o qual estipula que os juízes têm a faculdade de não condenar a autor de um homicídio efectuado por piedade, quando a vítima tenha feito reiteradas súplicas, desde que o mesmo não tenha antecedentes criminais. Todavia, tal situação não tem aplicação no suicídio assistido, pois neste, existe a caracterização de um delito, sem a possibilidade de perdão judicial (artigo 315º do mencionado Código Penal).

No Perú, no seu Código Penal de 1942, não é considerado punível o incitamento nem o auxílio ao suicídio, assim como também não é punido quem pratica a Eutanásia.

Na Rússia, o Código Penal Soviético de 1922, concede a isenção de pena ao homicídio por compaixão praticado a pedido da vítima.

No Brasil, é condenada formalmente toda a Eutanásia. O Código Penal Brasileiro não considera o homicídio eutanásico. O dispositivo legal que se pode considerar em certos casos de Eutanásia é pertinente ao parágrafo 1º do artigo 121º, que prevê o homicídio com diminuição de pena nos casos que o agente cometer o crime impellido por relevante valor social ou moral e, assim mesmo, sem qualquer referência específica em diploma legal.

Na Índia, quer o auxílio, quer a tentativa de suicídio são puníveis. Quanto à Eutanásia Voluntária Activa é considerada homicídio de segundo grau, punido com uma pena de prisão perpétua. Entretanto a “Society for the Right to Die with Dignity” projectou legislação para revogar as Secções VIII e IX do Código Penal Indiano que incriminam a



tentativa de suicídio e para proteger os médicos que satisfaçam o desejo de Eutanásia dos doentes.

Nos Estados Unidos da América, a Eutanásia não é legal, contudo o suicídio medicamente assistido é legal, mas unicamente no Estado de Oregon.

Actualmente não existe um direito positivo de causar a morte nos E.U.A.. O que existe é um direito de recusar tratamento, incluindo tratamentos de suporte de vida. Vejamos algumas mudanças ao longo dos tempos, no que concerne ao procedimento médico em doentes terminais: nos fins da década de 1960 e inícios da década seguinte, não era aceitável a remoção de um respirador ou de um mecanismo de hidratação/nutrição de um doente que não estivesse em morte cerebral. Em 1976 uma decisão judicial permitiu a remoção do ventilador dos doentes em coma vegetativo persistente. Na década posterior (1980), algumas decisões judiciais compararam a hidratação e a alimentação artificial com outras formas de suporte vital e permitiram a sua remoção em doentes que ainda não se encontravam em estado terminal ou em estado de coma vegetativo persistente. Em Junho de 1990 foi afirmado o direito dos doentes capazes em recusar tratamento(s) de manutenção de vida não distinguindo os cuidados de manutenção de outros tipos de tratamentos médicos.

No Japão, em 28 de Março de 1995, foi proferido pelo Tribunal do Distrito de Yahahoma, um Assento, com as circunstâncias nas quais a Eutanásia é permitida: quando o paciente sofre uma dor física insuportável; a morte é inevitável e iminente; forem tomadas todas as medidas possíveis e feitos todos os exames para eliminar a dor do paciente; e o paciente expressa claramente o seu consentimento.

2.2.1.3 – TESTAMENTO VITAL

O Testamento Vital resume-se a um documento, o qual “reveste normalmente a forma de uma declaração assinada e datada pelo indivíduo e assinada por duas testemunhas, que atestam a sua integridade mental no momento da subscrição (Lopes-Cardoso, 1986:96).



Neste documento, o doente antes de atingir um estado de inconsciência ou incapacidade para exprimir a sua vontade, vai expressar o seu desejo de não ser mantido artificialmente em vida se sofrer de uma doença dolorosa sem esperanças de recuperação; e ainda que se lhe administre a medicação necessária para o manter sem dores nem sofrimento, embora isso acelere o momento da sua morte.

Esta declaração antecipada da vontade é usualmente designada nos E.U.A. e na Austrália por *Living Testament*, ou *Advance Directive*; na Bélgica, França e Suíça por *Testament Biologique*; na Grã-Bretanha, *Declaration of Intent*; em África do Sul, *Living Will* e na Holanda *Levens Testament*.

O seu texto é, de uma forma geral, do seguinte teor:

Quadro nº 1

TESTAMENTO VITAL

TESTAMENTO VITAL

À minha família, ao meu médico, ao meu sacerdote, ao meu tabelião:

Se me chegar o momento em que não puder expressar minha vontade a respeito dos tratamentos médicos que me irão ser aplicados, desejo e peço que esta Declaração seja considerada como expressão formal de minha vontade, assumida de forma consciente, responsável e livre, e que seja respeitada como se se tratasse de um testamento.

Considero que a vida neste mundo é um dom e uma bênção de Deus, mas não é o valor supremo e absoluto. Sei que a morte é inevitável e põe fim à existência terrena, mas pela fé creio que se me abre o caminho para a vida que não se acaba junto de Deus.



Considero que a vida neste mundo é um dom e uma bênção de Deus, mas não é o valor supremo e absoluto. Sei que a morte é inevitável e põe fim à existência terrena, mas pela fé creio que se me abre o caminho para a vida que não se acaba junto de Deus.

Por isso, eu, o que assina, peço que se por uma enfermidade me achar em estado crítico irrecuperável, que não se me mantenha em vida por meio de tratamentos desproporcionados ou extraordinários, que não se aplique a eutanásia ativa, nem se me prolongue abusiva e irracionalmente o meu processo de morte; que me sejam administrados os tratamentos adequados para minorar os sofrimentos.

Peço igualmente a ajuda para assumir cristã e humanamente a minha própria morte. Desejo poder-me preparar para este acontecimento final da minha existência, em paz, com a companhia de meus entes queridos e o consolo de minha fé cristã.

Assino esta declaração depois de uma madura reflexão. E peço àqueles que irão cuidar de mim que respeitem a minha vontade. Estou consciente de que lhes peço uma grave e difícil responsabilidade. Precisamente para compartilhá-la e atenuar-lhes qualquer possível sentimento de culpa, redigi e assino esta declaração.

Data

Assinatura.....

Fonte: Adaptado de "Comissão Episcopal de Pastoral da Conferência Episcopal Espanhola (1989)".



Entretanto, o valor de tal documento é diferente apreciado.

Em França tal como na Bélgica, a maioria dos médicos não o terá em conta e (entendendo-se responsáveis pela vida do doente) tentará a sobrevivência por todos os meios que julgar adequados, independentemente do voto expresso anteriormente pelo doente. Note-se todavia, que em França, o doente tem o direito absoluto de recusar todo o tratamento médico, intervenção cirúrgica, etc (artigo 7º do Código de Deontologia Médica), como tem o direito de abandonar o hospital em qualquer momento.

Na Alemanha, é comum a prática médica respeitar a decisão do doente.

Nos E.U.A., a legislação é diferente de Estado para Estado, sendo que nuns, o *Living Testament*, para ser vinculativo deve ser assinado após o doente ter conhecimento do seu estado terminal; noutros, é válido apenas durante cinco anos e deve ser reformulado; noutros ainda, é indiferente a data da sua subscrição. Reconhecem a sua eficácia os Estados de Alabama, Arcansas, Califórnia, Carolina do Norte, Idaho, Kansas, Texas e Washington.

Na Escócia, a lei protege completamente o direito do doente a dispensar tratamentos de sobrevivência e a receber drogas analgésicas em quantidades suficientes para aliviar o sofrimento intolerável.

Em África do Sul, toda a pessoa tem o direito de decidir a submeter-se ou não a um tratamento ou decidir que unicamente sejam utilizadas drogas que aliviem as dores ou qualquer outra forma de tratamento. O *Living Will* tem valor legal.

Na Dinamarca, o *Livstestament* não é reconhecido pela lei nem vinculativo para o corpo médico. Em Janeiro de 1976, o Parlamento Europeu publicou uma Resolução relativa aos direitos dos doentes e dos moribundos, reclamando dos vários Governos dos países membros, medidas para proteger esses direitos.

No Canadá, uma comissão governamental, “Law Reform Commission of Canada”, estudou a questão e elaborou uma proposta de Lei sobre a matéria cujo relatório foi publicado com o nome de “Eutanásia, Auxílio ao Suicídio e Cessação de Tratamentos”.

Na Nova Zelândia, as leis relativas ao suicídio e à Eutanásia estão inseridas no “Crimes Act”, de 1961, pelo qual o suicídio ou a sua tentativa deixou de ser crime, mas o auxílio (e como tal se pode entender, sob essa Lei, a Eutanásia Voluntária) é uma ofensa punível, com até catorze anos de prisão, podendo ser consideradas circunstâncias atenuantes de um variado espectro. No entanto, o doente tem o direito de recusar qualquer tratamento.



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

2.3 – A PROBLEMÁTICA DA EUTANÁSIA EM PORTUGAL

2.3.1 – ORDENAMENTO JURÍDICO PORTUGUÊS

No que concerne ao direito de dispor de si próprio, ou seja, a liberdade de agir em relação a si próprio consoante a própria vontade e consciência, o nosso ordenamento jurídico é muito parco. Todavia, podem-se extrair alguns princípios quer, da Lei Fundamental – a Constituição da República Portuguesa (doravante designada C.R.P.) – quer do Código Civil, em que os direitos de personalidade vêm, ainda que sumariamente, tratados.

Na C.R.P. de 1976, na redacção que lhe foi dada pela Lei Constitucional 1/2005, de 12 de Agosto, no artigo 24º sob a epígrafe “Direito à Vida”, declara que a “vida humana é inviolável”. Mas o artigo imediato – no artigo 25º – assegura que a “integridade moral e física do cidadão é inviolável”. E o artigo 26º reconhece o direito “à reserva da intimidade da vida privada”, enquanto o artigo 41º declara “inviolável” “a liberdade de consciência”.

Analisando este “Direito à Vida” a nossa Constituição constata então que ele é o mais importante dos direitos fundamentais constitucionalmente consagrados, sendo este direito, antes de mais o direito de não ser morto e de receber protecção e auxílio contra a ameaça ou o perigo de morte. É muito mais do que uma liberdade ou uma concessão da sociedade estadual. O “Direito à Vida” não é um direito da pessoa sobre ela mesma: se assim fosse, se cada indivíduo detivesse um direito sobre si próprio, sobre a sua vida, este direito permitiria dispor de si próprio, sobre a sua vida (Brito e Rijo, 2000:100). Ainda no seguimento de Brito e Rijo, “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”(2000:100).

Por seu turno, o Código Civil Português (C.C.) prescreve que “a lei protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita ou ameaça de ofensa à sua personalidade física



ou moral (artigo 70º). Enquanto no seu artigo 71º nº 3, prevê que “a ilicitude” possa decorrer apenas da “falta de consentimento” da pessoa em causa.

Quanto ao Código Penal Português (C.P.) aprovado pelo D.L.nº 400/82, de 29 de Setembro, na redacção que lhe foi dada pela Lei nº 52/2003, de 22 de Agosto, não se refere explicitamente, em nenhum dos seus artigos à Eutanásia, no entanto extrai-se dos artigos 133º; 134º e 135º que a abreviação intencional da vida de um doente é passível de configurar qualquer dos crimes previstos na lei penal.

À face do artigo 133º do C.P. comete crime de “homicídio privilegiado”, quem for levado a matar outrém “por compreensível emoção violenta, compaixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral, que diminua sensivelmente a sua culpa”.

Diferentemente de norma geral, que pune o homicídio com pena de prisão de oito a dezasseis anos (artigo 131º do C.P.), o tipo de homicídio privilegiado a que se refere o artigo 133º é punido com pena de prisão de um a cinco anos, o que bem demonstra *a priori* a desigual valoração social que é atribuída aos dois crimes.

O artigo 134º dispõe que: “Quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha feito é punido com pena de prisão até três anos” (nº 1), sendo a tentativa punível (nº 2) – é o chamado homicídio a pedido da vítima.

Outra perspectiva desta temática é o crime de incitamento ou ajuda ao suicídio, a que se refere a artigo 135º do C.P. que estipula: “Quem incitar outra pessoa a suicidar-se, ou lhe prestar ajuda para esse fim, é punido com pena de prisão até três anos, se o suicídio vier efectivamente a ser tentado ou a consumir-se” (nº 1), e “Se a pessoa incitada ou a quem se presta ajuda for menor de dezasseis anos ou tiver, por qualquer motivo, a sua capacidade de valoração ou de determinação sensivelmente diminuída, o agente é punido com pena de prisão de um a cinco anos”.

Assim, podemos constatar:



Quadro nº2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE OS TIPOS DE CRIME EM QUE SE PODE ENQUADRAR A PRÁTICA DA EUTANÁSIA NO C.P. (1982)

Código Penal	Móbil	Consentimento	Autor	Vítima
Homicídio privilegiado (art.º 133)	Compaixão	Não existe	Médico	Doente
Homicídio a pedido da vítima (art.º 134)	Compaixão	Existe	Médico	Doente
Ajuda ao suicídio (art.º 135)	Compaixão	Existe	O próprio doente	Doente

Face ao nosso ordenamento jurídico-penal, o consentimento da vítima para que outrém lhe tire a vida, não pode ser considerado como legalmente válido na medida em que a vida humana é indisponível e é o bem jurídico de maior valoração (pois de nada valem todos os outros bens se o direito à vida não for convenientemente tutelado).

Como proferiu Lesseps Lourenço Reys, na Conferência proferida na Academia das Ciências de Lisboa, em 7 de Novembro de 1990, no Colóquio sobre a Eutanásia realizado de 5 a 8 daquele mês no respectivo Instituto de Altos Estudos (Marques et al – 1993:54) o homicídio a pedido da vítima, mesmo que instante e livremente expresso, não é suficiente como causa de exclusão da ilicitude do crime. No entanto, pode, se devidamente comprovado, funcionar como circunstância atenuante.

Quanto à existência ou não do pedido da última, o colaborador supra citado,



auxiliando-se do Grupo de Trabalho da BMA*9 considerou as seguintes categorias de Eutanásia (Verdadeira ou Própria):

- Eutanásia Voluntária – a praticada pelo agente a pedido da pessoa que morre. O consentimento manifestado pelo pedido expresso só é legalmente válido quando essa pessoa for capaz para dar consentimento e o tiver expressado nessa capacidade. Sendo comprovado que o agente actuou a pedido insistente e livremente expresso da vítima, a Eutanásia Voluntária configura no C.P., como crime de homicídio a pedido da vítima (artigo 134º);

- Eutanásia Involuntária – a que é praticada pelo agente em pessoa que, embora dispondo da capacidade para dar o consentimento, o não fez. Neste caso, o acto constitui um homicídio e a circunstância do seu móbil ser, por exemplo, a compaixão, poderá enquadrá-lo na categoria de homicídio privilegiado (artigo 133º do C.P.);

- Eutanásia não voluntária – a praticada em indivíduo sem capacidade para dar consentimento. Uma vez que o artigo 133º do C.P. não dispõe sobre a imputabilidade da vítima, cremos ser lícito enquadrar este tipo de Eutanásia, também na categoria de crime de homicídio privilegiado.

