

Clarisse Angelina Regadas dos Santos

Eutanásia: fragmentos

Trabalho apresentado para o Mestrado em
Medicina Legal, sob a orientação do Juiz
Conselheiro do Supremo Tribunal de Justiça
Dr. Simas Santos.

PCBAS

Junho de 2007

INDICE

INDICE	2
Introdução.....	3
I – Eutanásia: Conceito, Evolução e Princípios Fundamentais	4
Tipos de Eutanásia	6
A Eutanásia na sociedade.....	8
Breve resenha sobre a eutanásia	9
Suicídio.....	16
Principais argumentos a favor da eutanásia.....	18
A Eutanásia perante a Ética	22
II – A Eutanásia e o Direito Questões Éticas emergentes	25
Como é que se dá origem à formulação jurídica de Direitos humanos?.....	25
O Conselho da Europa e a Eutanásia.....	32
A Declaração dos Direitos do Homem	33
III – Eutanásia.....	34
A Eugenia.....	36
Jurisprudência internacional relevante.....	50
Ordenamento Português no que concerne à problemática da Eutanásia:	53
Como aferir o consentimento do Paciente:.....	56
IV – CONCLUSÃO.....	91
RESUMOS.....	98
ANEXOS.....	106

Introdução

AUXÍLIO PARA O PENSAMENTO SOBRE A EUTANÁSIA

Com este trabalho pretende-se transmitir, de uma forma, que se deseja diferente, reflexões em duas áreas científicas que representam, o tema em análise: a área do Direito e da Medicina, caminhando lado a lado.

Trata-se uma área complexa, não só pela abrangência técnico-científica, como das emoções humanas e sociais, inerentes ao conceito de “fim de vida”.

Pensar na morte do ser humano, não é tarefa fácil, mesmo em abstracto, pois é inevitável o reflexo emocional na própria investigadora.

Por isso, se inicia este complexo e perturbante tema pelas áreas científicas.

Partindo de algumas inquietações e dúvidas prévias a esta investigação, vim a realizar que o tema justificava uma mais profunda análise que procurasse dar unidade ao trabalho, entretanto desenvolvido,

Mas, as diversas e polémicas áreas que o vocábulo **EUTANÁSIA** toca, e as limitações de tempo profissionalmente impostas, cedo mostraram que a ambição inicial imporia maior disponibilidade para poder ir mais longe na investigação e retirar outro tipo de conclusões, o que penso estaria apta a desenvolver agora.

Tenho, desta forma, plena consciência de que muito ainda haveria a confrontar e verificar, mas dadas as contingências específicas tal terá de ficar para futuras investigações, dado o interesse que mantém no tema.

Curiosa acerca da **EUTANÁSIA**, desperta que fui pelo quotidiano dos meios de comunicação, para uma questão controversa que se levanta cada vez mais na sociedade actual onde a cada dia casos novos, novas perspectivas, são discutidos nos meios públicos e desafiam as várias áreas que rodeiam essa problemática desde a moral, a religião a filosofia, a ética médica e do pessoal de saúde Até as consciências individuais....Confesso que no início quando optei por este tema não imaginei que os meus sentimentos e perspectivas oscilassem tanto

É um misto de emoções e tensões que é impossível ficar imparcial... e que ultrapassou mesmo temporalmente a entrega da dissertação...

Após esse momento, tive de decidir se dava autorização para ser abatida a minha cadela de 7 anos, perante a falência total dos seus órgãos, num quadro clínico irreversível, com fortíssimas e inevitáveis dores até os seus últimos minutos da sua vida.

A constatação de o seu abate, a decidir por mim, era a única forma de evitar tal sofrimento para a Daisy e para aqueles que a rodeavam.

A dor que me causou tomar a decisão sobre a **VIDA** e **MORTE**, trouxeram-me de volta as problemáticas respectivas e a necessidade de repensar o trabalho que tinha desenvolvido.

I – Eutanásia: Conceito, Evolução e Princípios Fundamentais

Do conceito

EUTANÁSIA – Tem a sua origem etimológica no Grego, “eu” e “thanatos”, que juntas significam “boa, ou doce morte”.

Antes de reflectir sobre esta delicada questão (do *terminus* da vida humana se trata), avaliar o significado da vida, como questão basilar para o ser humano.

A morte é um ciclo natural da vida humana, sendo o último do ser humano, como indivíduo, cessando assim a sua personalidade jurídica, eventualmente não a personalidade social, pois a sua obra perdurará no tempo.

Sendo um ciclo natural, como discuti-la na vertente de acção de terceiros?

A questão que se coloca é a da legitimidade para, de forma externa, activa ou passiva, contribuir-se para a antecipação desse ciclo natural.

Na realidade, no actual momento social, a morte caracteriza de alguma forma, o insucesso da vida.

A preocupação dominante prende-se com demonstração pública do sucesso social, profissional e familiar do ser humano, demonstração pública essa, que caracteriza uma forma de competição com os que lhes estarão mais próximos.

Nesta linha de pensamento, surge também a intolerância perante as formas de padecimento terminal, que transmitem uma imagem de incapacidade e inutilidade perante uma sociedade tão competitiva.

Acresce a esta imagem de ser dispensável, neste contexto, o atroz sofrimento e o conhecimento da irreversibilidade do processo clínico.

Esta situação é relativamente nova, pois no passado recente, a família nuclear e tradicional, com poucos conhecimentos de saúde, cuidava dos seus doentes, jovens ou idosos, até que o ciclo natural se concluísse.

É no entanto, com a sociedade da informação que se enfatizam estas questões. As famílias estão mais informadas do conteúdo técnico da medicina e conseguem de certa forma, antever o desfecho da maioria das doenças, seja por informação directa (do próprio médico), ou indirecta (pelos meios de informação disponíveis).

Por outro lado, surgem-nos muitas outras questões sobre esta matéria, tais como os custos de suporte económico da saúde, seja sobre a salvaguarda do Estado, das Famílias, ou de particulares (Seguros).

A Eutanásia é um tema muito polémico, onde é difícil encontrar-se um consenso, é um tema lato muito abrangente, ele nasce no campo da medicina, onde é evidenciado numa perspectiva científica, na área da investigação do conhecimento progressivo onde se tenta pesquisar e encontrar uma vertente nova na cura.

A Eutanásia é discutida e regulamentada num plano jurídico, num nível normativo, onde o ser cívico tenta uniformizar através de um conteúdo escrito as morais éticas e as actuações admissíveis ao olhar da lei.

Tipos de Eutanásia

Eutanásia – Pode ser definida como um acto voluntário de uma pessoa que estando a sofrer de uma austera enfermidade e não vendo dignidade nem sentido para a sua vida, decide pedir a alguém que lhe provoque a morte. As situações mais relatadas reportam-se a pacientes que estão totalmente dependentes nas suas funções mais elementares, sofrem de dores descomuns.

Este tipo de eutanásia designa-se também "**eutanásia voluntária**", para a distinguir de um outro tipo de eutanásia dita "**involuntária**". Neste caso a decisão sobre a morte de alguém é tomada pela família, um médico ou mesmo um tribunal. São geralmente pacientes que estão internados em hospitais ou estão imobilizadas em casa, e cuja vida é mantida apenas por processos artificiais e não revelam sinais de possuírem auto-consciência.

Eutanásia Voluntária

A Eutanásia voluntária é aquela que se realiza com o consentimento do paciente

Eutanásia Involuntária

Quando o paciente pelo seu estado de incapacidade não participa na decisão da sua morte.

Eutanásia Passiva

Quando um paciente é retirado dos cuidados de suporte vital ele morre. Não é considerada por muitos como verdadeira eutanásia mas sim como morte natural, já que não é o médico quem provoca directamente a morte do paciente. Traduz-se no dever médico de omitir cuidados médicos em face do exercício da autonomia da ética do Paciente, não raramente é encarada como o dever medico de omitir em face do exercício da autonomia ética do paciente, que se pode apresentar de varias formas, traduzindo-se na omissão médica de meios idóneos para manter ou prolongar a vida de um paciente, cujo fim esta a chegar, daí resultando a sua morte antecipada. Essas formas podem – se apresentar como intervenções cirúrgicas, reanimações, o acto de desligar um aparelho de reanimação, uma omissão através da acção, desta forma traduzindo uma recusa na continuação da intervenção médica. Desta

forma os actos efectivamente omissos apenas o são se efectuados por médicos (ou por terceiros sob orientação médica).

A Eutanásia activa, consiste em matar alguém de uma forma rápida e delicada também denominada por eutanásia indirecta ou ortotanásia – É a Eutanásia praticada por acção, quer através da utilização activa de processos que apontam directamente uma morte (Eutanásia activa directa), quer traves do emprego activo de a atenuação do sofrimento do doente métodos que acarretam como consequência uma diminuição do sofrimento do paciente.

Distanásia, é o contrário de eutanásia. Consiste em atrasar o momento da morte utilizando os meios proporcionados a tal visto que não há esperança de cura.

A distanásia também é chamada “intensificação terapêutica”, ainda que seja mais correcto denominá-la de obstinação terapêutica. Referindo-nos sempre ao doente terminal, perante a eminência de uma morte inevitável, médicos e doentes devem saber que é lícito conformarem-se com os meios normais que a medicina pode oferecer e que a recusa dos meios excepcionais ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à omissão irresponsável da ajuda devida a outrem.

Suicídio Assistido

O paciente comete o acto de suicídio com a ajuda Profissional de um médico o qual por sua vez lhe proporciona os meios. O mais utilizado é a prescrição pelo médico de um medicamento com uma dose letal, a tomar pelo paciente.

A Eutanásia pode ser passiva ou activa, a sua distinção concentra-se ao nível do permitir a morte do enfermo, permitindo que alguém morra, não prestando o tratamento médico adequado ao prolongamento da sua vida, **Eutanásia passiva**, denominada também por **Eutanásia por omissão, ou ortotanásia**.

Eutanásia e o suicídio assistido Usa-se o termo:

Suicídio assistido quando uma pessoa ajuda outra a matar-se a si própria. (quando um médico prescreve um veneno, ou quando uma pessoa põe no paciente uma máscara ligada a uma botija de monóxido de carbono e lhe dá instruções sobre como ligar o gás de forma a morrer, entre outras formas.

O termo eutanásia é usado para designar tanto a eutanásia propriamente dita como o suicídio assistido.

A Eutanásia na sociedade

A morte define-se como a perda total e irreversível da unidade funcional do organismo.

Mesmo em idades pré-natais na perspectiva de muitos embriologistas esta unidade quando o ser já é diferenciado e esta desenvolvido, depende essencialmente do encéfalo, que quando submetido a patologias e ou agressões irreparáveis e irreversíveis podem conduzir à morte. Afirma-se que a eutanásia significa permitir que uma pessoa facilite a morte de outra. Contudo questiona-se muita gente se a eutanásia consiste, ou não consiste, em dar direitos à pessoa que morre? A eutanásia significa permitir que uma pessoa facilite a morte de outra. Muitas destas dúvidas existem ao se temerem os abusos sobre os mais vulneráveis, sobre a prática dos actos médicos e a erosão dos cuidados de saúde para com seres humanos e também as incertezas sobre se os familiares e os profissionais de saúde perante a pessoa em situação crítica intencionalmente não actuarão apenas e só para lhe acabarem com a vida. Parte da sociedade em todo o mundo aceita o fenómeno da Eutanásia. Em parte, o objectivo primeiro desta aceitação é de fugir à dor, à dependência e ao sofrimento. Para o doente, este conceito traz grande receio. O receio de que alguém decrete a Eutanásia, quando estiver em estado de inconsciência, não podendo manifestar a sua vontade.

Há uma forte corrente social que defende a Eutanásia não voluntária. É o caso dos que publicamente, defendem a Eutanásia para os doentes terminais inconscientes. Para as famílias, cria a insegurança e a conflitualidade. Basta que um familiar adopte a posição da Eutanásia do doente inconsciente, em oposição a outro familiar que não concorde com tal procedimento, para que nos deparemos com a quebra de laços afectivos importantes, no seio de uma família. A decisão sobre a vida e a morte de alguém, é algo para que o homem não está de modo nenhum preparado, nem naturalmente, nem por formação científica ou outra, muito embora, alguns homens, na antiguidade e mesmo no momento actual entendam o contrário, como é o caso dos defensores da pena de morte, da interrupção voluntária da gravidez e da eutanásia. A morte não é algo que esteja ao alcance da compreensão humana. Ela faz parte do ciclo natural da vida humana. O homem não define a morte de outrem, porque esta já está inerente à vida do outro, simplesmente antecipa o momento do fecho do ciclo.

Breve resenha sobre a eutanásia

A eutanásia é um conceito que se conhece desde a antiguidade.

Em 1816 Johan Christian Reil formula as leis fundamentais da eutanásia onde se procura que o homem morra de uma morte natural de forma doce e com a ajuda médica que corresponde a um cuidado minucioso e atento.

Em 1895 Adolf Josten no seu livro "El derecho a la muerte", afirmava que existem casos em que a morte de um indivíduo é tão desejada para o mesmo como para a sociedade.

Na primeira guerra mundial começou uma grande discussão sobre a eutanásia.

Em 1920 é publicado na Alemanha o livro denominado "La autorización para la supresión de las vidas que no merecen vivir: su alcance y su forma", escrito pelo criminalista e jurista alemão Karl Binding e o psiquiatra Alfred Hoche. O livro defende eliminação física de todo o ser humano demente, deficiente, entre outras. Os autores defendem que a eliminação desses seres humanos não seria considerado nenhum crime, não seria imoral, seria um acto útil e lícito. Esta teoria nasceu da eutanásia nacional-socialista de ideologia nazi.

Na década de 30 apareceu na Alemanha a eutanásia para os indivíduos com deformações genéticas, esquizofrénicos, alcoólicos e delinquentes, para evitar que num futuro uma descendência com essas características. De acordo com o pensamento dominante apareceu a eutanásia a deficientes. Entre 1934 e 1944 exterminaram-se cerca 400 000 pessoas.

No início da 2ª Guerra Mundial, em 1 de Setembro de 1939 Adolfo Hitler aprovou uma lei para eutanásia de enfermos com transtornos genéticos, provocando um dos genocídios maiores de toda a história. Cerca de 700 000 doentes, hospitalizados em hospitais alemães foram eutanasiados em câmaras de gás. Esta eutanásia estava destinada principalmente a enfermos judeus nos campos de concentração por motivos políticos e raciais. Em 1939 foi criado um registro onde se cadastrava as malformações genéticas e de crianças com alguma deficiência física. Esta espécie de eutanásia era praticada pelos nazis que retiraram a vida a cerca de 6 milhões de pessoas inocentes, este conceito de eutanásia nada tem de parecido com a eutanásia contemporânea. Mas foi importante para nos livros da medicina começar a encontra-se o termo Eutanásia, e críticas a processos de prolongamento da vida com as tecnologias da época em pacientes moribundos e que padeciam de sofrimento crónico. Os médicos sempre se negaram a aplicar a eutanásia a pedido dos pacientes e dos familiares de

terminar com a vida de enfermos deste tipo alegando razões éticas, religiosas e mesmo legais. Este fenómeno era patente tanto na Europa como nos Estados Unidos.

Nos anos 60 surge na Grã-bretanha uma associação a favor da pratica da eutanásia outro objectivo essencial era impedir o sofrimento dos pacientes em fase terminal e evitando desta forma que os pacientes chegassem a um estado de desespero.

Em 1975 os pais da estudante Karen Quinlan de 21 anos que depois de 5 meses em coma numa clínica ligada a uma máquina para respirar artificialmente pedem aos médicos que desliguem as maquinas para que a sua filha Karen descanse. O caso gera uma forte discussão entre familiares e os médicos e torna-se num debate internacional sobre o direito a morrer. Karen em coma irreversível depois de 2 paragens respiratórias e seus pais exigiram da clínica a interrupção do tratamento, alegando razoes legais e éticas os médicos negaram-se a desligar as maquinas. Finalmente em 1976 o supremo tribunal de Nova Jersey declara licita a interrupção do tratamento, sempre que o comité de ética da clínica confirmar a interrupção de um tratamento. A comissão de ética aceita e o caso de Karen é solucionado. Karen foi desligada das maquinas que a conectavam a uma vida vegetal depois de 10 largos e penosos anos, falecendo em 1986. Desde então as comissões de ética resolveram casos similares nos Estados Unidos.

O conceito de cuidados paliativos começou a difundir-se e sempre tendo em atenção que toda medida que atrase da morte de um paciente, através de um prolongamento do desnecessário do seu sofrimento e da sua família é considerado inadequado. Pelo contrário nunca serão aceites medidas que acabem activamente com a vida do enfermo.

Nos últimos 20 anos cresceu o número de médicos dispostos a deixar morrer em paz os seus pacientes e não submete-los a tratamentos inúteis prolongando o inevitável.

Em 1980 a Santa Sede promulgou um documento com o título: "Declaración sobre la eutanásia". Aqui repete-se a doutrina tradicional da igreja católica por Pio XII.

Não se pode impor a ninguém a obrigação de recorrer a um tipo de tratamento que, estando em uso, não é livre de perigo e é demasiado dispendioso. A sua aplicação não equivale ao suicídio; significa a aceitação da condição humana, o desejo de evitar pôr em prática um procedimento médico desproporcionado aos resultados que se podem esperar, em função de uma vontade e de não impor gastos excessivamente pesados à família ou para a sociedade.

Em Junho de 1990 nos Estados Unidos surge uma polémica sobre se é permitido aos médicos ajudar os pacientes que desejem cometer suicídio em virtude do seu quadro

clínico grave e incurável. Janet Adkins uma mulher de 45 anos de Ohio (Oregon) que sofria de Alzheimer, consegue suicidar-se assistida por um médico do estado de Michigan, que inventou uma máquina de suicídio através de uma injeção letal indolor que se activa ao apertar um botão pelo próprio paciente (máquina do suicídio). O Dr. Kerkovian autor desta máquina utilizada pela primeira num paciente em Michigan onde não existia legislação que penalizava a ajuda ao suicídio. No de 1992 é aprovada uma lei com penas até 4 anos de privação para estes casos. Apesar do tribunal ter solicitado ao Dr. Kerkovian que não utilizasse mais a sua máquina. Ele continuou a utiliza-la, sendo criticado fortemente pela comunidade médica internacional considera esta actuação como uma violação da ética. Contudo a eutanásia passiva é bem acolhida na comunidade médica para não prolongar injustificadamente e de forma desnecessária a vida de um paciente e preservar a dignidade humana.

O suicídio assistido nos Estados – Unidos:

Jack Kerkovian tornou-se célebre nos Estados Unidos por “assistir” e ajudar pacientes enfermos com coragem para deixar a vida com a ajuda de uma máquina que ele mesmo instalava, colocando-a no paciente, injectando-lhe uma agulha na veia e esperava a que o enfermo se suicidasse pressionando um botão que injectava com doses mortais de cloreto de potássio. Outra das suas técnicas consistia em conectar a pessoa a uma máquina com monóxido de carbono, que o próprio enfermo activava, o médico colaborou no suicídio de 40 pessoas, até ser detido, tendo sido libertado neste mês de Junho de 2007.

O Dr. Jack Kerkovian "Dr. Morte", além de filmar seu rosto, entregou essa fita para que fosse exibida nas televisões do mundo, o que propiciou uma audiência de 15,6 milhões de televisores transmitindo esse gesto, só nos Estados Unidos, sem contar o resto do mundo. Com isso, a televisão mais uma vez, põe em pauta este assunto tão discutido e tão resistido mundialmente, uma vez que a conduta desse médico o Dr. Jack Kerkovian, ganhou as manchetes retratando seu gesto de aplicar a injeção letal em Thomas Yourk, um homem de 52 anos, portador de uma doença degenerativa que paralisava todos os músculos de seu corpo. O médico, de 70 anos, ganhou notoriedade quando em 1988, criou uma máquina que ajudava pessoas a suicidarem-se, objectivando a aplicação da eutanásia para aqueles que a desejassem, somando actualmente mais de 130 pacientes que fizeram uso dessa máquina por ele inventada, divide seu tempo com a luta em favor da eutanásia e com os processos criminais que a justiça lhe move, uma vez que praticou actos previstos na legislação penal da maioria

dos países civilizados, que entendem ser crime dar a morte, por qualquer motivo, a alguém. Nos três lugares onde foram aprovadas leis que permitem a eutanásia, ficou claro que a legalização apenas legitima o uso dos sacos de plástico e do monóxido de carbono para matar pessoas vulneráveis. Após a aprovação da Medida 16, que legalizou a eutanásia no Estado americano do Oregon, os seus apoiantes admitiram que esta permitia o tipo de práticas por Jack Kerkovian. Admitiram também que, quando são usados comprimidos para causar a morte, um saco de plástico deve também ser usado para garantir que a morte de facto ocorre. Na Austrália, onde os defensores da eutanásia retrataram um cenário de uma morte calma e pacífica do paciente, cercado pelos seus entes queridos. Foi reconhecido que o uso de monóxido de carbono era permitido. Foi também recomendado que, caso a morte fosse causada através de drogas, os membros da família fossem avisados de que podiam querer sair do quarto, já que a morte podia ser desagradável (As injeções letais frequentemente causam convulsões violentas e espasmos musculares. O Dr. Philip Nitschke, um dos maiores activistas pró - eutanásia australianos, propôs um método de eutanásia que usava um computador de forma a permitir ao médico sair do quarto antes do paciente morrer.

O Tribunal Constitucional Federal americano admite a possibilidade de cada Estado poder legislar nesta matéria. O Estado do Oregon foi o primeiro a legislar sobre esta matéria e permite, desde 1997, o suicídio assistido do ponto de vista estritamente legal. Um estudo realizado em 1998 neste país apurou que cerca de 3 % dos médicos já tinha prescrito uma medicação letal a pedido do doente. O problema da eutanásia não se limita aos aspectos éticos, morais e filosóficos do doente, do seu direito à autodeterminação ou a uma morte digna, à ética que rege a actuação dos profissionais de saúde, mas sobretudo com questões de ordem jurídica. Nos Estados Unidos da América, existe o chamado “testamento biológico” (“Living will”), que exprime a negação tratamento terapêutico e o desejo de morrer com dignidade.

A Califórnia foi o primeiro Estado americano a legalizar o testamento biológico, em 1976. Para ser considerado válido, o diagnóstico tem ser confirmado por dois médicos, entrando em vigor duas semanas depois e sendo válido por cinco anos.

Na Europa, pelo menos três países têm legislação que regulamenta esta prática. Na Holanda, a eutanásia é tolerada desde há cerca de cinquenta anos, mas só em Novembro de 2000 o parlamento aprovou legislação que a legaliza, tendo-se desta forma tornado o primeiro país do mundo a praticá-la. Os médicos têm de obedecer a regras rigorosas para praticar a eutanásia e o processo é acompanhado por comissões a nível regional, integradas por um médico, um jurista e um especialista em ética, encarregadas de o fiscalizar. A lei prevê também

que os menores de idade, entre os 12 e os 16 anos, possam recorrer a este procedimento desde que tenham para o efeito o consentimento dos pais do menor.

A **Holanda** foi um dos países impulsionadores da Eutanásia, tendo ficado assinalado o dia 11 de Abril de 2001. A eutanásia era tolerada desde muitos anos na Holanda, primeiro país do mundo a legalizar a sua prática.

O parlamento holandês aprovou um projecto de lei sobre a aplicação da controvertida medida que permite a morte voluntária em enfermos terminais quando o paciente tivesse uma doença incurável, sofressem dores insuportáveis e inultrapassáveis e desse. A morte devia processar-se em condições médicas apropriadas, e como último requisito mas de suma importância devia ser um residente legal na Holanda. A Holanda desde Novembro de 2000, votou a favor do projecto de lei num referendo, no entanto milhares de pessoas manifestaram-se em frente do edifício do parlamento, para evidenciar os argumentos contra e defender o não à eutanásia defenderam a vida e nunca o recurso à morte independentemente das circunstâncias.

Os grandes opositores da Eutanásia são cristãos e manifestaram-se vivamente argumentando que o direito da vida e da morte são da alçada de Deus e não do homem.

Foi criada uma comissão independente que fez um estudo adequado de todos os casos em que se questionava recorrer a uma eventual prática da eutanásia, para assegurar o cumprimento e respeito da legislação. Com a legalização da eutanásia, a Holanda pretendeu clarificar alguns casos de médicos acusados de homicídio que já praticavam a eutanásia em determinados casos. A Holanda foi o primeiro país que consentiu, em 1993, a prática da eutanásia. No entanto uma análise mais cuidadosa aponta, que muitos anos antes de sua aprovação, não sendo a eutanásia legal, era reiteradamente praticada, livremente pois o tribunal fechava os olhos quando alguma situação se lhe acometia desde que verificados três requisitos:

- a. A Eutanásia ter sido pedida reiteradamente pelo paciente;
- b. Não existir cientificamente forma de aliviar o sofrimento;
- c. O médico recolher uma segunda opinião médica consultando outro colega, e que o diagnóstico tivesse sido o mesmo;

Uma investigação revelou que os médicos holandeses, apesar da impunidade judicial que os protegia, em 75% dos casos de eutanásia, no atestado de óbito eles atribuíam como causa de morte “morte natural”, ocultando o número real de mortes por eutanásia.

Outro estudo concluiu que em 40% dos casos, os pacientes que haviam requerido a Eutanásia, no momento da sua aplicação, já não tinham certeza de que queriam mesmo ser eutanasiados, ao contrário do que haviam escolhido previamente. Uma questão fulcral, pois os pacientes podem alterar a sua decisão de colocar termo à sua vida, e tem o direito de o fazer em qualquer momento, até ao derradeiro minuto.

A experiência Holandesa foi compilada no “Informe Rammelink”, resultado do trabalho de uma comissão nomeada pelo governo para estudar a prática da eutanásia, anualmente ocorrem na Holanda 400 casos de suicídio assistido e 2300 de eutanásia. Estima-se que em 1000 casos de prática da eutanásia foi aplicada sem o consentimento livre, convicto e capaz do paciente.

Em Setembro de 2002, a **Bélgica** passou a ser o segundo país do mundo a despenalizar a eutanásia, sendo possível aos médicos belgas terem acesso nas farmácias a medicamentos e utensílios necessários para praticá-la. De acordo com a legislação, apenas estes profissionais de saúde podem pedir o conjunto de instrumentos, que custa aproximadamente 60 euros, e o seu levantamento tem de ser feito pessoalmente nas 24 horas seguintes ao pedido. Cada um dos conjuntos contém um relaxante muscular, injectáveis utilizados para anestesiar os doentes e um livro de instruções, permitindo ao doente realizar a morte assistida em sua casa. Depois de utilizarem o kit, os médicos são obrigados a devolver os medicamentos e os utensílios não utilizados na Eutanásia

Na Suíça, o suicídio assistido é tolerado e está previsto na lei. Existe uma organização oficialmente reconhecida, denominada “Exit”, que conta com cerca de 60 mil associados, cujo âmbito de actuação é o de prestar assistência ao doente que requeira a morte assistida.

Na Áustria, existia uma lei que regulamentava o suicídio assistido mas foi revogada em 1997.

Em Portugal a lei não prevê nenhuma das formas de eutanásia atrás referidas e o código penal considera a morte induzida ou o suicídio assistido como homicídio privilegiado, “O qual será retratado detalhadamente mais adiante”, No entanto, este é uma controvérsia que, mais tarde ou mais cedo, terá espaço na sociedade portuguesa.

Prática do suicídio assistido na Áustria

Em 1996, o território Norte Australiano legalizou o suicídio medicamente assistido para pacientes terminais, no entanto a lei foi reprovada pouco depois.

Movimento a favor do suicídio assistido

O movimento em favor do suicídio assistido ganhou muita força nos últimos anos. Depois de alguns intentos fracassados foi declarada legal esta prática nos Estados de Washington e Califórnia em Novembro de 1997, é aprovado no Estado de Oregon da chamada “Lei para morrer com dignidade”,

Esta lei estabelece algumas condições para que possa ser aplicada:

- a. Que existisse um consentimento escrito pelo paciente;
- b. Que o paciente fosse maior de 18 anos;
- c. Que o paciente vivesse em Oregon e que fosse capaz de tomar decisões;
- d. Que o médico tivesse diagnosticado o estado “terminal” do paciente (com menos de seis meses de vida), devendo haver outro parecer médico que confirme o mesmo diagnóstico.

Esta lei tem uma lacuna no que concerne ao exame psiquiátrico que proteja pacientes que se encontrem em estados de depressão a lei não obriga a um exame psiquiátrico obrigatório, exame necessário e imperativo para revelar as verdadeiras intenções do paciente no que diz respeito ao seu pedido de eutanásia.

Outra lacuna emerge da regulamentação legal; não existe a obrigatoriedade de se fazer notificar os familiares mais próximos sobre os propósitos de suicídio por parte do enfermo. Nos quatro primeiros anos da vigência desta lei (1998-2001), um total de 91 pessoas perderam a vida. Existiram nesta altura vários movimentos Contra - eutanásia. Os farmacêuticos não queriam vender os medicamentos que permitiam praticar a Eutanásia, considerando que o seu código de ética não permitia que vendessem medicamentos para serem utilizados num suicídio. No estado de Oregon existe um dever que impende sobre aquele paciente que se quer suicidar de revelar ao farmacêutico a sua intenção de por termo à vida uma forma de evitar a eutanásia voluntária e não voluntária.

A eutanásia é encarada por muitos como uma solução que reflecte uma vida que chegou ao seu fim, não tendo qualquer utilidade para a sociedade, um final de um ciclo de produtividade e rentabilidade, uma realidade de uma história vista de uma perspectiva de uma pessoa desprezada e confusa envolvida num conjunto de medos e de inutilidade inerente ao seu estado, à sua nova condição física de dependência de um terceiro uma perspectiva de

quem sente ter perdido a dignidade de estar vivo e de apenas ser um estorvo para quem está à sua volta, acompanhados de um sofrimento contínuo, cansativo.