Ainda neste contexto e como anteriormente referimos, no artigo 135º do C.P. é constituído crime, o incitamento ou ajuda ao suicídio, independentemente do motivo e do suicídio se ter ou não consumado. A pena deste crime pode ser agravada se a vítima for menor ou inimputável, embora se admita que possa ser especialmente atenuada. Ou seja, aquele que coloque à disposição do doente os meios (v.g. medicamentos) idóneos para este colocar termo à vida, incorre na prática do crime de ajuda ao suicídio.

Face à problemática da Eutanásia no nosso país, é também importante analisar o disposto no Código Deontológico da Ordem dos Médicos, aprovado pelo D.L. nº 40651, de 21 de Junho de 1956 (mantido em vigor por força do artigo 104º do Estatuto da Ordem dos Médicos aprovado pelo D.L. nº 282/77, de 5 de Julho). O artigo 37º, nº2 do supra citado Estatuto Deontológico determina que “A incurabilidade da doença não justifica o abandono do doente “. Por sua vez, o artigo 47º, nº2 refere perentoriamente que constitui “falta deontológica grave a prática da Eutanásia.” Todavia o mesmo artigo, no seu nº 4 não considera como Eutanásia “a abstenção de qualquer terapêutica, quando tal resulte

*9 BMA – Euthanasia – Report of the Working Party to Review the British Medical Association Guidance on Euthanasia. London, BMA, 1988, 10.



de opção livre e consciente do doente ou do seu representante legal e “em caso de doença comportando diagnóstico seguramente infausto a muito curto prazo, deve o médico evitar obstinação terapêutica*10 sem esperança, podendo limitar a sua intervenção à assistência moral ao doente e à prescrição ao mesmo tratamento capaz de o poupar a sofrimento inútil, ao respeito do seu direito a uma morte digna e conforme à sua condição de ser humano (artigo 49º do mencionado Estatuto). Adiciona o artigo posterior do Estatuto que “a decisão de por termo ao uso de meios extraordinários de sobrevivência artificial em caso de coma irreversível, com cessação sem regresso da função cerebral, deve ser tomada em função dos mais rigorosos conhecimentos científicos disponíveis no momento e capazes de comprovar a existência de morte cerebral. Essa decisão deve ser tomada com a anuência expressa de dois médicos não ligados ao tratamento do doente”.

Como é de conhecimento geral, é o médico aquele que sabe se os tratamentos, tal como os métodos que pratica, visam provocar a morte do seu paciente, ou se, ao invés, consistem na renúncia à intensificação terapêutica (uso de cuidados continuados já inúteis). A primeira posição é reprovada pelo Estatuto da Ordem dos Médicos, enquanto que a segunda é admissível. É compreensível que a intensificação terapêutica, utilização de tratamentos e meios (ordinários ou extraordinários), como tentativa de prosseguir uma cura que já não pode ajudar o doente, mas antes prolonga inutilmente a sua agonia, constitui uma consequência do excesso de zelo da classe médica, que não parece querer que a natureza humana siga o seu curso. Esta prática é reprovável pois instrumentaliza o doente, subordinando a sua dignidade a outros fins e desejos dos profissionais médicos. Nesta linha de pensamento devem ser entendidas as palavras de Brito et al (2000:1005):

“ No fundo, ao contrário de outras situações em que há uma fundada esperança de salvar a vida do doente em perigo de morte (por exemplo, se se tratar de um doente em coma devido a um tratamento originado por um acidente de viação – em que se devem utilizar todos os meios técnicos possíveis), no caso do moribundo a utilização daqueles meios já são inúteis e desproporcionados.”

Focal para o estudo desta problemática, são também outros diplomas como a Resolução de 19 de Janeiro de 1984, publicada no Jornal Oficial das Comunidades

*10 Cfr. Pág.16.



Europeias C46/104, de 20 de Fevereiro de 1984, na qual o Parlamento Europeu solicitou à respectiva Comissão Europeia que elaborasse uma Carta Europeia dos Direitos dos Doentes, em que se inseria, entre outros direitos, a faculdade de o doente consentir afirmativamente ou negativamente os tratamentos propostos pelos médicos, e o chamado direito a morrer com dignidade. Contudo, face à situação que envolve todo este assunto extremamente frágil e melindroso, não houve continuidade na matéria.

A Convenção Europeia para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais e a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Relativa às Aplicações da Biologia e da Medicina são outros diplomas importantes, até porque Portugal faz parte do Conselho da Europa. A primeira convenção aludida (que vigora directamente em Portugal por força do nº 2 do artigo 8º da C.R.P.) estabelece no seu artigo 2º que “ninguém pode ser intencionalmente privado da vida”, o que imediatamente permite concluir que o direito à morte de qualquer pessoa está excluído. A segunda Convenção foi adoptada pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa a 19 de Novembro de 1996 e foi considerada como pioneira a preocupar-se desde a essência às novas questões levantadas pelas tecnologias biológicas ou médicas. O artigo 2º desta Convenção refere que “os interesses e o bem-estar do ser humano deverão prevalecer sobre o interesse exclusivo da sociedade ou da ciência”. O artigo 9º da mesma Convenção completa que se existir um desejo expresso e feito conscientemente pelo paciente anteriormente a uma intervenção cirúrgica, a sua vontade deve ser tida em consideração *11.

Desta panóplia de princípios e normas constitucionais, civis e penais pode-se constatar que em Portugal, os direitos relacionados com a morte digna que cabem aos doentes são:

- O direito a não sofrer inutilmente;
- O direito de decidir sobre os tratamentos e as intervenções cirúrgicas a que deve subjugar-se;
- O direito de informação quanto ao seu caso clínico e reais possibilidades de cura/recuperação;
- O direito de comunicação com os seus familiares e pessoas mais próximas;

*11 Aqui, prevê-se a possibilidade de feitura de Testamento Vital, por parte do doente. Sobre este tema, cfr. Pág. 26 e ss.



- O direito de respeito pela sua liberdade de consciência e convicções religiosas.

Desta forma, em Portugal, defende-se a integridade física e moral do Ser Humano, o qual tem o direito de decidir de acordo com a sua concepção pessoal da vida pela subordinação ou não a quaisquer tratamentos que ele considere destrutivos. Há longa data que o Professor Doutor Figueiredo Dias partilha a opinião que perante o direito positivo, o doente tem todo o poder para impedir o andamento de um tratamento doloroso; por sua vez, outro jurista de renome, o Professor Doutor Maia Gonçalves, considera que a Eutanásia por Omissão não deve ser punível; o Dr. Joaquim Gouveia, não obstante o facto da Eutanásia ferir o Juramento de Hipócrates*12, é apologista dos médicos deverem ter uma grande disponibilidade para respeitar a vontade do doente no sentido de aceitarem sempre a vontade do paciente, caso este se recuse a um tratamento proposto pelo clínico.

A título conclusivo e sumário, no quadro seguinte, deparamos com algumas situações de prestação de cuidados em doentes terminais e suas consequências nos contextos médico e legal.

*12 Cfr. na íntegra, o Juramento de Hipócrates (actualizado) em Apêndice, nas Pág.ºs 93 e 94.



Quadro nº3

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM DOENTES TERMINAIS SUAS CONSEQUÊNCIAS

Intervenção/Actuação face ao doente terminal	Deontologia Médica	Tratamento Jurídico
O doente é tratado, não obstante a sua expressa recusa de tratamento útil da doença.	Interdito pela moral e deontologia médica.	É ilícito promover intervenção ou tratamentos sem consentimento do paciente. (Art. 156º C.P.)
Auxílio ou suicídio: suicídio assistido ou “Eutanásia por sugestão”	Interdito pela moral e deontologia médica.	Punível como incitamento ou ajuda ao suicídio (Art. 135º C.P.)
Eutanásia activa com o consentimento do ofendido para lhe poupar maiores sofrimentos (por compaixão).	Proibido pela moral e deontologia médica.	Punível como Homicídio a pedido da vítima (Art. 134º C.P.).
Eutanásia activa sem o consentimento do ofendido para lhe poupar maiores sofrimentos (por compaixão).	Proibido pela moral e deontologia médica.	Punível como Homicídio privilegiado (Art. 133º C.P.).
Aceder ao pedido de morte eutanásica feito em “Testamento Vital”.	O médico não é obrigado a respeitar a vontade do doente.	Punível como Homicídio a pedido da vítima. O Testamento Vital é nulo face à lei portuguesa.



Procurar tratar ou suprimir o sofrimento tendo como eventual efeito colateral o encurtamento da vida (princípio do duplo efeito).	Admissível se forem desconhecidos outros meios.	É ilícita, podendo ser punível como crime de homicídio excepto se só existir esse meio de combater o sofrimento.
Prolongamento da vida do doente para além do período natural, sofrimento (Distanásia – obstinação ou encarniçamento terapêutico).	Condenado pela moral e deontologia médica.	O médico não deve utilizar meios extraordinários ou “milagrosos” para prolongar a vida do doente para além do período natural, a menos que tal tenha sido explicitamente pedido pelo mesmo (Art. 149 n° 1 C.P.).
Abstenção ou interrupção de tratamento em doentes críticos, ou em que já se verificou morte cerebral (Não ressuscitar o doente).	Admissível quando os meios adiam o momento da morte, prolongando desnecessariamente o sofrimento do doente.	É lícita se aplicada de acordo com as “leges artis”.
Abstenção ou interrupção de tratamento em doentes em coma vegetativo persistente com alimentação forçada, mas com estabilidade de vida.	Proibido pela moral e deontologia médica dado que leva à morte um indivíduo, no qual ainda não se tinha verificado o óbito.	Punível como Homicídio privilegiado. (Art. 133° C.P.) ou como Homicídio por negligência
Procurar tratar ou suprimir o sofrimento sem encurtamento da vida.	O médico tem a obrigação de o fazer.	É lícita se aplicada de acordo com as “leges artis”.

Fonte: Adaptado de “Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal: direito sobre a vida ou dever de viver? (2000)”.



2.3.1.1 – RESPONSABILIDADE CRIMINAL E CIVIL DO MÉDICO QUE PRÁTICA A EUTANÁSIA

Como anteriormente foi demonstrado, para o sistema jurídico português é irrelevante ser um médico ou não, o agente que pratica a Eutanásia, no entanto cada vez mais deparamos que é ao médico que se coloca o problema de decidir pelo prolongamento ou não do sofrimento e a agonia de determinados pacientes, sendo certo que, tal como aludiu o conferencista Ribeiro da Silva no Colóquio sobre a Eutanásia (op. cit.), “o objectivo principal da Medicina é conservar a vida com vocação igual para a doença que se combate e para a saúde que se conserva”.

Ainda citando as palavras do conferencista: “Dirige-se a profissão médica em todos os seus momentos, à conservação da vida humana procurando fazê-lo numa grande variedade de actuações, preventivas ou curativas que se estendem ao limite da técnica que possuímos e da ciência que desenvolvemos e que aperfeiçoamos.” (Marques et al.-1993:333).

Também anteriormente ficou assente que a Eutanásia do ponto de vista clínico, constitui um acto que se opõe à vocação e ao legítimo exercício da actividade médica, pelo que nunca pode ser considerado um acto médico.

Apelando ao nosso sistema jurídico-criminal, a personalidade jurídica de uma pessoa termina com a sua morte, o que por exemplo, uma desconexão dos equipamentos que mantinham a vida de um certo moribundo (v.g. ventilador, alimentação parentérica) após a ocorrência da sua morte cerebral não pode substanciar um crime de homicídio *13. No entanto, se a desconexão destes aparelhos for celebrada quando o doente se encontra num estado vegetativo persistente, tal configura-se como prática de Eutanásia – é neste preciso momento que se ergue a problemática da responsabilidade do médico.

Neste sentido e a reforçar esta ideia, relatou Lesseps Lourenço Reis no Colóquio sobre a Eutanásia (op. cit.) “a interpretação do gesto médico, em termos de se configurar a existência de intenção deliberada (por parte do médico) de pôr termo a vida do doente,

*13 Para salvaguarda do agente que desliga estes equipamentos, convém aguardar que previamente seja verificado o óbito – Cfr. na íntegra, a Lei nº 141/99, de 28 de Agosto em Apêndice, nas Pág.^{as} 95 e 96.



pode ser feita de acordo com a natureza dos meios por ele utilizados. A injeção de substâncias intrinsecamente letais ou de medicamentos em doses letais (tais como o cloreto de potássio e tiopental sódico) são alguns dos meios em que a evidência fala por si mesma (*res ipsa loquitur*). Casos haverão no entanto, em que as declarações do próprio ou a prova testemunhal serão importantes ou mesmo indispensáveis para estabelecer a intenção do agente.” (Marques et al. – 1993:57).

A responsabilidade do médico (e neste trabalho apenas teremos em conta as responsabilidades civil e criminal, visto ser alheio ao nosso estudo outras responsabilidades como fiscal, administrativa, ...), pressupõe um nexo de causalidade entre o gesto médico e a morte do doente.

Quanto a estes dois tipos de responsabilidades, elas apresentam pontos antagónicos: desde logo, enquanto que a responsabilidade criminal é caracterizada pelo denominado princípio da tipicidade que significa que a conduta proibida tem sempre que se apresentar descrita no C.P., já o mesmo não acontece na responsabilidade civil de igual forma e com tanto rigor; outra diferença é a responsabilidade criminal ser estritamente pessoal, ao invés da responsabilidade civil que se pode estender a outras pessoas; e ainda que enquanto a responsabilidade criminal pressupõe a cominação de uma pena, a responsabilidade civil gera o direito de reparação ou a reconstituição da situação tal como se apresentava antes do dano.

Por sua vez, para estarmos face a uma situação de responsabilidade civil do médico é necessário que se verifique que haja um comportamento activo/passivo do agente; esse comportamento viole o dever de atenção e cuidados próprios da profissão médica; essa conduta ter de ser imputada subjectivamente ao médico (culpa/negligência); a conduta levar a um resultado danoso material ou moral; e que claro está, seja imputado o nexo de causalidade entre o acto médico e o dano sofrido.

2.3.2 – DEBATE DA LEGALIZAÇÃO

Com o progresso da Medicina, a esperança média de vida aumentou, o que em determinados casos, tem efeito perverso de prolongar o sofrimento. Todavia a mesma



sociedade que prolonga a vida deverá ter resposta para a eliminação do sofrimento – é basicamente neste contexto que surge o debate sobre Eutanásia.

2.3.2.1 – ARGUMENTOS PRÓS E CONTRAS

Entre os apoiantes, que defendem, acima de tudo, a liberdade de pensamento e o direito que cada um tem de decidir sobre o destino do seu próprio corpo, e os opositores que consideram eticamente reprovável decidir ou sequer legislar sobre a morte de alguém, as opiniões dividem-se.

Veremos então os principais argumentos que se citam a favor ou contra a legalização da Eutanásia.

2.3.2.1.1- O SIM

Os argumentos que aceitam a legalização da Eutanásia na óptica de Gafo (1996) são:

- O risco de crueldade terapêutica inerente ao progresso da Medicina, que tem feito com que a morte tenha perdido a naturalidade e espontaneidade que tinha num passado ainda não longínquo;
- A situação gravíssima da eufemisticamente chamada terceira idade, em que a morte física é precedida por uma não menos grave morte social. Constata-se que cada vez mais, o número de idosos que vivem sós, física e afectivamente tende a aumentar;
- No contexto de uma sociedade secularizada, em que os valores religiosos estão numericamente em retrocesso, aparece com especial intensidade a questão sobre o direito a dispor da própria vida; e
- O argumento mais importante, que tem relação com o anterior, é a exigência de que o Ser Humano pode ter não só um direito à vida mas também à morte. Este direito



seria uma consequência fundamental da liberdade do Ser Humano, da sua autonomia, do seu direito a uma dignidade pessoal e ao de não se submeter à tortura ou a tratamentos desumanos.

Isto é, para quem argumenta pró-Eutanásia, acredita que esta seja uma escolha de forma a evitar a dor e o sofrimento de pessoas que se encontram sem qualidade de vida ou em fase terminal. Trata-se de uma escolha consciente e informada que reflecte o fim de uma vida em que quem morre não perde o poder de ser digno até ao fim.

A escolha da morte não poderá ser irreflectida, pois as componentes biológicas, culturais, sociais, económicas e psíquicas deverão ser avaliadas e pensadas de forma a assegurar a verdadeira autonomia da pessoa, embora alheia de influências exteriores à sua vontade, e certifique-se a impossibilidade de arrependimento (Wikipédia, 2007).

2.3.2.1.2 – O NÃO

São numerosos os que vêm na legalização da Eutanásia mais inconvenientes que vantagens.

Os argumentos dos que recusam uma legalização destacam os seguintes aspectos:

- A existência de outras alternativas à Eutanásia, como os cuidados continuados, o tratamento da dor e o próprio sofrimento humano;
- Diz-se que a Eutanásia enfraqueceria a pesquisa médica e que amorteceria o incentivo para encontrar a cura para as doenças causadoras de dor (Daniel, 2001);
- O que realmente pode estar por trás de um pedido de Eutanásia é a procura de atenção e calor humano que tão dificilmente o Homem e a cultura do nosso tempo proporcionam ao doente terminal (Neves et al., 2000);
- Uma situação em que a autêntica Eutanásia fosse legalmente admitida podia originar que um doente classificado como irreversível, pedisse o fim definitivo para a sua vida, sem contudo ser esta a sua verdadeira vontade. Existe o perigo de que o que se dá ao doente como um direito se possa converter em dever (Gafo, 1996);



- A dificuldade de muitas vezes prever o tempo de vida que resta ao doente, bem como a existência da possibilidade de o prognóstico médico estar errado o que levaria à prática de mortes precoces e sem sentido (Blogger, 2006);

- A aceitação da Eutanásia pela sociedade civil, e pela lei, levaria à quebra da confiança que o doente tem no médico e nas equipas de saúde o que poderia levar a uma liberalização incontrolável de “licença para matar” e à barbárie (CNECN, 1999);

- Tendo em conta, o Juramento de Hipócrates, neste é considerado que a vida é um dom sagrado, sobre a qual o médico não pode ser juiz da vida ou morte de alguém, a Eutanásia é considerada homicídio. Cabe assim ao médico, cumprindo o Juramento de Hipócrates, assistir o paciente fornecendo-lhe todo e qualquer meio necessário à sua subsistência (Wikipédia, 2007);

- Ainda quanto ao Juramento de Hipócrates, que obriga o médico a não provocar danos no utente seria violado ao ajudar alguém a apressar a vinda da morte o que poderia causar transtornos a nível psicológico nos médicos (Wikipédia, 2007);

- Outro argumento de peso, centra-se na parte legal, uma vez que a actual legislação penal não especifica o crime de Eutanásia, condenando qualquer acto anti-natural na extinção de uma vida, sendo quer o homicídio voluntário, o auxílio ao suicídio ou o homicídio mesmo a pedido da vítima ou por “compaixão”, punidos criminalmente (Lopes-Cardoso, 1986);

- No que respeita à família (familiares e/ou herdeiros) e até mesmo inimigos exteriores à família, poderiam agir com interesse financeiro e recomendar ou mesmo incentivar a Eutanásia (Blogger, 2006); e

- Em termos religiosos, a Eutanásia é vista como uma usurpação do direito à vida humana, devendo ser um exclusivo reservado a Deus, o qual só Ele pode tirar a vida de alguém. A Igreja, apesar de estar consciente dos motivos que levam um doente a pedir para morrer, defende acima de tudo o carácter sagrado da vida (Pinto et al., 2004).

CAPÍTULO III

Metodologia



3 - METODOLOGIA

Partindo da sua definição etimológica, o termo metodologia vem do grego *meta*= largo; *odos* = caminho e *logos* = discurso, estudo. A metodologia consiste em estudar e avaliar os vários métodos e técnicas de pesquisa disponíveis, com vista à resolução do problema de investigação. (Fernandes, 2000).

Barros (1986), explica que a metodologia é a operacionalização, sistematização e racionalização do método. Acrescenta ainda que, enquanto o método é “uma visão abstracta do agir”, a metodologia é “uma visão concreta da operacionalização”.

Entende-se por método a forma ordenada de proceder ao longo de um caminho para alcançar um fim. É um conjunto de processos ou fases empregues na investigação, com o propósito de atingir o conhecimento (Fernandes, 2000). O método ordena inicialmente o pensamento em sistemas e traça os procedimentos que do cientista ao longo do caminho até atingir o objectivo científico preestabelecido (Trujillo, 1974).

Assim sendo, apresenta-se neste capítulo a metodologia de investigação, entendida como a operacionalização do método através de processos e técnicas utilizados para alcançar os objectivos traçados para o estudo.

3.1 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Uma questão de investigação é, segundo Fortin (2000), uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. As questões de investigação constituem as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação. Precisam os objectivos, delimitam as variáveis e as suas relações mútuas, assim como a população estudada.

Para precisar a direcção que será dada a esta investigação e de acordo com o problema em estudo, foram elaboradas as seguintes questões de investigação:



- Existe associação entre os inquiridos que já estiveram em contacto com um doente terminal e aqueles que aceitam a ideia de que o doente possa ter a liberdade de escolher o momento da sua própria morte?
- Existe associação com os inquiridos que já estiveram em contacto com um doente terminal e foram abordados no sentido de ajudar alguém a morrer?
- Quais as diferenças entre as categorias profissionais dos inquiridos e o seu conhecimento da prática de Eutanásia nos hospitais portugueses?
- Há associação entre as categorias profissionais dos inquiridos e um possível denunciamento de uma situação de Eutanásia às entidades competentes?
- Atendendo às categorias profissionais dos inquiridos, em alguma circunstância praticaram Eutanásia?
- Atendendo à ideologia religiosa dos inquiridos em alguma circunstância praticaram Eutanásia?
- Atendendo às categorias profissionais dos inquiridos, existe associação com aqueles que em alguma circunstância praticaram Eutanásia e os que já aumentaram a dosagem de um medicamento no sentido de aliviar as dores de um doente sabendo que esta atitude de alguma forma poderia reduzir o tempo de vida do doente?
- Existe associação entre as categorias profissionais dos inquiridos e a percepção que a legalização da Eutanásia aumentaria o número de pedidos por parte dos doentes?
- Atendendo às categorias profissionais dos inquiridos e à formação em cuidados paliativos, os cuidados paliativos podem evitar todos os pedidos de Eutanásia?

3. 2 – OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DO ESTUDO

Os objectivos de uma investigação representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder às questões de investigação (Ribeiro, 1999). Trata-se de um enunciado que deve indicar com clareza o que o investigador pretende fazer ao longo do estudo. Para isso e segundo Fortin (1999), os objectivos devem especificar as variáveis-chave, a população alvo e o contexto de estudo.



Tendo em conta o objecto de estudo, foram delineados os seguintes objectivos:

- Conhecer a prática de Eutanásia nos hospitais portugueses;
- Averiguar o impacto de legalização de Eutanásia junto de profissionais de classe médica.

3. 3 - OPÇÕES METODOLÓGICAS

Após a construção do objecto de estudo e definição das questões de investigação, e tendo em conta o quadro teórico adoptado, sente-se a necessidade de definir o paradigma segundo o qual se rege este estudo.

“Nenhuma abordagem depende unicamente de um só método”(Bell, 2002, p.85). Seguindo esta linha de pensamento, este estudo orienta-se segundo um paradigma misto (qualitativo e quantitativo), dentro do tipo não experimental descritivo simples. A utilização de diversas metodologias, reflecte a necessidade de procurar uma compreensão adequada do fenómeno estudado. Segundo Bardin (2004), a complementaridade dos métodos de investigação quantitativos e qualitativos aumentam a fiabilidade dos resultados.

Ao lado das investigações quantitativas, a investigação qualitativa permite descrever, explicar, prever e controlar a prática da Eutanásia. Por isso, os seus designs são flexíveis e determinados pelo objecto de estudo, verificando-se um vinculo dinâmico e indissociável entre a realidade objectiva e a subjectividade de cada sujeito. O acento tónico é colocado sobre a exploração em profundidade, da riqueza e da complexidade que caracterizam certos fenómenos. Há um interesse pela observação das pessoas e pelas suas interacções, na procura da identificação, da descrição profunda e da construção de explicações e significados das acções humanas.

O enfoque quantitativo possibilita a mensuração de dados relevantes sobre aspectos da prática e legalização da Eutanásia. A metodologia quantitativa “constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo” (Bardin, 2004, p.322). Segundo Polit (1994), o método de investigação quantitativo é um processo sistemático de recolha de dados



observáveis e quantificáveis, caracterizando-se pela objectividade, pela predição, pelo controle e pela generalização. Desta forma, contribui para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferecendo também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos.

Trata-se de um estudo não experimental descritivo simples, recorrendo-se à descrição rigorosa e directa dos dados recolhidos respeitando, tanto quanto possível, a forma segundo a qual foram registados ou transcritos, na tentativa de “conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir ou modificar” (Rudio, 1986).

3. 4 - DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

Tendo definido as questões orientadoras e o tipo desta investigação, chegou o momento de escolher os participantes no estudo.

Por contingências de disponibilidade humana e de tempo para a pesquisa, escolheu-se como unidade de observação o Hospital Infante D. Pedro S.A. – Aveiro.

3. 5 – SELECÇÃO DE SUJEITOS

Inicialmente a amostra era constituída por 100 médicos, 100 enfermeiros, 25 psicólogos clínicos e 50 técnicos especializados.

Entregaram o questionário 70 médicos, 91 enfermeiros, 20 psicólogos clínicos e 37 técnicos especializados.

Destes últimos, foram anulados 2 questionários por não se encontrarem devidamente preenchidos. Desta forma, a amostra final da unidade de observação perfaz 216 questionários preenchidos por 70 médicos, 89 enfermeiros, 20 psicólogos clínicos e 37 técnicos especializados.



3. 6. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

Qualquer instrumento de pesquisa deve permitir recolher a informação válida e pertinente realização do trabalho de investigação (Polit, 1994). Para a prossecução dos objectivos deste estudo optou-se pela utilização de um questionário. Este aumenta a eficácia, a validade e a fiabilidade dos resultados. É um instrumento que permite uma utilização pedagógica, por ter um carácter muito preciso e formal na sua construção e aplicação prática (Azevedo, 1994).

O questionário de auto-preenchimento permite, por um lado, uma interferência mínima e distante do investigador, por outro maximiza a privacidade dos respondentes, sentindo-se estes mais seguros relativamente ao anonimato das respostas.

Por não haver instrumento de medida adequado, tendo em consideração as variáveis de estudo, foi construído um questionário pessoal intitulado “Questionário sobre Eutanásia”^{*14}. Este questionário foi dividido em duas partes: na parte I colhem-se dados relativos à caracterização do profissional (dados individuais); na parte II avalia-se a prática da Eutanásia e qual o impacto de uma legalização da mesma. São apresentadas no total 15 questões tendo o profissional que se auto-caracterizar através da escolha de uma das possibilidades de resposta.

Este instrumento foi aplicado no período de Junho de 2006 a Janeiro de 2007 na Unidade de Saúde anteriormente mencionada.

3. 7 – VARIÁVEIS DOS QUESTIONÁRIOS

O termo variável indica algo que varia e que, por conseguinte, pode apresentar diferentes valores. Trata-se de um aspecto observável de um determinado fenómeno ligado a outras variáveis em relação determinada, relação essa que pode ser de variação conjunta, associação, dependência e causalidade (Richardson, 1989).

^{*14} Cfr. na íntegra, o Questionário em Apêndice, nas Pág.^{as} 127 e ss.



Neste sentido e para que este estudo se tornasse mais compreensivo, houve necessidade de se definirem variáveis que possibilitassem seleccionar os dados a colher através do questionário.

Considerou-se como **variáveis dependentes ou de critério**:

- Prática da Eutanásia
- Legalização da Eutanásia

Considerou-se como **variáveis atributo**:

- Sexo;
- Idade;
- Ideologia religiosa;
- Categoria profissional;
- Tempo de exercício profissional; e
- Formação na área de cuidados paliativos.

Considerou-se como **constelação de interdependência**:

- Contacto com doentes terminais;
- Liberdade de escolha do momento da morte;
- Denúncia às entidades competentes;
- Aumento de dosagem de medicamento;
- Pedidos de Eutanásia; e
- Admissão de legalização da Eutanásia.

3. 8 – TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Para o tratamento da informação colhida através do questionário utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e analíticas.

Estatística descritiva: frequências absolutas, percentuais e médias.

Estatística analítica: matrizes de correlação para avaliar eventuais relações de variáveis.



A apresentação dos resultados será feita através de quadros, gráficos e tabelas, salientando-se os dados mais relevantes, obedecendo à ordem por que foi aplicado o instrumento de colheita de dados.

Apesar dos instrumentos de colheita de dados serem constituídos por algumas variáveis categoriais (nominais), nomeadamente as que caracterizam a amostra, e por variáveis ordinais, as referentes às escalas, os somatórios e as médias destas podem ser tratados estatisticamente como se fossem medidas intervalares e, por isso, susceptíveis de análise por testes paramétricos (Kiess et al., 1985).

3. 9 – ESTUDO PILOTO PRÉVIO

O estudo piloto teve como objectivo testar o número, o impacto e a pertinência das questões do questionário piloto (pré-teste), de forma a identificar dificuldades sentidas nas respostas, a fim de poderem ser tomadas decisões de reformulação quanto à duração do questionário, apresentação gráfica, forma de preenchimento e devolução.

Segundo Pardal e Correia (1995), os preparativos de construção de um questionário válido, capaz de recolher a informação de procedimentos metodológicos e técnicos, vão desde a formulação do problema até à aplicação (numa amostra reduzida similar à amostra-estudo). Este estudo-piloto, faculta dados empíricos susceptíveis de melhoramento do questionário.

Para avaliar a validade, precisão, clareza e compreensibilidade da formulação das questões dos instrumentos de pesquisa, foi realizado o pré-teste a 5 médicos e 5 enfermeiros do Hospital Distrital de Aveiro.

Para que os inquiridos percebessem a finalidade, os objectivos e a importância do rigor das respostas, foi apresentada uma carta contendo estas informações juntamente ao questionário. Foi igualmente explicada a garantia do anonimato e a confidencialidade do questionário.

Após o preenchimento, foram trocadas algumas impressões, com base no método de reflexão falada, no sentido de validar a aplicabilidade do instrumento.