Mas, muitas vezes o que acontece é que o doente em estado terminal, sente-se muitas vezes desamparado quer humanamente quer psicologicamente, onde faltam os cuidados paliativos que nos dias de hoje são cada vez mais importantes. Assunto que se voltara mais adiante.

José Saramago defende o direito ao suicídio em entrevista na TSF, o prémio Nobel de Literatura¹ defendeu o direito de opção pelo suicídio, “Uma pessoa que se suicida usa um direito sobre sua própria vida. Ninguém pode lhe negar isso, seja qual for a autoridade que se oponha, civil ou religiosa”².

Saramago defende que ninguém pode dizer não à eutanásia. O escritor apresentou em Lisboa no dia 11 de Novembro de 2005 seu romance, "As intermitências da morte".

O escritor acha que passamos muito tempo a pensar no que há depois da vida, enquanto deveríamos, na sua opinião, concentrar-nos no que acontece na vida comum.

Suicídio

Haverá um direito ao suicídio?

Em geral a sociedade não condena o suicídio e as pessoas que muitas vezes auxiliam não são incriminadas, apesar de muitas seguradoras terem um entendimento próprio para se situarem perante estes processos.

O suicídio e a tentativa de suicídio não são em geral criminalizados como não o são no nosso país. A eutanásia não é um acto individual. A eutanásia significa permitir que uma pessoa facilite a morte a outra. É razão para grande inquietação, pois pode levar a exageros desmedidos. A eutanásia não consiste em dar direitos à pessoa que morre, mas em alterar a lei e a prática de forma a que os médicos, parentes e outros possam de uma forma directa fazer cessar um estado irreversível em que já não existe esperança no quadro clínico do paciente.

¹ [Http:webmaster@tsf.pt](mailto:webmaster@tsf.pt) Foi no dia 16 de Novembro de 1922 que a aldeia ribatejana de Azinhaga, no concelho da Golegã, foi testemunha do nascimento de José de Sousa Saramago.

² Diário de Notícias no dia nove de Novembro de 2005

Nem o suicídio nem a tentativa de suicídio são criminalizados em Portugal, nos E.U.A. ou em muitos outros países, mas não por causa de um “direito” ao suicídio. O suicídio não é penalizado por motivo evidente: o suicida morre e, por isso, não pode ser punido. A tentativa de suicídio deixou de ser penalizada para facilitar que as pessoas que a cometem possam recorrer a ajuda antes de a morte chegar e também porque não há necessidade de penalizar quem já sofre com um mal que a leva a dar esse passo.

A definição de estado “terminal” conduziu a eutanásia a doentes não terminais. Há muitas definições da palavra “terminal”. Jack Kerkovian no National Press Club em 1992 definiu uma doença terminal como “qualquer doença que encurte a vida nem que seja em um só dia”. Algumas leis definem condição “terminal” como aquela na qual a morte decorrerá “em relativamente pouco tempo”. Outras declaram que “terminal” significa que a morte é esperada em seis meses ou menos tempo. Ora, os médicos reconhecem que é virtualmente impossível prever a esperança de vida de um paciente. Além disso, algumas pessoas a quem é diagnosticado uma doença terminal não morrem senão ao fim de anos, e nem sempre morrem da doença que foi diagnosticada.

Os defensores da eutanásia deixam cair a expressão “doença terminal” e substituem-na por outras mais abrangentes como “doente sem esperança”, “doente desesperado”, “doente incurável”, “estado desesperado” e “vida sem sentido”. Um artigo numa revista científica intitulado “Suicídio e Comportamentos que põem a Vida em Risco” descrevia orientações para o suicídio assistido de pessoas em “estado desesperado”. Este “estado” foi definido como incluindo doença terminal, dor física ou psíquica intensa, debilidade ou deterioração física ou psíquica, ou qualidade de vida já não aceitável para o indivíduo. Isso inclui, evidentemente, o estado de qualquer pessoa com um impulso suicida. Num discurso à American Psychiatric Association (Associação Psiquiátrica Americana) em Maio de 1996, George Delury (que em 1995 ajudou a sua mulher com esclerose múltipla a morrer) sugeriu que “as pessoas desenganadas ou com mais de 60 anos são candidatas a uma licença para morrer” e que essa licença deveria ser dada sem necessidade de exame médico. É também necessário referir que, pelo menos nos E.U.A., é permitida a eutanásia de recém-nascidos deficientes (sentença “Bowen vs American Hospital Association” de 1986). É importante perceber que o suicídio de uma pessoa a quem foi diagnosticada uma doença terminal não é diferente do de uma pessoa que não é considerada doente terminal. A depressão, conflitos familiares, sentimentos de abandono, desespero, etc. conduzem ao suicídio, independentemente do estado de saúde da pessoa.

Diversos estudos mostram que se a dor e a depressão são tratadas de forma adequada num doente terminal – da mesma forma que o seriam num suicida não terminal – o desejo de cometer suicídio desvanece-se. O suicídio dos doentes terminais, como o suicídio entre a população em geral, é um acontecimento trágico que mata as vítimas e deixa sobreviventes arrasados. “O Ser Humano sabe que é mortal e, como tal, é o animal que simultaneamente fala e pensa na sua própria morte”³

Albert Camus, em “Le Mythe de Sisyphe”, onde entre outros refere “ só existe um problema filosoficamente sério, o suicídio”. Trata-se essencialmente da questão do sentido da vida. Em situações extremas o cérebro humano radicaliza e discrimina as suas emoções, transformando o sentido de viver, no oposto, sentido de morrer. “Não tem sentido viver sem sentido”. Mas sempre a vida tem algum sentido, e algum valor. A verificar-se a hipótese de um suicídio a supressão da vida de alguém, faz falta e prejudica terceiros, isto significa que tal vida tem valor e sentido, pelo menos para esses a quem essa cessação de uma vida, de um ser, de uma personalidade, vem a afectar.

Convicção a nível mundial sobre a pratica da Eutanásia

Parte da sociedade mundial aceita a prática da Eutanásia.

Em parte, o primeiro objectivo desta aceitação é de fugir à dor, à dependência e ao sofrimento. Para as famílias, cria a insegurança e a conflituosidade. Basta que um familiar adopte a posição da Eutanásia do doente inconsciente, em oposição a outro familiar que não concorde com tal procedimento, para que os médicos se deparem com a fractura de laços afectivos importantes, no seio de uma família. A morte não é algo que esteja ao alcance da compreensão humana. Ela faz parte do ciclo natural da vida humana. O homem não define a morte de outrem, porque esta já está inerente à vida do outro, simplesmente pode antecipar o momento do fim do ciclo.

Principais argumentos a favor da eutanásia

Dois princípios éticos são continuamente citados para fundamentar o direito de deliberar sobre a própria morte.

³Hubert LAPARGNEUR, antropologista. In Lugar actual da morte (São Paulo 1986)

O primeiro é o princípio da dignidade humana e o segundo, o princípio da autonomia. Não se discute de médicos ou enfermeiras que deliberam sobre quando e como uma pessoa enferma deve morrer. Discute-se algo bem diferente. É o direito inalienável de cada um de nós de decidir em que momento está com a nossa dignidade ameaçada pelo sofrimento, pela dor ou pela doença. Eutanásia também não é suicídio no sentido clássico que o compreendemos. Muitas pessoas enfermas que solicitam o direito à eutanásia poderiam suicidar-se, mas para elas isso seria indigno. A eutanásia mencionada como o exercício de um direito individual é uma garantia do cuidado a que as pessoas têm direito, que inclui o de morrer. Assim como precisamos de cuidados para nos manter vivos, as pessoas precisam de cuidados também para morrer dignamente.

O Juramento de Hipócrates foi elaborado há vários séculos. Hoje a realidade da medicina é diferente. O juramento de Hipócrates estabelece que o médico não pode ser juiz da vida ou da morte de alguém a eutanásia e a ética médica Hoje, é possível manter alguém com a morte suspensa, artificialmente vivo, por extensos períodos de tempo. Não se retrata a eutanásia no contexto de homicídio. O direito à eutanásia pode ser, sim, entendido como parte fundamental da ética médica, da ética em enfermagem, ao se reconhecer o respeito à autonomia individual como um dos sustentáculos dos tratamentos em saúde. A grande maioria das pessoas quer viver e considera que o direito a manter-se vivo é um dos mais importantes direitos. Mas isso não significa considerar a vida intocável, inalienável dos nossos corpos e do nosso arbítrio. Ninguém deve decidir sobre a morte de outra pessoa, mas isso não quer dizer que não possamos e não queiramos decidir sobre nossas próprias vidas.

“Morte com dignidade” tem sido um argumento muito usado pelos defensores da eutanásia, mas pode questionar-se a dignidade dos meios que alguns defendem. Uma organização pró - eutanásia distribuiu um folheto que explicava como sufocar uma pessoa com um saco de plástico, e informava que pacientes em fase terminal foram gaseados até à morte com monóxido de carbono e alguns dos seus corpos foram deixados em carros abandonados em parques de estacionamento.

A defesa da eutanásia emana do sofrimento dos pacientes terminais

Todos nos arrependemos de decisões que tomamos e de decisões que deixamos de tomar. Uma decisão sobre morrer poderá ser uma decisão apressada e irreflectida das pessoas.

Contrapõe-se que decisões profundamente pensadas, medidas e avaliadas, não somente individualmente, mas com toda a família. Há sempre um risco de imaginarmos que poderia ter sido diferente, mas esta é a condição humana. Viver é sempre fazer escolhas, inclusive a escolha de decidir morrer.

Oncologistas Portugueses Favoráveis para a Legalização da Eutanásia

40% dos oncologistas⁴ portugueses são favoráveis à legalização da eutanásia, revela um estudo feito pelo médico Ferraz Gonçalves. Os promotores do estudo ficaram surpreendidos com os resultados do inquérito, que abrangeu 450 médicos de todos os hospitais e unidades de saúde que tratam doentes oncológicos.

Em conferência de imprensa, Rui Nunes, director do Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e orientador da tese, afirmou que uma percentagem de médicos que lidam com a morte entende a eutanásia como quase um direito cívico dos cidadãos.

O estudo foi feito pelo médico Ferraz Gonçalves⁵, pioneiro dos cuidados paliativos em Portugal, no âmbito da tese de mestrado “A boa morte: Ética no fim da vida”.

Rui Nunes defendeu numa conferência de imprensa que quem é favorável à eutanásia, estes resultados podem ser considerados positivos, mas eles são um sinal de alerta para a sociedade e para o legislador, no sentido de inverter esta tendência, o conferencista não é a favor da legalização da Eutanásia.

O director do Serviço de Bioética e Ética Médica da FMUP considera que o crescimento do número de médicos favoráveis à eutanásia se deve à ausência de uma política integrada de cuidados paliativos, salientando que os cuidados paliativos não são mais dispendiosos do que os tratamentos prestados a doentes terminais em hospitais. Embora ter uma posição pessoal contra a Legalização da Eutanásia pretender que Portugal não siga o percurso Holandês, onde a eutanásia está descriminalizada, considera, contudo, que o estudo deveria ser submetido a um

Referendo populacional referendo sobre a eutanásia e o suicídio assistido.

⁴ Diário Digital / Lusa 19-06-2007 11:40:00

⁵ João Carlos Malta, in Correio da Manhã Sábado, 23 de Junho de 2007 – Ferraz Gonçalves, de 55 anos, natural do Porto, é coordenador da Unidade de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados do IPO do Porto. Exerce Medicina há 30 anos e trabalha há 14 nos cuidados paliativos. A nível académico já publicou textos científicos sobre doentes terminais, entre os quais um sobre a informação a dar sobre o diagnóstico e outro sobre o prognóstico.

As pessoas em geral e os médicos são contra a eutanásia, que é uma prática que a ética médica condena com vivacidade, mas este estudo vem confirmar uma percepção que cresce junto dos

Profissionais médicos a responsabilidade pelo crescimento do número de médicos favoráveis à eutanásia está na ausência de uma política integrada de cuidados paliativos em Portugal existem apenas sete unidades de cuidados paliativos a funcionar em pleno, não tendo havido nunca uma aposta séria no seu desenvolvimento a todo o país. O doente pede eutanásia porque tem dores, está em sofrimento, está num espaço de completa desumanização, longe da família, os cuidados paliativos são a resposta que a sociedade pode e deve dar aos doentes terminais em Portugal, sendo falso que fique mais caro ao Estado acompanhar um doente terminal numa unidade de cuidados paliativos do que num hospital normal o doente deveria ter direito a recusar estar eternamente ligado a um ventilador ou ser submetido a uma cirurgia arriscada de pouca eficácia para a sua qualidade de vida.

O bastonário da Ordem dos Médicos Pedro Nunes considera que se trata de um “grito de revolta” o resultado de um estudo que revela que 40 por cento dos oncologistas portugueses são a favor da eutanásia. Para Pedro Nunes a aposta deve ser feita na melhoria dos cuidados paliativos, uma ideia apoiada pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

O dado é revelado num estudo realizado pelo Serviço de Bioética e Ética Médica, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, que mostra ainda que 20 por cento dos inquiridos admitem que, se não fosse ilegal, praticariam a eutanásia ou o suicídio assistido.

O bastonário da Ordem dos Médicos defende que é preciso aumentar a rede de cuidados paliativos “ de modo que assegurem que é possível viver o fim da vida sem dor e com apoio psicológico, de maneira que não haja esse sentir, essa necessidade de ninguém, de que a vida seja interrompida antes do momento em que ela naturalmente se interrompe”.

A circunstância de alguém considerar que está numa situação de tal forma insuportável, do ponto de vista da dor, que queira terminar com a sua vida, significa que há um fracasso dos cuidados Paliativos o incremento da rede de cuidados paliativos é uma aposta também apoiada

Isabel Galriça⁶ Neto, presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, lembra que os médicos não têm nem preparação, nem formação para lidar com o sofrimento humano, mas é preciso ter consciência de que há alternativas que não passam pela eutanásia.

A Eutanásia perante a Ética

O diagnóstico clínico de morte do organismo humano por perda irreparável da fisiologia normal do encéfalo permitem afirmar, com plena certeza a morte cerebral e, por ela, a perda da unidade funcional do organismo e assim a morte de um ser humano. Esta será consequência da irreversibilidade da capacidade total de integrar e ordenar as funções do organismo, física e mentalmente numa unidade funcional. Só por este diagnóstico se afirma que o organismo humano deixa de ter uma actividade ou um agir, por isso o indivíduo como ser humano está morto. O respeito pela dignidade do ser humano vê cada um por si e os outros seres como aquilo que cada um pode ser e não como um puro dado biológico desprovido de existência. É o agir e o existir que dá um valor absoluto e não relativo à dignidade dos seres humanos, o qual transcenderá as limitações dos actos que cada um fará. Este valor passa a ser universal e reúne a dignidade de todos os seres humanos. A validade absoluta dos direitos humanos não é sinónima de imobilismo, mas deve ser compreendida como a exigência permanente de uma actualização em conformidade com as mutações sócio-culturais dos mesmos seres humanos. O reconhecer dos direitos da dignidade humana implicam uma dimensão dinâmica dos mesmos, de forma a suscitar formas éticas de respeito e formulações jurídicas de direitos que permitam a cada ser humano assumir o seu destino, não como um destino irreflectido e arbitrário. Assim cada ser humano como cada comunidade dos seres humanos possa também assumir o seu destino no respeito pessoal e comunitário, percebe intuitivamente que é necessário pôr uma barreira, um limite, às múltiplas formas perversas de poder e de manipulação que os seres humanos exercem uns sobre os outros. Existe deste modo um sentido comum entre a fundamentação ética dos direitos e a sua declaração jurídica. A primeira justificará historicamente a segunda e dá visibilidade sócio-política à dignidade ética dos seres humanos.

“O direito oferece a base reivindicativa a quem, individual ou colectivamente, lhe vê negada a dignidade humana. A declaração dos direitos do homem fala em termos gerais da

⁶ webmaster@tsf.pt, Ouvida pela TSF (17:14 / 19 de Junho 07)

dignidade dos direitos do homem sem precisar rigorosamente o seu conteúdo, só a dimensão ética da dignidade enquanto exigência de respeito”⁷

A exigência de respeito caracteriza a existência humana naquilo que ela tem de mais específico. Esta não depende do nosso arbítrio, da nossa boa vontade, como se tivéssemos a liberdade de a reconhecer presente somente em alguns homens ou classes de homens. Existe deste modo um sentido comum entre a fundamentação ética dos direitos e a sua declaração jurídica. A primeira justificará historicamente a segunda e dá visibilidade sócio-política à dignidade ética dos seres humanos. A evolução das sociedades humanas tem sido feita no sentido de preservar a vida humana, independentemente das condições do seu ser. Cada pessoa é única e tem a sua própria dignidade e como tal deve ser respeitada.

Os enormes progressos feitos desde há 50 anos nos campos da bioquímica, biofísica, imunologia, biologia molecular e outras ciências permitiram à medicina prolongar a vida humana, nomeadamente dos enfermos nos hospitais. Muitas vezes este alargamento da vida é feita em condições tais, que um doente em coma vegetativo é mantido vivo apenas com o recurso a máquinas que substituem o normal funcionamento das suas funções vitais. O progresso das tecnologias empregues nos hospitais está a possibilitar prolongar estas situações de coma. Este é um dos motivos porque a eutanásia tanto interesse tem levantado a nível mundial. Um dos problemas de difícil resolução consiste na definição de um critério para a própria morte.

Quando é que poderemos dizer que alguém está morto e que são irreversíveis as suas funções básicas?

Existem duas condições de coma vegetativo:

- 1) **Coma Vegetativo Persistente.** O doente perdeu as suas funções cognitivas, mas mantém as suas funções circulatórias e respiratórias. As suas possibilidades de recuperação, após alguns meses são mínimas.
- 2) **Coma Vegetativo Intermitente.** Os doentes podem manter-se nesta situação por períodos de tempo muito prolongados (meses ou anos).

Perante este cenário entende-se necessário, que os familiares ou os médicos possam de acordo com a lei "desligar as máquinas" "acarretando" a morte do doente. Quando é que esta ocorre? Segundo a lei portuguesa quando se dá a paragem irreversível das funções

⁷ Dignidade humana e direitos do homem – Renaud Michel, *in* Brotéria Vol 148 Fev. 1999

respiratórias, circulatórias e cerebrais, mas também uma "**cessação irreversível das funções do tronco cerebral**" (art.º. 2, do Dec.Lei 141/99, 28/8).

Será que as pessoas devem ser obrigadas a permanecerem vivas pelo progresso da medicina?

Nem a lei nem a ética médica exigem que “seja feito tudo” para manter uma pessoa viva. A perseverança, contra o anseio do paciente, em adiar a morte com todos os meios disponíveis seria contrária à lei e não é prática corrente nos hospitais. Seria algo cruel e desumano. A morte é algo de natural e não se justifica a sua recusa absoluta. Existira uma altura a partir da qual as tentativas de curar podem deixar de demonstrar compaixão ou de fazer sentido sob o ponto de vista médico. Nessa altura, o esforço deve ser no sentido de tornar o tempo de vida que reste ao doente o melhor possível. A intervenção médica pode-se limitar a aliviar a dor e outros sintomas que o aflijam. Deve também ser dado apoio humano, psicológico e espiritual, tanto por pessoal especializado como pelos familiares. Esses cuidados designam-se por cuidados paliativos.

Questões de índole Moral quanto à comunicação do verdadeiro estado clínico ao doente

1. Prende-se com a comunicação ao doente. Muitos doentes são mantidos na maior ignorância sobre o seu concreto estado de saúde pelos médicos.
2. Dever do médico informar com precisão os doentes, do seu estado concreto independentemente do diagnóstico
3. Os defensores da eutanásia, asseguraram que é a única forma de preservar a dignidade do ser humano quando só lhe resta o sofrimento e a dependência total. Manter a vida em condições artificiais é prolongar o sofrimento e a agonia dos doentes, é comunicar o seu estado sem reservas.
4. Os movimentos que se insurgiram contra a Eutanásia afirmaram que a comunicação exacta do diagnóstico pode levar a um eventual pedido de Eutanásia. E quem presta ajuda esta a cometer um homicídio. O que está em causa, segundo esta perspectiva, é o valor da vida humana, e esta em circunstância alguma deve ser posta em causa. A "eutanásia involuntária" é também imputado como homicídio, mesmo que se enquadre num pedido da vítima.

5. O fundamento basilar daqueles que repugnam a eutanásia reporta-se à vulgarização do próprio acto, e o desrespeito contínuo da dignidade da vida Humana. Invoca-se em sites contra a eutanásia, o caso da Holanda, referindo que foi o primeiro país a legalizar a eutanásia, esta começou por ser apenas voluntária, tendo depois passado à eutanásia involuntária, acabando por ser confiada aos médicos para a qual não careciam de autorização das famílias. Sustenta-se aí que inicialmente foi decidido que os médicos só podiam eutanasiar crianças sem autorização dos pais, desde que elas tivessem mais de 13 anos, e actualmente autoriza-se que o façam logo à nascença desde que tenham uma má formação

II – A Eutanásia e o Direito Questões Éticas emergentes

Como é que se dá origem à formulação jurídica de Direitos humanos?

O ser humano do final do século XX e deste início do século XXI, mediante o impulso do trabalho, do lucro, do poder e do prazer sem limites, fica angustiado perante o pensamento da morte, designadamente nas situações críticas, pessoais ou “do outro”, em particular aquele que não quer ver a sofrer ou com dor, e perde a capacidade de busca anímica para alimentar o sentido vital. Nos mais diversos estados mórbidos ou patológicos que afectam a saúde de cada ser humano, as ciências da saúde, e os profissionais que as praticam, devem ter como objectivos, seja em situações pré-patogénicas, seja nas já com claras manifestações patogénicas procurar pelos diversos tipos de cuidados de saúde que tenham ao seu dispor, sejam os preventivos, os curativos (com os de emergência e reanimação) e/ou os de reabilitação, para lhe dar qualidade de vida e a melhor saúde possível.

A finalidade última terá de ser evitar a morte a todo o custo para respeitar o principal direito devido à dignidade de ser humano. O ser humano, com efeito, não pode renunciar à dimensão do sentido, precisamente porque a sua existência nunca é um puro dado biológico inerte, mas é vivida como a tarefa, a exigência de um sentido assumido (mesmo caso dos doentes em situação de vida vegetativa não infirma esta exigência). A morte ganha diante dos seus olhos o poder e a brutalidade sem sentido e sobrepõe-se à ideia da vida. Ao longo dos tempos as comunidades científicas das ciências da saúde e em particular os médicos adquiriram o perfeito conhecimento e a consciência que a morte do ser humano não coincide com a morte biológica de todo o organismo. É consensual, ou parece, que para os médicos a cessação irreversível das funções do encéfalo, órgãos nervosos intra cranianos, cérebro,

cerebelo e tronco cerebral, não permitindo a unidade funcional do organismo definem a morte do ser humano que ele representava. O respeito consiste então em olhar o outro ser humano ou olhar-me a mim próprio de modo tal que seja preservada e promovida a possibilidade de dar sentido à existência. Esta descoberta é historicamente marcada para cada um dos valores, privados, sociais ou políticos. Mas o que constitui o valor não é o carácter histórico da sua descoberta; o valor tem precisamente como definição o facto de transcender as limitações dos actos que o encarnam. O que tem valor é percebido enquanto tal, graças ao agir que o descobre. É no meio dos acontecimentos e das acções humanas que se chega à tomada de consciência dos determinados valores que afectam os comportamentos humanos. Não é por acaso que aparece aqui o termo de valor; a problemática dos valores apresenta, do mesmo modo, uma tensão entre algo de absoluto e de relativo. Todo o ser humano vivo, com o seu agir confere a si próprio e a cada um dos outros seres humanos um valor absoluto. O valor contém assim algo de universal, o valor propõe-se como exigência de concretização, uma vez descoberta a riqueza do sentido que o caracteriza. A objectivação é uma alienação do outro, na medida em que, nesta ausência de respeito, ela vê o outro como aquilo que ele radicalmente não pode ser, isto é, como um puro dado biológico desprovido desta exigência ou desta tensão ética que o constitui como homem.

O vocabulário “a priori” usado pode servir para mostrar que a fundamentação dos direitos do homem não se encontra no plano puramente jurídico da declaração destes direitos. Assim, a dignidade ética do ser humano, entendida como exigência de respeito, opera à maneira de um a priori, à maneira de uma finalidade que nenhum direito concreto pode nem explicitar totalmente, nem esgotar. Tudo se passa como se a função deste a priori consistisse em suscitar formas éticas de respeito e formulações jurídicas de direitos que permitissem a cada ser humano a Dignidade. Nesta altura convém contudo acrescentar que não é o corpo que pergunta, mas o ser humano com o seu corpo. A questão modifica-se portanto e incide então na relação que o ser humano tem com o seu corpo. A perspectiva científica segundo a qual o funcionamento neuronal produz os códigos simbólicos dos saberes e dos valores humanos e a perspectiva fenomenologia que descreve o sentido destes códigos tal como é apreendido pelo ser humano, para a eclosão do pensamento. Ao passo que o neurologista analisa os neurónios de outra “pessoa”, de um outro ser humano, o fenomenólogo descreve o sentido que o corpo expressivo e pensante «encarna» para quem o vive do interior da sua individualidade. A hipótese de que, eventualmente para os cientistas o ser humano é o corpo. Leva à ideia de que de tal modo que a dignidade humana seria a dignidade da pessoa enquanto

corpo, e faz perguntar qual é o sentido da identidade do ser humano o funcionamento neuronal, ou o pensam é o ser humano, somos nós, que interpretamos reflexivamente as atitudes animais e os seus códigos simbólicos, o que implica a compreensão prévia da consciência temporal e reflexiva humana que o discurso filosófico apresenta na sua análise da linguagem e do pensamento. Impõe-se uma certa clarificação da questão e a sua discussão procura fundamentar, a dignidade do ser humano no corpo, segundo alguns defensores desta corrente. Mas outros admitem que o que é específico do ser humano é a reflexão, enquanto capacidade de interromper o fluxo da comunicação para a te matizar, para explicitar ou para avaliar. Esta posição consiste em colocar a superioridade do ser humano fora do campo da biologia. A afectividade é assim especificamente humana enquanto assumida de modo completamente diferente e novo, o animal e o homem sentem, mas só o ser humano tem afectividade. O que verdadeiramente nos distingue dos animais é a capacidade que nós temos sentimentos de afectividade.⁸

A autonomia humana, questão filosófica fundamental, não só é complexa como levanta pela bioética, face às tecno-ciências do nosso tempo, questões fundamentais que requerem uma consciência muito explícita. As nossas sociedades dominadas por essas ciências chegam paradoxalmente a situações em que encantados pelas tecno-ciências e por terapêuticas de sucesso perante estes quadros de situações críticas para a quem tem dor e sofre pugnarem pela eutanásia, dir-se-á por soluções que levem à morte digna por meios de técnicas da morteiro estaremos nos limites das crises que afectam as nossas sociedades que defendem os direitos humanos mas se deixam elas mesmas desumanizar? se podemos considerar a moral como um conjunto de regras de conduta, julgamos que, para nós, todas essas regras se devem agrupar em torno de um acontecimento central, que é o encontro e a relação com o outro.

Este princípio relacional torna-se assim o ponto de partida de todo o imperativo ético, que acaba por se concretizar no sentido de uma responsabilidade original para com o outro. Este, quando sofre fecha-se em si mesmo, sujeita-se ao isolamento, até ao momento em que alguém tenha a capacidade de ouvir o seu apelo. O médico é o profissional que aceitou a

⁸ KANT, *Fondaments de la metaphisique des moeurs*, trad V Delbos, Paris, P U F pp 160-161“- “É evidente que todos os actos que provêm do pensamento ou da liberdade humana implicam a presença do corpo. Entre os processos biológicos no homem e o exercício do pensamento livre a relação pode ser vista bi-direccional. (...) O corpo é assumido e reinterpretado como a mediação incorporada na emergência do pensamento humano. Não é contudo porque o corpo é condição da possibilidade sempre presente nos actos especificamente humanos que ele é fundamento de dignidade humana. Ele será o destinatário e o beneficiário da dignidade humana enquanto incluído no respeito que o ser humano merece e exige em virtude da sua dignidade. (...) - É pela mediação de uma compreensão filosófica do pensamento e da consciência livre que a dignidade humana encontra as suas raízes antropológicas”.⁸

vocação de ser o primeiro a responder a esse apelo, tendo a preparação técnica e científica para o fazer, estando assim na essência de todas as relações inter-humanas.

Este imperativo ético exige do médico a prática de três actuações essenciais:

- Acolhimento da pessoa doente e respeito pela dignidade humana;
- Assumpção da defesa desta dignidade pela preservação da vida e da integridade física do doente;
- Relacionamento com os outros médicos, entre si, no sentido de favorecer o doente, socorrendo-se dos melhores meios técnicos e humanos.

É certo que actualmente o inter-relacionamento do médico com o paciente, embora mais eficiente, do ponto de vista do objectivo tratamento e cura é redutor, quanto às relações humanas, no que à proximidade diz respeito. O médico, não há muitos anos, era considerado como alguém que tinha os conhecimentos científico-clínicos, necessários para alcançar as soluções, dialogando com o doente e procurando por via táctil e visual, diagnosticar o problema de saúde. Hoje, é notoriamente mais eficaz, do ponto de vista do alcance dessas soluções, em vários aspectos, no que concerne à rapidez e à eficiência dos tratamentos. Tal deve-se à evolução tecnológica, que determinou novas e eficazes soluções químicas, radiológicas e cirúrgicas, com recurso à informática. Perdeu-se aqui no entanto, um elemento essencial. O médico é visto como mais um técnico de saúde, que tantas vezes se limita a pedir exames complementares e a prescrever fármacos, quebrando aquele momento mágico da confiança médico-doente, por via da proximidade, por onde era colocado socialmente, num patamar superior. A análise clínica de morte do organismo humano por perda irreparável da fisiologia normal do encéfalo permite afirmar, com plena certeza a morte cerebral e, por ela, a perda da unidade funcional do organismo e assim a morte de um ser humano. Esta será consequência da irreversibilidade da capacidade total de integrar e ordenar as funções do organismo, física e mentalmente numa unidade funcional. Só por este diagnóstico se pode afirmar que o organismo humano deixa de ter uma actividade ou um agir harmonioso global das funções vitais, mediante isso o individuo como ser humano está morto.