A análise e avaliação dos resultados obtidos neste método de reflexão permitiram rever, corrigir e modificar algumas questões do questionário que foram aferidas e clarificadas, de forma a tornar mais fácil a sua interpretação.

A partir daí, foi elaborada a versão definitiva do instrumento, considerando, por isso, a reflexão falada* 15 de grande utilidade para a identificação de dúvidas, detecção de erros, aferição de terminologias e reformulação de alguns *ítems*.

O tempo que decorreu para a realização do pré-teste mediou entre a segunda quinzena de Junho e a primeira de Julho de 2006.

*15 Cfr. na íntegra, a Grelha de Reflexão Falada em Apêndice, na Pág. 126.

CAPÍTULO IV

Análise e Discussão dos Resultados



4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo faz-se a apresentação descritiva e analítica dos resultados obtidos, de forma a apresentar e descrever a população em estudo e os resultados das suas opiniões. Em primeiro lugar faz-se uma análise dos sujeitos da amostra de forma a permitir a sua caracterização geral para, de seguidamente se proceder à análise e discussão dos resultados obtidos.

4.1 – ANÁLISE DOS SUJEITOS DA AMOSTRA

A análise refere-se ao tratamento, interpretação e apresentação de dados resultantes da aplicação do instrumento de pesquisa, dirigido aos profissionais de saúde.

Foram entregues 275 questionários aos profissionais da classe médica, dos quais 218 responderam (79%), 59 não responderam (21%) e foram anulados 2 (0.07%) por estarem indevidamente preenchidos-Quadro nº 4 Assim, a amostra final ficou constituída por 70 médicos, 89 enfermeiros, 20 psicólogos clínicos e 37 técnicos especializados, no global de 216 profissionais, distribuídos segundo a figura nº 2. Foram eliminados 0.07% dos questionários. Pensa-se que poderão ter interferido nestes valores quer a sobrecarga de trabalho dos profissionais, quer a própria delicadeza do tema.



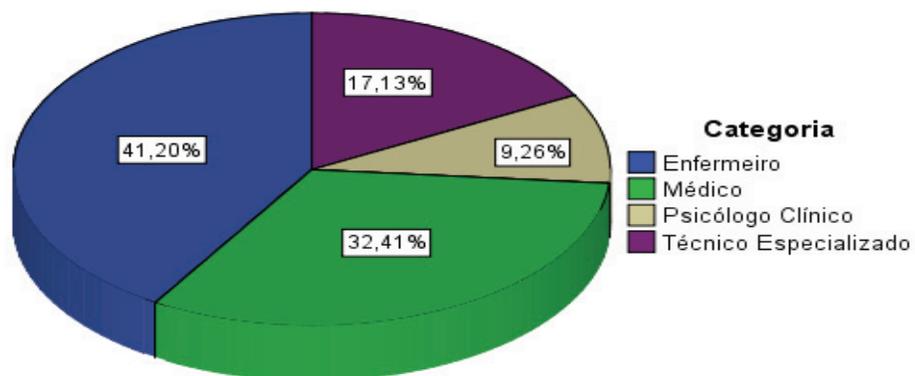
Quadro nº 4

RETORNO DE QUESTIONÁRIOS

Categoria Profissional	Número Total	Respostas (N)	Respostas (%)
Médicos	100	70	32
Enfermeiros	100	91	42
Psicólogos	25	20	9
Técnicos Especializados	50	37	17
Total	275	218	79

Figura nº 2

CATEGORIA PROFISSIONAL DOS INQUIRIDOS





Dos 216 profissionais respondentes, maioria é do sexo feminino (56,1%) -figura nº3 e quadro nº5, com a faixa etária mais volumosa entre os 30 e 50 anos de idade portanto, com experiência na profissão desempenhada-Gráfico nº1 e Quadro nº6.

Figura nº 3

SEXO DOS INQUIRIDOS

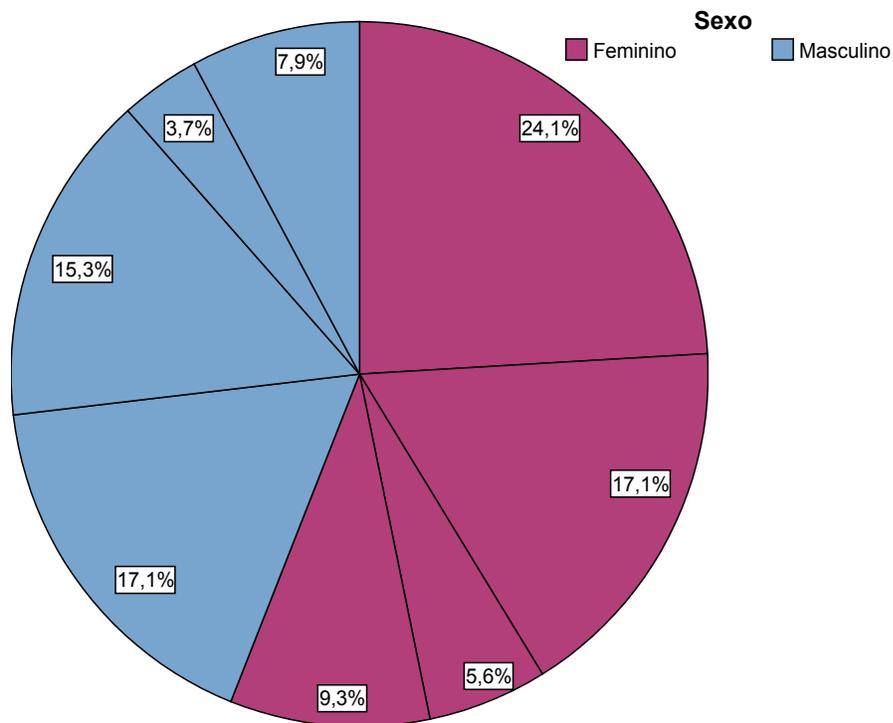
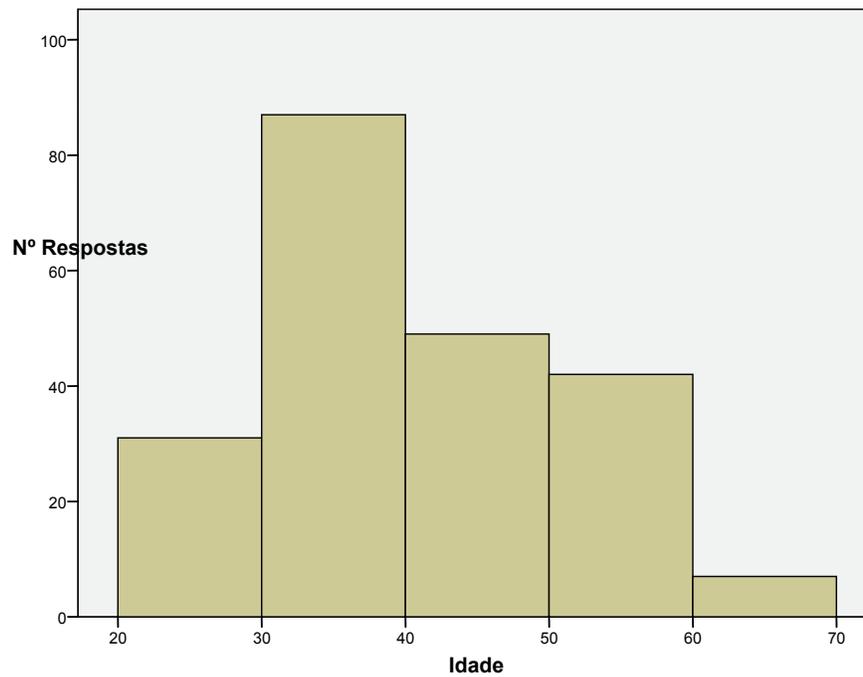




Gráfico nº 1

IDADE DOS INQUIRIDOS



Quadro nº 5

RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE CATEGORIA PROFISSIONAL E SEXO

		Categoria				Total
		Enfermeiro	Médico	Psicólogo Clínico	Técnico Especializado	
Sexo	Feminino	52	37	12	20	121
	Masculino	37	33	8	17	95
Total		89	70	20	37	216



Quadro nº 6

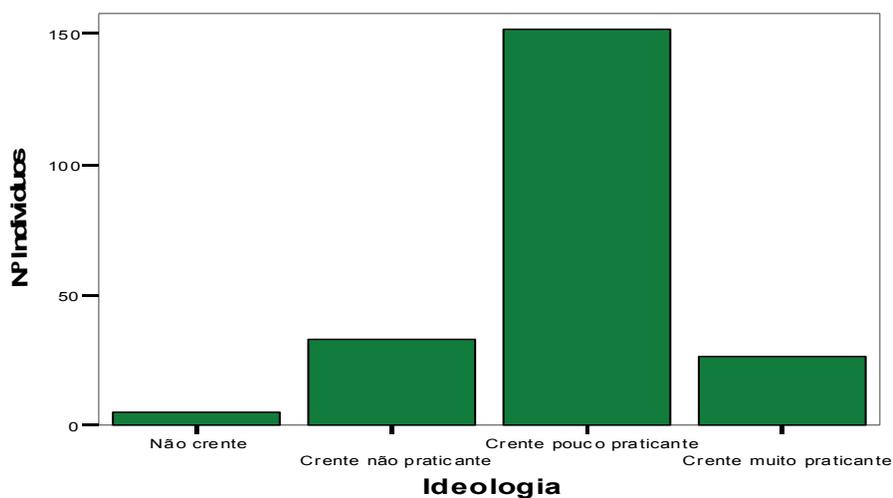
RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE CATEGORIA PROFISSIONAL E IDADE

		Categoria				Total
		Enfermeiro	Médico	Psicólogo Clínico	Técnico Especializado	
Idade	21-30	18	7	6	7	38
	31-40	35	22	8	21	86
	41-50	20	17	3	6	46
	51-60	15	20	3	3	41
	61-70	1	4	0	0	5
Total		89	70	20	37	216

Relativamente à ideologia religiosa dos inquiridos, a maioria revelam-se crentes, sendo uma percentagem mínima de profissionais descrentes-Gáfico nº2 e Quadro nº 7.

Gráfico nº 2

IDEOLOGIA RELIGIOSA DOS INQUIRIDOS





Quadro nº 7

IDEOLOGIA RELIGIOSA DOS INQUIRIDOS

Ideologia	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Não crente	5	2,3	2,3
Crente não praticante	33	15,3	17,6
Crente pouco praticante	152	70,4	88,0
Crente muito praticante	26	12,0	100,0
Total	216	100,0	

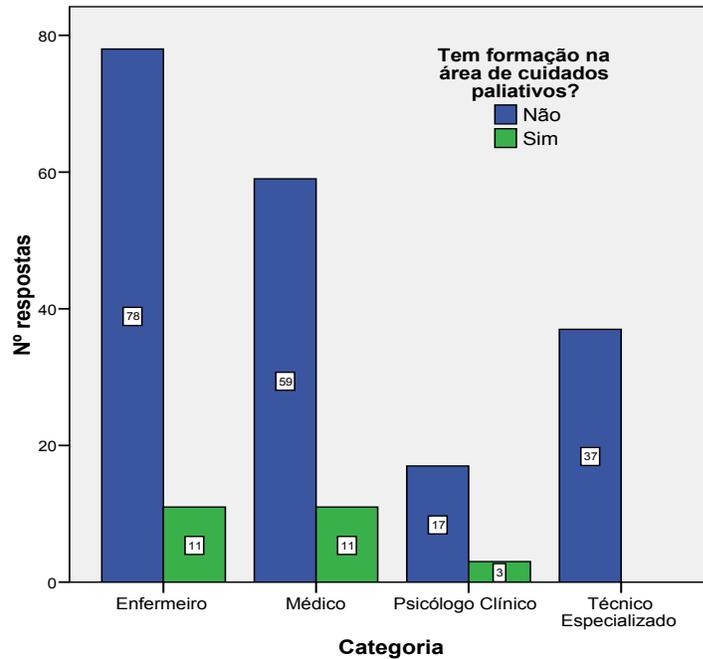
No âmbito da formação na área de cuidados paliativos, apenas 25 dos respondentes são detentores de algum tipo de formação numa área, contra 121 que referem não a possuir. É de realçar que são sobretudo os médicos e os enfermeiros os maiores detentores de conhecimentos em cuidados paliativos, o que se justifica pela especialidade que esses grupos profissionais podem desempenhar-Gráfico nº3 e Quadro nº8

Utilizando o teste de Qui-Quadrado, com o nível de significância teste 0.098, pode-se afirmar que não é significativa a relação entre a categoria profissional e a formação em cuidados paliativos, o que se conclui então que as diferenças são devidas ao acaso-Quadro nº 9



Gráfico nº 3

FORMAÇÃO DOS INQUIRIDOS NA ÁREA DE CUIDADOS PALIATIVOS



Quadro nº8

RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE CATEGORIA PROFISSIONAL E FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

		Tem formação na área de Cuidados Paliativos?		Total
		Não	Sim	
Categoria	Enfermeiro	78	11	89
	Médico	59	11	70
	Psicólogo Clínico	17	3	20
	Técnico Especializado	37	0	37
Total		191	25	216



Quadro nº9

RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE CATEGORIA PROFISSIONAL E FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS (TESTE QUI-QUADRADO)

	Valor	Grau de liberdade	Nível Significância. (bilateral)
Coeficiente Pearson	6,298 ^a	3	,098
Grau verosimilhança	10,436	3	,015
N	216		

4 2- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nas páginas seguintes faremos a descrição e análise dos resultados obtidos da aplicação do questionário à população de profissionais da saúde em meio hospitalar.

A apresentação dos resultados será feita através da enunciação das questões de investigação que foram anteriormente expostas na página 44.

- **Existe associação entre os inquiridos que já estiveram em contacto com um doente terminal e aqueles que aceitam a ideia de que o doente possa ter a liberdade de escolher o momento da sua própria morte?**

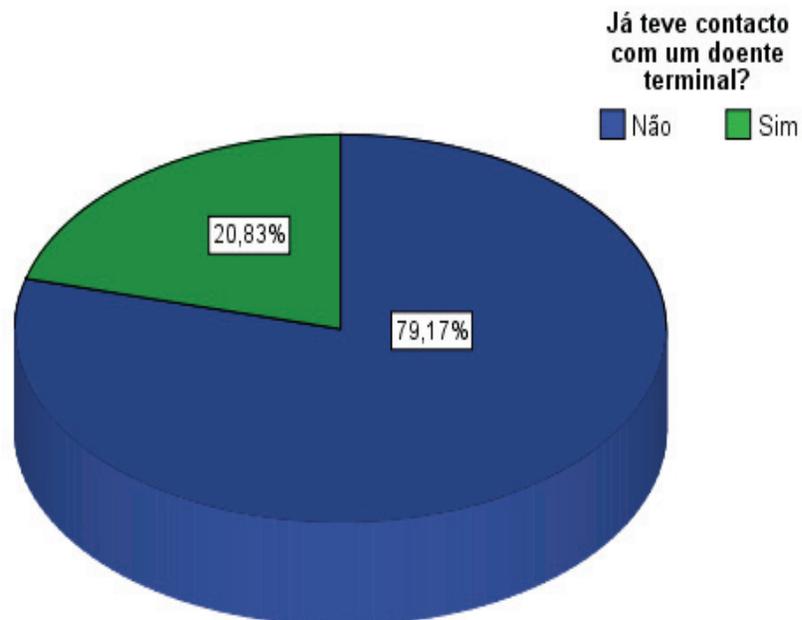
As respostas dos inquiridos mostram que foram poucos os que estiveram em contacto com um doente terminal-Figura nº4. Estes na sua generalidade quando questionados se aceitam a ideia de que o doente possa escolher o momento da sua



própria morte, aceitam com dúvidas a possibilidade da liberdade de escolha do doente-
Quadro nº10 e Gáfico nº 4

Figura nº 4

CONTACTO DOS INQUIRIDOS COM O DOENTE TERMINAL





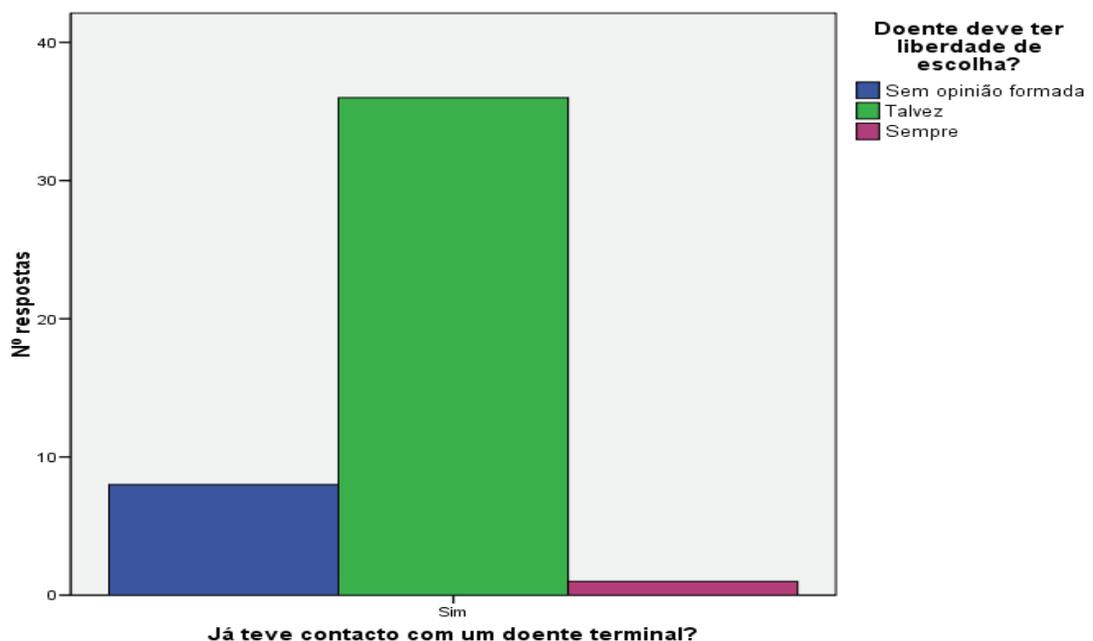
Quadro nº10

RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE CONTACTO COM UM DOENTE TERMINAL E LIBERDADE DE ESCOLHA DO DOENTE

		Doente deve ter liberdade de escolha?			Total
		Sem opinião formada	Talvez	Sempre	
Já teve contacto com um doente terminal?	Sim	8	36	1	45
Total		8	36	1	45

Gráfico nº 4

RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE CONTACTO COM UM DOENTE TERMINAL E LIBERDADE DE ESCOLHA DO DOENTE





• **Existe associação com os inquiridos que já estiveram em contacto com um doente terminal e foram abordados no sentido de ajudar alguém a morrer?**

Das respostas obtidas, 39 inquiridos já foram abordados no sentido de ajudar alguém a morrer, apenas de só 25 destes, referirem ter estado em contacto com um doente terminal-Quadro nº11e Gráfico nº5

Quadro nº11

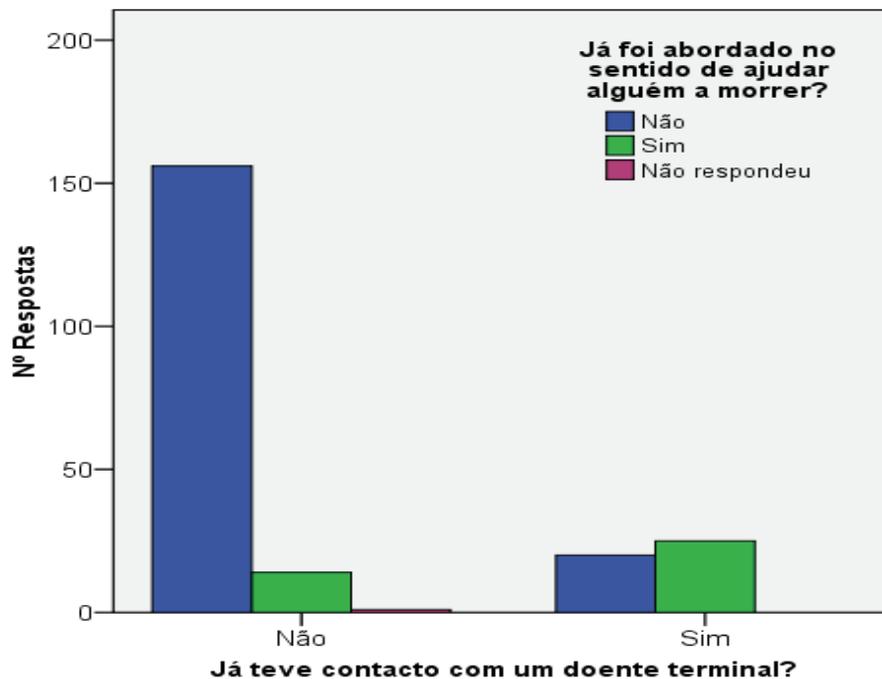
RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE CONTACTO COM UM DOENTE TERMINAL E ABORDAGEM NO SENTIDO DE AJUDAR ALGUÉM A MORRER

		Já foi abordado no sentido de ajudar alguém a morrer?			Total
		Não	Sim	Não respondeu	
Já teve contacto com um doente terminal?	Não	156	14	1	171
	Sim	20	25	0	45
Total		176	39	1	216



Gráfico nº 5

**RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE CONTACTO
COM UM DOENTE TERMINAL E
ABORDAGEM NO SENTIDO DE AJUDAR ALGUÉM A MORRER**



• **Quais as diferenças entre as categorias profissionais dos inquiridos e o seu conhecimento da prática de Eutanásia nos hospitais portugueses?**

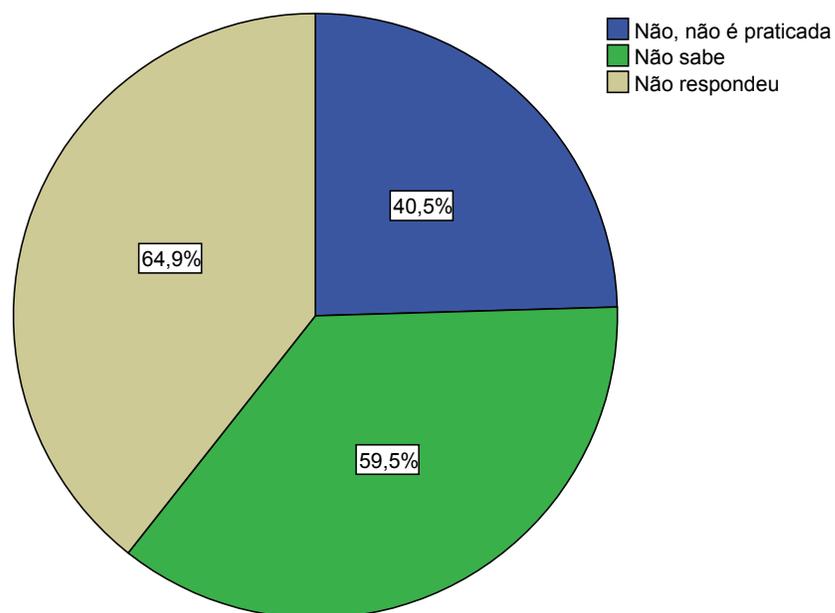
Quando interrogados sobre a existência de Eutanásia nos hospitais portugueses, 64,9% não responderam a esta questão!- Figura nº 5. Dos 131 inquiridos que responderam a esta questão, 53 afirma não ser praticada e 78 não sabe-Quadro nº 12. Neste contexto é ainda interessante constatar que são os médicos que mais afirmam que não conhecem a prática de Eutanásia nos nossos hospitais, seguidos dos enfermeiros, depois os técnicos especializados e em muito menor grau os psicólogos clínicos. Contrariamente a esta ordem e aferindo a ignorância de conhecer a realização da Eutanásia nos nossos hospitais são os enfermeiros que mais se distinguem, logo após



os médicos e posteriormente os técnicos especializados seguidos dos psicólogos clínicos.-Gráfico nº 6.

Figura nº 5

CONHECIMENTO DA PRÁTICA DE EUTANÁSIA NOS HOSPITAIS PORTUGUESES





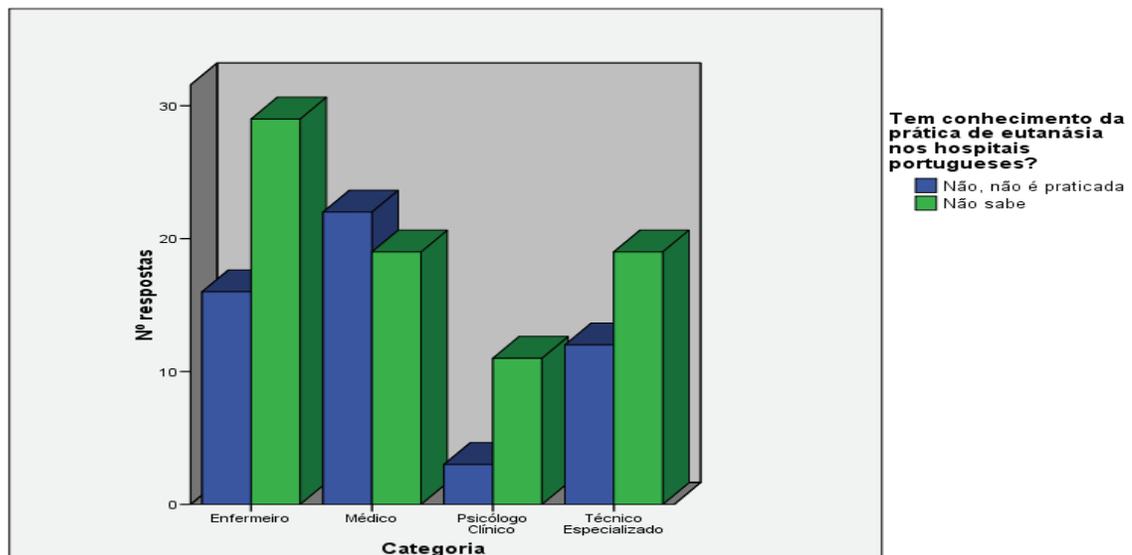
Quadro nº12

RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE CATEGORIA PROFISSIONAL E CONHECIMENTO DA PRÁTICA DE EUTANÁSIA NOS HOSPITAIS PORTUGUESAS

		Tem conhecimento da prática de eutanásia nos hospitais portugueses?		Total
		Não, não é praticada	Não sabe	
Categoria	Enfermeiro	16	29	45
	Médico	22	19	41
	Psicólogo Clínico	3	11	14
	Técnico Especializado	12	19	31
Total		53	78	131

Gráfico nº 6

RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE CATEGORIA PROFISSIONAL E CONHECIMENTO DA PRÁTICA DE EUTANÁSIA NOS HOSPITAIS PORTUGUESAS





• Há associação entre as categorias profissionais dos inquiridos e um possível denunciamento de uma situação de Eutanásia às entidades competentes?

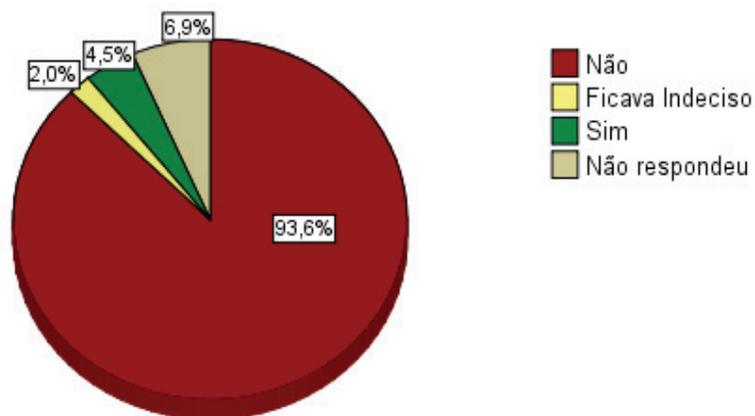
Na questão direccionada para uma possível denuncia da prática de Eutanásia de um colega às entidades competentes, um número significativo de profissionais foi peremptório em afirmar que não (93,6%), em detrimento do sim (4,5%). Apenas 2,0% ficavam indecisos e 6,9% recusou-se a responder a esta questão-Figura nº6 e Quadro nº13

As corroborar a evidência da união dos profissionais da saúde, todos foram unânimes em não avançar para uma denúncia de um seu colega-Quadro nº14

Figura nº 6

DENUNCIARIA A PRÁTICA DE EUTANÁSIA ÀS AUTORIDADES

Denunciaria a prática de eutanásia às autoridades?





Quadro nº13

DENUNCIARIA A PRÁTICA DE EUTANÁSIA ÀS AUTORIDADES (%)

Denunciaria a prática de eutanásia às autoridades?	Frequência	Percentagem	Percentagem dos que responderam	Percentagem cumulativa
Não	189	87,5	93,6	93,6
Ficava Indeciso	4	1,9	2,0	95,5
Sim	9	4,2	4,5	100,0
Total	202	93,5	100,0	
Não respondeu	14	6,5		
Total	216	100,0		

Quadro nº14

RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE CATEGORIA PROFISSIONAL E DENUNCIARIA DA ÀS AUTORIDADES

		Denunciaria a prática de eutanásia às autoridades?			Total
		Não	Ficava Indeciso	Sim	
Categoria	Enfermeiro	80	0	3	83
	Médico	61	0	3	64
	Psicólogo Clínico	17	1	0	18
	Técnico Especializado	31	3	3	37
Total		189	4	9	202

• **Atendendo às categorias profissionais dos inquiridos, em alguma circunstância praticaram Eutanásia?**

Face a uma pergunta directa se alguma vez tinham praticado Eutanásia, esta mereceu resposta negativa por todos.