O respeito pela dignidade humana que se traduz no agir e o existir individual de cada ser humano em particular é que atribui um valor absoluto e não relativo à dignidade dos seres humanos, o qual se superiorizar defronte das limitações dos actos que cada um fará. Este valor passa a ser universal e reúne a dignidade de todos os seres humanos.

A validade absoluta dos direitos humanos não é estática, mas deve -se entender como a necessidade permanente de uma modernização em conformidade com as mutações sócio-culturais dos seres humanos. O reconhecer dos direitos da dignidade humana origina uma grandeza dinâmica dos mesmos, de forma a suscitar formas éticas de respeito e formulações jurídicas de direitos que permitam a cada ser humano assumir o seu destino, como um ser individual que cada ser encena. Assim cada ser humano como cada sociedade devem assumir o seu destino no respeito pessoal e comunitário. O ser humano, quer individual quer colectivamente, sente claramente que é necessário colocar, um limite, às complexas formas desumanas de poder e de manipulação que os seres humanos exercem uns sobre os outros. Existe deste modo um sentido comum entre a fundamentação ética dos direitos e a sua declaração jurídica. A primeira justificará historicamente a segunda e dá visibilidade sócio-política à dignidade ética dos seres humanos. O direito oferece o sustentáculo a quem, individual ou colectivamente, lhe vê negada a dignidade humana. A declaração dos direitos do homem fala em termos gerais da dignidade dos direitos do homem sem precisar exactamente o seu teor, só fazendo salientará grandeza ética da dignidade enquanto exigência de respeito.

“A moralidade é a única condição que pode fazer com que um ser pensante (provido de razão) seja um fim em si; com efeito só por ela é possível ser um membro legislador no reino dos fins. A moralidade, assim como a humanidade enquanto capaz de moralidade, é portanto a única coisa que tem dignidade”.⁹

Tomás de Aquino defendeu que o que distingue o ser humano, aos restantes seres animais é a Razão.

Para Kant, é enquanto ser racional autónomo que o ser humano é, ao ser fim em si, adquire o sentido do “ fundamental” e dá a si próprio a liberdade com o seu agir. A liberdade é a presença da razão ao nível de agir. Mas a liberdade só existe nos seres humanos, porque sem a razão, o nosso agir seria como agir como um animal não racional. O ser humano pensador e corpo organismo humano pode integrar e ordenar as suas funções físicas e mentais numa unidade funcional como uma unidade. Todo o ser humano é sempre digno de respeito e de dignidade.

O ser humano interpreta ponderadamente as atitudes animais, o que origina a compreensão prévia da consciência temporal e comportamental humana. A afectividade é

⁹ Kant, *Fondaments de la metaphisique des moeurs*, trad V Delbos, Paris, PUF pp 160-161.

assim especificamente humana enquanto assumida de modo completamente diferente e novo, o animal e o homem “sentem”, mas só o ser humano tem afectividade. A autonomia humana, questão filosófica fundamental, não só é complexa como levanta pela bioética, face às tecnociências da nossa época, questões fundamentais que requerem uma noção muito clara. O médico é o profissional o primeiro a responder a essa apelação, tendo a preparação técnica e científica para o fazer, estando assim na essência de todas as relações inter-humanas.

O médico, não há muitos anos, era considerado como alguém que tinha os conhecimentos científico-clínicos, necessários para atingir as soluções, dialogando com o doente e procurando por via táctil e visual, diagnosticar o problema de saúde. Hoje devido ao desenvolvimento de novas e seguras soluções químicas, radiológicas e cirúrgicas, com recurso à informática, torna-se mais fácil, rápido e seguro chegar a um diagnóstico.

Perante situações “críticas”, como a dor e o sofrimento físico e psíquico, surge a questão das limitações para a autonomia, do direito ao suicídio assistido ou não, à eutanásia e/ou a decidir pela sua morte. A fundamentação ética exige que de antemão se convoquem a deontologia médica e a ética médica. Conforme refere o Prof. Daniel Serrão¹⁰, **deontologia** é um código de deveres livremente aceites por um grupo profissional; a **ética** é uma capacidade da inteligência humana, é uma categoria do pensamento, que permite ao homem tomar decisões após ponderar, na auto-consciência, os valores envolvidos. Acrescenta ainda que *“na verdade o homem é um ser de decisões, decisões que são tomadas sobre conteúdos representativos, sobre ideias abstractas, as quais se são o conteúdo das motivações da decisão, se chamam valores”*.

Parece ser consensual que para os médicos a cessação irreversível das funções do encéfalo, órgãos nervosos intra-cranianos, cérebro, cerebelo e tronco cerebral, não permitindo a unidade funcional do organismo definem a morte do ser humano que ele representava. A dignidade ética do ser humano, entendida como exigência de respeito, actua como uma finalidade que nenhum direito concreto pode traduzir totalmente.

“É evidente que todos os actos que provêm do pensamento ou da liberdade humana implicam a presença do corpo. Entre os processos biológicos no homem e o exercício do pensamento livre a relação pode ser vista bi-direccional. (...) O corpo é assumido e reinterpretado como a mediação incorporada na emergência do pensamento humano. Não é contudo porque o corpo é condição da possibilidade sempre presente nos actos especificamente humanos que ele é fundamento de dignidade humana. Ele será o destinatário

¹⁰ Serrão, Daniel (1999) XI Encontro Internacional de Cirurgia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, a 18 de Outubro de 1999.

e o beneficiário da dignidade humana enquanto incluído no respeito que o ser humano merece e exige em virtude da sua dignidade. (...) É pela mediação de uma compreensão filosófica do pensamento e da consciência livre que a dignidade humana encontra as suas raízes antropológicas”.¹¹

O homem moderno manifesta a matéria cálculo, ao útil e ao funcional. Pensar torna-se calcular e o corpo vivo é um entre outros no mundo entre corpos, uma parte do mecanismo universal do útil e do agradável. Se podemos considerar a moral como um conjunto de regras de conduta, julgamos que, para nós, todas essas regras se devem agrupar em torno de um acontecimento central, que é o encontro e a relação com o outro. Este princípio relacional torna-se assim o ponto de partida de todo o imperativo ético, que acaba por se concretizar no sentido de uma responsabilidade original para com o outro. Quando sofre fecha-se em si mesmo, sujeita-se ao isolamento, até ao momento em que alguém tenha a capacidade de ouvir o seu apelo. O médico é o profissional que aceitou a vocação de ser o primeiro a responder a esse apelo, tendo a preparação técnica e científica para o fazer, estando assim na essência de todas as relações inter-humanas, o médico por estar perto do doente e ter o conhecimento médico inerente à sua profissão, vê-se rodeado por estas questões de ser ele a ajudar ao suicídio ou de praticar a eutanásia. Actualmente, é manifestamente mais eficaz, do ponto de vista do alcance dessas soluções, em vários aspectos, no que concerne à rapidez e à eficiência dos tratamentos. Devendo-se à evolução tecnológica, que determinou novas e eficazes soluções químicas, radiológicas e cirúrgicas, com recurso à informática.

O médico é visto como mais um técnico de saúde, que tantas vezes se limita a pedir exames complementares e a prescrever fármacos, quebrando aquele momento mágico da confiança médico-doente, por via da proximidade, por onde era colocado socialmente, num patamar superior, pratica como já descrito uma medicina mais formalista pois a evolução científica e o grande incremento informático-científico tornou entre paciente e médico uma relação mais distante fria e formal.

Artigo 135 ° Do Código Penal Português – Incitamento ou ajuda ao Suicídio conjugada com o Artigo 10º do mesmo diploma Comissão por acção ou omissão ¹², mas não é

¹¹ Michel Renauld

¹² Com base no argumento de que o autor por omissão é justamente aquele que não intrevem no processo lesivo e que não pode o autor por omissão é justamente aquele que não intrevem no processo lesivo e não pode por isso dizer-se que este foi por ele orientado (CLAUS ROXIN, *Autoria Y Domínio del Hecho en Derecho Penal*, Madrid, 2000, pp. 489 e 501-502), tal concepção tem sido afastado, e com razão, pela generalidade da doutrina nacional. Deste modo, esta tem vindo a defender a aplicabilidade do critério do domínio do facto aos crimes omissivos, entendidos como um “ Domínio social do facto “ , traduzido na “ possibilidade de intervenção e de afastamento do evento” (Jorge De Figueiredo Dias , *Direito*

uma situação de Eutanásia Passiva, porque nesta o “ domínio do facto sobre o momento que traz com ele a morte “¹³, pertence unicamente ao médico , estando relacionado com a dificuldade da integração do tipo de ilícito do homicídio .

O ordenamento jurídico Português é fragmentado no que diz respeito as lesões do bem jurídico vida, que divide o homicídio e o auxílio ao suicídio¹⁴, justamente com base no critério do domínio do facto.

O Conselho da Europa e a Eutanásia

O Conselho da Europa por deliberação de 25 de Julho de 1999 pediu aos Estados membros que mantivessem a “interdição absoluta” da eutanásia.

O Conselho da Europa reunido em Assembleia para analisar o tema eutanásia, por meio do Comité mandatado para o efeito, pediu que os governos assegurassem, mediante leis e políticas adequadas, “o direito à vida, em especial dos doentes incuráveis em estados terminais ou moribundos”.

A Assembleia por meio da Recomendação n.º 1418, encoraja os Estados a “manter a interdição absoluta de pôr fim intencionalmente à vida (...) e sublinha que a eutanásia, ainda que voluntária, contradiz o direito à vida, tal como está reconhecido na Convenção Europeia dos Direitos Humanos, aprovado pelo CE em 1950 e vinculativa para os Estados membros (Artigo 2.º do Convénio).

Considera não existir base jurídica para “o moribundo” autorizar a sua morte ao declarar que há a obrigação de respeitar e de proteger a dignidade dos moribundos e dos doentes terminais, esse dever deriva da inviolabilidade da dignidade humana em todas os estádios da vida.

Os conferencistas pedem aos Estados que dêem aos doentes a protecção legal e social necessária nos últimos dias da sua vida.

Penal – Sumários e Notas e Lições ao 1º ano do curso Complementar de Ciências Jurídicas da Faculdade de Direito de 1975-1976 , Coimbra , 1976 , pp. 53 e 74 – 75 , assim também FREDERICO COSTA PINTO, A Relevância da desistência em situações de comparticipação – Um estudo sobre a validade e limites da solução consagrada no artigo 25º do Código Penal Português de 1982 , Coimbra , 1992, p. 292, TERESA PIZARRO BELEZA , Direito Penal , 2º vol, Lisboa , 1999, p. 396.

¹³ Cfr. Costa Andrade, Manuel Da, anotação ao artigo 135º (Incitamento ou ajuda ao Suicídio) p. 82.

¹⁴ Cfr. Costa Andrade, Manuel Da anotação ao artigo 134º (Homicídio a pedido da vítima), p. 59.e pp. 67-68, anotação ao artigo 135º (Incitamento ou ajuda ao suicídio), p. 91

A Declaração dos Direitos do Homem

Na base dos direitos inalienáveis do ser humano está a sua dignidade, fundamento necessário e suficiente, para os fundamentos jurídicos e filosóficos, que constitui o alicerce da Declaração. Na Declaração dos Direitos do Homem, onde se proclama o direito à vida e à saúde, não esta prevista, mesmo num sentido mais amplo o direito a uma morte digna, nem se encontra o direito à distanásia ou à eutanásia, ou mesmo o direito ao suicídio assistido. A Declaração Universal dos Direitos do Homem foi vertida para o nosso ordenamento jurídico. Assim, no nosso Ordenamento Jurídico, para além da contingente vigência dos seus princípios, como princípios gerais de Direito Internacional, por força do nº 1 do artigo 8º da Constituição da República Portuguesa, é reconhecido à Declaração um papel particular, em matéria de Direitos Fundamentais.

Nos termos do artigo 16º, nº 2 da Constituição, a interpretação e a integração dos preceitos constitucionais e legais, relativos aos Direitos Fundamentais, deve ser feita de acordo com a Declaração os princípios têm de ser, harmonizáveis com ela. Neste sentido, a Declaração Universal dos Direitos do Homem passou a fazer parte da Constituição formal portuguesa. No nosso Código penal temos vários artigos que indirectamente podemos englobar a ajuda ao suicídio nomeadamente e termos do Artigo 134º do Código Penal, o homicídio a pedido da vítima é sancionado com uma moldura penal, de pena de prisão até três anos. Embora especialmente atenuada, face ao homicídio privilegiado, previsto no Artigo 133º do mesmo diploma legal, não poderá aqui ser aplicada a pena de multa, em sua substituição, como é vulgar, na pena de prisão até três anos. É uma pena mitigada, por ser considerada de culpa diminuta, prevista no artigo 72º, nº 2 alínea b), do Código Penal. Tal deve-se ao facto de que o valor juridicamente protegido, nesta situação concreta é justamente o bem jurídico de maior valoração – Vida. O crime aí previsto, poderá produzir-se por comissão por acção e por omissão, previstas no artigo 10º do mesmo código.

Trata-se da consagração clara da doutrina da causalidade adequada, no sentido de resolver a imputação objectiva do resultado ao agente e ainda a equiparação da acção à omissão, nos casos em que o tipo legal de crime compreende um certo resultado (neste caso a morte do ofendido), equiparação que fica no entanto, sujeita às particularidades dos nºs 2 e 3 do mesmo artigo.¹⁵

¹⁵ M. Maia Gonçalves Código Penal Português -anotado e comentado e legislação complementar.

A qualificação do conceito de dignidade enquadra-se juridicamente como Personalidade Jurídica.

A aquisição da Personalidade ocorre com o nascimento completo e com vida, acompanha o início das Personalidade Jurídica constituem atributo da própria pessoa.

Os Direitos de Personalidade, ao menos com essa designação, entraram na ordem positiva Portuguesa em 1967, com a entrada em vigor do Código Civil.

O Código de Seabra, assente numa filosofia inspiradora, referia-se a Direitos Originários, que o Artigo 319º enumerava (direito de existência, de liberdade, de associação, de apropriação e de defesa) definidos nos artigos seguintes.

Também a Constituição vigente nessa época, se referia à tutela de vários direitos que numa delimitação de fronteiras acima estabelecida, denominaríamos Direitos Fundamentais.

No Código Civil actual a designação de Direitos de Personalidade é aclamada logo na epígrafe do capítulo que começa no Artigo 70º, que delimita a categoria.

No entanto, no Código Civil, encontramos aspectos gerais, do regime dos Direitos de Personalidade (Artigo 70º em especial, nº 2, 71º e 81º), só se ocupava de um número reduzido destes (direito ao nome, cartas missivas, imagem e reserva sobre a intimidade da vida privada).

Os Direitos de Personalidade são no nosso ordenamento jurídico conjugados com a Constituição da Republica Portuguesa, com os Direitos relativos a bens da própria personalidade:¹⁶

III – Eutanásia

Quando Van Potter inventou a palavra bioética adjectivou o conceito que ela expressa como “a ponte para o futuro, a estratégia da sobrevivência de todas as formas de vida humana e de todas as formas de vida (conceito que alargou algum tempo mais tarde) seja a animal ou a vegetal, de todo o planeta Terra”.^[1]

¹⁶ Constituição da Republica Portuguesa – CRP

A) - **Personalidade física** O direito à vida, no Artigo 24º da Constituição; O direito à integridade física, previsto no Artigo 25º; O direito ao próprio corpo.

B) - **Personalidade moral** O direito à honra, o respeito pelo bom-nome e reputação da pessoa, considerado nos, Artigos nºs. 25º, nº 1 e 26º, nº 1; O direito à liberdade no Artigo 27º, nº 1.

“A bioética acolhe princípios gerais que podem ajudar a respeitar valores e princípios dando um nexo à relação entre esses valores e princípios, que tanto pode resultar de conhecimentos científicos “a dioxina pode matar as pessoas”, como de uma grande ideia abstracta “não matarás”. O princípio, nos dois casos, será o princípio da não maleficência”, afirmação do Prof. Daniel Serrão que se subscreve com respeito, por se estar em plena sintonia com a mesma.

Acolhe assim a bioética os valores partilhados pelos cidadãos, e o importante é que sejam valores de sabedoria, valores para o bem-estar, e valores para a melhoria da condição humana. São as interpretações livres sobre a “melhoria da condição humana” que no caso da eutanásia a tornam tema polémico e de potencial contradição para muitos, mesmo os mais ilustrados sabedores das ciências do pensamento e da vida humana.

“A bioética, ao proteger valores também propõe, o que a caracteriza e dignifica, as normas que permitem dar execução concreta aos princípios”.

Aqui a importância da bioética no tema EUTANÁSIA, onde o médico (o profissional de saúde) vai ter de agir sobre a vida de outro ser humano a fim de pôr termo a esta vida.

“À ética pessoal tem de se juntar a ética relacional – afirma Daniel Serrão – o que significa que aos valores de individuais pessoais, se devem acrescentar os valores sociais do grupo humano a que se pertence mais directamente, (...) estes valores, ditos sociais ou de socialização, geram-se (...) no que se chama ética global como projecto de responsabilidade global de todos os seres humanos por todos os seres humanos.”¹⁷

É neste contexto que se propõem os presentes pensamentos para a reflexão sobre a eutanásia.

“É a bioética uma marca identificadora da humanidade, ela própria, quando fundamentada na ética responsável ou da responsabilidade... como qualidade intrínseca da inteligência e da auto consciência de todos os seres humano” – segundo *Daniel Serrão*, que acrescenta mais:

“- Os seres humanos são dotados inteligência ética e decidem livremente sobre valores em ordem à sobrevivência individual e, misteriosamente à sobrevivência da espécie”.

A Eutanásia pode ser defendida e aplicada com fins eugénicos, eliminação de certos doentes mentais, crianças e adultos.

Também nos doentes terminais, temos uma forma de Eugenia, pela Eutanásia, pois trata-se de seleccionar o fim do mais fraco, inútil e irreversivelmente dispensável, em proveito de juízos financeiros, sociais, “humanos” (caso de urgência de instrumentos técnicos a aplicar a outros doentes, para aqueles a quem ainda se conjectura alguma hipótese terapêutica).

Caberá aqui abrir um aparte e reflectir sobre outro conceito que estará sempre subjacente à Eutanásia.

A Eugenia

A Eutanásia estará sempre revestida de um critério de escolha:

A escolha do doente, pedindo a antecipação do momento da morte;

A escolha do médico, na antecipação desse momento, seja por razões de presumível humanidade, seja para efeitos de recolha de órgãos, ou outras;

A escolha da família, dando autorização;

A escolha do Conselho de Ética.

Este critério de escolha enquadra-se na Eugenia, como selecção, senão vejamos:

As palavras eugenia, eugenismo e eugénico provêm da palavra grega “génus” (nascimento) e do prefixo “eu” (bem). Compõem portanto a frase de “tudo o que é bem-nascido”.

A Eugenia é a parte da genética que tem por fim estudar as circunstâncias mais propícias à reprodução humana para a melhoria das condições de saúde dos indivíduos e das populações. Contudo a maioria dos meios apontados vão contra a Dignidade do Homem e até contra a sua Liberdade de decisão, quando se propõe atentar, ou atenta mesmo, contra a vida de seres humanos (esterilização, aborto eugénico, infanticídio, genocídio, Eutanásia eugénica). A **Eugenia** é um termo criado por Francis Galton (1822-1911), que a definiu como o estudo dos agentes sob o controle social que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações seja físico ou mentalmente. Apesar das constantes declarações da média acerca das raças humanas (que elas não existem, são produtos sociais ou que estimulam o preconceito e a segregação racial de acordo com o ponto de vista Marxista) não existe nenhum consenso científico sobre o tema. E mesmo com a cada vez maior utilização de técnicas de

melhoramento genético usadas actualmente em plantas e animais, ainda existe um certo receio quanto ao seu uso entre os seres humanos, chegando até o ponto de alguns cientistas declararem que é de facto impossível mudar a natureza humana, negando o carácter animal de nossa espécie.

Actualmente, diversos filósofos e sociólogos declaram que existem diversos problemas éticos sérios na eugenia, como o abuso da discriminação, pois ela acaba por categorizar pessoas como aptas ou não-aptas para a reprodução.

Eugenia – A Eutanásia não pode ser confundida com a Eugenia. neste último caso trata-se da morte precoce de um ser humano ainda em gestação ou depois do nascimento, tendo em vista eliminar seres considerados deficientes ou inferiores.

A eugenia é obra de Darwin: se as espécies se transformam por "selecção natural", há raças inferiores e raças superiores. Darwin declarava: "Entre os selvagens, os corpos ou as mentes doentes são rapidamente eliminados, os homens civilizados, entretanto, constroem asilos para os imbecis, os incapacitados e os doentes e nossos médicos põem o melhor de seu talento em conservar a vida de todos e cada um até o último momento, permitindo assim que se propaguem os membros fracos das nossas sociedades civilizadas. Ninguém que tenha trabalhado na reprodução de animais domésticos, terá dúvidas de que isto é extremamente prejudicial para a raça humana".

Galton, inventou a teoria eugenista aplicada aos seres humanos: a substituição da selecção "natural" por uma selecção mais voluntarista. para justificar dois objectivos complementares: favorecer as raças chamadas superiores, eugenia positiva; fazer desaparecer as raças chamadas inferiores, eugenia negativa.

Esta visão pretende “aperfeiçoar” a raça humana até gerar o “super-homem”. A eugenia nasceu na época em que a ciência triunfante revolucionava o mundo da técnica. No materialismo existia uma grande tentação de utilizar o homem como um material ou animal, que pode ser melhorado por meio de cruzamentos e uma selecção “científica”. A sociedade deve tratar aqueles que inferiores, inadaptados, mal desenvolvidos, como membros amputá-los por razões de higiene social, sem levar em conta as proibições de uma moral “burguesa” derivada da superstição judaico – cristã. A relação com o médico ou o biólogo se transforma, então, numa relação que envolve três partes: o Estado, o médico e o doente.

Desde tempos imemoráveis, o homem tentou melhorar as plantas e os animais, ao criar a agricultura e a pecuária. Igualmente preocupou-se com a saúde da descendência, aplicando ao homem algum género de selecção, especialmente no que se refere à escolha do cônjuge.

Eugenismo é, por vezes, considerado como sinónimo de eugenia. Na maioria das vezes, porém, a palavra eugenismo é aplicada ao caso em que a Eugenia é perspectivada e é aplicada ao “aperfeiçoamento da raça humana”, sem ter na devida conta a moralidade dos meios, para isso propostos ou utilizados. Aqui, o que geralmente se afere é a interrupção do ciclo natural. A Eugenia pode ser Positiva ou Negativa. A Eugenia **positiva**, propõe os meios e os métodos para favorecer o nascimento de indivíduos, ou cada vez mais aptos. A Eugenia **negativa** propõe os meios e os métodos para evitar a geração de diminuídos ou de menos aptos.

Duas divisões de Eugenia

Positiva – pela preservação dos doentes ainda vistos pela medicina como recuperáveis;

Negativa – pela eliminação dos considerados irrecuperáveis.

As técnicas de selecção propostas pelo eugenismo para o homem são correntemente aplicadas no aperfeiçoamento das raças de animais e de plantas, sem que, em geral, haja quaisquer objecções contra isso, a menos que tal implique o desaparecimento de espécies.

No entanto, quando essas técnicas são aplicadas ao homem, surgem os visíveis problemas, pois grande parte dos meios propostos vão contra a **Dignidade do Homem** e até contra a sua **Liberdade de Decisão**, quando se propõe atentar, ou atenta mesmo, contra a vida de seres humanos (proibição de casar, esterilização forçada, ou não, aborto eugénico, infanticídio, genocídio, **Eutanásia eugénica**).

Os casos mais radicais são a eliminação total ou parcial de grupos nacionais, racionais ou religiosos, considerados por alguns, como inferiores, questão que não estaria certamente, nas intenções dos promotores mais bem intencionados do eugenismo.

Historicamente são relevantes os casos do genocídio contra os Judeus, os Curdos, os índios, os negros ou os brancos, conforme a latitude geográfica, os ciganos, entre outros.

Na maioria dos casos este tipo de eugenia é meramente um pretexto para camuflar o desejo de eliminar alguém, por razões de ordem variada, nomeadamente de raça, de cultura, de

ideologia, de religião, ou do incómodo social que representam, como foi o caso dos judeus e da sua representação sócio-económica.

Também a **Eutanásia** pode ser defendida e aplicada com fins eugénicos, no que é mais frequente nas teorias de eliminação de certos doentes mentais, crianças e adultos.

Também nos doentes terminais, temos uma forma de **Eugenia, pela Eutanásia**, pois trata-se de seleccionar o fim do mais fraco, improdutivo e irreversivelmente dispensável, em prol de critérios económicos, sociais, “humanos” (caso de necessidade de meios técnicos a aplicar a outros doentes, para os quais ainda se equaciona alguma hipótese terapêutica), ou humanitários (transplantes).

Enquadra-se esta situação nas duas formas basilares de Eugenia, por conexão de conceitos:

- Positiva – pela forma de entrega dos meios para a preservação dos doentes ainda encarados pela medicina como recuperáveis;
- Negativa – pela eliminação dos considerados irreversíveis.

A diversidade dos genes e as anomalias cromossómicas foram e serão sempre decisivas para a capacidade de adaptação a novas condições do meio e para o aparecimento de novas espécies mais adaptadas e mais evoluídas.

Não apenas no campo da genética, a diversidade é riqueza, pois todos poderemos citar numerosos casos de homens de evidenciado valor, ou mesmo de génios que enriquecem a nossa história, os quais não seriam poupados com a aplicação do eugenismo, tal como é proposto pelos seus defensores.

Assim, se tivessem sido aplicados os critérios de eugenia não deixaríamos nascer, ou mataríamos à nascença Dostoyevsky e Júlio César (epilépticos), Poe e Rimbaud (toxicodependentes), Newton e Van Gogh (psicóticos), Milton (cego), Beethoven (surdo e filho de alcoólico), Byron (deficiente motor), Mozart (miserável), Schubert e Chopin (tuberculosos), Gauguin (sifilítico e leproso), Toulouse – Lautrec (deformado) e mais recentemente muitos outros seres humanos de valor indiscutível.

A Eugenia nasceu na Inglaterra e desenvolveu-se nos Estados Unidos, formando, dentro do berço liberal da democracia americana, as ideias e as práticas eugénicas que depois aterrorizaram o mundo, praticados pela Alemanha Nazista tem sua origem bem mais distante

e distinta da Berlim da década de 30, mas pode ser facilmente identificada em Cold Spring Harbor, EUA, no início do século XX.

Definição de saúde:

A saúde provém do equilíbrio das relações do bem-estar físico, psíquico e social e não só a ausência da doença e da enfermidade.

Dos aos médicos:

Os actos médicos podem ser definidos como: Actuações dos médicos em favor daqueles que se lhes confiam, a sua saúde devem ser a busca permanente dos conhecimentos dos factores condicionantes da saúde humana, a fim de actuarem para que eles possam ter uma vida saudável.

Os actos médicos devem ser efectuados de modo a procurar manter ou restabelecer as relações de equilíbrio e bem-estar físico, psíquico e social não deixando que cada utente mergulhe na doença ou enfermidade devendo alcançar sempre que possível a sua cura.

Antes de quaisquer avaliações filosóficas ou éticas sobre o fim da vida por forma artificial é bom termos uma verdadeira noção do que essa realidade, para pudermos tecer algum tipo de opinião com fundamento, para além daquele que a nossa consciência e personalidade nos revela.

Lei de Bases de 1990 afirma, na sua base XXXII, sobre os Médicos, que "o conceito de acto médico deverá ser definido em lei". Contudo, na base XV sobre os Profissionais de Saúde é também afirmado que "a lei estabelece os requisitos indispensáveis ao desempenho de funções e os direitos e deveres dos profissionais de saúde, designadamente os de natureza deontológica tendo em atenção a relevância social da sua actividade". Ora, o legislador ao falar de uma forma abrangente em profissionais de saúde pressupõe não excluir nenhum dos profissionais, razão pela qual não faz qualquer distinção na sequência da lei no que se refere à formação e à investigação (Bases XVI e XVII). Assim e neste sentido importa realçar que no decurso destes dez anos, à semelhança do que a lei já previa para um dos grupos profissionais os médicos e que eventualmente necessita de adaptações, tendo em conta os novos conceitos e práticas, pode verificar-se que foi definido o Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermeiro (Dec.Lei 161/96, de 4 de Setembro) onde se definem os conceitos básicos das intervenções autónomas e interdependentes na prática da enfermagem e é criada a Associação de Direito Público a Ordem dos Enfermeiros – com poderes de regulamentação e controle do exercício profissional, (Dec.Lei104/98,de23deAbril); foi autonomizada a regulamentação do

exercício profissional dos Médicos Dentistas e criada a respectiva Associação de Direito Público.

Foram emanadas orientações, a nível da Comunidade Europeia, para que o exercício de actividade das chamadas Medicinas não Convencionais seja regulamentado em cada Estado membro também durante este período que a lei vem reconhecer que a formação dos profissionais que intervêm no acto de saúde deve ser de nível superior de forma a garantir um elevado nível de qualificação científica, técnica e humana como suporte essencial para a qualidade dos cuidados de saúde.