Quadro nº15

RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE CATEGORIA PROFISSIONAL E PRÁTICA DE EUTANÁSIA

		Alguma vez praticou eutanásia?	
		Não	Total
Categoria	Enfermeiro	89	89
	Médico	70	70
	Psicólogo Clínico	20	20
	Técnico Especializado	37	37
Total		216	216

• **Atendendo às categorias profissionais dos inquiridos, existe associação com aqueles que em alguma circunstância praticaram Eutanásia e os que já aumentaram a dosagem de um medicamento no sentido de aliviar as dores de um doente, sabendo que esta atitude de alguma forma poderia reduzir o tempo de vida do doente?**

No que respeita à possibilidade de os respondentes, por ventura, terem aumentado a dosagem de um medicamento, no sentido de aliviar as dores, mas sabendo que tal procedimento poderia reduzir o tempo de vida do paciente, verifica-se que apenas 9 médicos afirmaram que já aumentaram a dosagem no sentido de aliviar as dores. Todos os restantes respondentes foram unânimes em negar este procedimento-Quadro nº16 e Gráfico nº 7.



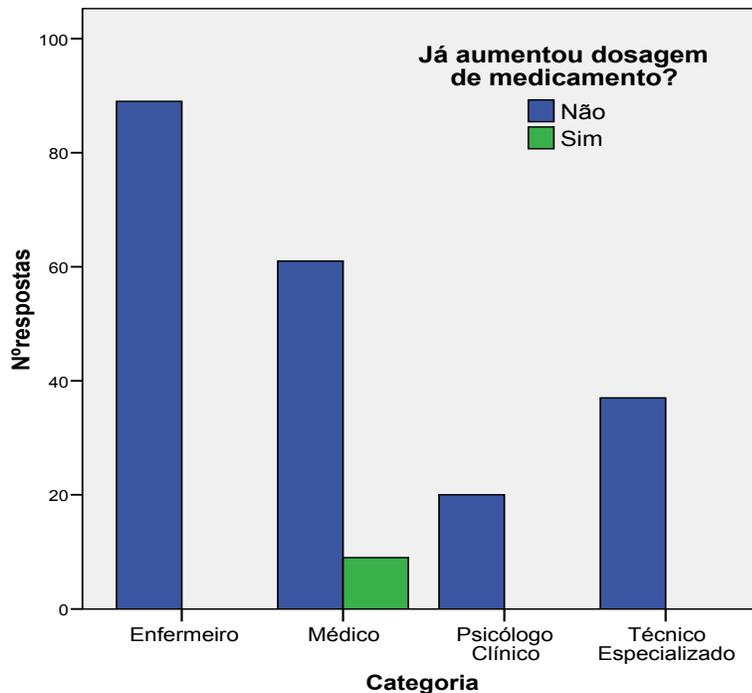
Quadro nº16

RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE CATEGORIA PROFISSIONAL E AUMENTO DE DOSAGEM DE MEDICAMENTOS

		Já aumentou dosagem de medicamento?		Total
		Não	Sim	
Categoria	Enfermeiro	89	0	89
	Médico	61	9	70
	Psicólogo Clínico	20	0	20
	Técnico Especializado	37	0	37
Total		207	9	216

Gráfico nº 7

RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE CATEGORIA PROFISSIONAL E AUMENTO DE DOSAGEM DE MEDICAMENTOS





• Existe associação entre as categorias profissionais dos inquiridos e a percepção que a legalização da Eutanásia aumentaria o número de pedidos por parte dos doentes?

A maioria dos profissionais da saúde quando são questionados quanto ao impacto de uma legalização da Eutanásia, pensa que em nada, a legalização aumentaria o número de pedidos de Eutanásia, sobressaindo nesta óptica os enfermeiros e os médicos. Na opinião dos técnicos especializados e dos psicólogos clínicos, embora partilhem a mesma opinião dos primeiros, ainda assim consideram que a legalização pode aumentar o número de solicitações de Eutanásia-Quadro nº17 e Gráfico nº8.

Quadro nº17

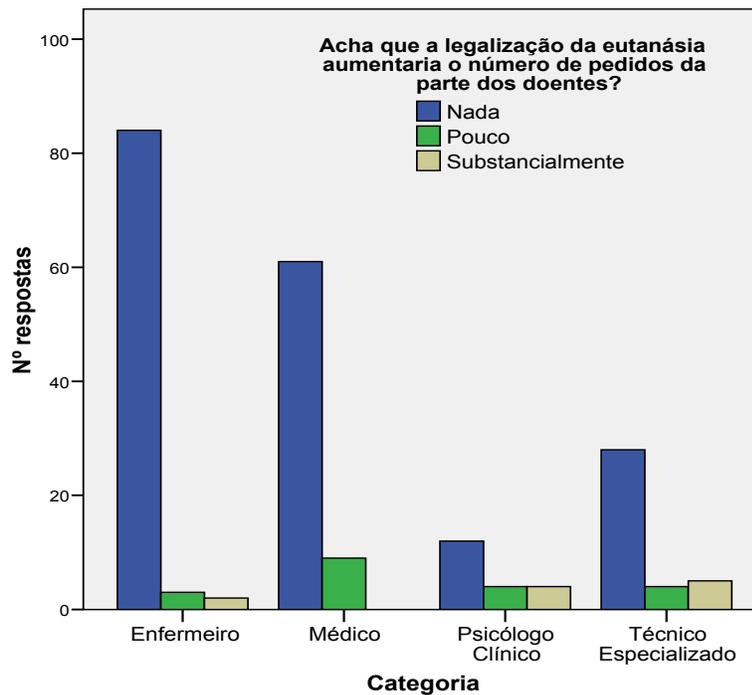
RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE CATEGORIA PROFISSIONAL E AUMENTO DO NUMERO DE PEDIDOS DE EUTANÁSIA POR PARTE DOS DOENTES

		Acha que a legalização da eutanásia aumentaria o número de pedidos da parte dos doentes?			Total
		Nada	Pouco	Substancialmente	
Categoria	Enfermeiro	84	3	2	89
	Médico	61	9	0	70
	Psicólogo Clínico	12	4	4	20
	Técnico Especializado	28	4	5	37
Total		185	20	11	216



Gráfico nº 8

RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE CATEGORIA PROFISSIONAL E AUMENTO DO NUMERO DE PEDIDOS DE EUTANÁSIA POR PARTE DOS DOENTES



• **Atendendo às categorias profissionais dos inquiridos e à formação em cuidados paliativos, estes podem evitar todos os pedidos de Eutanásia?**

No estudo da relação entre a formação na área de cuidados paliativos e os mesmos poderem evitar todos os pedidos de Eutanásia, o coeficiente de significância do teste é igual a 0.002 (inferior a 5%). Este facto permite concluir que a relação entre as respostas dadas às duas questões não é devida ao acaso.



Quadro nº18

RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE CATEGORIA PROFISSIONAL E OS CUIDADOS PALIATIVOS PODEREM IMPEDIR A EUTANÁSIA

		Os cuidados paliativos podem evitar todos os pedidos de eutanásia?			Total
		Não	Sim	Embora possam reduzir os pedidos, não os eliminarão por completo.	
Categoria	Enfermeiro	3	4	82	89
	Médico	0	5	65	70
	Psicólogo Clínico	0	1	19	20
	Técnico Especializado	7	6	24	37
Total		10	16	190	216

Quadro nº19

RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE A FORMAÇÃO NA ÁREA DE CUIDADOS PALIATIVOS E OS MESMOS PODEREM IMPEDIR A EUTANÁSIA

		Os cuidados paliativos podem evitar todos os pedidos de eutanásia?			Total
		Não	Sim	Embora possam reduzir os pedidos, não os eliminarão por completo.	
Tem formação na área de Cuidados Paliativos?	Não	10	10	171	191
	Sim	0	6	19	25
Total		10	16	190	216



Quadro nº20

**RELAÇÃO DOS INQUIRIDOS ENTRE A FORMAÇÃO NA ÁREA DE
CUIDADOS PALIATIVOS E OS MESMOS PODEREM IMPEDIR A
EUTANÁSIA
(TESTE QUI-QUADRADO)**

	Valor	Grau de liberdade	Nível Significância. (bilateral)
Coefficiente Pearson	12,277	2	,002
Grau verosimilhança	10,106	2	,006
N	216		

CAPÍTULO V

Conclusões do Estudo



5 – CONCLUSÕES

Com o progresso da Medicina, a esperança média de vida aumentou, o que, em certos casos, tem o efeito perverso de prolongar o sofrimento. Mas a mesma sociedade que prolonga a vida deverá ter resposta para a eliminação do sofrimento. É neste contexto que surge o debate sobre a Eutanásia que, no entanto, ainda não se encontra suficientemente aceso no nosso país.

Em Portugal morre-se muitas vezes sozinho, abandonado, longe de olhares e afecto. Mas o silêncio também mata: bem o sabem os doentes terminais de neoplasias malignas, mielomas múltiplos entre outras patologias, para as quais já não há esperança e que, muitas vezes, acabam os seus dias numa cama de hospital, longe da família e dos amigos, esquecidos do mundo.

Para quem não vive uma situação de sofrimento terminal ou crónico é extraordinariamente difícil ser imparcial nesta matéria, isto é, afirmar que é radicalmente “pró” ou “contra” sem mais. Quem pode saber se os doentes que pedem a Eutanásia porque sofrem desmesuradamente, ou perderam o sentido da vida, não preferiam viver se o seu sofrimento fosse minimizado e lhes fosse devolvida a dignidade e a qualidade de vida? E quem pode dizer se os que executam os pedidos de Eutanásia são capazes de viver para sempre com a consciência de que poderiam ter tentado ajudar de outra forma aquele doente a superar o seu sofrimento?

Num país oficialmente laico, mas de maioria católica, falar de Eutanásia ou da morte em geral continua a ser uma grande dificuldade “Na vida, a única certeza que temos é a morte, mas não pensemos nisso por agora...Quando chegar a nossa vez, logo se vê...” — esta é a expressão que continua a predominar na nossa sociedade... infelizmente a discussão da Eutanásia continua a circunscrever-se sobretudo na classe médica. É necessário, pois, que se estenda à população em geral, para que esta seja devidamente informada, consiga exorcizar alguns dos seus fantasmas e, sobretudo, possa reflectir e expressar a sua opinião sobre todas estas questões.

Com este trabalho quisemos conhecer e porque não, talvez sentir, a prática de Eutanásia nos hospitais portugueses, assim como o impacto de Legalização de Eutanásia junto dos profissionais de classe médica.



Perante os resultados deste estudo, os dados estão longe de transparência...Quando o tema é a Eutanásia, os profissionais da classe médica preferem remeter-se ao silêncio. Ninguém sabe, ninguém viu e, claro, ninguém pratica! Mais, mesmo se tivessem conhecimento de algum colega que praticasse a Eutanásia, são em número escasso, aqueles que denunciariam o acto às autoridades competentes!

No entanto sobre a eventualidade de já terem aumentado dosagem de um medicamento no sentido de aliviar as dores, mas sabendo que tal atitude poderia reduzir o tempo de vida do doente, constatou-se que alguns profissionais, embora que numa percentagem mínima, já o operaram...

Quanto a uma hipotética Legalização da Eutanásia, os médicos e os enfermeiros pensam que em nada, esta eliminaria os pedidos de Eutanásia, ao invés de alguns técnicos especializados e psicólogos clínicos (ainda que em número ínfimo), que acreditam que uma Legalização poderá até aumentar os pedidos.

Unanimidade entre todos os profissionais existe que quanto mais crítico o estado de saúde do paciente, independentemente das suas faculdades mentais, maior é a aceitação da Eutanásia, isto a admitir a prática de Legalização da mesma.

Os inquiridos quando questionados, se os cuidados paliativos podem evitar todos os pedidos de Eutanásia, as respostas foram no sentido de embora possam reduzir os pedidos, não os eliminarão por completo. Efectivamente, não é apenas porque sente dor ou solidão que uma pessoa pode desejar por termo à vida: o medo de perder as suas capacidades físicas e intelectuais, que em última instância, determinarão a perda de autonomia e a necessidade de depender de familiares e/ou amigos também são razões mais que suficientes, afinal está em causa a dignidade do ser humano. No nosso inquérito, mesmo doentes a receber cuidados paliativos, num momento ou noutro, manifestaram aos profiissionais o seu desejo de morrer, o que se conclui que embora estes cuidados signifiquem inegáveis benefícios para o doente, nunca eliminarão os pedidos de Eutanásia. Todavia tal como se pode constatar (pelo excelente e dedicado trabalho na Unidade de Tratamento da Dor no Hospital Distrital de Aveiro), os cuidados paliativos de qualidade, sem quaisquer dúvidas, tornam-se situações esporádicas.

Após a realização do estudo a que nos propusemos, podemos afirmar, muito humildemente, que somos do entendimento de que a realidade portuguesa não permite uma Legalização da Eutanásia. Debatem-se prós e contras, mas a “cautela” impera...



A convicção de lançarmos vários argumentos a favor ou contra uma Legalização da Eutanásia no nosso país, que tínhamos no início desta dissertação, foi-se desvanecendo com a confirmação de um tema ainda *tabu*, como se foi acentuando ao longo do estudo. Este tema da nossa dissertação, pela sua problemática e abrangência, em momentos posteriores, concerteza, haverão novas reflexões sem tantos receios, pelo que não desistiremos e pretendemos continuar a trabalhar este tema no futuro.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• Estudo

- BAIRD, Robert M; ROSENBAUM, Stuart, orgs. – Eutanásia: As questões morais. Venda Nova: Bertrand Editora, 1997.
- BARCHIFONTAINE, Christian de Paul – Dignidade no processo de morrer. Ipiranga, São Paulo: Loyola, 2001.
- BRITO, António José dos Santos de; RIJO, José Manuel Subtil Lopes. Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal: direito sobre a vida ou dever de viver? Coimbra: Almedina, 2000.
- CAPLAN, Arthur L. – Quando a medicina enlouqueceu: a bioética e o holocausto, (“ Colecção Medicina e Saúde”) Lisboa: Instituto Piaget, 1992, pp. 45-63, 197-223, 225-237.
- COSTA, J. Pinto da – Medicina Legal: Colectânea de artigos publicados na última Página do Jornal de Notícias em 1990/91. Porto: Edição Instituto Medicina Legal do Porto, 1991, pp 47- 53.
- COSTA, J. Pinto da – Opinião: Colectânea de artigos publicados no Jornal de Notícias em 1991. Porto: Edição Instituto Medicina Legal do Porto, 1993, pp.171- 183.
- COSTA, J. Pinto da – Responsabilidade Medica. Porto: Edição Felício & Cabral, 1996.
- CUNDIFF, David – A eutanásia não é resposta, (“Colecção Medicina e Saúde”), Lisboa: Instituto Piaget, 1992.
- FERNÁNDEZ, Javier Gafo – 10 Palavras chave em Bioética. Coimbra: Editorial Verbo Divino, 1996, pp. 7-10, 11-24,95-141, 143-175.
- HOUZIAUX, Alain(dir); COMTE-Sponville, André; HENNEZEL, Marie de; KAHN, Axel – Deve a eutanásia ser legalizada, (“colecção Em Foco/4”) Porto: campo das Letras, 2005.
- HUMPHRY, Derek – Derradeira solução. Lisboa: Puma Editora, 1992.
- ISRAEL, Lucien – A vida até ao fim, eutanásia e outras derivas. Lisboa: Instituto Piaget, 1993.
- KOVÁCS, Maria Júlia – Educação para a morte. Temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, Livraria e Editora, 2004.



- KUBLER – ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer. São Paulo, Martins Fontes, 1989.
- LOPES-CARDOSO, Álvaro – O direito de morrer: suicídio e eutanásia. Mem Martins: Publicações Europa-América, 1986.
- MASQUES, Vasconcellos [et al.]- Colóquio sobre eutanásia: Lisboa 5, 6 e 8 de Novembro de 1990. Lisboa : Publicações do II Centenário da Academia das Ciências de Lisboa, 1993.
- MONGE, Fernando – Eutanásia. Lisboa: Edições Prumo, 1991.
- MULZACK, Ronald; WALL, Patrick – O desafio da dor. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1987, pp. 9-11, 15, 20-26, 374-381, 388-389, 393.
- NETO, Isabel Galriça – Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Asta Médica, 1996, pp. 1-53.
- NEVES, Chantal [et al.], eds. – Cuidados Paliativos, Comunicações do Simpósio de Enfermagem: Porto – 29 e 30 de Setembro de 2000 (“Coleções Dossier Sinais Vitais-nº4”), 1ª ed. Coimbra: Edições Formasau, Formação e Saúde, 2000.
- NEVES, Maria do Céu Patrão – Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana. Centro de Estudos de Bioética, Açores, s.d.
- NOBRE, Fernando – Eutanásia e atitudes médicos relacionados com o fim da vida. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, 1996, pp. 101-104.
- PERICO, G. – Eutanásia e esterilização humana. Lisboa: Editora União Gráfica, 1962.
- PESSINI, Leo – Eutanásia Por que abreviar a vida? (“Coleção Bioética em Perspectiva”), São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, 2004.
- PESSINI, Leo – Eutanásia Por que abreviar a vida? (“Coleção Bioética em Perspectiva”), São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, 2004.
- PINTO, Susana M. F.; MOREIRA da Silva, Florido A. C. – A Incapacidade Física, Nursing. Lisboa, 2004, pp. 34 – 39.
- PORTELA, J. Luís; Neto, Isabel Galriça – Dor e cuidados paliativos. Lisboa: Permanyer Portugal Marketing, Publicidade e Edições, 1999, pp. 1-7, 9-11, 65-71, 73-75.
- RAPOSO, Mário – Direito, eutanásia e suicídio assistido. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, 2001, pp.121-138.
- SANTOS, Laureano [et al.] – Bioética especial: o fim de vida. Lisboa: Verbo, 1996.
- SERRÃO, Daniel – Eutanásia. Porto: Porto Editora, 2001.



- SINGER, Peter – *Ética Prática*. 1ª ed. São Paulo. Martins Fontes, 1994, pp.1-7, 9-17, 93-118, 185-227, 384/385, 389-392.
- SOCIEDADE FRANCESA DE ACOMPANHAMENTO E DE CUIDADOS PALIATIVOS – *Desafios da enfermagem em cuidados paliativos – “cuidar” : ética e práticas*. Paris: Lusociência, 1999, pp. 3-21, 35-50.
- TWYLCROSS, Robert – *Cuidados Paliativos*. 1ª ed. Lisboa: Editores Climepsi, 2001, pp.15- 35.
- VIDAL, Marciano – *Eutanásia: um desafio para a consciência*. Aparecida, S.P. Editora Santuário, 1996.
- VIDAL, M. – *Eutanásia: um desafio para a consciência*. Aparecida: Santuário, 2000.



• **Imprensa Escrita**

- ALVES, José – O inferno de Sampedro. “**Revista do Jornal Expresso**”, nº 1575 (4 Jan. 2033) 34.
- CARDOSO, Augusto Lopes – Alguns aspectos jurídicos da eutanásia. “**Boletim do Ministério da Justiça**”, nº 401 (1990) 5-32.
- GALVÃO, Maria Cristina Mira – Cuidados Paliativos: o que a Maria me ensinou. “**Revista Portuguesa de Clínica Geral**”. Vol. 19, nº 1 (Jan./Fev. 2003).
- LEAL, Fátima – Cuidados Paliativos: transmissão de más notícias. “**Revista Portuguesa de Clínica Geral**”. Vol. 19, nº1 (Jan /Fev. 2003) 40-43.
- MACEDO, Guilherme Shearman – Morte já se vende. “**Revista Fotochoque**”, nº 24 (21 Abr. 2005) 15-16.
- MENEZES, Inês – Eutanásia: será um desejo de morte ou um grito de vida? “**Revista Xis do Jornal Público**”, nº 302 (2 Abr. 2005) 10-19.
- MENDES, Ana celeste – Miguel, a vida e a morte. “**Revista Notícias Magazine do Jornal de Notícias**”, nº 32/118 (3 Jul. 2005) 46-51.
- NETO, Isabel Galriça – Cuidados paliativos: o desafio para além da cura. “**Revista Portugal de Clínica Geral**”. Vol. 19, nº 1 (Jan./Fev. 2003) 27-29.
- MICHEL, Renaud – Morte e eutanásia perante a ética filosófica. “**Brotéria: revista de cultura**”. Vol. 150, nº 2 (Fev. 2000) 223-239.
- RAPOSO, Mário – Eutanásia: alguns problemas envolvidos. “**Brotéria: revista de cultura**”. Vol. 150, nº 2 (Fev. 2000) 267-281.



• **Obras de Referência**

- ACADEMIA DAS CIENCIAS DE LISBOA – Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea. Volume. Lisboa: Editorial Verbo, 2001, p.1618.
- AZEVEDO, Mário – Teses, relatórios e trabalhos escolares; sugestões para estruturação da escrita. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2001.
- COSTA, J. Almeida e; MELO, A. Sampaio e – Dicionário da língua portuguesa. 8ª ed. Porto: Porto Editora, 1999, p. 707.
- DORSCH, Friedrich; HACKER, Hartmut; STAPF, Kurt- Hermann – Dicionário de Psicologia. Petrópolis: Editora Vozes, 2001, p. 354.
- ECO, Humberto – Como se faz uma tese em Ciências Humanas. 12ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 2005.
- FRADA, João José Cúcio – Guia prático para elaboração e apresentação de trabalhos científicos. 4ª ed. Lisboa: Cosmos, 1994.
- HOTTOIS, Gilbert; PARIZEAU, Marie Héléne. Dicionário da Bioética. Instituto Piaget, 1998, pp. 225-231.
- MANUILA, L. [et al.]- Dicionários Médico, 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2000, p. 256.
- PEREIRA, Alexandre; POUPA, Carlos – Como escrever uma tese, monografia ou livros científico usando o Word. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2004.
- PINTO, J. Manuel de Castro; PAREIRA, Manuela; LOPES, Maria do Céu Vieira – Gramática do Português Moderno. 6ª ed. Lisboa: Plátano Editora, 1990.
- PORTO EDITORA – Dicionário da língua portuguesa. 5ª ed. Muito corrigida e aumentada. Porto: Porto Editora, 1.
- PORTO EDITORA – Dicionários Porto Editora [em linha]. Porto: porto Editora, 2001. Disponível na [www](http://www.porto-editora.Pt/dol):
[URL: http://www.porto-editora.Pt/dol](http://www.porto-editora.Pt/dol)
- SLP – Ciberdúvidas da língua Portuguesa [em linha]. Lisboa: SLP, 1997-Disponível na [www](http://www.ciberduvidas.com):
[URL: http://www.ciberduvidas.com](http://www.ciberduvidas.com)
- VERBO ENCICLOPEDIA LUSO- BRASILEIRA DE CULTURA – Enciclopédia Luso – brasileira de cultura. 8ª ed. Lisboa: Editorial Verbo, 1984, pp.7-9.



• **Fontes Metodológicas**

- AZEVEDO, Carlos A. Moreira – Metodologia Científica. Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos. Porto, 1994.
- BARDIN, Laurence – Análise de Conteúdo. Lisboa, Edição 70, 2004.
- BARROS, Aidil Jesus – Fundamentos de Metodologia: um guia para a iniciação científica. Lisboa, 1986.
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari – Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.
- FERNANDES, Denise; Dias, Cláudia – Pesquisa e métodos científicos. Brasília, 2000.
- FORTIN, Marie Fabiene – O processo de Investigação da Concepção à Realização. Lisboa: Lusociência, 1996.
- KIESS, H.; BLOOMQUIST, D. – Psychological Research Methods: a conceptual approach. Boston: Allyn na Bacon, 1985.
- POLIT, D.; HUNGLER, B.P. – Investigacion Científica en Ciências de La Salud. México: Interamericana, 1994.
- RICHARSON, R.J. – Pesquisa Social, métodos e técnicas. São Paulo: Atlas Editores, 1989.
- RUDIO, F.V. – Introdução ao projecto de pesquisa científica. São Paulo: Editora Vozes, 1986. PARDAL, L.; CORREIA, E. – Métodos e técnicas de investigação social. Porto: Areal Editores, 1995.
- TRUJILLO, Afonso Ferrari – Metodologia da Ciência. Rio de Janeiro: Editora Kennedy, 1974.



• **Fontes Normativas**

- ANDRADE, Manuel da Costa – Código Penal e Legislação Complementar, 11^a ed., Quid Juris, 2003.
- CANOTILHO, J.J. Gomes e MOREIRA, VITAL – Constituição de República Portuguesa Anotada, 3^a Edição, Coimbra Editora, 1993.
- CONCELHO NACIONAL DE ETICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA. Documento de trabalho 26/CNE/99. Reflexão ética sobre a dignidade humano.
- GONÇALVES, Manuel Lopes Maia – Código Penal Português, 5^a ed., Coimbra Almedina, 1980.
- GONÇALVES, Manuel Lopes Maia – Código Penal Português, 8^a ed., Coimbra Almedina, 1980.
- GONÇALVES, Manuel Lopes Maia – Código Penal Português Anotado e Comentado, 16^a ed., Coimbra Almedina, 2004.
- NETO, Abílio – Código Civil Anotado, 14^a ed., Coimbra Editora, 2004.
- Parecer nº 11 /CNECV/ 95 – Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final de vida.
- Parecer nº 45/CNECV/ 05 – Parecer sobre o estado vegetativo persistente.
- Reflexão nº 26/CNECV/ 99 – Reflexão ética sobre a Dignidade Humana.



• **Fontes Electrónicas**

- ALDEIA EUTANASIA – Eutanásia. Disponível na www:
[URL:http://www.eutanasia.no.sapo.pt](http://www.eutanasia.no.sapo.pt)
- ALDEIA EUTANASIA – Algumas reflexões. Disponível na www:
[URL:http://eutanasia.aaldeia.net/algumas_reflexoes.htm](http://eutanasia.aaldeia.net/algumas_reflexoes.htm)
- ACADEMIA PONTIFICIA PARA A VIDA – Respeita a dignidade do moribundo: considerações éticas sobre a eutanásia.
Disponível na www: [URL:http://www.acidigital.com](http://www.acidigital.com)
- BBCBRASIL – Justiça italiana nega pedido de eutanásia a paciente. Disponível na www:
[URL:http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/story/2006/12/06126_eutanasia_dg.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/story/2006/12/06126_eutanasia_dg.shtml)
- BLOGGER – Eutanásia e Distanásia. Disponível na www:
[URL:http://eutanasiaedistanasia.blogspot.com/\[fev.2006\]](http://eutanasiaedistanasia.blogspot.com/[fev.2006])
- CORREIO DA MANHA – Portugal contra eutanásia. Disponível na www:
[URL:http://www.correiodamanha.pt/noticia.asp?id=226617&idselect=9&idcarral^=9&p=200](http://www.correiodamanha.pt/noticia.asp?id=226617&idselect=9&idcarral^=9&p=200)
- DANIEL, Jailto; NOGUEIRA, Jônatas – Eutanásia. Disponível na www:
[URL:http://br.geocities.com/hzetanoticias/eutanasia/eut_01.htm](http://br.geocities.com/hzetanoticias/eutanasia/eut_01.htm)
- DANIEL, Jailto; NOGUEIRA, Jônatas – Eutanásia e o direito a morrer com dignidade, 2000 - 2002. Disponível na
www:
[URL:http://br.geocities.com/hzetanoticias/eutanasia/eut_02.htm](http://br.geocities.com/hzetanoticias/eutanasia/eut_02.htm)
- DANIEL, Jailto; NOGUEIRA, Jônatas – Eutanásia argumentos e contra- argumentos, 2000 - 2002. Disponível na
www:
[URL:http://br.geocities.com/hzetanoticias/eutanasia/eut_03.htm](http://br.geocities.com/hzetanoticias/eutanasia/eut_03.htm)
- DIÁRIO DE NOTÍCIAS – Senhor Presidente, quero a eutanásia. Disponível na www:
[URL:http://d.r.sapo.pt/2006/09/26/sociedade/senhorpresidente_quero_a_eutanasia.html](http://d.r.sapo.pt/2006/09/26/sociedade/senhorpresidente_quero_a_eutanasia.html)
- DIÁRIO DE NOTÍCIAS – Holanda permite eutanásia de crianças. Disponível na www:
[URL:http://d.n.sapo.pt/2006/04/11/sociedade/hoholanda_permite_eutanasia_crianças.html](http://d.n.sapo.pt/2006/04/11/sociedade/hoholanda_permite_eutanasia_crianças.html)
- DW – WORLD- Luta pelo direito de morrer Alemanha, 08/11/2005. Disponível na www: [URL:http://www.dw_world.de/dw/article/0,2144,1770073,00html](http://www.dw_world.de/dw/article/0,2144,1770073,00html)
- DW – WORLD – Europeus divididos no caso schiavo, Alemanha 23/05/2005.
Disponível na www: [URL:http://dw_world.de/dw/article/0,2144,1528410,00html](http://dw_world.de/dw/article/0,2144,1528410,00html)



- JORNAL DE NOTÍCIAS – Holandeses querem alargar eutanásia. Disponível na www:
[URL:http://jn.sapo.pt/2004/12/17/sociedade/holandeses_querem_alargar_eutanasia.html](http://jn.sapo.pt/2004/12/17/sociedade/holandeses_querem_alargar_eutanasia.html)
- SOLANOPORTELA – Eutanásia: salmo31.5 “ nas tuas mãos entrego o meu espírito; tu me remiste, senhor, deus de verdade. Disponível na www:
[URL:http://www.solanoportela.net/artigos/eutanasia.htm](http://www.solanoportela.net/artigos/eutanasia.htm)
- UOL – Medico, confessa ter auxiliado na eutanásia do poeta italiano Piergiorgio Welby. Disponível na www:
[URL:http://noticias.uol.com.br/ultnot/afp/2006/12/21/ult34u170788.jhtm](http://noticias.uol.com.br/ultnot/afp/2006/12/21/ult34u170788.jhtm)
- UOL – Papa condena eutanásia e multidão critica Igreja em funeral. Disponível na www: [URL:http://noticias.uol.com.br/ultnot/2006/12/24/ult27u59467.jhtm](http://noticias.uol.com.br/ultnot/2006/12/24/ult27u59467.jhtm)
- WIKIPÉDIA – Eutanásia [em linha]. Portugal actual 2 jan. 2007 Disponível na www:
[URL: http://pt.Wikipedia.Org/wiki/eutan%c3%a1](http://pt.Wikipedia.Org/wiki/eutan%c3%a1)

APÊNDICES



CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA
de 2 de Abril de 1976, na redacção que lhe foi dada pela
Lei Constitucional 1/05 de 12 de Agosto (excertos)

(...)