Perante este quadro jurídico e social, reflexo da evolução cada vez mais responsabilizante dos vários profissionais face ao acto de saúde na justa medida em que este tem como centro o cidadão, torna-se imprescindível que não exista um acto legislativo da responsabilidade da Assembleia da República que de uma forma directa ou indirecta seja incoerente com o quadro hoje existente. O sentido que marca as profissões de saúde, no nosso tempo, é reconhecidamente evolutivo no que respeita às suas autonomias mas apelando de igual modo à interdisciplinaridade. Consequentemente qualquer tentativa de sentido inverso conduzirá a reflexos negativos na resposta às necessidades de saúde dos cidadãos. Pelo respeito ao direito à saúde consagrado na nossa Lei fundamental a Constituição da República Portuguesa que se torna pertinente tecer algumas considerações que suportam a posição da Ordem dos Enfermeiros (OE):

Considera a OE ser necessário o enquadramento temporal da legislação de suporte à concretização do direito constitucional acima referido, nomeadamente a Lei de Bases da Saúde – Lei nº48/90 de 24 de Agosto – tendo como referência as transformações havidas ao longo destes dez anos a nível, não só legislativo, mas, e sobretudo, da produção conceptual e suas consequências no quotidiano dos cuidados de saúde que os cidadãos legitimamente esperaram que o Estado garanta.

A posição defendida pelo Dr. Silvério Marques ao afirmar que “acto médico é um acto ético e apresenta-se como um fenómeno social total, com um lado humano, uma componente técnico científica, alguns aspectos jurídico-administrativos, real responsabilidade económica, modo de conhecimento prático, arte de juízo prudencial (...) acima de tudo (...) um singular encontro com o outro fragilizado pelo sofrimento e dependente pela doença” considera a Ordem dos Enfermeiros que procurar defini-lo legalmente é, parafraseando o Dr. Paulo Mendo.” “definir o que é impossível ser definido.” O projecto de lei apresentado na Assembleia da Republica confirma o que acima se refere. Ou seja, na exposição dos motivos a

controvérsia subjacente a tal definição é clara ao afirmar-se que: que Primeiro “ (...) *o acto médico só diz respeito à actividade exercida por licenciados em medicina (...) a actividade de avaliação diagnóstica, prognóstica de prescrição e execução terapêutica relativa à saúde das pessoas, grupos ou comunidades caracteriza o acto médico (...)*”, ao verter para o articulado o que é expresso nos motivos verifica-se que se tal lei viesse a ser aprovada estar-se-ia perante um quadro legal que faria recair sobre uma única profissão de saúde – a profissão de médico – a responsabilidade exclusiva da globalidade dos cuidados de saúde, excluindo dessa responsabilidade os restantes profissionais. A Ordem dos Enfermeiros não pode, em cumprimento do seu intento fundamental deixar de alertar que o caminho que se desenha no projecto de Lei apresentado contraria o estabelecimento das condições necessárias à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.¹⁸

O acto médico é essencial¹⁹ para a defesa dos interesses dos doentes, para a definição da responsabilidade médica, para o combate à prática ilegal da Medicina e favorecerá a articulação funcional com outras profissões.

O aumento gradual da idade da população mundial conduzirá o tema da eutanásia e do direito de morrer para o centro dos debates éticos, não apenas no Brasil, mas em vários outros países.

O respeito por toda a vida humana.

O respeito por toda a vida humana tem a sua origem, em observar o ser humano estudando condições de prolongar a longevidade e tornar a sua vida cada vez melhor, para que seja preservada, de molde a possibilitar o sentido da existência de cada ser humano.

Quem passou já pela perda morte de um ente querido jamais poderá afirmar que a sua vida alguma vez não teve sentido, mesmo quando confirmada a sua morte e testemunhada a sua cremação ou enterro, Poderá perguntar se a sua morte por mais violenta, dolorosa, sofrida e brutal que tenha sido, não foi vivida sempre na esperança de que a assistência de saúde fosse eficaz e de que a morte não tivesse de acontecer nesse momento. Ter-nos-á passado por algum momento a possibilidade de pensar que, mesmo se ele tivesse expressado a vontade de que, em situação crítica o deixássemos morrer ou o auxiliássemos a morrer, lhe iríamos fazer a vontade? Nunca nos passaria pela cabeça que isso seria ficar na nossa

¹⁸ [Http://www.ordemenfermeiros.pt/](http://www.ordemenfermeiros.pt/) Data de publicação: 10-05-05

¹⁹ Série 3 – N° 21 – Dezembro de 2005 – Destaque

consciência com a certeza de que morrerá porque disséramos o sim para acabar com a sua vida?

Cuidados Paliativos em Portugal

Apesar de todos os progressos da Medicina na segunda metade do século XX, a longevidade crescente e o aumento das doenças crónicas conduziram a um aumento significativo do número de doentes que não se curam e ainda é encarada por muitos profissionais como uma derrota, uma frustração. A doença terminal e a morte foram “hospitalizadas” e a sociedade em geral aumentou a distância face aos problemas do final de vida. O movimento moderno dos cuidados paliativos, iniciado em Inglaterra na década de 60, e que posteriormente foi alargado ao Canadá, Estados Unidos e mais recentemente (nos últimos 25 anos do século XX) à restante Europa, teve o mérito de chamar a atenção para o sofrimento dos doentes incuráveis, para a falta de respostas por parte dos serviços de saúde e para a especificidade dos cuidados que teriam que ser dispensados a esta população. **Os cuidados paliativos definem-se como** uma resposta activa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. São cuidados de saúde activos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo.

No início do século XXI, este tipo de cuidados ainda não está muito desenvolvido e acessível para aqueles pacientes que deles necessitam.

Em Portugal existem apenas sete unidades específicas de cuidados paliativos, incluindo os sectores públicos e privado: nos IPO do Porto e de Coimbra, no Hospital do Fundão, no Centro de Saúde de Odivelas unidade ambulatoria, na Santa Casa da Misericórdia da Amadora e de Azeitão e em Idanha-a-Nova. Existem ainda muito poucas unidades para as necessidades do país, no entanto existe actualmente um grande esforço por parte dos profissionais de saúde para que se alargue a todo o país as estatísticas internacionais defendem que cerca de 60 por cento das pessoas que morrem teriam beneficiado em vida de cuidados paliativos, o que, ao aplicar à realidade portuguesa, implicaria um aumento radical do número de unidades de prestação deste tipo de cuidados médicos em Portugal, de estruturas organizadas especificamente para os cuidados paliativos pediátricos, que apresentam especificidades próprias mais concretamente, podemos dizer que os serviços qualificados e devidamente organizados são escassos e insuficientes para as necessidades detectadas basta

lembrar que o cancro é a segunda causa de morte em Portugal, com uma clara tendência a aumentar. Para além disso, importa reforçar que os cuidados paliativos são prestados com base nas necessidades dos doentes e famílias e não com base no seu diagnóstico. Como tal, não são apenas os doentes de cancro avançado que carecem destes cuidados: os doentes infectados com o vírus do HIV em estado avançado, os doentes com as chamadas insuficiências de órgão avançadas (cardíaca, respiratória, hepática, respiratória, renal), os doentes com doenças neurológicas degenerativas e graves, os doentes com demências em estágio muito Não são apenas os idosos que carecem destes cuidados o problema da doença terminal atravessa todas as faixas etárias, incluindo a infância.

Os cuidados paliativos não são cuidados menores no sistema de saúde, não se resumem a uma intervenção caritativa bem intencionada, não se destinam a um grupo reduzido de situações, não restringem a sua aplicação aos moribundos nos últimos dias de vida e, pela especificidade dos cuidados, diferenciam-se dos cuidados continuados. Os cuidados paliativos não são dispendiosos, não encarecem os gastos dos sistemas de saúde, Só poderemos combater estas concepções incorrectas esclarecendo alguns conceitos: Os cuidados paliativos deverão ser parte integrante do sistema de saúde, promovendo uma intervenção técnica que requer formação e treino específico obrigatórios por parte dos profissionais que os prestam, tal como a obstetrícia, a dermatologia, a cirurgia ou outra área específica no âmbito dos cuidados de saúde. Os cuidados paliativos são cuidados preventivos: previnem um grande sofrimento motivado por sintomas (dor, fadiga, dispneia), pelas múltiplas perdas (físicas e psicológicas) associadas à doença crónica e terminal, e reduzem o risco de lutos patológicos. Devem assentar numa intervenção interdisciplinar em que pessoa doente e família são o centro gerador das decisões de uma equipa que idealmente integra médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais.

Os cuidados paliativos pretendem ajudar os doentes terminais a viver tão activamente quanto possível até à sua morte este período pode ser de semanas, meses ou até de anos sendo profundamente rigorosos, científicos e ao mesmo tempo criativos nas suas intervenções. Centram-se na importância da dignidade da pessoa ainda que doente, vulnerável e limitada, aceitando a morte como uma etapa natural da Vida que, até por isso, deve ser vivida intensamente até ao fim.

Os cuidados paliativos constituem hoje uma resposta indispensável aos problemas do final da vida. Em nome da ética, da dignidade e do bem-estar de cada Homem é preciso torná-los cada vez mais uma realidade.

O objectivo dos cuidados paliativos é dar o máximo de qualidade de vida possível aos doentes terminais. O tempo de vida que resta a cada doente não é critério para prestar melhores ou piores cuidados, o importa é aliviar o seu sofrimento físico e psicológico.

A Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), um projecto do Ministério da Saúde, aceitou o desafio da Professora Irene Higgenson, do Departamento de Cuidados Paliativos do King's College, em Londres, de participar em parceria num projecto internacional de avaliação dos cuidados paliativos através de uma escala – a POS (Palliative Outcome Scale). O primeiro passo deste projecto foi dado nos dias 8 e 9 de Março, quando se realizou uma acção de formação dedicada ao tema «Monitorização em Cuidados Paliativos», que decorreu no auditório do Centro de Saúde de Sete Rios, em Lisboa, onde funciona o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). A Dr.^a Maria Alice Cardoso, directora-adjunta do IQS, é a responsável por este projecto de avaliação dos cuidados paliativos da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

É importante que seja criado um sistema de qualidade dentro das instituições, que estas estejam sensibilizadas para a questão e que percebam como é importante trabalhar com regras, seja ao nível das instalações, dos cuidados ao doente, ou ao nível dos resultados. A “É preciso explicar às unidades de saúde que avaliar a qualidade dos seus cuidados não é um luxo, mas uma necessidade, para perceber se trabalham com as condições de segurança correctas, se dão a medicação certa aos doentes, se garantem que a dor é devidamente controlada, se apoiam a família, se os doentes têm as suas feridas tratadas, se estão bem-nutridos e sem infecções.”, Sustenta Maria Alice Cardoso. “Todos os países do mundo precisam de avaliar os seus cuidados paliativos”. Todos os anos, morrem, em todo o mundo, 52 milhões de pessoas. Por outro lado, hoje em dia, existem tratamentos mais eficazes para doenças terminais, como alguns cancros, e, assim, as pessoas vivem mais tempo, logo vão precisar de cuidados, 80 a 90% das pessoas morrem devido a doenças crónicas e depois de passarem por muito sofrimento. Os cuidados paliativos são necessários para estas situações, para controlar os sintomas das doenças e fazer com que as pessoas vivam com qualidade e mais satisfeitas.

Só existem sete unidades de cuidados paliativos em Portugal

Rui Nunes encara os resultados Aprovada no dia 20 de Junho de 2007, o estudo foi feito através de inquéritos enviados a 500 oncologistas portugueses. Ferraz Nunes recebeu 200 respostas, 39% das quais favoráveis à legalização da eutanásia. Outros números de relevo: 20% dos médicos admitiram que praticariam a eutanásia se ela fosse legal, 5% já receberam pedidos para praticar suicídio assistido e 20% para praticar eutanásia. Como um “grito de alerta quanto

à falta de meios do nosso sistema de saúde”, em particular no que diz respeito aos cuidados paliativos, que têm sido alvo de uma “falta de atenção” por parte dos sucessivos governos. Caso a situação não se inverta, o director da APB receia que o número de médicos favoráveis à eutanásia aumente. O responsável defende a criação de uma rede deste tipo de equipamentos bem como a implementação do “testamento vital”, um instrumento que permite aos doentes recusar, enquanto lúcidos, certas operações médicas em caso de perda de consciência, como ficar ligado.

Portugal este muito atrasado comparando com outros países da Europa ao nível da prestação de cuidados paliativos, está numa situação que nem dá para poder comparar, em Espanha a Catalunha é modelo a nível mundial no que concerne aos cuidados paliativos e continuados.

Os Cuidados Paliativos e a Intervenção Social

Os cuidados paliativos pretendem ser uma resposta activa aos problemas, necessidades e sofrimento gerados pela progressão das doenças crónicas e incuráveis. O sofrimento decorre de uma multiplicidade de perdas, de adaptações, pressões/transtornos psicossociais (revelação do diagnóstico a familiares e amigos, mudanças do estilo de vida, sensação de perda de controlo, decisões a tomar na fase terminal da doença, decisões sobre os cuidados médicos que desejam, mudanças no diagnóstico conhecimento que atingiram os critérios do HIV, medo do futuro e de sintomas que vão surgindo, não correspondendo esta situação exclusivamente à fase avançada da doença, como tal a dicotomia cuidados curativos/cuidados paliativos tende a esbater-se, no sentido de cada vez mais humanizar os cuidados de saúde prestados aos doentes crónicos e suas famílias. Desta forma os cuidados paliativos não devem ser remetidos para uma ideia de “fim de linha”, mas sim assumir-se como uma intervenção estruturada e rigorosa, com componente cada vez maior à medida que as necessidades dos doentes assim o justificam.

Muitos aspectos do tratamento paliativo são aplicáveis no início da doença e, não apenas no tratamento no final da vida, podendo ser combinado com o tratamento das infecções ou outras doenças afins ou pode ser ele mesmo, o foco central da atenção quando o tratamento já não é eficaz ou quando os efeitos colaterais são maiores que os benefícios. Na intervenção precoce dos cuidados paliativos estão considerados aspectos como a transmissão do diagnóstico, a adaptação às perdas, o controlo sintomático, apoio aos cuidadores/família, os conflitos éticos A decisão de interromper o tratamento deve ser tomada juntamente com o doente, família e os profissionais de saúde. Assim, os cuidados paliativos tornam-se

fundamentais no processo de adaptação à doença ocorrem fases que oscilam entre a negação, culpabilização o medo a ansiedade, a raiva o isolamento tratamento sintomático comunicação, alimentação, respiração, de forma a aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida a nível físico, psicológico, social e espiritual, uma vez que a doença progride continuamente e a sua evolução é imprevisível; as capacidades físicas podem estar parcial ou totalmente reduzidas; a discriminação social pode ocorrer; a dependência de profissionais de saúde é prolongada; as perspectivas de futuro são mais ou menos limitadas. Convém ressaltar a enorme repercussão familiar, a sobrecarga e o desgaste que estas situações representam para as famílias e outros cuidadores envolvidos, cujo apoio deve ser sempre assegurado.

O medo da morte é algo que a maioria das pessoas só começa a saber quando as circunstâncias da vida as colocam frente a frente com a possibilidade do seu próprio fim. O conhecimento do diagnóstico de uma doença para a qual não existe cura e, um prognóstico limitado, leva a pessoa a considerar a inevitabilidade do término de vida. A evolução da doença e os múltiplos internamentos hospitalares, tendem a ser muito dolorosos e geradores de grande ansiedade, sendo frequente observar-se o desinvestimento de projectos pessoais, afectivos, profissionais; a vivência da espera angustiante pelo fim, bem como sentimentos de inutilidade, auto-discriminação. Esse receio traduz-se na incerteza do como vai ser, Se será doloroso, do que acontecerá após a morte. Se serão respeitadas as opiniões do doente em fase terminal.

Os cuidados prestados devem sempre basear-se numa abordagem do doente e da família (constituem a unidade de cuidados), assentando no controlo característico, na informação e comunicação adequada, no apoio à família e no trabalho em equipa. Torna-se fundamental abordar com o doente questões sobre a sua qualidade de vida e sobre os seus sintomas, de forma a avaliar o impacto que a doença e terapêutica estão a ter na sua qualidade de vida. Estes cuidados são possíveis e desejáveis no domicílio.

Outra abordagem que se torna necessária é falar sobre o diagnóstico. Quando o doente desenvolve uma doença de rápida progressão a morte é iminente, é importante transmitir essa informação, mas mantendo a esperança e, reforçando a mensagem de que poderá continuar a alcançar metas (o desejo de alguns doentes em viverem até ao Natal, ou assistir ao casamento da filha – é possível ajudá-los a tentar chegar à “meta”), de forma a poder preparar/resolver alguns aspectos da sua vida como sejam a elaboração de um testamento, fornecer indicações para o funeral ou decidir onde querem morrer (Gifford & Cl, 1997; Grilo, 1999). A resolução de assuntos pendentes, financeiros ou pessoais, pode permitir

que a pessoa se sinta bastante tranquila. Refira-se que a maioria das pessoas que morrem de uma doença prolongada como a SIDA, conseguem estar prontas para esse momento. No entanto, este facto não impede que, por vezes, a pessoa em fase terminal se sinta sozinha e abandonada. Hackett e Weisman (1974) defendem que o mais terrível e intolerável na ameaça da morte é a solidão.

A preparação da família para a morte também deverá ter início antes do doente falecer e pelo tempo que for necessário, depois da morte.

O Assistente Social desempenha o papel de mediador proactivo e integrador de cuidados, a sua intervenção é determinante na percepção interdisciplinar do indivíduo, no respeito às idiossincrasias de cada um, na busca de qualidade de vida e cidadania e, na visão individual do doente. Deverá construir com o doente uma relação empática, de forma a poder identificar precocemente os problemas bloqueadores, possibilitando assim uma actuação eficaz e eficiente, em articulação com a restante equipa de saúde. Enfatiza a gestão dos cuidados sociais através da intervenção psicossocial em questões como o medo, rejeição, a morte, de forma a atenuar a vulnerabilidade psicológica do doente e, permitir uma informação qualificada e resposta aos problemas. Assim, na sua intervenção englobam-se funções como o acolhimento do doente e família; elaboração de um plano de actuação com o doente, tendo presente a realidade específica de cada indivíduo, articulando com os recursos da comunidade; prestar suporte emocional ao doente e sua família, aliviando problemas psicossociais resultantes da doença; informar o doente sobre os seus direitos (Regime não Contributivo - Pensão Social por Invalidez, Rendimento Social de Inserção; Regime Contributivo é contemplado ao abrigo do Dec. Lei 216/98, em que o tempo de descontos necessário para requerer a reforma por invalidez é de 36 meses; medidas de protecção social, acesso gratuito aos cuidados de saúde, tratamentos e assistência, nos locais da sua conveniência) Os doentes com HIV não beneficiam dos direitos estabelecidos para doentes crónicos, usufruindo apenas da isenção de taxas moderadoras.

O HIV é uma doença com graves consequências físicas e psicológicas, constitui-se como um fenómeno de natureza social acompanhado de processos de segregação social baseados em estigmas socialmente construídos e intimamente ligados às representações sociais desta doença, considera-se imprescindível e urgente garantir a acessibilidade a cuidados de saúde adequados a este tipo de doentes, de forma a que não sejam desprezados no sistema e que a qualidade dos cuidados prestados seja devidamente salvaguardada.

Os cuidados paliativos são desenvolvidos por uma equipa que inclui médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais e que se alongam à família do doente terminal. O objectivo principal é ajudar as pessoas em fase terminal, os seus familiares e as pessoas próximas, escutando-as e acompanhando-as de forma a encontrar um novo sentido para a vida e, simultaneamente, aliviar o sofrimento e proporcionar condições de dignidade na vida, na doença e na morte. Os defensores da Vida que negam a legalização da eutanásia, afirmam que a questão central não é ajudar um doente a morrer, mas saber as razões porque o mesmo deseja morrer (medo da dor física ou psicológica, falta de sentido da vida, irreversibilidade científico para o seu quadro clínico, doenças terminais e degenerativas) e ajudá-lo a vencer estes estados, nessa perspectiva defendem uma proliferação dos centros de cuidados Paliativos, pois entendem como uma ajuda aqueles que estão esquecidos e espera que alguém faça cessar aquele sofrimento e isolamento, daí defender uma aposta progressiva nos Cuidados Paliativos a todo o país.

A eutanásia não é por vezes a única forma de aliviar uma dor insuportável?

Pelo contrário. Os activistas da eutanásia exploram o medo natural que as pessoas têm do sofrimento e da morte, e muitas vezes concluem que quando a cura é improvável só há duas alternativas: eutanásia ou dor insuportável.

Qualquer dor pode ser eliminada e, nos casos raros em que não pode ser eliminada, pode ser muito reduzida desde que tratada adequadamente.

Gera indignação que haja tanta gente que não receba tratamento adequado da dor. Mas matar não é a resposta para esse escândalo. A solução é melhorar a formação dos profissionais de saúde nessa área, melhorar o acesso aos serviços de saúde, e informar os pacientes sobre os seus direitos como consumidores.

Toda a gente quer seja uma pessoa com uma doença mortal ou em condição crónica tem o direito a tratamento que alivie a dor. Com os modernos avanços no controlo da dor, nenhum paciente pode estar sujeito a dor insuportável. No entanto, muitos médicos nunca tiveram formação específica nessa área e podem não saber o que fazer.

Jurisprudência internacional relevante

Nancy Cruzan (20/7/1957- 26/12/1990)

Teve um acidente de automóvel no dia 11 de Janeiro de 1983, ficando pouco tempo depois em coma vegetativo permanente. Esteve em coma oito longos anos, o seu caso foi encaminhado até aos tribunais norte-americanos, onde o tribunal diligenciou por apurar sobre a sua certeza em lhe ser aplicada a eutanásia. Acabando os juízes por decidir pela sua morte (as máquinas que a mantinham viva foram desligadas).

Terri Schiavo

Era uma adolescente obesa, com mais de 90 quilos. No liceu começou uma rigorosa dieta, que se prolongou após o casamento (1984). Terri emagreceu de tal forma que no dia 25 de Fevereiro de 1990 acabou por desfalecer na sua casa. A desordem alimentar era de tal ordem que havia provocado uma desorganização dos níveis de potássio no organismo, entrando num estado vegetativo permanente, tendo que ser alimentada através de um tubo. Durante 15 anos o seu marido lutou contra o seus pais nos tribunais norte-americanos para que lhe fosse retirado o tubo de alimentação, pondo fim à sua vida vegetativa, o que veio a ser autorizado. No dia 31 de Março de 2005, nos Estados Unidos, Terri Schiavo, a mulher que depois de 15 anos em estado vegetativo provocou uma acirrada polémica entre os três poderes norte-americanos e dividiu a população, morreu 13 dias depois da remoção do tubo que a alimentava. Por ordem judicial, a mulher foi desligada da sonda de alimentação que a mantinha viva. O caso Schiavo comoveu defensores e opositores da eutanásia, e levou ao terreno político uma batalha judicial de mais de sete anos entre o marido de Terri, Michael Schiavo, que argumentou que ela não queria viver artificialmente, e os pais dela, Bob e Mary Schindler, que queriam evitar a morte da filha.

Ramón Sampederro (15/1/1998).

Aos 26 anos ficou tetraplégico e assim permaneceu durante 29 anos. A sua luta judicial demorou cinco anos. Em 1993 solicita autorização para morrer, mas os juízes espanhóis não o permitem. É então que planeia com o auxílio dos amigos a sua morte. Em 1997 muda-se para uma pequena aldeia na Galiza (Porto do Son), onde é depois encontrado morto a 15 de Janeiro do ano seguinte. Os seus últimos momentos da sua vida estão gravados

num vídeo, onde se regista uma acção consciente de morte. A sua amiga acabou por ser incriminada pela polícia pelo homicídio, mas acabou depois por ser ilibada. “Mar Adentro”

Em Nova York, uma senhora sofria há anos de enfermidade dolorosa, incurável um dia de 1913 implorou ao marido que lhe desse a morte. Nos dias seguintes, entre os desesperos do seu sofrimento, insistia a implorar que a matassem. Finalmente o marido ajudou-a no seu suicídio dando-lhe uma forte dose de morfina. O tribunal não o condenou.

Um pastor evangélico, em Inglaterra, disparou um tiro de espingarda na cabeça. Caiu gravemente ferido e sofria terrivelmente. e com o olhar implorou à irmã, que esta o ajudasse a parar de sofrer , ela deu-lhe um tiro para terminar com o seu sofrimento.

Antes do caso da jovem norte-americana Karen Ann Quinlann, o caso que logrou maior publicidade e despertou um enorme comentário pelo mundo, foi o de Stanislaw Umńska, tendo marcado uma nova era na história do homicídio a pedido. Stanislaw Umńska era uma jovem atriz polonesa que fora a Paris angustiosamente solicitada por seu amante, Juan Zinowski, escritor polonês, internado num hospital, enfermo de cancro e tuberculose, já num estado terminal, padecendo de dores as mais cruéis. Este rogou à amante, por inúmeras vezes, que lhe abreviasse os sofrimentos. Por fim, em 15 de julho de 1924, no instante em que o enfermo adormecia, sob efeitos de analgésicos, a jovem atriz tomou o revólver com o qual o próprio paciente não teve ânimo para abreviar sua agonia, disparando em Zinowski. Foi julgada em Paris, onde o próprio procurador do ministério Público dirigiu-lhe palavras de condolência e respeito, tendo sido declarada a sua absolvição.

Nos Estados Unidos, H. E. Blazer, médico de 61 anos, vivia com a filha parálitica a qual dispensava os mais ternos cuidados. Sentindo-se doente e vendo-se morrer, desesperado pelo abandonado em que deixaria a filha, deu-lhe a morte, proporcionando-lhe uma forte dose de clorofórmio, envenenando-se logo após.

Desconfiança perante os médicos

Até agora, existe uma espécie de acordo tácito de que deveriam ser os médicos. Mas, como diz Pollard, esta é uma solução que acarretaria graves consequências, sobretudo porque desvirtuaria profundamente a missão que incumbe aos médicos: velar pela saúde e vida dos doentes.

Além disso, tal decisão teria um terrível resultado prático. Os grupos que mais sofreriam com as consequências da eutanásia seriam precisamente os que, pela natureza da sua situação, mais necessitam de ter uma grande confiança no médico. "Os doentes terminais - pergunta Pollard – sentiriam esta sensação de segurança, por mais ténue ou falsa que ela fosse, se os médicos fossem encarregados de matar? Não acabariam por pensar que a eutanásia é o meio ideal para esconder os erros de diagnóstico e para desincentivar a busca de melhores métodos para os curar?"

Argumentos defensores da Eutanásia

Um dos principais argumentos dos defensores da eutanásia é a de que esta deveria ser considerada “tratamento médico”. Se se aceita essa ideia de que a eutanásia é algo de bom, então não só será desapropriado mas discriminatório negar esse “bem” a uma pessoa com base em que a pessoa é muito nova ou mentalmente incapaz de fazer esse pedido. De facto, para efeitos legais, a decisão de um representante é geralmente tratada como se tivesse sido tomada pelo próprio paciente. Isso significa que crianças e pessoas que não podem tomar as suas próprias decisões podem ser sujeitas a eutanásia.

Suponhamos no entanto, que não fosse admitida a opção de morte tomada por um representante. O problema de quão livre é um pedido de morrer continua em aberto. Se a eutanásia for aceite, quer legalmente quer apenas em termos práticos, um certo grau de coerção, mesmo que involuntária, é inevitável. O caso da Holanda é muito claro: quando se aceita a eutanásia voluntária, a involuntária segue-se como consequência inevitável (ver textos sobre a eutanásia na Holanda).

A eutanásia poderia tornar num meio para conter os custos dos Sistemas de saúde

Nos últimos anos a preocupação com os custos dos sistemas de saúde tem sido crescente. Desta forma a eutanásia pode aparecer como um meio de contenção de custos.

Após a aprovação da Medida 16 do Oregon, o director estadual da Medicaid, Jean Thorne, anunciou que o suicídio assistido seria pago como “cuidado de conforto” no Plano de Saúde do Oregon, que fornece cobertura médica a cerca de 345 mil habitantes desse estado. Dezoito meses depois da aprovação dessa lei, o Estado anunciou planos de cortar a cobertura dos cuidados de saúde dos pobres aí residentes.

Ordenamento Português no que concerne à problemática da Eutanásia:

Todo o desempenho da medicina, e todo o dever de actuação ético deontológico por parte dos médicos que a exercem, num imperativo Constitucional de protecção dos Direitos Fundamentais à Vida e à integridade pessoal, plasmados nos artigos 24º e 25º da Constituição da República Portuguesa.

Relativamente à Eutanásia Passiva, a questão que se emerge é a de saber de que forma e que com contornos é que a autonomia individual integra a extensão negativa de *non facere*, dos Direitos à Vida e ao corpo, com que abertura existe uma liberdade do paciente decidir sobre a sua própria sujeição a um determinado tratamento ou a faculdade de recusar ser tratado, e se dessa forma representa uma limitação aos deveres deontológicos que os médicos tem de tratar conforme o seu juramento de Hipócrates a que estão vinculados, pela sua mera factualidade de serem médicos, principalmente quando se equaciona a questão de essa liberdade que o paciente possui a de abandonar a sua própria Vida.

Jorge Figueiredo Dias, encara a problemática da Eutanásia Passiva como um enquadramento possível de Homicídio, defendendo que o eventual estado terminal do paciente não fará cessar a posição de garante do médico que fundamenta o seu dever de agir no artigo 10.º n.º 2 do Código Penal Português. O autor, distingue duas situações, a primeira em que o paciente pode dar o seu consentimento expresso, livre e consciente, e a segunda em que esse consentimento já não se postula. Para Figueiredo Dias a integração do tipo objectivo de ilícito do Homicídio, permanecerá sempre que o paciente solicite ao médico que prossiga a intervenção; na medida em que o paciente possuir a consciência ou for previsível que a mesma seja resgatada. A segunda situação é formulada sempre que o medico prosseguir métodos conservatórios pela Vida do paciente contra a vontade deste, enquadrar-se no tipo ilícito das intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários, previsto e punido pelo imperativo legal do artigo 156º do C.P. P.(Código Penal Português)²⁰.

Nas situações em que não é possível o medico obter do paciente o seu consentimento, a pratica da Eutanásia Passiva por parte do medico é, a mesma em que o paciente rejeita a intervenção, salvo se existirem razoes sólidas para fazer presumir que o desejo do agonizante seria prosseguir no tratamento dando o seu consentimento, na

²⁰ Cfr. Jorge De Figueiredo Dias, anotação ao artigo 131º (Homicídio), p.13

verdadeira afronta à dignidade humana do agonizante que em muitos casos a continuação da mesma intervenção medica²¹.