TÍTULO II

Direitos, liberdades e garantias

CAPÍTULO I

Direitos, liberdades e garantias pessoais

ARTIGO 24º

(Direito à vida)

- 1.A vida humana é inviolável.
- 2.Em caso algum haverá pena de morte.

ARTIGO 25º

(Direito à integridade pessoal)

- 1.A integridade moral e física das pessoas é inviolável.
- 2.Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos.

ARTIGO 26º

(Outros direitos pessoais)

- 1.A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à protecção legal contra quaisquer formas de discriminação.
- 2.A lei estabelecerá garantias efectivas contra a utilização abusiva, ou contrária à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias.



3.A lei garantirá a dignidade pessoal e a identidade genética do ser humano, nomeadamente na criação, desenvolvimento e utilização das tecnologias e na experimentação científica.

(...)



CÓDIGO CIVIL PORTUGUÊS

**Decreto-Lei nº 47344, de 25 de Novembro de 1996, na redacção
que lhe foi dada pela Lei nº 31/2003, de 22 de Agosto (excertos)**

(...)

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 de falta de consentimento, só as pessoas que o deveriam prestar tem legitimidade, conjunta ou separadamente, para requerer as providências a que o número anterior se refere.

(...)

SECÇÃO IV

Revogação e caducidade do mandato

SUBSECÇÃO I

Revogação



ARTIGO 1170º

(Revogabilidade do mandato)

1.O mandato é livremente revogável por qualquer das partes, não obstante convenção em contrário ou renúncia ao direito de revogação.

2.Se, porém, o mandato tiver sido conferido também no interesse do mandatário ou de terceiro, não pode ser revogado pelo mandante sem acordo do interessado, salvo ocorrendo justa causa.

(...)

SUBSECÇÃO II

Caducidade

ARTIGO 1174º

(Casos de caducidade)

1.O mandato caduca:

a)Por morte ou interdição do mandante ou mandatário;

b)Por inabilitação do mandante, se o mandato tiver por objecto actos que não possam ser praticados sem intervenção do curador.

(...)



CÓDIGO PENAL PORTUGUÊS

Aprovado pelo Decreto-Lei nº 400/82, de 29 de Setembro, com as alterações da Lei nº 52/2003, de 22 de Agosto (excertos)

ARTIGO 133º

(Homicídio privilegiado)

Quem matar outra pessoa dominado pela 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.

ARTIGO 134º

(Homicídio a pedido da vítima)

1. 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.

2. A tentativa é punível.

ARTIGO 135º

(Incitamento ou ajuda ao suicídio)

1. Quem incitar outra pessoa a suicidar-se, ou lhe prestar ajuda para esse fim, é punido com pena de prisão até 3 anos, se o suicídio vier efectivamente a ser tentado ou a consumir-se.

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 sensivelmente diminuída, o agente é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos.

(...)

ARTIGO 150º

(Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos)

1. As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *legis artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de



prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.

(...)

ARTIGO 156º

(Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários)

1.As pessoas indicadas no artigo 150º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 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 e a saúde; e

c)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 6 meses ou com pena de multa até 60 dias.

4.O procedimento criminal depende de queixa.

(...)



CÓDIGO DEONTOLÓGICO DA ORDEM DOS MÉDICOS PORTUGUESES

**(Decreto-Lei nº 40651, de 21 de Junho de 1956, mantido em vigor
por força do
artigo 104º do Estatuto da Ordem dos Médicos –
– Decreto-Lei nº 282/77, de 5 de Julho (excertos)**

(...)

ARTIGO 37º

(Recusa de continuidade de assistência)

1.O Médico pode recusar-se a continuar a prestar assistência a um doente, quando se verificarem cumulativamente os seguintes requisitos:

- a) Não haja prejuízo para o doente, nomeadamente por lhe ser possível assegurar assistência por Médico de qualificação equivalente;
- b) Tenha fornecido os esclarecimentos necessários para regular continuidade do tratamento;
- c) Tenha advertido o doente ou a família com a devida antecedência.

2.A incurabilidade da doença não justifica o abandono do doente.

(...)

CAPITULO II

Problemas respeitantes à vida e à morte

ARTIGO 47º

(Princípio geral)

- 1.O Médico deve guardar respeito pela vida humana desde o seu início.
- 2.Constituem falta deontológica grave quer a prática do aborto quer a prática da eutanásia.
- 3.Não é considerado aborto, para efeitos do presente artigo, uma terapêutica imposta pela situação clínica da doente como único meio capaz de salvaguardar a sua vida e que



possa ter como consequência a interrupção da gravidez, devendo sujeitar-se ao disposto no artigo seguinte.

4. Não é também considerada Eutanásia, para efeitos do presente artigo, a abstenção de qualquer terapêutica não iniciada, quando tal resulte de opção livre e consciente do doente ou do seu representante legal, salvo o disposto no artigo 37º, nº1.

(...)

ARTIGO 49º

(Dever da abstenção da terapêutica sem esperança)

Em caso de doença comportando prognóstico seguramente infausto a muito curto prazo, deve o Médico evitar obstinação terapêutica sem esperança, podendo limitar a sua intervenção à assistência moral do doente e à prescrição ao mesmo de tratamento capaz de o poupar a sofrimento inútil, no respeito do seu direito a uma morte digna e conforme à sua condição de Ser humano.

ARTIGO 50º

(Morte)

1. A decisão de por termo ao uso de meios extraordinários de sobrevivência artificial em caso de coma irreversível, deve ser tomada em função dos mais rigorosos conhecimentos científicos disponíveis no momento e capazes de comprovar a existência de morte cerebral.

2. Essa decisão deve ser tomada com a anuência expressa de dois Médicos não ligados ao tratamento do doente e ficar a constar de protocolo, em triplicado, destinado a ficar na posse de cada um dos intervenientes.

3. Consumada a morte, deve ser remetida ao Conselho Nacional de Deontologia Médica da Ordem dos Médicos, cópia do protocolo referido no número anterior, com menção da suspensão dos meios de sobrevivência artificial.



JURAMENTO DE HIPÓCRATES (Sec. IV a. C.) ACTUALIZADO

«Na presença do Todo-poderoso e perante a minha família, os meus mestres e os meus colegas, juro cumprir, na medida das minhas forças e de acordo com a minha consciência, este juramento e compromisso:

Terei por todos os que me ensinaram esta arte a mesma estima que tenho pelos meus pais, e com o mesmo espírito de entrega partilharei com os outros o conhecimento da arte médica. Serei diligente em manter-me ao corrente dos progressos da Medicina. Atenderei, sem excepção, todos os que solicitarem os meus serviços, sempre que não o impeçam os meus deveres para com outros pacientes, e pedirei conselho a colegas experientes quando assim o requeira o bem dos meus pacientes.

Seguirei o método terapêutico que, segundo a minha capacidade e recto entender, considere o melhor para bem do meu paciente, e abster-me-ei de toda a acção nociva ou maliciosa. Não prescreverei nem administrarei a ninguém, ainda que mo peça, nenhuma dose letal de um fármaco, nem aconselharei tal coisa; e também nada farei, por acção ou omissão, com a intenção directa ou deliberada de pôr fim a uma vida humana. Terei o máximo respeito por toda a vida humana desde a fecundação até à morte natural, e não admitirei o aborto intencional que destrua uma vida humana irrepetível.

Em pureza, santidade e bondade guardarei a minha vida e praticarei minha arte. A não ser para evitar com prudência um perigo iminente, não tratarei nenhum paciente nem realizarei qualquer investigação num ser humano sem o conhecimento válido e informado do sujeito ou do seu componente tutor legal, entendido por bem que a investigação deve ter por finalidade favorecer a saúde do interessado. Em qualquer lugar em que entrar para atender um paciente, irei pelo bem do enfermo e abster-me-ei de todo o agravo intencional ou de corrupção, e jamais seduzirei um paciente.



**Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
Universidade do Porto**

Tudo o que, por razão da minha prática profissional ou sem relação com ela, possa ver ou ouvir da vida dos meus pacientes e não deva transparecer, não o divulgarei, consciente de que deverei guardar segredo de tudo isso.

Enquanto mantenha inviolado este juramento, seja-me concedido viver e praticar a arte e a ciência da Medicina com a bênção do Todo-poderoso e o respeito dos meus colegas e da sociedade. Mas se quebrar e violar este juramento, que caia sobre mim o contrário do que disse».

**Value of Life Committee,
First Things, E.U.A., 1995**



Lei nº 141/99 de 28 de Agosto
(estabelece os princípios em que se baseia
a verificação da morte)

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161º da Constituição, para valer como Lei Geral da República, o seguinte:

ARTIGO 1º

Objecto

A presente lei estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte.

ARTIGO 2º

Definição

A morte corresponde à cessação irreversível das funções do tronco cerebral.

ARTIGO 3º

Verificação

- 1.A verificação da morte é da competência dos médicos, nos termos da lei.
- 2.Cabe à Ordem dos Médicos definir, manter actualizados e divulgar os critérios médicos, técnicos e científicos de verificação da morte.

ARTIGO 4º

Do processo de verificação

1.A verificação da morte compete ao médico a quem, no entanto, está cometida a responsabilidade pelo doente ou que em primeiro lugar compareça, cabendo-lhe lavrar um registo sumário de que conste:

- a)A identificação possível da pessoa falecida, indicando se foi feita por conferência de documento de identificação ou informação verbal;
- b)A identificação do médico pelo nome e pelo número de cédula da Ordem dos Médicos;
- c)O local, a data e hora da verificação;
- d)Informação clínica ou observações eventualmente úteis.



2. Em estabelecimentos de saúde públicos ou privados o registo da verificação da morte deve ser efectuado no respectivo processo clínico.
3. Fora dos estabelecimentos de saúde o registo pode ser efectuado em papel timbrado do médico, de instituição ou outro, sendo entregue à família ou à autoridade que compareça no local.
4. Nos casos de sustentação artificial das funções cárdio-circulatória e respiratória a verificação de morte deve se efectuada por dois médicos, de acordo com o regulamento elaborado pela Ordem dos Médicos.

ARTIGO 5º

Aprovação

Os documentos e regulamentos previstos na presente lei são elaborados pela Ordem dos Médicos e sujeitos à aprovação do membro do Governo responsável pela saúde, ouvido o Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida, sendo o respectivo despacho publicado na parte b da 1ª Série do Diário da República.

Aprovada em 1 de Julho de 1999.

O Presidente da Assembleia da República, *António de Almeida Santos*.

Promulgada em 13 de Agosto de 1999.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendada em 18 de Agosto de 1999.

O Primeiro-Ministro, *António Manuel de Oliveira Guterres*.



**Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
Universidade do Porto**

DECLARAÇÃO SOBRE EUTANÁSIA DA ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE MEDICINA

“A Eutanásia, o acto de deliberadamente terminar com a vida de um paciente, mesmo com a solicitação do próprio, ou dos seus familiares próximos, é eticamente inadequada. Isto não impede o médico de respeitar o desejo do paciente em permitir o curso natural do processo de morte na fase terminal de uma doença.”

World Medical Association,

39.ª Assembleia Mundial,

Madrid/Espanha, 1987



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 da 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 irmão – – 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 sua



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 atrozos 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 o 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).



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 comité” significa um comité regional de revisão mencionado no Artigo 3º;

“O inspector regional” significa o inspector regional do inspectorado 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 juntos 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 o 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 comitê 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 circunstâncias 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, parágrafo 1º” deverá ser substituído por “7 parágrafos 1º e 2º”.

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, nº 137



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, “eutanasia” 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 registrado 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 acidental 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 feita ou confirmada 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 accidental 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 majoritária 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.

Questionário sobre Eutanásia

(Silva, A., 2006 – versão para investigação)¹

Com este instrumento pretende-se aferir a prática da Eutanásia e qual o impacto de uma legalização da mesma junto de profissionais da saúde: médicos, enfermeiros, psicólogos clínicos e técnicos especializados.

Para a realização do referido estudo solicita-se a resposta ao questionário seguinte.

Mais, informa-se que toda a informação recolhida será tratada de modo confidencial, tendo como objectivo único a elaboração desta investigação.

Há o compromisso, igualmente, a disponibilizar a todos os interessados os dados obtidos e as conclusões retiradas.

Questionário

Por favor, responda às questões assinalando a sua resposta com uma cruz (x).

1 Mencione o género a que pertence:

Masculino

Feminino

2 Indique a sua idade: _____

3 Como considera a sua ideologia religiosa?

Não crente

Crente não praticante

Crente pouco praticante

Crente muito praticante

4 Assinale a sua categoria profissional:

Médico

Enfermeiro

Psicólogo Clínico

Técnico Especializado

¹Mestranda em Medicina Legal no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.

5 Refira há quantos anos exerce a sua profissão: _____

6 Tem formação na área de cuidados paliativos?

Sim

Não

6.1 Se respondeu afirmativamente à questão anterior, indique qual(ais) a(s) modalidade(s) de formação:

Acções de Formação Profissional

Especialização

Pós-graduação/Mestrado

Outra, indique qual: _____

7 Já alguma vez teve contacto com um doente terminal?

Sim

Não

7.1 Se respondeu afirmativamente à questão anterior, aceita a ideia de que o doente possa ter a liberdade de escolher o momento da sua própria morte?

Sempre

Nunca

Talvez

Sem opinião formada

8 Já foi abordado no sentido de ajudar alguém a morrer?

Sim

Não

9 Tem conhecimento da prática de Eutanásia nos hospitais portugueses?

Sim, é praticada regularmente

Não, não é praticada

Sim, é praticada mas em casos excepcionais

Não sabe

10 Se soubesse de algum colega a praticar Eutanásia, denunciaria-o às entidades competentes?

Sim

Não

Ficava indeciso

11 Em alguma circunstância praticou Eutanásia?

Sim

Não

12 Eventualmente, já aumentou a dosagem de um medicamento no sentido de aliviar as dores, mas sabendo que tal atitude poderia reduzir o tempo de vida do paciente?

Sim

Não

13 Acha que a legalização da Eutanásia aumentaria o número de pedidos da parte dos doentes?

Muito

Pouco

Nada

Substancialmente

14 Na sua opinião, os cuidados paliativos podem evitar todos os pedidos de Eutanásia?

Sim

Não

Embora possam reduzir os pedidos, não os eliminarão por completo

15 Das seguintes situações concretas, qual admitiria a possibilidade de legalização de Eutanásia:

Adulto sofrendo de uma doença incurável muito dolorosa, cujos dias estão contados e que pede para terminar a sua existência;

Adulto sofrendo de uma doença incurável, que não se encontra em fase terminal, mas que tem dores crónicas e um sofrimento tal que deterioram progressivamente a sua qualidade de vida;

Adulto cuja saúde se encontra em estado crítico, sem possibilidade de melhora, mas que é incapaz de manifestar a vontade. Os familiares pedem ao médico para “aliviar” o seu sofrimento;

Criança de três anos sofrendo de uma doença incurável, com dores crónicas difíceis de suportar. Os pais pedem que o médico a ajude a morrer.

Obrigada pela colaboração.