Fica desta forma impossibilitada qualquer forma de responsabilizar o médico a título de comissão ou de omissão, uma vez que a oposição do doente à prossecução de qualquer intervenção faz deste modo isentar a obrigação do médico tratar. (²²).

Será importante entender que a Vida é um bem jurídico, indisponível, e que o *consentimento* do paciente não pode justificar os atentados à vida (artigo 38º nº 1 C.P.), e aceitar que o acordo do paciente venha excluir a tipicidade dos crimes de homicídio por omissão (²³), uma vez que a exclusão da tipicidade faz emergir uma exclusão da ilicitude penal.

Inversamente ao que acontece ao C.P. que não possui qualquer norma específica acerca da problemática da Eutanásia Passiva, o Código Deontológico Da Ordem Dos Médicos Portugueses contem algumas normas que regulamentam esta matéria.

Assim, no artigo 47º nºs1º e 2º, estabelecem o princípio geral de que o medico tem o dever de respeitar a vida humana e de que a pratica da Eutanásia traduz uma falta deontológica grave no nº 4 do mesmo artigo expõe-se que não se entende como Eutanásia, a abstenção de qualquer terapêutica não iniciada, quando tal resulte da opção livre e consciente do paciente ou do seu representante legal.

No artigo 49º, plasma um dever de abstenção da terapêutica sem esperança, em determinadas situações, como em casos clínicos comprovados que com toda a certeza não haverá melhora e recuperação do estado da pessoa o médico deve abster-se de praticar qualquer intervenção que vá prolongar injustificadamente uma vida sem esperança clínica, podendo deste modo o médico limitar a sua intervenção à assistência moral ao moribundo e à prescrição ao mesmo de tratamentos capazes de diminuir o sofrimento inútil, no respeito do seu direito a uma morte digna e de acordo a sua categoria de ser humano.

²¹ Jorge De Figueiredo Dias, op. Cit. , pp. 13-14

²² Cfr. Manuel Da Costa Andrade, anotação ao artigo 134º (Homicídio a pedido da vitima), p. 71, e anotações ao artigo 156º (Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários), p.385 e ss.

²³ Cfr. Manuel Da Costa Andrade, anotação ao artigo 134 º(Homicídio a pedido da vitima), p. 71e anotação ao artigo 156º (Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários), p.385 e ss.

Desta maneira, a recusa do tratamento por parte do paciente, a ser indispensável, será tanto no início de uma terapia bem como para a sua suspensão. ⁽²⁴⁾. Deste modo ainda no artigo 38º no seu nº 4, regula em geral os requisitos da recusa legítima de tratamento, é exigido que esta recusa seja realizada pessoalmente pelo paciente. No artigo 47º nº 4 admite-se a representação legal.

EUTANÁSIA PASSIVA E DEVER MÉDICO DE AGIR OU DE OMITIR EM FACE DA AUTONOMIA ÉTICA DO PACIENTE:

I – Importância da real vontade do paciente em sede da punibilidade da Eutanásia Passiva

Jorge Figueiredo Dias e Manuel Da Costa Andrade, advogam que o médico que prosseguir operação ou aplicar processos conservatórios *contra a vontade do paciente*, integram desta forma o tipo das intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários, previstos no artigo 156º do C.P.P. ⁽²⁵⁾. Neste sentido Costa Andrade, concretiza a recusa expressa do paciente em rejeitar o tratamento, como um acordo do paciente que exclui a tipicidade dos crimes de homicídio por omissão. ⁽²⁶⁾. Para Costa Andrade esta contraposição do paciente faz cessar o dever de defensor do médico, com ele, a sua obrigação de tratar ⁽²⁷⁾. (médico: contrato de actividade, ou contrato de resultado?)

No conflito entre a vida e a relação do médico e a sua deontologia, na relação médico e paciente, a ordem jurídica decide-se pela autonomia e liberdade do paciente em causa, há assim que finalizar, de acordo com os princípios da C.R.P., e do C.P., A eutanásia passiva consentida deve ser encarada em face dos tipos penais de homicídio incriminados no C.P ⁽²⁸⁾, mesmo o artigo 5º da Convenção para a protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do ser humano face aos cuidados da Biologia e da Medicina – Convenção sobre os

²⁴ Este entendimento é também adoptado pelo Conselho Nacional de Ética para as ciências da Vida, no seu “Parecer sobre o estado vegetativo Permanente”, 2005, disponível em www.cnev.gov.pt.

²⁵ V. Jorge Figueiredo Dias, anotações ao artigo 131º (Homicídio), p.13, Manuel Da Costa Andrade, anotação ao artigo 156º (Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários), p.385 e ss.

²⁶ Cfr. Manuel Da Costa Andrade, anotação ao artigo 156º (Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários), p.385 e ss.

²⁷ V. Manuel Da Costa Andrade, anotação ao artigo 134º (Homicídio a pedido da vítima), p.71 e anotação ao artigo 156º (Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários), p.385 e ss.

²⁸ Ver Jorge De Figueiredo Dias, “Pressupostos da punição e causas que excluem a ilicitude e a culpa”, p. 60 Manuel Maia Gonçalves, Código Penal Português, pp.178-179

direitos do Homem e a Bio – medicina – também exige o consentimento do paciente para a realização de qualquer intervenção médica.

A solução a que se chegou de todo o ordenamento jurídico, traduz a indisponibilidade do bem jurídico vida, expressa deste modo através do normativo legal plasmado no Artigo 134º C.P. “Homicídio a pedido da vítima”, e do incitamento ou ajuda ao suicídio no artigo 135º do mesmo diploma, transformar-se-ia numa restrição fundamental a vida deste modo seria assim “Disponível” face a ataques provenientes do próprio paciente, como a não punição do suicídio, e a existência do consentimento para qualquer intervenção médica.

Assim existe uma excepção no ordenamento jurídico-penal, no que concerne à eutanásia passiva consentida, representando um desvio ao Princípio da Indisponibilidade do Bem Jurídico Vida em face de “Procedimentos activos ou omissos” de terceiro, independentemente do consentimento do paciente.

Como aferir o consentimento do Paciente:

É necessário determinar o grau de ilicitude que deve residir na vontade do paciente para que assim possa afastar a tipicidade homicida da eutanásia.

O código Penal no Artigo 156º “Intervenções ou tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários”. Pune o médico que realize uma intervenção que não tenha sido antecipadamente autorizada pelo paciente. Visando deste modo tutelar uma livre disposição do corpo, e a autonomia de uma decisão de uma eventual submissão de um tratamento ou intervenção. Assim, esta excepção ao Princípio da Indisponibilidade do Bem Jurídico Vida, o paciente tem que ser detentor de uma capacidade de vontade livre. Uma vez existindo o consentimento na realização do tratamento que tem que integrar “uma vontade seria, livre e esclarecida” do titular do interesse juridicamente protegido “Consentimento justificativo” Artigo 38º C.P.P, nºs 2 e 3 “ser prestado por maior de 14 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta” Artigo 38º nº3. Devendo para o efeito o paciente ter o conhecimento exacto do seu estado, para poder livremente exercer o seu direito. Sem tal requisito, o consentimento do paciente não é válido, nos termos do disposto do Artigo 157º do mesmo diploma.

O problema é de séria importância dado que muitas vezes e sendo a sua generalidade, os consentimentos para a prática da eutanásia emergem de doentes terminais,

afrontados por grandes estados de sofrimento e em estados de elevadíssima perturbação psíquica.

O consentimento é um acto pessoal e intransmissível não podendo ser facultado por familiares, ou de pessoas próximas ao paciente ⁽²⁹⁾, sendo impedido deste modo que possa existir representação legal de menores ou de outros incapazes, pois encontrar-se em causa a Vida do paciente, sendo a Vida um bem - jurídico unipessoal a qual uma disposição só pode caber a cada ser e mais ninguém, cada um tem a sua Vida , e a sua esfera pessoal para gerir.

Neste âmbito o Consentimento dos pais não traduz a vontade de auto decisão do paciente mas, um dever de assistência dos pais.

Consentimento Presuntivo

Havendo incerteza entre a vida e a liberdade, só se aceita como legítima uma escolha que tenda para a preservação da vida.

No entanto em situações extremas em que é difícil aferir-se a vontade efectiva do paciente por o doente encontrar-se numa situação em que não a pode expressar, a própria lei o admite consagrando – o no Código Penal no seu Artigo 156º, quando refere o tipo de acto medico e as suas consequências, de coadjuvação com o disposto no normativo legal, essa vontade será efectuada de acordo com a defesa pelo bem jurídico Vida ⁽³⁰⁾ .

Quando o paciente se encontrar em perigo e num estado de inconsciência em que o paciente não pode manifestar a sua vontade, de opinar sobre um sentido de um determinado tratamento, e o medico necessita de segundo as suas “ legis artis” de o aplicar, e o aplica, este pode ser visto como não sendo consentido, com excepção se for de prever que se o doente estivesse numa situação de prestar o seu consentimento este não o faria, sendo o consentimento recusado. Em sede de consentimento presumido justificado, para um médico ser punido, não basta a suposição que o consentimento seria recusado naquele caso em concreto, terá que existir provas produzidas e comprovadas que permitam concluir com certeza que o consentimento seria recusado, e que o medico não o deveria portanto ter suprimido, justificando com um “falso” consentimento presumido.

²⁹ Jorge Figueiredo Dias, anotação ao Artigo 131º (Homicídio), p. 14.

³⁰ V. Manuel Da Costa Andrade, anotação ao Artigo 156º (Intervenções e tratamentos medico – cirúrgicos arbitrários), pp. 382 e 384.

Desta forma o nosso ordenamento salienta mais uma vez o princípio da preservação da Vida. Pois existindo conflito entre a Vida e a liberdade onde esta é diminuída quanto ao titular do direito que a pode exercer “o doente”.

O consentimento presumido é dado através de indícios concedidos pela família, amigos, e pelas pessoas próximas do doente, aqui também tem potencial relevância os chamados Testamentos em vida, documentos escritos pelo paciente, assim se precavendo de um dia estarem numa situação extrema e desta forma deixam a sua vontade sobre a possibilidade de ocorrer um eventual episódio de doença menos agradável, e aí delegam até onde os seus tratamentos médicos poderiam ir, delimitando assim as suas fronteiras.

No caso do médico agir deliberadamente contra a intenção do paciente, tendo a consciência e certeza que o tratamento seria recusado, porque existem provas irrefutáveis desta intenção, incorre no crime previsto e punido pelo Artigo 156º do Código Penal (Intervenção e tratamentos médico – cirúrgicos arbitrários, Crime contra a liberdade pessoal do paciente, colocando – se sempre em ultima análise se existe algo que exclua a ilicitude do acto, desqualificando-o quanto aos factos que integram este tipo de crime.

Sempre que, com consideração pela dignidade da vida humana, se possa considerar que o prolongamento do sofrimento do paciente já não possui qualquer sentido, vem-se legitimar uma eventual cessação do tratamento médico cujo o prosseguimento venha a ser um degradante e desumano.

Na Constituição da Republica Portuguesa no Artigo 25º n.º 2 é determinado a proibição a tratos cruéis, degradantes ou desumanos, no Código Penal é estabelecida a punição do Homicídio por omissão, tendo o seu limite nas situações em que o tratamento não se consubstancia já numa esperança, de uma recuperação, mas assume já um acto desumano, cruel, e degradante desta forma o bem jurídico vida é mantido mas sem uma esperança de recuperação.

Ora evidencia-se um conflito entre dois bens jurídicos que o direito visa proteger; direitos esses que pretendem relevar a dignidade da Vida Humana, não sendo portanto admissível que o Direito Penal puna nem atribua um dever de tratamento, pelo que a omissão de tratamento médico traduz-se numa situação excepcional, uma autorização legal específica para evitar actos de exercício da autonomia ética que conduzem a lesão da própria vida a seu cargo, contra a vontade dos mesmos, não é afirmada como um motivo de excluir a

ilicitude “ Um direito de necessidade”, desta forma o dever de tratar do médico terá cessado, mas não a sua faculdade para tratar.

O Código Penal Português no trata a partir do Artigo 131^{o31} dos crimes contra as pessoas, mais concretamente dos crimes contra a vida, sendo esta considerada como o mais precioso dos bens e a que a própria Constituição dá tratamento privilegiado (a vida humana é inviolável» — art. 24.º, n.º 1).

São a propósito singulares as palavras de MARGARIDA SILVA PEREIRA (Direito Penal II — Os Homicídios, 7 e 8):

“É certo que a Constituição não “impõe” o crime de homicídio.

Mas obviamente que não é só a circunstância de uma Constituição afirmar de maneira expressa, como acontece por vezes, que certos atentados a Direitos Fundamentais são crimes, que permite concluir serem tais os crimes mais importantes, ou os únicos que o legislador ordinário tem obrigação de considerar. São cada vez mais comuns normas constitucionais que impõem que uma certa violação de Direito Fundamental diverso dos tradicionais, dos direitos de 1.^a geração, seja crime. Ou seja: os crimes referenciados de maneira expressa nas Constituições nem sempre são os mais graves. Pode antes tratar-se de ilícitos cuja gravidade é reconhecida pelo legislador constituinte, na sequência de consagração de novos direitos, e para os quais a Constituição entende por bem chamar a atenção. E pode ainda o legislador constituinte querer vincar que reconhece como criminosas certas realidades que o Estado se compromete a considerar assim”.

“A pessoa humana, sob o duplo ponto de vista material e moral, é — como diria NÉLSON HUNGRIA — um dos mais relevantes objectos da tutela penal. Não a protege o Estado apenas por obséquio ao indivíduo, mas, principalmente, por exigência de indeclinável interesse público ou atinente a elementares condições da vida em sociedade” (*Comentário ao Código Penal Brasileiro*, V, 15).

Daí a incisiva afirmação de FREDERICO MARQUES, segundo a qual, a pessoa humana, “como centro do universo jurídico, constitui objecto de preponderante relevo na tutela que o Estado exerce através do Direito Penal” (*Tratado*, 4, 53).

³¹ ARTIGO 131.º Estabelece que ‘quem matar outra pessoa é punido com pena de prisão de 8 a 16 anos’.

Todos os direitos partem assim do direito de viver, pelo que, numa ordem lógica, o primeiro dos bens é exactamente o bem da vida. O homicídio tem a primazia entre os crimes mais graves, pois é o atentado contra a fonte mesma da ordem e segurança geral, sabendo-se que todos os bens públicos e privados, todas as instituições se fundam sobre o respeito à existência dos indivíduos que compõem o agregado social (Cfr. NÉLSON HUNGRIA, *op. cit.*, 26 e 27).

Tem-se como certo que o direito à vida é um direito absoluto da pessoa.

Sendo a vida humana um bem fundamental, e condição de todos os outros, ela fundamenta por isso mesmo o primeiro e básico direito de qualquer ser humano, o qual deve ser reconhecido e sancionado sem discriminação.

A defesa intransigente da vida humana é o primeiro imperativo de uma ordem jurídica. (...) A Constituição não só não admite a pena de morte em Portugal, desde 1852 como até vai mais longe, ao estatuir no seu art. 23.º, n.º 3 (hoje art. 33.º, n.º 4), que não há extradição por crimes a que corresponda pena de morte segundo o direito do Estado requisitante.

Como acentua HELENO FRAGOSO, “homicídio é a destruição da vida humana alheia” em que o objecto da protecção penal “é o interesse na preservação da vida humana, sendo esta evidentemente o bem jurídico tutelado” (*Lições de Direito Penal*, 11.ª ed., Parte Especial, Vol. I, 28).

Na construção da infracção em consideração são de considerar quatro elementos essenciais

- Os *sujeitos* que podem ser activos ou passivos
- A *conduta*;
- O *evento*;
- O *nexo de causalidade*.

O Sujeito activo – do delito pode ser *qualquer pessoa singular*, pois consoante a regulamentação do art. 11.º. Só as pessoas individualmente consideradas são susceptíveis de responsabilidade criminal, princípio da Culpa.

O Sujeito passivo – do crime é a *pessoa*, enquanto *viva*, portanto pessoa humana que já iniciou o acto de nascimento e que esteja viva (neste sentido FIGUEIREDO DIAS, *Comentário Conimbricense do Código Penal*, I, 6).

“ (...) é indiferente... o grau de vida da vítima: a morte violenta do recém-nascido *inviável* ou a supressão do minuto de vida que resta ao moribundo é homicídio”.

O que é preciso, pois, é que a vítima tenha ou esteja com vida. “A respiração é uma *prova*, ou melhor, a infalível prova da vida; mas não é a imprescindível condição desta nem a sua única prova... Mesmo sem a respiração, a vida pode manifestar-se por outros sinais, como sejam o *movimento circulatório*, as *pulsações do coração*, entre outras”.

Para haver homicídio é preciso que o sujeito passivo seja um ser vivo, que esteja com vida.

O QUE SE DEVE ENTENDER POR MORTE:

É que o facto de a vítima ainda manter em actividade algumas das suas funções (Bater do coração, função respiratória) isso não significa necessariamente que esteja viva.

Sendo o conceito de morte um conceito médico ou do âmbito das ciências médicas, De entre salienta-se o critério que é dado por GENTIL MARTINS:

“A existência de lesões irreversíveis que impedem qualquer vida de relação, e que na ausência dos meios artificiais, levarão à morte de todos os órgãos, embora de forma gradual, porque o corpo não morre todo ao mesmo tempo, é quanto a nós suficiente para se verificar o óbito.

Antigamente, a morte era a paragem do coração e da respiração, só que isso acontece precisamente quando ocorre a morte do tronco cerebral. Hoje, é possível morrer cá em cima, ao nível cerebral, mantendo em função outros órgãos, só que isso não é já vida humana, por não existir capacidade de sobrevivência espontânea. O problema é comprovar-se a irresponsabilidade dessa lesão, ou da morte”.

“Os médicos e a lei devem aceitar os critérios da morte cerebral, competindo à Ordem dos Médicos a definição dos parâmetros científicos em que se devem basear os médicos para a determinação daquela, responsabilizando-se a Ordem em mantê-los actualizados conforme os avanços da ciência”.

O Prof LOBO ANTUNES, no seu trabalho “O Diagnóstico de Morte Cerebral” escreveu a propósito:

“Uma pessoa será declarada morta quando, segundo critérios estabelecidos, se verifique paragem irreversível das funções respiratórias e circulatória, ou, paragem irreversível da função cerebral, incluindo o tronco cerebral (morte). O diagnóstico de morte cerebral deverá ser considerado quando se observarem as circunstâncias seguintes: o doente encontra-se em coma profundo, tendo sido excluídas como causa do coma, a ingestão de drogas depressoras do sistema nervoso central, hipotermia e alterações endócrinas ou metabólicas; o doente está mantido por ventilação assistida por a respiração espontânea ser inadequada ou ter cessado, sem que tal se pudesse atribuir ao uso de relaxantes musculares ou outras drogas com efeitos depressores sobre os centros respiratórios; quando se tiver apurado que a situação clínica do doente é devida a lesão estrutural irreversível do sistema nervoso central, cuja etiologia foi estabelecida de forma inequívoca”.

E para se obter a confirmação do diagnóstico de morte cerebral avançam-se as seguintes regras:

Comprovar-se a ausência de reflexos do tronco cerebral (as pupilas apresentam um diâmetro fixo e estar ausente o reflexo fotomotor ; o reflexo da córnea estar abolido; observar-se a ausência de respostas motoras dependentes dos nervos cranianos após estimulação adequada de qualquer área do corpo; verificar-se a ausência do reflexo de deglutição e do reflexo de tosse em resposta à estimulação da árvore traqueobrônquica ; ausência de movimentos respiratórios espontâneos após desconexão do ventilador mecânico por um período de tempo suficiente 15 minutos para assegurar a subida da pressão parcial do anidrido carbónico no sangue arterial acima do limiar de estimulação dos centros respiratórios). A presença de reflexos de automatismo espinal não invalida o diagnóstico de morte cerebral. A temperatura do corpo na altura da observação não deverá ser inferior a 35°C.

“Sob um ponto de vista biológico, há mortes parciais quer dizer, há estruturas biológicas que podem continuar vivas ainda que a vida do ser humano tenha cessado. Qualquer leigo sabe que, por exemplo, os pelos e as unhas continuam a crescer nos cadáveres durante algum tempo. Também é conhecido que o coração do indivíduo pode parar sem que ele morra, desde que haja uma pronta reanimação. Mas do que não há dúvida para a ciência é que a vida se perdeu irremediavelmente quando cessam de modo irreversível as funções do encéfalo. É esta tal situação correntemente designada por “morte cerebral”.

Anos atrás a propósito da morte por acidente de Ayrton Senna, campeão mundial de automobilismo (fórmula 1), que teria sido mantido artificialmente vivo durante horas para não

prejudicar interesses vários ligados à competição, escrevia ANTÓNIO MARINHO em artigo publicado no semanário *EXPRESSO* (94/06/04),

“... este caso trouxe para a ribalta a questão de saber quando é que um ser humano deve ser considerado morto e, sobretudo, quando e em que circunstâncias se pode ou deve desligar a máquina que o mantém «vivo». E isso assume particular relevância quando se correlaciona com a problemática dos transplantes, em que, não raros, os cadáveres são mantidos em vida vegetativa a fim de lhes serem retirados, mais tarde, órgãos em boas condições para transplante noutras pessoas.”

Para LUIS ARCHER, Catedrático de Genética Molecular na Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa e membro do Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida, é censurável eticamente manter uma pessoa a respirar e com o coração a bater quando o seu tronco cerebral deixou de estar operativo. Em declarações ao *EXPRESSO*, aquele cientista sublinhou que «não há nenhuma esperança quando o tronco cerebral já não está operativo. Quando este morre, morre também a pessoa, pelo que não pode haver esperança quando não há vida».

Existem casos em que as “pessoas podem ficar ligadas á máquinas de reanimação durante dias, meses ou anos», mas sublinha que se trata de situações em que o tronco cerebral não foi afectado”. “Nesses casos diz, as pessoas têm lesões noutras partes do cérebro, normalmente no córtex cerebral, pelo que continuam vivas apesar de estarem em estado de coma”.

LUIS ARCHER considera ainda que a distanásia e a eutanásia são coisas opostas mas ambas portadoras da mesma reprobção ética: «Uma por prolongar a vida vegetativa de uma pessoa que já está morta; a outra, por antecipar a morte de uma pessoa que ainda está viva — mesmo que seja com a intenção de lhe pôr fim ao sofrimento. Há outras formas de abreviar o sofrimento», conclui aquele catedrático.

Por outro lado, o Prof. FARIA E COSTA afirmou ao Semanário *EXPRESSO* que, sobre essa matéria, «compete à ciência médica fornecer à comunidade científica um critério que seja racionalmente controlável por essa mesma comunidade». E acrescenta: «O Direito Penal diz que, depois de se ter verificado a morte clínica de um indivíduo (o seu tronco cerebral tornar-se inoperativo), deixa de haver qualquer tipo legal que possa incriminar quem quer que seja, com excepção dos casos de profanação de cadáveres, o que obviamente não se verifica nas situações de distanásia».

No entanto, e apesar de o Direito Penal se abster de intervir nesses casos, FARIA E COSTA não deixa de alertar para as “situações de grande melindre ético” relacionadas com o

facto de se prolongar artificialmente as funções respiratória e circulatória de um indivíduo, com o único objectivo de lhe extrair órgãos para posterior transplante. «Nesses casos — frisa FARIA E COSTA —, o acto médico de prolongamento da vida não está a ser realizado para salvar essa vida, mas está antes a instrumentalizar essa pessoa para salvar a vida de outrem». Segundo afirma, casos desses verificam-se frequentemente nos hospitais portugueses, sobretudo com jovens saudáveis vítimas de acidentes de viação.

Em 1994 a *Ordem dos Médicos*, tendo em vista o preceituado no art.º 12.º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril (colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana), fez a seguinte *DECLARAÇÃO*:

Crítérios de morte cerebral

A certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade.

I — Condições prévias

Para o estabelecimento do diagnóstico de morte cerebral é necessário que se verifiquem as seguintes condições:

1. Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;
2. Estado de coma e ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos;
3. Ausência de respiração espontânea;
4. Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino – metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas nos números anteriores.

II - Regras de semiologia

- 1 - O diagnóstico de morte cerebral implica a ausência na totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral:
 - a. Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo;
 - b. Reflexos oculocefálicos;
 - c. Reflexos oculovestibulares;

- d. Reflexos corneopalpebrais;
- e. Reflexo faríngeo.

2 - Realização da prova de apneia confirmativa da ausência de respiração espontânea.

III - Metodologia

A verificação da morte requer:

1. Realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade;
2. Realização de exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado necessário;
3. A execução das provas de morte cerebral por dois médicos especialistas (em neurologia, neurocirurgia ou com experiência de cuidados intensivos);
4. Nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à unidade ou serviço em que o doente esteja internado.

Concluindo, com MARGARIDA SILVA PEREIRA que «a ciência... opta por identificar o fim da vida humana com o momento em que terminam as funções cerebrais», sendo aqui que é detectado «o ponto de irreversibilidade segura, a partir do qual o significado do ser se transmuta e é um cadáver que se nos depara, uma entidade a que se atribui essa representação social», devendo,

Por **conduta** – entende-se a acção ou omissão pela qual o agente realiza o resultado proibido por lei.

No caso concreto é o facto humano destinado a provocar a morte de alguém.

Matar é suprimir a vida humana, quer essa supressão se traduza numa acção utilização de um meio idóneo a produzir directamente a morte, quer se consubstancie numa mera omissão — falta de actuação capaz de evitar o efeito letal (v.g. não impedir ou evitar que alguém beba líquido envenenado...).

É este o elemento material da infracção.

No Código Penal, o delito cometido por omissão só é punível quando “sobre o omitente recair um dever jurídico que pessoalmente o obrigue a evitar esse resultado” (Cfr. art. 10.º, n.º 2).

Assim, “a existência do dever jurídico, criado para impedir o resultado, é hoje o ponto mais extremo que legalmente se pode conceber no sentido de alargar a equiparação da omissão à acção no domínio do Direito Penal” (*n.º 16 do Preâmbulo do diploma que aprovou o Código de 1982*).

Como diria MAURACH «... a conduta dirigida à não execução de um fazer, a *omissão de um determinado fazer*, deverá merecer a consideração de acção. Em certas circunstâncias, o não fazer equipara-se, no Direito Penal, ao fazer activo. Relevante... não é só a acção que se traduz num fazer, mas também a acção que consiste num omitir» (*Tratado de Direito Penal*, tradução espanhola das Ediciones Ariel, *Barcelona*, II, 261 e 262).

A norma em análise, «na sua formulação só prevê directamente a punição da acção positiva de homicídio. A punição da omissão resulta, por extensão, do art. 10.º Do Código» (*M.º P.º — Évora*).

«o sujeito que está obrigado a impedir a produção do resultado, não realizando a conduta impeditiva, responde pela ocorrência no plano normativo e não causal» (DAMÁSIO DE JESUS, *Direito Penal*, 2.º 21).

Por conseguinte, «a obrigação geral de socorrer as pessoas em estado de necessidade ou de perigo para que se não tenha contribuído, não pode fazer considerar homicida a pessoa, que pela omissão deixa que outrem morra» (LUÍS OSÓRIO, *Notas ao Código Penal Português*, 3.º 57).

O evento

O crime de homicídio previsto no artigo 143º pressupõe, pois, uma conduta dirigida ao resultado, que é a morte de alguém, o que nos conduz ao domínio do dolo.

Intenção ou *dolo* «é a vontade de concretizar os elementos objectivos do tipo» (DAMÁSIO DE JESUS, *op. cit.*, 35).

A concretização do dolo vem feita no art. 14.º, que, verdadeiramente, define as várias espécies de dolo: o **dolo directo** no n.º 1, o **dolo necessário** no n.º 2 e o **dolo eventual** no n.º 3.

Há dolo directo quando o agente teve como fim a realização do facto criminoso, ou seja, quando *quis* o resultado da sua conduta (Cfr. art. 13.º, n.º 1).

Há dolo necessário quando o agente, tendo porventura um fim diferente, *prevê* o facto criminoso como consequência *necessária* da sua conduta e, no entanto, não se abstém da sua prática (art. 13.º, n.º 2).

Há dolo eventual quando o agente, ao actuar, *prevê* apenas como *possível* a realização do facto criminoso e mesmo assim *conforma-se* com a possibilidade dessa ocorrência. Isto é, o agente não quer directamente o resultado da acção, mas *assume* o risco de produzi-lo (art. 13.º, n.º 3).

No caso concreto do homicídio, há dolo quando se visa, de forma directa ou indirecta, a morte de alguém, isto é, quando se *quis* o resultado, quando se *previu* a sua ocorrência ou quando se *assumiu* o risco de produzi-lo.

“O problema da intenção de matar — diz o Prof. PINTO DA COSTA — é extremamente complexo e subtil. A intenção é uma questão de ordem subjectiva pelo que, do ponto de vista médico-legal, nunca se pode dizer se houve ou não intenção de matar” (*Vontade de Matar, Jornal de Notícias, 91.01.06*).

E escreve ainda: “... não é o perito que diz qual foi a intenção. São os ferimentos que, pelas suas próprias características, sugerem, a nível apenas de presunção, se pode ter havido tal intenção. Quem vai decidir sobre a intenção é o juiz, não se limitando à prova objectiva médico-legal, concluindo mediante apreciação dos múltiplos elementos processuais de que dispõe e dos quais a conclusão médico-legal, apesar de elemento importante, não deixa de ser uma parcela”.

Será, portanto, a partir dos ferimentos ou lesões exibidos pela vítima, (sua localização, instrumento utilizado, violência com que foram produzidos, etc.) que se chega à presunção da intenção e, a partir daí, à responsabilidade criminal do seu autor ou autores.

Já anteriormente (*Colóquio proferido em 83.03.01 na Aula Magna da Faculdade de Medicina do Porto*, subordinado ao tema *Ofensas Corporais no Novo Código Penal — Introdução ao seu Estudo Médico-Legal*) o mesmo Prof. PINTO DA COSTA afirmava que “não é o perito que diz sobre a intenção com que os ferimentos foram produzidos mas sim *as próprias ofensas é que indicam a intenção* com que foram feitas, sendo o perito, por isso, apenas o observador e relator da circunstância”.

Perante as dificuldades práticas que por vezes surgem na distinção, quanto ao evento letal, entre o *dolo eventual* e a *culpa consciente* (entendida esta como omissão das diligências necessárias ao impedimento do resultado, nos casos em que, prevista essa possibilidade, levemente se corre o risco da sua produção), são determinantes as circunstâncias do facto, de par com os *motivos do agente*.

Só eles poderão esclarecer se o arguido agiu apenas levemente na inconsiderada persuasão ou esperança de que não ocorresse o resultado previsto como possível (*culpa consciente*); ou se consciente de que o seu acto poderia acarretar a morte da vítima, agiu com perversa ou egoística indiferença, preferindo arriscar-se a produzir tal resultado ao invés de renunciar à prática do acto (*dolo eventual*). Se, a final, resta uma dúvida irreduzível, ou se o facto com os seus elementos sensíveis é equívoco, então, *in dubio pro reo*, ter-se-á de aceitar, das hipóteses enunciadas, a menos grave.

O último elemento constitutivo da infracção em análise é o **nexo de causalidade**, este elemento significa que entre a conduta do agente que quer provocar a morte de outrem e o resultado dessa conduta (a morte) deve haver um elo de ligação que permita afirmar que a morte *resultou directamente* da acção do agente.

Assim, será de concluir que a conduta do autor não é causa da morte se esta advém, não do seu acto, mas de uma circunstância accidental ou estranha ao agente.

Como refere DAMÁSIO DE JESUS, «causa é toda condição do resultado, e todos os elementos antecedentes têm o mesmo valor. Para se saber se uma acção é causa do resultado, basta, mentalmente, excluí-la da série causal. Se com sua exclusão o resultado teria deixado de ocorrer, é causa. É, pois, neste âmbito que se coloca o problema da avaliação jurídico-criminal da conduta daquele que, com intenção de matar, provoca lesões físicas em pessoa que já está *mortalmente ferida*.

Abordamos atrás esta questão, ainda que de passagem, quando, citando NÉLSON HUNGRIA, se afirmou que para a confirmação do homicídio era indiferente o grau de vitalidade da vítima.

Afigura-se-nos que, em casos como este, tudo terá que ser resolvido em sede de causalidade, ou seja: saber, no caso concreto, qual terá sido a conduta que levou à morte, se a primeira, se a segunda.

Neste contexto poderá equacionar – se assim: na primeira conduta, verificados que estejam todos os elementos essenciais do delito (acção, intenção de matar, nexo de causalidade entre a conduta e o evento) é óbvio que o seu autor responde por homicídio.

Com efeito, se alguém realizou todos os actos tendentes e idóneos a provocar a morte de outrem, mas ela não sobreveio por razões independentes da sua vontade (*v.g.* em razão de pronta e eficaz assistência médica), é manifesto que não fica impune, respondendo por homicídio na forma tentada.

Ora não vemos razões para uma solução diferente quando a acção do agente se interpõe num itinerário criminoso que por si já conduz inevitavelmente à morte, apenas acelerando esse resultado.

Se este terceiro preencheu também todos os elementos do tipo legal, torna-se evidente que cometeu um homicídio.

A solução seria, pois, segundo cuidamos, a de incriminar o primeiro como autor de um homicídio tentado e o segundo (que reforçou o nexo de causalidade que levaria à morte, introduzindo outro nexo de sua autoria) como autor de um homicídio consumado.

No mecanismo da causalidade é indiferente o tempo que medeia entre a conduta do agente (causa) e a morte (efeito).

O que importa é que o elo de ligação entre um e outro se não quebre.

O erro na execução, vide art. 16.º.

Aberratio ictus «significa aberração no ataque ou desvio do golpe. Ocorre quando o sujeito, pretendendo matar uma pessoa que se encontra ao lado de outra, vem a ofender esta. Ocorre disparidade entre a relação de causalidade entre a conduta e a morte prevista pelo agente e o nexo de causalidade realmente produzido» (DAMÁSIO DE JESUS, *op. cit.*, 45).

A propósito pondera MAIA E COSTA (*Rev. Min. Público*, 4, Vol. 16, 154 e 155) em comentário ao Ac. Rel. Lisboa de 83.12.14:

O erro sobre a factualidade típica está regulado no art. 16.º, Onde se estabelece que o erro exclui o dolo, ficando ressalvada a punibilidade da negligência nos termos gerais.

É à luz desta regra que a “*aberratio ictus*” deve ser resolvida.

O erro na execução, na medida em que constitua erro sobre um elemento típico, afasta o dolo relativamente ao crime consumado, devendo o agente ser punido, em concurso, por um crime doloso tentado e por um crime culposo consumado.

Contudo, se o resultado provocado é tipicamente idêntico ao querido pelo agente, não se pode falar de erro sobre um elemento típico, não sendo aplicável o art. 16.º.

Estaremos então perante um único crime doloso e consumado.

Na verdade, sendo o dolo a consciência e a vontade de realização do tipo, quando o “desvio” é tão escasso que a conduta não sai dos limites do mesmo tipo, não adquire qualquer relevância. O dolo abrange o resultado e assim estamos no domínio da unidade.

NO BRASIL O ENTENDIMENTO É IDÊNTICO AO PORTUGUÊS

No Brasil, a legislação proíbe a eutanásia, tratar-se de homicídio, com penas que variam de 6 a 30 anos, com possibilidade de redução de 1/6 a 1/3; tal redução, pois entende-se que estamos diante de um homicídio privilegiado, onde o privilégio aparece em razão de relevante valor moral, no caso presente, a piedade que aflora em razão do sofrimento alheio.

A palavra eutanásia tem origem no vocábulo grego, formado de “eu” que significa a boa e “thanatos” que significa morte, resultado de tal expressão: “boa morte” ou “morte piedosa, serena”.

O novo projecto estabelece que a eutanásia será prevista com essa denominação de homicídio privilegiado, o que é uma novidade, pois pela lei vigente o enquadramento do tema era feito como homicídio comum, dar-se tratamento mais benéfico, pela forma privilegiada. Assim como a pena cominada para tal delito torna-se menor, o que vem demonstrar uma boa vontade do legislador com o tema, todavia, ainda é proibida tal conduta.

Embora a eutanásia continue a ser considerada crime pela Comissão de Reforma do Código Penal, há que se observar a distinção formulada pelo legislador, quando toca no tema sob o aspecto da ortotanásia, a qual pretende ver afastada do campo penal.

Inicialmente o legislador, estabelece a distinção entre eutanásia e a ortotanásia, vale dizer, entre a eutanásia activa e a eutanásia passiva, ou ainda, entre a distanásia e ortotanásia.

Distanásia significa o prolongamento do momento da morte do paciente, através do uso de métodos reanimadores, já a ortotanásia é a morte natural decorrente da interrupção

de tratamento terapêutico, cuja permanência seria inútil quando se trate de um quadro clínico irreversível.

O legislador, para a reforma do C.P. B³² teve em atenção o desejo da medicina e inclusive da Igreja católica, torna a ortotanásia permitida, o que tem sido entendido pelos juristas e a própria sociedade, como uma forma de liberdade da dignidade no momento final, uma morte digna.

Assim, fica como fundamento, a conduta daquele que dá a morte, do agente, que pode ser qualquer pessoa, mas que comumente, poderá ser um médico, pelo conhecimento que detém ou pela facilidade que dispõe.

O médico que hoje, de qualquer forma, concorrer para dar a morte a alguém, cometerá homicídio, devendo o julgador verificar essa motivação, se tal conduta, embora criminosa, é subsumida com forma mais favorável de tratamento penal, reconhecendo-se o homicídio privilegiado ou, ao contrário, se revelado motivo que justifique tratamento mais severo, qualificando o homicídio, desencadeando uma pena ainda mais severa.

O agente da eutanásia poderá ter verificado seu crime pela forma comissiva (conduta passiva), ou pela forma omissiva (não conduta), agindo ou deixando de agir quando deveria, todavia resultando na mesma pena, se verificado o móvel do agente.

Na prática, poderá ainda estabelecer outro enquadramento ao gesto eutanásico, pois poder-se-ia estar diante de uma conduta que tenha auxiliado ou até instigado o suicídio, com penas que variam de 2 a 6 anos de prisão, pena que pode ser duplicada se o gesto foi por motivo egoísta.

O médico, ao praticar a eutanásia, poderia estar atendendo pedido do seu paciente para lhe dar a morte, ou dar-lhe a morte sem consultá-lo em virtude do paciente estar impossibilitado de manifestar vontade (ex. estado de coma), tanto num exemplo quanto noutro, esse médico responderá por homicídio e o tratamento que lhe será destinado depende do móbil do agente, ou ainda, fornecer para que o próprio paciente encontre a morte pelo suicídio, estando prevista sua conduta como *auxílio ao suicídio*.

Por último, torna-se obrigatório, a legislação sobre a retirada de órgãos humanos para transplante, pois uma das problemáticas encontradas na aceitação da eutanásia consiste numa severa desconfiança do indivíduo ser visto por um médico sem escrúpulos, como

³² Código Penal Brasileiro

verdadeira “prateleira de órgãos humanos, prontos para o transplante”, pelo desvio de corpos inanimados ou pelo desrespeito à fila dos receptores de órgãos para transplantes.

Há que se encontrar um meio-termo, um apaziguamento entre juristas e médicos, para a definição do conceito de morte, descompasso, entre a morte verificada judicialmente e a morte estabelecida no campo médico. Enquanto o médico estabelece que o paciente está a morrer, não estando o paciente, nem morto, nem vivo, inclusivamente na hora em que lhe são retirados alguns órgãos, para o jurista, não existe esse processo de morte, mas sim a morte, como momento, apresentando todas as consequências de ordem judicial para esse fenómeno. Essa descoordenação gera uma intensa desconfiança, quando, no caso concreto, ainda não se verificou a morte jurídica, todavia, verificada a morte pelo critério médico, que autoriza a retirada de órgão.

Nessas situações estar-se-ia a retirar órgão a pessoas, que embora fossem declaradas clinicamente mortas, para o direito ainda se encontravam vivas essa dualidade é inquietante.⁽³³⁾, ⁽³⁴⁾.

Morte

A morte enlaça-se hoje com o progresso técnico e científico; e com a fatal evolução do processo biológico, que foi adiado pelo desenvolvimento da ciência

A morte biológica é um dado inato e ao que parece inalterável, pois nada haverá que trave o nosso fim, mas a ciência aumentou a nossa esperança de Vida.

O Homem sabe que o destino de uma Morte é um dado consumado, mas, ele tenta esquece-la como se ela nunca fosse chegar. O progresso técnico, apesar de todos os seus avanços, tem os seus limites e dificuldades. Este aumento da esperança média da Vida do Homem envolve custos, ao atrasar a hora da morte, prolongando de forma artificial, o que se traduz no direito a morrer com dignidade. Esses Custos são de vários níveis, dores insuportáveis e doenças contínuas sem um diagnóstico de recuperação, em situação de isolamento e afastamento de todo o contacto efectivo e familiar, que não terá sentido essa luta

³³ Fonte: D'URSO, Luís Flávio Borges. ⁽³³⁾ Responsabilidade do Médico Diante da Eutanásia. Revista IMESC – Nº 1 – Dezembro – 1998 – Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo. Disponível em: <[Http://www.imesc.sp.gov.br/rev1g.htm](http://www.imesc.sp.gov.br/rev1g.htm)>. Acesso em: 14 Jul. 2004

³⁴ D'Urso Luís Flávio Borges é advogado criminalista, professor de Direito Penal, mestre e doutorando em Direito Penal pela USP, presidente da Associação Brasileira dos Advogados Criminalistas (ABRAC), presidente da Academia Brasileira de Direito Criminal (ABDCRIM), Presidente da Ordem dos Advogados do Brasil Seccional São Paulo (OAB-SP).

contra o destino até às ultimas possibilidades o doente acaba por ter uma quantidade superior de sofrimento na contrapartida de auferir de um pequeno prolongamento da sua angústia,

Não é concebível que se prolongue a Vida de alguém contra a sua vontade, recusando-lhe a libertação de uma Vida que perdeu toda a sua dignidade de beleza, significado e perspectivas futuras.

Desta forma seria a Eutanásia, capaz de facultar essa morte tranquila e serena, um gesto de compaixão e carinho que eliminaria o desespero e a agonia do doente e o sentimento de inutilidade e peso para os outros, evitaria desse modo as dores e sofrimentos terminais, quando nenhuma esperança mais existisse numa evolução do seu quadro clínico.

Deve distinguir-se a Eutanásia do simples abandono dos meios desproporcionados. E não se pode, fazer equivaler a acção à omissão, a partir da consideração de que ambas podem produzir o mesmo efeito.

A equiparação da acção à omissão exige que, sobre o omitente, recaia um dever de praticar a acção omitida. E, do ponto de vista de realização, é diversa a situação de quem deixa de utilizar meios que não são necessários ou que actua para conseguir um bem e defender um valor importante, ainda que se produza a antecipação da morte, daquela situação em que alguém realiza ou omite uma acção com o desejo de provocar a morte, ou, ainda, daquele que, embora diga que a não pretende, emprega um meio que só serve para causa-la ou não deixa de realizar, estando obrigado a efectuar um acto que a evitaria.

A morte começa quando as funções humanas desaparecem de forma irreversível. Não obstante as técnicas médicas evoluírem, a capacidade do médico prestar ao moribundo um outro tipo de ajuda humana de que ele também necessita diminui, o paciente fica abandonado ao seu destino, como se não fosse necessária nenhuma ajuda ou acompanhamento.³⁵

O homem tem medo da morte, prefere ignora-la, negar a sua existência. Daí que, quando se depara com a sua proximidade, procura transferir a responsabilidade para outra pessoa, o médico. Ajudar um doente é dar-lhe uma comunicação afectiva em que possa partilhar o que vive e o que sente, contudo a falta de preparação humana para lidar com essa situação é grande. Assim, a forma mais simples acaba por ser a utilização de medicamentos que o colocam num estado de inconsciência e eliminam a necessidade de

³⁵ A imagem da morte é demasiado insuportável para a nossa sociedade pois que não somos ensinados para enfrentar a morte. O medo de morrer transforma-se num querer esquecer.

O que será importante salientar é que o morrer faz parte da nossa existência, vida e morte estão entrelaçados de tal forma que não é possível traçar uma fronteira entre ambas, já que ninguém pode viver sem ao mesmo tempo ir morrendo a cada dia que passa, desde o dia do nascimento estamos mais próximos da Morte, como que se tratasse de uma contagem decrescente, em que não sabemos onde parar responsáveis.

qualquer comunicação. Uma solução mais digna e adequada seria criar unidades de cuidados paliativos e nas quais se dá importância à preocupação especial que o ambiente humano que cerca o doente constitui para se responder às suas exigências afectivas e ajudá-lo a superar os seus medos, aliviar as dores físicas e tensões interiores, permitindo-se, por outro lado, que se conserve a sua autonomia e lucidez respeitando-se a personalidade do paciente. Só existem sete unidades de cuidados paliativos no país, manifestamente pouco para 10 milhões de habitantes. (Assunto que será tratado detalhadamente mais adiante).

Como cita Teixeira Fernandes:

“a eutanásia constitui indubitavelmente um problema da nossa contemporaneidade. Mas se ela é um efeito perverso da modernidade, há que saber apontar um rumo à cultura, de forma que se reconstituam a solidariedade, se redescubra o sentido da vida, renasça a esperança em algo que transcende a monotonia do quotidiano, se exorcizem os males criados pela solidão e pela angústia, e se restabeleça a ligação entre a morte e o imaginário colectivo. Não advogamos um regresso ao passado, o nosso olhar de optimismo está posto no futuro. As sociedades têm à sua escolha uma de duas opções: serem mortíferas ou criadoras de vida. Compete ao homem escolher”.³⁶

Importante agora fazer a ponte entre o supra-descrito e o enquadramento Penal Português, e assim sendo:

Homicídio (privilegiado) por compaixão

O direito penal aproxima-se da Eutanásia no artigo 133.º (homicídio privilegiado) do Código Penal, que dispõe que «quem mata outra pessoa dominado por 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».

Consagrou-se a *eutanásia activa involuntária*, por acção.

Mas exclui-se a eutanásia eugénica e a eutanásia económica que se enquadram no homicídio simples ou qualificado.

O *homicídio privilegiado* é o homicídio que recebe censura mais suave, em razão dos motivos que determinaram a sua perpetração.

³⁶ Teixeira Fernandes António, Modernidade e Eutanásia em Colóquio sobre Eutanásia, Academia das Ciências de Lisboa, 1993, p. 361,

Os motivos constituem, no direito penal moderno, uma das pedras de toque do crime. Não há crime *gratuito* ou sem motivo e é no motivo que reside a significação mesma da infracção. O motivo é o *adjectivo* do elemento moral do crime. É através do porquê do crime, principalmente, que se pode rastrear a personalidade do criminoso, e identificar a sua maior ou menor anti-sociabilidade. Para regular e *individualizar* a medida da pena, não basta averiguar o valor psicológico do réu, a maior ou menor intensidade do dolo ou a quantidade do dano ou perigo de dano: é imprescindível ter-se em conta a *qualidade* dos motivos impelentes (cfr. NÉLSON HUNGRIA, op. cit. 123 e 124).

Entre os motivos que podem privilegiar o crime conta-se a *compaixão*.

Há *homicídio por compaixão* sempre que o agente provoca a morte de alguém por piedade, movido pelo exclusivo propósito de poupar a vítima ao sofrimento físico com que se debate.

No homicídio por compaixão costumam os autores incluir a *eutanásia*, definindo-a como o homicídio misericordioso, que é praticado para aliviar piedosamente o irremediável sofrimento da vítima.

Nesse sentido o *Ministério Público do Distrito Judicial do Porto* e em comentário a esta norma, reflectiu: “Também neste artigo se abrange a chamada *eutanásia activa*, que assim é punida como um homicídio privilegiado, com vista a evitar que os Tribunais deixem de a punir através do recurso ao princípio da não exigibilidade. Falamos, é claro, da eutanásia homicida praticada *por acção*, que é aquela que consiste em dar a morte doce e suavemente, sendo o encurtamento da vida previsto e querido de modo directo e imediato, para extinguir a dor. Já quanto à eutanásia homicida por omissão ou *distanásia*, ela não é enquadrável neste artigo nem em qualquer outro do presente Código. Não deve ser considerada punível. Na verdade, a lei incrimina o encurtamento da vida e não a atitude negativa que constitui a omissão do seu prolongamento por meios artificiais quando, até onde a ciência dos homens pode alcançar, o fim está à vista... Quanto à eutanásia eugénica (que se propõe eliminar, sem sofrimento, com fins de selecção e de pureza rácica, os tarados, débeis, aleijados ou enfermos, cujos descendentes, por inflexíveis leis da hereditariedade, seriam nocivos à sociedade) e à *eutanásia económica* (que visa suprimir os enfermos crónicos e incuráveis, as bocas inúteis que constituem um pesado fardo económico para a sociedade), não devem, atenta a sua motivação, enquadrar-se neste artigo, mas nos arts. 131.º ou 132.º”.³⁷

³⁷ *Código Penal Anotado*

Exemplo clássico do homicídio privilegiado por compaixão é o do médico que, movido por piedade, abrevia a vida do seu doente que se debate em grande sofrimento e sem qualquer esperança, ministrando-lhe uma substância letal (*eutanásia activa por acção*).

O que pode levar à atenuação da responsabilidade criminal do agente, e em consequência à diminuição da pena, são, pois, *motivos relevantes, atendíveis*, como os que acabamos de ver.

Mas não basta apenas a existência desses *motivos* para que se justifique desde logo o enfraquecimento da censura.

É também indispensável que se apure se, no caso concreto, o agente da infracção actuou “*dominado*” por tais motivos, como o exige a lei.

Só quando foram esses motivos que empurraram o agente para o cometimento do delito, *dominando-o* na sua determinação o que cabe ao julgador apurar através do estudo da sua personalidade—é que se pode verdadeiramente e com rigor dizer que estamos perante uma situação que, por diminuir sensivelmente a culpa, justifica um tratamento mais benevolente.

Por outro lado convém não esquecer que quando o legislador fala em *motivo de relevante valor social ou moral* quer naturalmente referir-se, também, a motivo que diminua sensivelmente a culpa do agente, dominando-o.

Assim, no caso de se tratar de motivos de relevante valor social ou moral do tipo “razões” ideológicas, políticas ou pretensamente científicas, de que foram exemplo recente as práticas eutanásicas nazis”, aí, por estarmos perante “motivações “frias”, cerebrais ou intelectuais, que não dominam psicologicamente o autor a ponto de se justificar a diminuição sensível da sua culpa», é forçoso aplicar a punição que cabe ao homicídio em geral e não a censura privilegiada conferido pelo artigo em apreço.³⁸

A previsão contida no art. 133.º do Código Penal refere-se apenas àquelas situações em que o agente da infracção actua *automaticamente*, isto é, movido por uma *vontade própria que é exclusiva*.

Se, porém, concorrer com a sua vontade a *vontade da vítima* temos o *homicídio a pedido* de que nos fala o art. 134.º *eutanásia a pedido*

³⁸ Cfr. AUGUSTO LOPES CARDOSO, *Alguns Aspectos Jurídicos da Eutanásia*, BMJ, 401-7.

Se a vítima, contudo, se limitou a dar um mero *consentimento* para a eutanásia, isto não altera a incriminação, que continuará a ser a do art. 133.º, não se justificando muito menos a não punibilidade, pois o interesse jurídico em causa a vida é um bem indisponível (cfr. arts. 31.º, n.ºs 1 e 2, al. d) e 38.º, n.º 1), podendo tal consentimento, isso sim, funcionar como factor de atenuação nos termos gerais (art. 72.º, todos do Código Penal).

Se concorrer com a vontade do agente a *vontade de terceiros* que não a da própria vítima (v.g. de familiares desta que solicitam ao médico que acelere a morte, poupando-a assim ao sofrimento em que se debate) então a situação tanto poderá cair no âmbito do *homicídio privilegiado* deste artigo (se o médico agir *dominado* pela compaixão ou piedade) como no do *homicídio em geral* (se o médico não tiver agido sob esse domínio art. 131.º).

Se, porém, a morte sobreveio não em resultado de uma conduta activa do agente, mas de uma *omissão* (caso, por exemplo, do médico que deixa de prestar cuidados de saúde ao seu doente, acelerando-lhe com essa atitude a morte) já será diferente o respectivo regime jurídico.

As situações concretas podem ser várias (Cfr. renúncia aos meios artificiais de prolongamento da vida não ligando a máquina, não iniciando novo tratamento, entre outros.; interrupção dos meios artificiais de sobrevivência desligando a máquina, interrompendo o tratamento).

Aqui é entendimento praticamente unânime entre os operadores do direito que, em princípio, situações como estas não são criminalmente relevantes e por isso não são puníveis.

Há autores, no entanto, que excepcionam os chamados casos de *estabilidade da vida*, em que ainda é possível, com utilidade, manter o paciente numa situação que merece protecção (v.g. estados de coma prolongados).³⁹

Uma outra situação delicada será aquela em que por exemplo o médico, para aliviar o sofrimento do doente, tem que usar e *usa de meios que lhe encurtam a vida*.

Estamos mais uma vez perante um conflito de deveres: de um lado o dever de proteger a vida do paciente e de outro o dever de lhe aliviar o sofrimento.

Qual sacrificar?

³⁹ É o caso do DR. AUGUSTO LOPES CARDOSO quando escreve:

«Entendo que não é lícito, à face da nossa lei, e mantendo-se um estado de vida, tomar a iniciativa de omissão de cuidados ou da supressão de meios, sob pena, pelo menos, de prática de homicídio por negligência...» E conclui: «As situações têm extrema delicadeza, mas não devem ser vistas no puro plano objectivo. Não será exigível, por exemplo, a prática de tratamentos sucessivos para debelar afecções esporádicas e isoladas que, pela sua natureza, estão ligadas a um processo patológico global e irreversível, tratamentos esses que neguem de facto o direito de morrer dignamente. Ao médico incumbe uma decisão consciente, mas em permanente conflito de deveres»—art. 36.º—«sendo justificável que se decida pela morte digna e certa em vez de um retardamento desta à custa de um debelar momentâneo das patologias parciais. Mas já não poderá deixar de se exigir uma acção médica de tratamento quando o estado de vida do paciente “estabilizar”, ainda que à custa de “meios” aparentemente “artificiais”» (*op. e loc. cit.*).

Acredita-se que não será de exigir que, em situações como esta, o médico mantenha o seu doente em sofrimento, que poderá ser insuportável, à custa da conservação da sua vida.

O caso concreto dirá o melhor juízo, mas objectivamente, e com fundamento em *estado de necessidade desculpante* que é causa de exclusão da culpa (art. 35.º do Código Penal) poderemos desresponsabilizar criminalmente o agente que na emergência se tenha socorrido das melhores artes da sua profissão.

E sem culpa não há crime (art. 13.º do Código Penal).

Finalmente temos a situação do médico que decide prolongar a vida do paciente, tendo já a certeza clínica de que esse *prolongamento é artificial e inútil*.

Não estamos já no âmbito do homicídio, como é óbvio, mas já agora abordamos a questão, por representar o reverso da omissão de cuidados médicos.

Nestes casos, como a acção é contrária à *intenção* de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão etc., exigida pelo art. 150.º, haverá, e em princípio, crime de ofensa à integridade física.

É comumente aceite que só se pode falar em *atentado contra a vida* se efectivamente havia vida no momento da acção do agente.

Ora isso leva-nos a considerar que, antes de avaliarmos, no caso concreto, da conduta do agente, teremos que saber se a vítima estava ou não morta aquando da acção tida por criminosa.

O que implica desde logo conhecer o que deve entender-se por *morte*.

É que o facto de a vítima ainda manter em actividade algumas das suas funções (v.g. bater do coração, função respiratória, etc.) isso não significa necessariamente que esteja viva.

Sendo o conceito de morte um *conceito médico* ou do âmbito das ciências médicas, há que pedir naturalmente à medicina que nos forneça o critério ou critérios orientadores para distinguir se uma pessoa estava ou não morta no momento da acção do agente, sendo que o âmbito em que se situa esta intervenção me dispensará abordar em texto essa questão.⁴⁰

⁴⁰ E felizmente que têm os julgadores recebido das ciências médicas contributos muito úteis para o esclarecimento de questão tão sensível e melindrosa.

De entre tantos salientamos alguns, começando desde logo por o que nos é dado por GENTIL MARTINS:

«A existência de lesões irreversíveis que impedem qualquer vida de relação, e que na ausência dos meios artificiais, levarão à morte de todos os órgãos, embora de forma gradual, porque o corpo não morre todo ao mesmo tempo, é quanto a nós suficiente para se verificar o óbito.

Antigamente, a morte era a paragem do coração e da respiração, só que isso acontece precisamente quando ocorre a morte do tronco cerebral. Hoje, é possível morrer cá em cima, ao nível cerebral, mantendo em função outros órgãos, só que isso não é já vida humana, por não existir capacidade de sobrevivência espontânea. O problema é comprovar-se a irresponsabilidade dessa lesão, ou da morte».

E conclui: «Os médicos e a lei devem aceitar os critérios da morte cerebral, competindo à Ordem dos Médicos a definição dos parâmetros científicos em que se devem basear os médicos para a determinação daquela, responsabilizando-se a Ordem em mantê-los actualizados conforme os avanços da ciência».

Os PROFS. LOBO ANTUNES e LESSEPS REYS, no seu trabalho «*O Diagnóstico de Morte Cerebral*» escreveram a propósito:

“Toda a deontologia médica se alicerça no respeito absoluto da vida e da pessoa do doente. Se bem que o médico tenha a obrigação moral de empregar todos os meios ao seu alcance para salvar a vida do doente, deverá reconhecer, em devido tempo, quando é que esses meios podem, de facto, ser utilizados...”

Os meios hospitalares de reanimação artificial são escassos e altamente dispendiosos. É obrigação do médico saber geri-los, afectando-os aos doentes em situação grave, mas com possibilidades de recuperação, pois não é moralmente aceitável que esses recursos sejam desperdiçados em acções terapêuticas sem esperança.

Uma pessoa será declarada morta quando, segundo critérios estabelecidos, se verifique paragem irreversível das funções respiratórias e circulatória, ou, paragem irreversível da função cerebral, incluindo o tronco cerebral (morte). O diagnóstico de morte cerebral deverá ser considerado quando se observarem as circunstâncias seguintes: o doente encontra-se em coma profundo, tendo sido excluídas como causa do coma, a ingestão de drogas depressoras do sistema nervoso central, hipotermia e alterações endócrinas ou metabólicas: o doente está mantido por ventilação assistida por a respiração espontânea ser inadequada ou ter cessado, sem que tal se pudesse atribuir ao uso de relaxantes musculares ou outras drogas com efeitos depressores sobre os centros respiratórios; quando se tiver apurado que a situação clínica do doente é devida a lesão estrutural irreversível do sistema nervoso central, cuja etiologia foi estabelecida de forma inequívoca».

E para se obter a confirmação do diagnóstico de morte cerebral avançam-se as seguintes regras: «Comprovar-se a ausência de reflexos do tronco cerebral (as pupilas apresentam um diâmetro fixo e estar ausente o reflexo fotomotor; o reflexo da córnea estar abolido; observar-se a ausência de respostas motoras dependentes dos nervos craneanos após estimulação adequada de qualquer área do corpo; verificar-se a ausência do reflexo de deglutição e do reflexo de tosse em resposta à estimulação da árvore traqueobrônquica; ausência de movimentos respiratórios espontâneos após desconexão do ventilador mecânico por um período de tempo suficiente 15 minutos para assegurar a subida da pressão parcial do anidrido carbónico no sangue arterial acima do limiar de estimulação dos centros respiratórios). A presença de reflexos de automatismo espinal não invalida o diagnóstico de morte cerebral. A temperatura do corpo na altura da observação não deverá ser inferior a 35°C. Em caso de dúvida, seja na verificação dos critérios, seja no estabelecimento da etiologia do estado de coma, deverá consultar-se o neurologista ou neurocirurgião. Quando tal não for possível, é aconselhável examinar o doente por mais uma vez, podendo o período de observação estender-se até 24 horas. Em casos em que o diagnóstico se afigure óbvio, tais como após traumatismo craneano grave ou hemorragia intracerebral, uma única observação poderá ser suficiente».

Finalmente temos as opiniões do Professor de Deontologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, ADELINO MARQUES, que raciocina assim:

«Hoje em dia a ciência médica, em consonância com especialistas de variadas ciências humanas, considera que a morte de uma pessoa corresponde à cessação irreversível das funções do encéfalo. Este acontecimento, que geralmente é consequência inevitável da paragem prolongada e irremediável do funcionamento do coração, pode verificar-se em condições muito particulares e relativamente pouco frequentes, mesmo com a conservação das funções cárdio-circulatória e respiratória, sob assistência mecânica, em regime de cuidados intensivos. É possível, pela aplicação de métodos de exame, actualmente bem definidos pelos especialistas, verificar sem qualquer sombra de dúvida a certeza de morte (correntemente rotulada, em tais condições, como «morte cerebral»).

No nosso país a Ordem dos Médicos, no uso da sua competência legal, determina critérios de natureza científica no campo da Medicina. Ora a Ordem está ao corrente do que se passa não só nos mais avançados centros do estrangeiro como nos serviços especializados dos nossos hospitais centrais. Assim, decidiu estabelecer para Portugal um corpo de critérios perfeitamente actualizados, que não deixam margem para dúvidas quanto à verificação da morte do ser humano. E só no caso de serem negativas as respostas a todos os vários exames a que o indivíduo é submetido é que ele é considerado morto... Começo por referir que a expressão «morte cerebral» poderia discutir-se, pois é uma situação em que não só o cérebro está em causa. O que não há dúvida é que há um momento em relação ao qual a ciência afirma, peremptoriamente, que o indivíduo está morto, ainda que o seu coração pulse, os rins, os pulmões e outros órgãos funcionem. Esse momento ocorre quando cessam, de forma irreversível, as funções de encéfalo—isto é, do conjunto das estruturas nervosas contidas na caixa craneana”.

E explica:

«Sob um ponto de vista biológico, há mortes parciais— quer dizer, há estruturas biológicas que podem continuar vivas ainda que a vida do ser humano tenha cessado. Qualquer leigo sabe que, por exemplo, os pelos e as unhas continuam a crescer nos cadáveres durante algum tempo. Também é conhecido que o coração do indivíduo pode parar sem que ele morra, desde que haja uma pronta reanimação. Mas do que não há dúvida para a ciência é que a vida se perdeu irremediavelmente quando cessam de modo irreversível as funções do encéfalo. É esta tal situação correntemente designada por «morte cerebral», (*Jornal de Notícias*, de 86/02/26).

Em passado muito recente e a propósito da morte por acidente de Ayrton Senna, campeão mundial de automobilismo (fórmula 1), que teria sido mantido artificialmente vivo durante horas para não prejudicar interesses vários ligados à competição, escrevia ANTÓNIO MARINHO em artigo publicado no semanário *EXPRESSO* (94/06/04).

«... este caso trouxe para a ribalta a questão de saber quando é que um ser humano deve ser considerado morto e, sobretudo, quando e em que circunstâncias se pode ou deve desligar a máquina que o mantém «vivo». E isso assume particular relevância quando se correlaciona com a problemática dos transplantes, em que, não raro, os cadáveres são mantidos em vida vegetativa a fim de lhes serem retirados, mais tarde, órgãos em boas condições para transplante noutras pessoas.

Para LUIS ARCHER, Catedrático de Genética Molecular na Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa e membro do Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida, é censurável eticamente manter uma pessoa a respirar e com o coração a bater quando o seu tronco cerebral deixou de estar operativo. Em declarações ao *EXPRESSO*, aquele cientista sublinhou que «não há nenhuma esperança quando o tronco cerebral já não está operativo. Quando este morre, morre também a pessoa, pelo que não pode haver esperança quando não há vida».

No caso de Ayrton Senna, LUIS ARCHER pensa que o objectivo «foi manter-lhe a respiração e circulação depois de ele estar morto, para dar ao público a impressão, por razões de oportunidade, que ele ainda estava vivo». Segundo refere, isso não foi eticamente correcto, dado que «eram visíveis os sinais de que o seu tronco cerebral deixara de estar operativo».

Reconhece, no entanto, que há casos em que as «pessoas podem ficar ligadas a máquinas de reanimação durante dias, meses ou anos», mas sublinha que se trata de situações em que o tronco cerebral não foi afectado. «Nesses casos—diz —, as pessoas têm lesões noutras partes do cérebro, normalmente no cortex cerebral, pelo que continuam vivas apesar de estarem em estado de coma».

LUIS ARCHER considera ainda que a distanásia e a eutanásia são coisas opostas mas ambas portadoras da mesma reprovação ética: «Uma por prolongar a vida vegetativa de uma pessoa que já está morta; a outra, por antecipar a morte de uma pessoa que ainda está viva—mesmo que seja com a intenção de lhe pôr fim ao sofrimento. Há outras formas de abreviar o sofrimento», conclui aquele catedrático.

Por outro lado, JOSÉ FARIA E COSTA, professor de Direito Penal na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, afirmou ao *EXPRESSO* que, sobre essa matéria, «compete à ciência médica fornecer à comunidade científica um critério que seja racionalmente controlável por essa mesma comunidade». E acrescenta: «O Direito Penal diz que, depois de se ter verificado a morte clínica de um indivíduo (o seu tronco cerebral tornar-se inoperativo), deixa de haver qualquer tipo legal que possa incriminar quem quer que seja, com excepção dos casos de profanação de cadáveres, o que obviamente não se verifica nas situações de distanásia».

No entanto, e apesar de o Direito Penal se abster de intervir nesses casos, FARIA E COSTA não deixa de alertar para as «situações de grande melindre ético» relacionadas com o facto de se prolongar artificialmente as funções respiratória e circulatória de um indivíduo, como único objectivo de lhe extrair órgãos para posterior transplante. «Nesses casos—frisa FARIA E COSTA —, o acto médico de prolongamento da vida não está a ser realizado para salvar essa vida, mas está antes a instrumentalizar essa pessoa para salvar a vida de outrém». Segundo afirma, casos desses verificam-se frequentemente nos hospitais portugueses, sobretudo com jovens saudáveis vítimas de acidentes de viação.

Quanto à matéria da recolha de órgãos para transplantes, FARIA E COSTA salienta que existem dois modelos legais. Um, o do consentimento expresso, impede que se retirem órgãos do cadáver de uma pessoa que em vida não tenha manifestado expressamente o seu consentimento.

O outro, conhecido por modelo do dissenso, é o que vigora em Portugal e consiste na proibição de extrair órgãos a cadáveres de pessoas que em vida o tenham expressamente proibido. Ou seja, enquanto nuns casos só se pode retirar órgãos a cadáveres de quem o tenha expressamente consentido em vida, noutros, pode-se retirar a todos os cadáveres de pessoas que em vida o não tenham expressamente proibido.

No que diz respeito à problemática da eutanásia, FARIA E COSTA afirma que o nosso Direito Penal a considera como um homicídio especial em que as atenuantes estão vertidas no respectivo tipo legal que é o do artigo 134.º do actual Código Penal. Com efeito, aí se afirma que «quem matar outra pessoa imputável e maior, determinado pelo pedido instantâneo, consciente, livre e expresso que ela lhe faz, será punido com pena de prisão de 6 meses a 3 anos», enquanto o homicídio simples, previsto no artigo 131.º do mesmo Código, é punido com uma pena de 8 a 16 anos de prisão.

Recentemente a *Ordem dos Médicos*, tendo em vista o preceituado no art. 12.º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril (colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana), fez a seguinte *DECLARAÇÃO*:

Conselho Nacional Executivo

Critérios de morte cerebral

A certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade.

I—Condições prévias

Para o estabelecimento do diagnóstico de morte cerebral é necessário que se verifiquem as seguintes condições:

- 1) Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;
- 2) Estado de coma e ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares craneanos;
- 3) Ausência de respiração espontânea;
- 4) Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas nos números anteriores.

II—Regras de semiologia

1— O diagnóstico de morte cerebral implica a ausência na totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral:

- a) Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo;
- b) Reflexos oculocefálicos;
- c) Reflexos oculovestibulares;
- d) Reflexos corneopalpebrais;
- e) Reflexo faríngeo.

2— Realização da prova de apneia confirmativa da ausência de respiração espontânea.

III—Metodologia

A verificação da morte requer:

- 1) Realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade;
- 2) Realização de exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado necessário;

A. Homicídio a pedido da vítima

O artigo 133.º do Código Penal insere a eutanásia homicida prevista e querida pelo próprio agente, como modo de pôr termo a insuportável sofrimento da vítima; ou seja, na eutanásia activa involuntária, por acção.

No artigo 134.º do mesmo diploma (homicídio a pedido da vítima) estamos perante a eutanásia forçada e determinada por pedido da vítima, perante a eutanásia activa voluntária. Dispõe-se neste artigo que.⁴¹

Ultimamente o problema da *eutanásia* tem conhecido, em sectores responsáveis, amplos desenvolvimentos que vêm pôr em crise os tradicionais conceitos de *morte* e de *direito à morte*, tendo até gerado não há muito tempo nos Estados Unidos, com o longo calvário da jovem Karen Ann, que sucumbiu a um comatoso período de 10 anos após ingestão de bebidas alcoólicas e de tranquilizantes, um movimento imparável de solidariedade para com outras fórmulas capazes de melhor responderem às novas situações que a vida, dia a dia, vai colocando ao Homem.

Daí que se venha questionando abertamente o que deve ser entendido por morte e quais os direitos que assistem àqueles a quem a ciência médica já negou o direito de viver — os chamados pacientes sem esperança, os desenganados — ou aos que apenas «vivem» artificialmente, tão só e enquanto uma máquina lhes assegura as funções vitais.

Relativamente ao primeiro tema (conceito de morte) cuida-se, por exemplo, de saber se está morto quem jamais poderá recuperar as funções cerebrais, embora continue a realizar funções meramente físicas; e quanto ao segundo (direito de morrer) pondera-se sobre a justificação do prolongamento artificial da vida, quando, por exemplo, a ciência já não tem recursos que permitam facultar ao paciente viver por si próprio, ou quando este já manifestou vontade de não suportar por mais tempo o martírio de uma vida falsa.

3)A execução das provas de morte cerebral por dois médicos especialistas (em neurologia, neurocirurgia ou com experiência de cuidados intensivos);

4)Nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à unidade ou serviço em que o doente esteja internado.

Sobre esta temática podem ainda ver-se com interesse, e entre outros, OLIVEIRA E SÁ (*Cronotanatagnose. Contribuição para o seu Estudo Médico-Legal, Coimbra, 1966*) e FIGUEIREDO DIAS (*O problema da ortotanásia: Introdução à sua Consideração Jurídica, in As Técnicas Modernas de Reanimação. Conceito de morte. Aspectos Médicos, Teológico-Morais e Jurídicos, Porto, Ordem dos Advogados, 1973*).

⁴¹ “Quem matar outra pessoa determinada por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha feito é punido com a pena de prisão até 3 anos” – Código penal português – professor doutor Manuel da Costa Andrade – 9ª edição – Quid Iuris Outubro de 2001.

Há tempos, a Igreja, pela voz do Papa João Paulo II, recordou que “quando a morte é inevitável, independentemente dos meios que se utilizem, é permitido em consciência tomar a decisão de recusar formas de tratamento que poderiam apenas assegurar um prolongamento precário e penoso da vida, de modo a que o tratamento normal concedido a pessoas em condições semelhantes continue a ser prestado”.⁴²

O Prof. Adriano Moreira proclama que, nestas situações, “são de utilizar, sempre, os meios ordinários de tratamento. Quanto aos extraordinários, devem utilizar-se os que estejam disponíveis e que pareçam proporcionados aos resultados a obter. Não há, porém, obrigação de usar os meios desproporcionados, especialmente se eles servirem apenas para prolongar um sofrimento inútil”.⁴³

Por seu turno o Dr. Queirós e Melo afirmava que a eutanásia “é inaceitável, porque traduz a eliminação do homem, que tem limites”. E colocava assim a questão: “Uma coisa é a eutanásia como processo de eliminação, e outra é o não prolongamento dos tratamentos ao paciente. Há um mundo abissal entre uma e outra forma» (...); «é perfeitamente legítimo a alguém não querer continuar a sua vida, mas a abstenção de tratamento não é a mesma coisa que o acto que conduz à morte. Totalmente diferente”.

Acrescenta ainda: “o doente, que está a morrer e quer morrer, tem direito a morrer. A morte com dignidade é algo a que todos nós temos direito. Toda a pessoa é livre de fazer, ou não, os tratamentos, mas o médico não deve fazer por lhe abreviar a morte”.⁴⁴

Há, pois, quem, pura e simplesmente, repudie a eutanásia (“o homem não pode dispor da vida”) e quem a aceite em nome do alívio de um sofrimento imerecido (“mais vale morrer do que perder a vida”; “não quero que me matem, quero é que não me obriguem a viver”; “todo o homem tem o direito de dispor do instante da morte”; etc.).

Ainda não há muito tempo os jornais noticiaram um caso ocorrido nos Estados Unidos da América em que um homem que permanecia há 20 anos paralisado do pescoço para baixo pediu ao Tribunal de Nevada que autorizasse os médicos a desligarem o aparelho que o mantinha vivo.

Como o seu único familiar vivo era o pai, homem já com 65 anos de idade e muito doente, o paciente, através do seu advogado, solicitou ao Tribunal que lhe permitisse acabar os seus dias, sem que os médicos ou outras pessoas coadjuvantes viessem a ser processados por homicídio.

⁴² In Reunião organizada pela Academia Pontifícia de Ciências.

⁴³ Aborto, 28 e 29.

⁴⁴ Em entrevista concedida ao «Comércio do Porto» (87.11.23).

Desconhece-se o sentido da decisão que veio a ser proferida, sabendo-se, contudo, que o procurador não levantou obstáculos a uma decisão favorável ao requerente.

E em 8 de Novembro de 1994, o Parlamento do Estado norte-americano do Oregon, aprovou uma Lei, possivelmente única no mundo, em que se deixa ao critério dos médicos, cujo juramento profissional os obriga a nada fazer que possa prejudicar o doente, a decisão de aceitar ou não o pedido de morte de um doente, pedido esse que deve ser escrito e apenas em situações em que o tempo de vida previsto seja inferior a 6 meses.

Na Holanda acontecem com frequência situações em que aos doentes terminais se apressa a morte.

Há notícias de que “mais de uma dezena de vezes por dia é tomada a decisão de desligar a máquina que mantém vivos os doentes em coma irreversível. A legislação, no entanto, pune a eutanásia com 12 anos de prisão. Mas ninguém é julgado, e os processos, se existem, são mandados arquivar”.⁴⁵

Ainda em Outubro de 1994 a Televisão holandesa exibiu um documentário que mostrava uma morte por eutanásia (“Morte a Pedido”), em que aparecia um paciente vitimado por uma doença terminal (esclerose lateral amiotrófica ou doença de Lou Gehrig), com a mulher ao lado, a receber uma injeção letal do seu médico.

Os jornais informavam a propósito o seguinte:

O casal resolveu permitir a realização do filme por achar que deviam romper o tabu sobre a eutanásia, tolerada no país, e expor o procedimento à discussão pública. A reacção dos espectadores holandeses deu-lhes razão pois a estação de televisão foi inundada por telefonemas, dos quais 95 por cento apoiavam a decisão do casal. Contudo, na Grã-bretanha, onde a BBC pretende exibir em breve o documentário, as opiniões dividiram-se. Os que defendem o direito dos enfermeiros à morte saudaram como um avanço o passo dado pela BBC. Por seu lado os que se opõem, incluindo muitos médicos, dizem que o controlo da dor está hoje tão avançado que os doentes não têm necessidade de se suicidar para fugir ao sofrimento e que a eutanásia pode transformar-se numa espécie de discriminação e numa maneira de se livrar dos pacientes complicados.

⁴⁵ OLGA DE VASCONCELOS, *Eutanásia — um Direito Para Sair da Vida ou a Dignidade Para Entrar na Morte?*, *Jornal de Notícias*, 90.03.04.

A Comunicação Social também divulgou em Fevereiro de 1995 que o chefe do executivo do Estado Australiano dos Territórios do Norte havia apresentado um projecto de lei sem precedentes, que visava legalizar a eutanásia, tendo em vista pôr fim à tortura que muitos doentes terminais sofriam no leito de morte, apesar dos cuidados que lhes eram ministrados.

Tal projecto de lei contemplava a possibilidade de se conceder autorização a médicos para prestarem assistência à morte voluntária de doentes que a tivessem pedido por escrito e cuja esperança de vida fosse clinicamente considerada inferior a 1 ano.

Este projecto, porém, sofreu uma tenaz oposição parlamentar, tendo-se considerado “obsceno” debater um texto sobre eutanásia quando a população aborígine do Estado morria demasiado jovem por falta de assistência adequada. Foi não obstante aprovado, mas manteve muito pouco tempo em vigor.

Em Portugal, e face ao respectivo ordenamento jurídico, «todos estão de acordo em que, em princípio, o dever de assistência e tratamento do médico persiste até ao momento em que sobrevém a morte — prevalecendo abertamente, na determinação deste momento, o critério da função cerebral e da chamada *morte biológica*. Mas daqui não se retira logo que todas as formas que pode assumir a chamada *eutanásia* integrem o tipo do crime de homicídio. Integram-no, sem dúvida, a morte dada às chamadas *vidas indignas de serem vidas*, por exemplo a morte dada a doentes mentais incuráveis. Como se tem entendido que o mesmo deve ser dito para os casos da chamada *morte misericordiosa*, isto é, a morte dada pelo médico a um doente incurável e em estado de sofrimento, mas por forma diferente da do seu abandono ao processo natural.

Coisa diferente se vem defendendo, porém, para as hipóteses do chamado *auxílio médico à morte* — para os casos, portanto, em que o doente se encontra já incurso num processo que, segundo o conhecimento humano e um razoável juízo de prognose médica, conduzirá sem remissão à morte.

O nosso legislador não subscreveu a impunidade do homicídio a pedido da vítima, mas previu tão só uma atenuação da censura penal, atenuação acentuada em relação ao artigo. 133.º (homicídio privilegiado). Neste último a pena era, como vimos de prisão de 1 e 5 anos, enquanto que no homicídio a pedido da vítima a pena de prisão vai de 30 dias a 3 anos.

Em princípio, o dever de assistência e tratamento médico persiste até ao momento em que sobrevem a morte (critério da função cerebral e da chamada morte biológica).

Diversa será, como se viu, a hipótese do chamado auxílio médico à morte - casos em que o doente se encontra já incurso num processo que, segundo o conhecimento humano e um razoável juízo de prognose médica, conduzirá sem remissão à morte.

Para que o mecanismo contemplado no art. 134.º do Código Penal (homicídio a pedido da vítima) possa vingar torna-se necessário que o *pedido da vítima*, se apresente:

- *sério*—proveniente de pessoa capaz e denunciador de um propósito esclarecido e decidido, (indóneo, portanto, para convencer o destinatário);
- *instante*—firme, insistente, pertinaz, repetido, convincente;
- *expresso*—manifestado de forma inequívoca.

Nelson Hungria focaliza a situação a que o artigo se reporta pela forma seguinte: «O indivíduo que autoriza a própria morte não está, não pode estar na integridade de seu entendimento. O apego à vida é um sentimento tão forte que o homem, no seu estado psíquico normal, prefere todas as dores e todos os calvários à mais suave das mortes (...).

A licença para a eutanásia deve ser repelida, principalmente, em nome do Direito. Mesmo admitindo-se que o assentimento da vítima pudesse anular a criminalidade do facto, não seria ele jamais o produto de uma vontade consciente ou de uma inteligência íntegra. De outro lado, reconhecer no intuito caritativo do matador um motivo de plena exculpação importaria, como acentuava Carrara, a adopção de um precedente subversivo em matéria penal (...).

Defender a eutanásia é, sem mais, nem menos, fazer a apologia de um crime». ⁴⁶

Só caso a caso se pode ajuizar se haverá um homicídio puro ou antes um homicídio eutanásico.

Daí que devam ser subtraídos à previsão do preceito “todos os casos em que o pedido da vítima, apesar de instante, é determinado por situações de desespero e dado inconscientemente, ou em estado de perturbação, que o agente deve sempre ponderar antes de actuar”. ⁴⁷

⁴⁶ Op. cit., 130 e 131.

⁴⁷ M.º P.º — Évora.

Uma vez que o homicídio a pedido pressupõe uma vontade instante, consciente, livre e expressa da vítima, ter-se-á que concluir que, se esta for inimputável, o homicida será punido pelo art. 133.º, pois uma vontade viciada por incapacidade psíquica não releva para a atenuação da censura.

B. Ajuda ao suicídio.

Directamente conectado com a eutanásia está também a ajuda ao suicídio previsto no artigo 135.º do Código Penal⁴⁸, tratando-se de menor de 16 anos ou com capacidade de valoração ou de determinação sensivelmente diminuída a pena é de prisão de 1 a 5 anos. Este preceito penaliza a chamada eutanásia por sugestão.

Para que se verifique suicídio é necessária a intenção positiva de renunciar á vida. O suicídio define-se por ser a eliminação voluntária e directa da própria vida.

Sendo um acto censurável e proibido, quer moralmente, quer no próprio direito. Não é suficiente para se cair neste artigo a simples ou uma qualquer renunciar à vida para estarmos perante um suicídio para que tal aconteça é necessário que essa renúncia seja ilícita.

Assim, se a renúncia surge não ilicitamente mas no uso de um direito próprio como sucede com algumas crenças religiosa como exemplo as testemunhas de Jeová que se recusam a receber uma transfusão sanguínea se dela necessitarem para continuar a viver, não comete suicídio quem, no uso desse direito, se predispõe deste modo à morte por não querer aceitar o sangue.

Suicídio haverá, pois, quando surge um comportamento voluntário dirigido à própria morte, nem sempre é fácil a interpretação do suicídio.

O Prof. Pinto da Costa refere que existem situações psico-patológicas que não deixam qualquer dúvida de que certos suicídios surgem como manifestação de doença. Na ausência de causas sociais podem encontrar-se sempre factores psico-patogénicos na origem do suicídio egoísta.

⁴⁸ “Quem incitar outra pessoa a suicidar-lhe, 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”- Código penal português – professor doutor Manuel da Costa Andrade – 9ª edição – Quid Iuris Outubro de 2001.

O artigo 135.º do Código Penal.” Incitamento ou ajuda ao suicídio”

No disposto no nº1 Incrimina-se a participação no acto suicida, prevendo-se dois modos diferentes de actuação o incitamento a ajuda.

O incitamento ao suicídio traduz-se numa instigação para que a pessoa a quem se dirige ponha termo à vida.

Incitar significa estimular, convencer, induzir, persuadir, aconselhar, provocar, desafiar, mover, impelir.

Tanto há incitamento na instigação para a prática do acto como no fortalecimento ou estímulo de uma vontade já predisposta ou vulnerável. O incitamento, como refere MANUELA SILVEIRA, é o processo pelo qual se faz nascer “um desejo auto-agressivo num indivíduo que não tinha antes, pelo menos consciencializado, qualquer projecto suicida” e a que pode seguir-se “um incitamento agora enquanto estímulos, a dar continuidade e execução ao projecto assim nascido”.⁴⁹

Não basta que alguém, através dos meios de comunicação, faça a apologia do suicídio, dando causa a que algum destinatário, sugestionado, se mate. É necessário que se dirija a pessoa determinada.

Tal conduta poderá integrar, o crime de propaganda do suicídio, contemplado no art. 139.º.

A ajuda ao suicídio é o auxílio, a assistência material, por forma a que o suicídio se concretize fornecendo armas, veneno, livros...

Terá que ter-se presente, todavia, que o auxílio, na espécie, é prestado conscientemente no sentido de favorecer a execução do suicídio, mas sem confundir-se com esta. se o agente ao incitamento adicionar a ajuda não comete dois crimes mas apenas um, o que não impede que, na graduação da pena, se tenha em consideração essa dupla acção.

É imperioso que a acção do agente participante tem que assumir natureza dolosa, o que vale por dizer que é necessário que se tenha previsto e desejado, como resultado dela, que o visado a tomará como idónea e se determinará pelo suicídio.

Exige-se, pois, que haja dolo na conduta do agente, o chamado dolo de dano.

Tem-se entendido que é bastante o *dolo eventual*, como sucede, por exemplo, quando o agente, sabendo que o seu cônjuge já mostrou propósitos suicidas em resultado dos maus-tratos físicos recebidos, não hesita em continuar a infligi-los, conformando-se com o risco que a reiteração da sua conduta causa.

⁴⁹ *Op. cit.*, pág. 93.

A parte final do n.º 1 do preceito estabelece um requisito para que o crime fique perfeito ou seja que o suicídio venha efectivamente a ser tentado ou a consumir-se.

Crê-se que constitui antes elemento da infracção e não condição de punibilidade.

A participação no suicídio só ganha relevância jurídica quando se concretiza o perigo de que ele venha a acontecer e este só se verifica quando na realidade a vítima iniciou o percurso que o pode conduzir à morte, pois é sinal de que o acto do agente participante teve eficiência. E o perigo existe mesmo quando a vítima venha a desistir de concluir o suicídio. É assim que se poderá afirmar que a participação no suicídio começa a ganhar contornos jurídicos quando o visado principia a pôr em perigo a sua vida, praticando acto que de uma forma concreta e evidente cria um perigo de lesão dessa mesma vida. Aqui começa, pois, a tentativa de suicídio, passando a participação a entrar na área da conduta punível.

No n.º 2 Prevê-se uma agravação da pena para casos em que especiais razões reclamam uma censura mais firme e enérgica. A diferença de molduras penais assenta, assim, na circunstância de neste n.º 2 a vítima estar diminuída na sua capacidade de se determinar de forma totalmente livre, desempenhando aí a participação um papel de maior risco.

Assim se entendendo, chegava-se à conclusão de que quase ficava esgotado o campo de aplicação do n.º 1, por praticamente caírem no âmbito do n.º 2 todos os comportamentos de participação no suicídio, o que era, no mínimo, incorrecto e fora dos propósitos do legislador.

Só haverá agravação quando a pessoa ajudada for menor de 16 anos ou esteja sensivelmente diminuída na sua capacidade de valoração do acto que pretende realizar bem como do alcance do empenhamento alheio em que a morte se verifique, não podendo, assim, decidir-se, determinar-se, com total liberdade, entre o deixar-se guiar pelas ajudas externas ou superiorizar-se a elas.

A diminuição da capacidade de valoração ou de determinação que terá que ser sensível, séria, significativa e não meramente insignificante e inexpressiva) pode assentar em razões e causas das mais diversas psíquicas, ambientais. apenas importando que o indivíduo, por um motivo ou outro, esteja efectivamente diminuído na sua capacidade.

A participação no suicídio pode ser prestada por omissão?

Parece não ser possível instigar-se por meio de um «non facere», no que concerne á participação através de instigação uma vez que a instigação pressupõe uma conduta activa que faça nascer na vítima a vontade de pôr termo à vida ou reforce uma ideia da morte já antes pensada.

O M.º P.º no Distrito Judicial do Porto é contra, e, colocado perante o exemplo da falta de assistência a preso em greve da fome e de que resultou a morte, sufraga que isso “não é defensável perante o nosso Código, que consagra a teoria da causalidade adequada e exige expressamente uma acção positiva, um *facere*.”

No mesmo sentido se pronuncia DAMÁSIO DE JESUS ao escrever: «A expressão empregada pelo Código Penal, para suicídio, é indicativa de conduta de franca actividade. Assim, não cremos possa existir participação em suicídio praticada por intermédio de comportamento negativo». ⁵⁰

A ajuda ao suicídio pode resultar, em certas circunstâncias, de uma conduta omissiva, como quando o participante tem o dever jurídico de impedir a morte, e, podendo evitá-la, o não tenha feito.

Haverá, então, lugar a censura penal com base no preceituado nos arts. 135.º e 10.º, ambos do Código Penal.

No entanto, no caso de suicídios subsumíveis no n.º 1 do art. 135.º, Razões atinentes à ordem jurídica na sua globalidade afastam o dever de impedimento. *Isto não* significa, todavia, que haja um especial dever de abstenção perante actos suicidas». ⁵¹

A participação no suicídio a participação não pode ultrapassar os limites da ajuda, sob pena de, anulada totalmente a capacidade de determinação e disposição da vítima, a acção do ajudante cair no domínio do homicídio.

Embora Concretamente possa ser difícil distinguir um auxílio de um homicídio a pedido da vítima, há diferenças essenciais entre os dois crimes, pois que naquele primeiro é a vítima quem decide, em última instância, iniciar o percurso que a leva à morte, e no último, a decisão em pôr termo à vida fica na dependência de um estranho a ela, exactamente aquele a quem se pede que a determine.

C. Propaganda ao suicídio

A propaganda ao suicídio um tipo de crime que pode ser igualmente relacionado com a problemática da eutanásia. (artigo 139.º)⁵²

⁵⁰ *Direito Penal*, 2.º 107.

⁵¹ *Op. cit.*, 203.

⁵² “Quem, por qualquer modo, fizer propaganda ou publicidade de produto, objecto ou método preconizado como meio para produzir a morte, de forma adequada a provocar suicídio é punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias. Código penal português – professor doutor Manuel da Costa Andrade – 9ª edição – Quid Iuris Outubro de 2001.

O novo tipo visa sancionar aquele que, de forma pública, algum método idóneo a provocar a morte a quem queira fazê-lo ou para a provocar sem sofrimento, constituindo assim um atractivo para quem tenha predisposição para pôr termo à vida e não se encontre ainda suficientemente decidido. Para existir crime de incitamento ou ajuda ao suicídio é necessário que a acção se dirija a pessoa determinada. O crime consuma-se com um acto de propaganda ou publicidade sendo atreves de qualquer forma ...medicamentos, instrumentos ou processos susceptíveis de provocar a morte, ou apenas a sua divulgação pública, e essa publicidade seja adequado ou idóneo ao fim pretendido o suicídio só serão de punidos os agentes que tenham uma entendimento integral desses mesmos comportamentos e do seu significado, e não aqueles que de alguma forma tinham tido algum tipo de intervenção mas não chegaram a aperceber do alcance da conduta assumida. Não se entende que o artigo abranja situações como o exemplo de alguém que possa incorrer na previsão do artigo só porque, um amigo, empreste um livro versado em métodos de suicídio, e alguém cometa o suicídio, aí não existira a intenção da divulgação. Ao decifrar a expressão por qualquer modo inserida no artigo do Código Penal à luz dos princípios fundamentais da na Constituição afigura-se-nos que poderá haver alguma sobreposição entre o tipo legal do preceito ora em análise e o do art. 135. ° (ajuda ao suicídio). Basta pensarmos na hipótese de alguém emprestar a outrem um livro onde se descrevam práticas suicidas, não para fazer a defesa destas praticas, mas para incentivar ou ajudar esse outro a suicidar-se, o que vem a suceder.

Em tais casos devera entender-se que se comete apenas o crime do art.135. °, por força das regras da consumpção.

IV – CONCLUSÃO

De tudo o que foi exposto aqui, conclui-se que o homicídio a pedido da vítima é um tema muito problemático, exigindo uma reflexão demorada antes de uma tomada de opinião favor ou contra. E foi após algumas reflexões que se chega à percepção de que a posição do Código Penal face à questão. Diz o art. 135 que “Quem matar outra pessoa por pedido sério instante e expresso que ela lhe tenha feito é punida com pena de prisão até 3 anos.” Não há citação expressa à eutanásia, porém, a Exposição de Motivos exemplifica como aprovada pela moral “ a compaixão perante o irremediável sofrimento da vítima (caso do homicídio eutanásico) ”. A “morte boa” funcionaria como disfarce, ocultando provavelmente crimes horribéis.

Por outro lado, a questão do pedido sério instante e expresso – o consentimento assenta-se em bases não muito sólidas, pois entende-se que a pessoa que sofre dores intoleráveis não possui plenamente capacidade de entender e de querer, sendo a morte um desejo passageiro. Não se discute a ocorrência de casos em que, no auge do sofrimento, pessoas imploraram a morte como única saída para o tormento em que se encontravam e tempos depois desistiram da ideia uns doentes, por algum motivo, sentiram-se estimulados a viver e lutar contra o sofrimento; outros acostumaram-se a conviver com o seu estado e, sendo a dor um fenómeno psicológico, aprenderam a lidar com a doença.

Quanto à questão da incurabilidade não se acredita que existam males incuráveis e possivelmente quase ninguém acredita, uma vez que se acreditasse a ciência e tecnologia especialmente no campo da Medicina não teria evoluído tanto como nas últimas décadas.

Permitir a cessação da vida de um ser humano, mesmo doente desenganado num estado terminal e a pedido do próprio, é um acto de risco supremo num país como o nosso.

Somos contra a eutanásia, mas não radicalmente, pois cada caso é um caso e talvez num, quem sabe num futuro não muito longínquo haja um referendo e uma eventual regulamentação da Eutanásia em Portugal.

A Eutanásia voluntária é eticamente aceite apesar de não estar legalmente regulamentada em todas as suas vertentes.

A **eutanásia passiva** apesar de não ser a mais discutida eticamente também não está exaustivamente regulamentada

O suicídio assistido nos Estados Unidos é amplamente questionado pela ordem médica legal e ético. Tema muito problemático, exigindo uma reflexão demorada antes de uma tomada de opinião favor ou contra. E foi após algumas reflexões que se chega à percepção de que a posição do Código Penal face à questão. Diz o art. 135 que “Quem matar outra pessoa por pedido sério instante e expresso que ela lhe tenha feito é punida com pena de prisão ate 3 anos.” Não há citação expressa à eutanásia, porém, a Exposição de Motivos exemplifica como aprovada pela moral “ a compaixão perante o irremediável sofrimento da vítima (caso do homicídio eutanásico) ”. A “morte boa” funcionaria como disfarce, ocultando provavelmente crimes horríveis.

O pedido sério instante e expresso:

O consentimento assenta-se em bases não muito sólidas, pois entende-se que a pessoa que sofre dores intoleráveis não possui plenamente capacidade de entender e de querer, sendo a morte um desejo passageiro. Não se discute a ocorrência de casos em que, no auge do sofrimento, pessoas imploraram a morte como única saída para o tormento em que se encontravam e tempos depois desistiram da ideia uns doentes, por algum motivo, sentiram-se estimulados a viver e lutar contra o sofrimento; outros acostumaram-se a conviver com o seu estado e, sendo a dor um fenómeno psicológico, aprenderam a lidar com a doença.

Incurabilidade: dado o progresso da ciência e tecnologia, especialmente no campo da Medicina, nada garante que o mal incurável que fundamenta a eutanásia, não se torne curável em tempo oportuno.

Permitir a cessação da vida de um ser humano, mesmo doente desenganado num estado terminal e a pedido do próprio, é um acto de risco supremo num país como o nosso.

Somos contra a eutanásia, mas não radicalmente, pois cada caso é um caso e talvez num futuro, quem sabe não muito longínquo, haja um referendo e uma eventual regulamentação da Eutanásia em Portugal. A Eutanásia voluntária é eticamente aceite apesar de não estar legalmente regulamentada em todas as suas vertentes.

A **eutanásia passiva** apesar de não ser a mais discutida eticamente também não está exaustivamente regulamentada

O suicídio assistido nos Estados Unidos é amplamente questionado pela ordem médica legal e ética.

Ninguém é tão idoso
que não deseje viver mais um ano

Cícero 106 – 43 AC.

“O Ser Humano sabe que é mortal e, como tal,
é o animal que simultaneamente fala e pensa
na sua própria morte”

Hubert Lapargneur

A morte é hoje em dia, o maior dos tabus, enquanto se instalaram as novas ideologias da saúde
e da juventude perenes, e tende a surgir a ideologia genética.

Augusto Lopes Cardoso

"Eutanásia não é homicídio. Viver é sempre fazer escolhas, inclusive a escolha de decidir
morrer.”

Débora Diniz, professora de antropologia e directora da Associação Internacional de Bioética

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Abel, Francesc (1996) Comités de Bioética: necesidad, estructura y funcionamiento. Documento apresentado no II Seminário do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Lisboa.
- A.Cabello Mohedano; Francisco, Manuel Garcia Gil, José; Viqueira Turnez, Augustín- Entre los Límites Personales Y Penales de la Eutanasia- Universitat de Girona (A81.1.61).
- Andorno, Roberto (1998) Bioética y dignidad de la persona. (trad do autor). Madrid: Editorial Tecnos. (Orig. Pub. 1997).
- Archer, Luis; Biscaia, Jorge; Osswald, Walter; Renaud, Michel (coord), (2001) Novos Desafios á Bioética. Porto: Porto Editora.
- Archer, Luís, Onde veio e para onde vai a bioética? Disponível em URL <http://www.informac.gov.mo/aam/portuguese/boletim.html> (última consulta 2002.11.21).
- Ascensão, José de Oliveira (1991) 'Direito e Bioética', in Revista da Ordem dos Advogados, II, Ano 51, Julho. Lisboa.
- Bernard, Jean, (1994) A Bioética. Lisboa: Instituto Piaget.
- Berlinguer, G. (1992) A concepção biológica da mulher: do preconceito à ciência in: Questões de vida : ética, ciência, saúde. Salvador: Apce.
- Bobbio, Norberto (1992) A era dos direitos. Editora Campus.
- Cabral, Roque Os princípios de autonomia, beneficência, não malificência e justiça In Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (Ed.) Bioética, 53-58. Lisboa: Editorial Verbo.
- Canotilho, J.J. Gomes, (1998) Direito Constitucional e Teoria da Constituição 2 ed. Coimbra: Almedina.
- Canotilho, J.J. Gomes, Moreira, Vital (1993) Constituição da República Portuguesa Anotada. 3ª edição. Coimbra: Editora.
- Cundiff, David – A eutanásia não é resposta – Medicina e saúde.
- Engelhardt Jr., Tristram, (1986) The Foundations of Bioethics. NY: Oxford University Press.
- Estéfani, Rafael Junquera de (1998) Reproducción Asistida, Filosofía Ética y Filosofía Jurídica. Madrid: Tecnos.
- Estella (Navarra) 1994. (Acc1-121) - Palabras Clave en Bioética –Editorial verbo juridico .Av de Pampelona 31200
- Freire de Sá, Maria de Fátima (coord) (2002) Biodireito. Belo Horizonte: Dei Rey
- Gafo, Javier (ed.), La eutanasia y el arte de morir, Universidade Pontificia Comillas, Madrid, 1989
- Garrido, Glória M Tomás (coord) (2001) Manual de Bioética. Barcelona: Editorial Anel.

- Goffi, Jean -Yves (1998) Eugenismo in Dicionário da Bioética Hottois, G; Parizeau, M. H. (coord) Lisboa: Instituto Piaget (Orig. Pub 1993).p. 219
- Gutiérrez, Maria Veja (1998) 'Los Derechos Reproductivos in la Sociedad Postmoderna: Una Defensa o una Amenaza Contra ei Derecho a Vida?',in Derechos Reproductivos y Técnicas de Reproducción Asistida, (cood.) Jaime Vidal Martinez. Editorial Comares.
- Habermas, Jürgen, (1999) Direito e Moral, Lisboa: Instituto Piaget.
- Hegel, Princípios da Filosofia do Direito (1821), trad. port. de O. Vittorino, Lisboa, Guimarães Ed., 1990, p. 160.
- Hottois, Gilbert, Parizeau, Marie-Hélène (coord) (1998) Dicionário da Bioética. Lisboa: Instituto Piaget.
- Hottois, Gilbert, (1998) Bioética in Hottois, Gilbert; Panizeau, Marie-Hélène (coord) in Dicionário da Bioética. Lisboa: Instituto Piaget.
- Hungria, Nelson. Comentários ao Código Penal. Vol. V, p. 128-131.
- Juanatey Dorado, Carmen –Derecho, Suicidio Y eutanasia- Ministério de Justicia e Interior (89-74)
- Lenoir, Noëlle, Mathieu, Bertrand (1998) Le droit International de la Bioéthique (Textes). Paris: Puf.
- Lenoir, Noëlle col Sturlèse, Bruno (1991) Aux frontières de la vie: une éthique biomédicale à la française, Raport au Premier ministre. 2 vols. Paris: La Documentation Française.
- Lenoir, Noëlle (1994) Setembro - Entrevista Le Courrier de L'UNESCO, 5-8
- Lenoir, Noëlle, Conclusions au colloque Bioéthique et droits de l'homme, Caen de 23 et 24 Outubro par la Mission pour le cinquantième anniversaire de la Déclaration universelle des droits de l'homme
- Lopes Cardoso, Augusto – Alguns aspectos jurídicos da Eutanásia Ex-Bastanário da Ordem dos Advogados). Págs 8 a 31.
- Barbosa Madalena Artigo de Medicina e Saúde® N° 115 / Maio de 2007
- Neirinck, Claire La Protection de la Personne de L'Enfant contre ses Parents. Paris: Librairie General de Droit et de Jurisprudence.
- Noronha, Edgard Magalhães. Direito Penal. Vol. II. São Paulo: Editora Saraiva, 1994.
- N. Weisstub, David, C.Thomas, David Gauthier, Serge and F.Tomossy, George-Aging: Decisions at the End of Life-International Library of Ethics, Law, and the New Medicine (Ps4-4350).
- Palacios, Marcelo (coord) (2000) Bioética 2000, Sociedad internacional de Bioética (SIBI). Ediciones Nobel.
- Potter, Van Rensselaer (1988) Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy. East Lansing, Michigan State: Univ. Press.
- Potter, Van Rensselaer (1971), Bioethics, Bridge to the Future. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Potier, Jarques – A morte oportuna – Notícias Editorial (6-37-19-79).

Rabago, Leon (1998) La Bioética para el Derecho. Guanajuato: Universidad de Guanajuato — Facultad de Derecho.

Reale, M., (1978) Lições Preliminares do Direito, 5 ed. São Paulo: Saraiva.

Rede Europeia de Cooperação Científica «Medicina e Direitos do Homem» da federação Europeia das Redes Científicas Face aos Direitos do Homem à Ética e às Morais. Lisboa: Instituto Piaget (Orig. Pub.1996).

Revista da Ordem dos Médicos, Código Deontológico, Ordem dos Médicos, nº3/85 (Março 1985), Lisboa p.9.

Serrão, Daniel (1996) Bioética e Qualidade de Vida - Desafios e Limites, in Vértice 74/Outubro-Novembro 1996, p.18-19.

Simas Santos, Leal Henriques – Código Penal Anotado I e II Vol. – Editora Rei Dos Livros, 3ª Edição 2000.

Encyclopedia of Bioethics (1978) vol 1 dirigida por W. T. Reich, New York, vol.1 Encyclopedia of Bioethics (1995) 2 ed., vol.1, W. T. Reich, editor in chief New

Internet Disponível em: URL

Anjos, Márcio Fabri dos Bioética: Abrangência e Dinamismo (Espaços 4/2 (1996), p. 131-143) Disponível em: URL: <http://www.redemptor.com.br/revistas/logus/teolog> (última consulta 2002.12.10).

Bernardino Soares na AR sobre Regulamentação das técnicas de procriação medicamente assistida 4 de Junho de 1998 Disponível em: URL:

Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Disponível em: URL:

<http://www.qddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionaisdh/tidhregionaisconvbiologiaNOVO.html> (última consulta 17 Novembro 2002).

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida Reflexão Ética sobre a dignidade Humana 26/CNECV/99 Disponível em: URL: <http://www.cneqv.çpt/documentos/html/documentos.htm> (última consulta 2003.10.19).

<http://www.pcp.pt/lactpol/temassaude/a9806042> (última consulta 2002.11.18).

<http://www.lafacu.com/apuntes/medicina/eutanasia>

http://www.lafacu.com/apuntes/derecho/euta_II/default.htm

http://www.lafacu.com/apuntes/derecho/euta_histo_actu/default.htm

<http://www.Www.terra.com.br/mundo/2000> – 28 de Novembro de 2000. Vaticano critica legalização da eutanásia na Holanda

[http://www Www.terra. Com.Br/mundo/2000](http://www.Www.terra.Com.Br/mundo/2000) – 28 de Novembro de 2000. Deputados holandeses aprovam legalização da eutanásia

[http://www.lafacu.com/apuntes/derecho/euta _histo_actu/default.htm](http://www.lafacu.com/apuntes/derecho/euta_histo_actu/default.htm)

ADENDA:

Boletim de Medicina Legal e Toxicologia Forense – Actas da 16ª Reunião da Sociedade Médico-Legal de Portugal – Vol. XI – nº1 – 1997.

Vários Autores, “Eutanásia”, Ed. São Paulo, Lisboa, 1994 (Retirado de Factos da Vida, nº 13)

<http://www.cancaonova.br>, de 27 de Outubro de 2007

<http://www.associaçãoPortuguesa/de/cuidados/paliativos.pt>

<http://www.pesquisadireito.com/medicinalegal> (última consulta 2007.10.15)

<http://www.portalmedico.org.br/revista/biau7/eutanasia> (última consulta 2007.10.15)

<http://www.fm.usp.br/pdf/medicina20%legal.pdf> (última consulta 2007.10.16)

http://www.abem-eduemed.org.br/rbem/pdf/volume7_z/ensino_da_etica.pdf

<http://www.zodig.it/speciali/> (última consulta 2007.10.16)

<http://www.correiodamanha.pt/noticias.asp> (última consulta 2007.10.17)

<http://www.terravista.pt/nazare/111/eut.htm> (última consulta 2007.10.17)

<http://www.lafacu.com/apuntes/derecho/euta> (última consulta 2007.10.18)

http://www.lafacu.com/apuntes/derecho/euta_histo_actu/default.htm (última consulta 2007.10.18)

<http://www.lafacu.com/apuntes/medicina/eutanasia> (última consulta 2007.10.18)

http://www.lafacu.com/apuntes/derecho/euta_II/default.htm (última consulta 2007.10.18)

<http://www.classiques.uqac.ca/simassantos> (última consulta 2007.10.19)

<http://www.cumgranosalis.blogspot.com/2007/02/direitoebioetica> (última consulta 2007.10.20)

<http://www.fd.ul.pt/licenciatura/dp.2> (última consulta 2007.10.18)

<http://www.aedum.pt/jornal20%nov.dez.2006/sbfinal/5pdp> (última consulta 2007.10.20)

<http://www.lis.ulusiada.pt/cursos/graduacao/licenciaturas/direito/022282> (última consulta 2007.10.21)

RESUMOS

EUTANASIA – Conceitos

O termo Eutanásia provém do grego e significa “morte doce” ou “morte tranquila”. Como conceito, designa uma acção ou uma omissão que, pela sua natureza, ou pelo menos na intenção, procura a morte com o objectivo de eliminar a dor física ou psicológica, estando habitualmente associada a doentes que sofrem de doenças terminais, que se encontram em situação de morte cerebral ou de imobilidade total e na dependência de terceiros.

É o processo através do qual alguém causa deliberadamente a morte de outra a pedido do próprio. A eutanásia é uma questão extremamente controversa e tem dividido tanto a sociedade civil como a classe médica ao longo da história.

Desde o início da medicina moderna que os médicos tiveram de se confrontar com pacientes que, vítimas de males incuráveis ou de situações limite de dor, pediam assistência para antecipar a sua própria morte.

Já em 1623 o médico e filósofo inglês Francis Bacon (*Historia vitae et mortis*), defendia ser “*desejável que os médicos desenvolvessem a arte de ajudar os moribundos a sair deste mundo com mais doçura e serenidade*”.

Etimologicamente significa “morte doce” ou “morte tranquila”, provindo do grego.

Conceptualmente, designa uma acção ou uma omissão que, pela sua natureza, ou pelo menos na intenção, procura a morte com o objectivo de eliminar a dor física ou psicológica, estando habitualmente associada a doentes que sofrem de doenças terminais, que se encontram em situação de morte cerebral ou de imobilidade total e na dependência de terceiros.

Praticamente, é o processo através do qual alguém causa deliberadamente a morte de outra a pedido desta última. Na sua abordagem há que ter em conta a intencionalidade e o efeito da sua acção, que define o âmbito activo ou passivo da sua prática:

- ☐ é considerada **activa** quando se administra uma substância que provoca directamente a morte do doente;
- ☐ **Passiva** quando é efectuada através de uma omissão, designadamente de um profissional de saúde.

Suicídio Assistido

Alguns pacientes solicitam aos seus médicos, auxílio para ajuda-los a morrer, geralmente com emprego de substâncias farmacológicas.

A diferença com a EUTANASIA é que nestes casos o paciente que solicita o suicídio assistido, o próprio paciente desencadeia a morte.

Esta solicitação também poderá ser suscitada a outras pessoas próximas, a familiares e amigos.

Direito português

Todo o desempenho da medicina, e todo o dever de actuação ético deontológico por parte dos médicos que a exercem, num imperativo Constitucional de protecção dos Direitos Fundamentais à Vida e à integridade pessoal, plasmados nos artigos 24º e 25º da Constituição da República Portuguesa.

Eutanásia Passiva:

- De que forma e que com contornos é que a autonomia individual integra a extensão negativa de *non facere*, dos Direitos à Vida e ao corpo;
- Com que abertura existe uma liberdade do paciente decidir sobre a sua própria sujeição a um determinado tratamento ou a faculdade de recusar ser tratado,

O direito penal aproxima-se da EUTANASIA no seu **Art.133º C.P (Homicídio privilegiado)**

“ Quem mata outra pessoa dominado por 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”.

Como exemplo de homicídio privilegiado ou por compaixão é o do médico que movido por piedade, abrevia a Vida do seu doente que se encontra em grande sofrimento, e sem qualquer esperança de Vida, ministrando-lhe uma dose letal. (EUTANASIA activa por acção).

Art.134º C.P (Homicídio a pedido da vítima)

nº1 *“Quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresse que ela lhe tenha feito é punido com pena de prisão até 3 anos.”*

Art.135º C.P (Incitamento ou ajuda ao suicídio)

nº1 *“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 consumar-se”.*

nº2 *“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”.*

*O Artigo 24º da CRP “Direito à Vida”, declara que a Vida Humana é inviolável.
A Vida Humana resulta de um sistema delicado que cumpre um processo biológico com duração limitada e que termina inevitavelmente com a Morte.*

Conflito de Deveres

Autonomia do doente VS Autonomia do médico

A autonomia do médico no exercício da sua profissão, e a autonomia do paciente, de decidir livremente quando capaz, ou através de um representante legal, a que tratamento se quer submeter ou mesmo não querer nenhum tratamento, entram em conflitualidade entre si, o médico vinculado pelo seu código Deontológico e o seu juramento profissional;

A autonomia do paciente é o principal limitador da autonomia do médico, a autonomia deste deveser ser respeitada pelos médicos como pelos seus familiares.

Não constitui crime deixar de deixar de manter a Vida de alguém através de meios artificiais se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente, ou na sua impossibilidade dos familiares com capacidade.

Aumento esperança média de Vida

A morte envolve-se hoje com o avanço técnico e científico, não sendo o processo biológico o único que interfere com o fim da Vida, a técnica adiou esse destino certo, o que traduz num aumento da esperança média de Vida.

Com o aumento da esperança de Vida, surgiu um grande problema o Custo associado, ao atrasar a hora da morte, prolongando-a de forma artificial, acaba-se por dar ao paciente uma dose maior de angustia... É cruel que uma pessoa seja mantida Viva contra a sua vontade, quando a sua Vida perdeu toda a dignidade.

Pode dizer-se que a morte começa quando as funções humanas desapareçam de forma irreversível, ficando o paciente abandonado ao seu destino muitas vezes sem nenhum acompanhamento, afectivo e emocional...

Mas é grande a falta de preparação humana para acompanhar um moribundo no final da sua Vida, sendo a forma mais fácil a prescrição de medicamentos que o colocam na inconsciência e suprimem a necessidade de qualquer comunicação.

A solução mais digna é a criação de Cuidados Paliativos, estas unidades pretendem ajudar os doentes a superar os medos, as angustias, a aliviar as suas dores físicas e tensões interiores.

Cuidados Paliativos

A EUTANASIA é um problema contemporâneo da sociedade em que vivemos.

Os cuidados paliativos definem-se como uma resposta activa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. São cuidados de saúde activos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo.

Em Portugal existem apenas sete unidades específicas de cuidados paliativos, incluindo os sectores públicos e privado: nos IPO do Porto e de Coimbra, no Hospital do Fundão, no Centro de Saúde de Odivelas unidade ambulatoria, na Santa Casa da Misericórdia da Amadora e de Azeitão e em Idanha-a-Nova.

Existem ainda muito poucas unidades para as necessidades do país.

Os cuidados paliativos não são cuidados menores no sistema de saúde deverão ser parte integrante do sistema de saúde, promovendo uma intervenção técnica que requer formação e treino específico obrigatórios por parte dos profissionais que os prestam,

Muitos aspectos do tratamento paliativo são aplicáveis no início da doença e, não apenas no tratamento no final da vida, podendo ser combinado com o tratamento das infecções ou outras doenças afins. Os cuidados paliativos são desenvolvidos por uma equipa que inclui médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais e que se alongam à família do doente terminal. O objectivo principal é ajudar as pessoas em fase terminal, os seus familiares e as pessoas próximas, escutando-as e acompanhando-as de forma a encontrar um novo sentido para a vida e, simultaneamente, aliviar o sofrimento e proporcionar condições de dignidade na vida, na doença e na morte.

Ramón Sampedro (15/1/1998)

Tetraplégico as 26 anos, assim permaneceu durante 29 anos.

Travou uma luta judicial de 5 anos.

Solicita (1993) autorização para morrer, mas os juízes espanhóis não o permitem.

Planeia com o auxílio dos amigos a sua morte:

- Muda-se (1997) para uma pequena aldeia Galega (Porto do Son);
- É encontrado morto a 15.1.1998.
- Um vídeo regista os últimos momentos da sua vida e a acção consciente que conduziu à sua morte.
- Uma amiga, incriminada pela polícia por homicídio, acaba ilibada. “Mar Adentro”

Professora garante que o Papa pediu a eutanásia

Uma médica italiana, Lina Pavanelli, anestesista e professora na Universidade de Ferrara, afirmou que João Paulo II foi ajudado a morrer, que pediu a eutanásia, uma situação claramente proibida pela igreja, segundo Pavanelli o papa foi privado da alimentação.

Na altura, o Vaticano informou que a referida sonda, que permitia alimentar o paciente pelo nariz, foi colocada a 30 de Março de 2005, três dias antes da morte, a 2 de Abril. Concluiu, assim, a anestesista, que a sonda foi colocada demasiado tarde, numa

altura em que o sumo pontífice tinha perdido já 15 quilos e se aproximava um momento muito doloroso.

“Só uma decisão do paciente de recusar o tratamento pode explicar o comportamento da equipa médica”, conclui a docente.

O médico pessoal de João Paulo II, Renato Buzzonetti, declarou ao “La Repubblica” que a sonda foi colocada de forma permanente a 30 de Março, mas que desde muito antes era utilizada para alimentar o paciente.

Segundo a imprensa italiana, as acusações surgem num contexto de participação da médica em campanhas a favor da eutanásia. Durante a conferência de imprensa, a médica surgiu acompanhada pela viúva de Piergiorgio Welby, um doente que sofria de distrofia muscular, e que durante meses rogou para que lhe desligassem o respirador artificial.

Eluana Englaro

Eluana Englaro tinha 18 anos quando um acidente de viação a atirou para um coma irreversível. Foi há 15 anos e nos últimos dez o seu pai, Beppino, tem lutado incansavelmente nos tribunais para que a Justiça deixe morrer a sua filha com dignidade.

Até agora, no entanto, tem esbarrado na intransigência do Código Penal, que protege o direito à vida e rejeita terminantemente a eutanásia.

Esta semana, o Supremo Tribunal italiano, que há dois anos tinha recusado ouvir o caso, decidiu anular a sentença de um tribunal de Milão, que tinha rejeitado o pedido do pai para que fosse retirada a sonda.

Agora, na repetição do julgamento, o pai terá de provar que a filha está num estado vegetativo irreversível e que, caso pudesse escolher, ela própria teria preferido que a sua vida não fosse prolongada de forma artificial, condições impostas pelo Supremo para que seja aceite a interrupção da alimentação. Na mesma altura em que este caso vem relançar o debate sobre a eutanásia em Itália, em Portugal um novo estudo revela que 63 por cento dos idosos institucionalizados que não sofrem de doenças crónicas ou terminais admite a legalização da eutanásia.

Da Legalização da eutanásia

A Legalização da eutanásia é defendida por 39% dos médicos oncologistas portugueses, revela um estudo divulgado pelo Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto...

Destak (19/06/2007).

Inquérito nacional revela que quase 50% dos idosos inquiridos (800 idosos institucionalizados e sem doenças graves com 65 anos de idade) aprovam a Legalização da EUTANASIA, projecto desenvolvido pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), coordenado por RUI Nunes * que quis retratar a opinião da questão da EUTANASIA e do suicídio Assistido em Portugal

* Presidente da Associação Portuguesa de Bioética.

É necessário desde já fazer a distinção entre:

Eutanásia Passiva – Que se traduz numa omissão de substâncias ou tratamentos por um profissional de saúde que podem protelar a vida, nos casos de processos que inevitavelmente conduzem à morte.

A eutanásia é considerada activa quando se administra uma substância que provoca directamente a morte do doente, e

Quando se aborda a eutanásia há que ter em conta a intencionalidade e o efeito da sua acção, que define o âmbito activo ou passivo da sua prática.

A Eutanásia voluntária é eticamente aceite apesar de não estar legalmente regulamentada em todas as suas vertentes.

A eutanásia passiva apesar de não ser a mais discutida eticamente também não está exaustivamente regulamentada.

Direito a Morrer?

Terá o paciente o Direito de esperar uma morte sem dor e confortável?

Se olharmos de uma forma religiosa com base no evangelho, e acatarmos as palavras de Deus, então o fim da Vida não poderá ser decidido pelo Homem.

A polémica que gira em torno da EUTANASIA surge porque além de ser uma escolha muito pessoal implica também conotações religiosas e morais.

A tecnologia médica tem avançado a um ritmo vertiginoso, permitindo prolongar a vida por tempo indeterminado, mesmo que haja apenas um estado de vida vegetativo.

Hoje é aceite de uma forma geral e sem problemas de consciência, que se abandone o tratamento e deixar que a natureza siga o seu caminho.

A aceitação do Direito a Morrer traz consigo uma implicação do Direito á forma de morrer.

Permitir a cessação da vida de um ser humano, mesmo doente desenganado num estado terminal e a pedido do próprio, é um acto de risco supremo num país como Portugal.

Somos contra a eutanásia, mas não radicalmente, pois cada caso é um caso e talvez num futuro não muito longínquo haja um referendo e uma eventual regulamentação da Eutanásia em Portugal.

O Artigo 24º da CRP “Direito à Vida”, declara que a Vida Humana é inviolável.

A Vida Humana resulta de um sistema delicado que cumpre um processo biológico com duração limitada e que termina inevitavelmente com a Morte.

ANEXOS