



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Projecto de Lei n.º 418/XIII/2ª
intitulado "Regula o acesso à morte medicamente assistida"

RELATÓRIO

Relatores: Lucília Nunes, Luís Duarte Madeira, Sandra Horta e Silva

(Março de 2018)



NOTA PRÉVIA: o Relatório é um documento de reflexão introdutória ao Parecer da responsabilidade dos seus autores, Conselheiros Lucília Nunes, Luís Duarte Madeira e Sandra Horta e Silva. Como tal, é transcrito tal como elaborado pelos autores e não é votado pelo plenário do CNECV.

I – INTRODUÇÃO

Foi solicitado ao Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) parecer sobre o Projeto de Lei da autoria do PAN que visa regular o acesso à morte medicamente assistida, na vertente de eutanásia e suicídio medicamente assistido e procede à alteração dos artigos 134.º e 135.º do Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de Março.

II – ENQUADRAMENTO GERAL

Anteriormente à presente iniciativa legislativa, havia sido dirigida à Assembleia da República, em 26 de Abril de 2016¹, a petição n.º 103/XIII/1.^a que tem como primeiro peticionante o Movimento Cívico "Direito a Morrer com Dignidade". Em apreciação parlamentar encontra-se a petição n.º 250/XIII/2.^a que tem como primeiro peticionante a Federação Portuguesa pela Vida e deu entrada na Assembleia da República em 25 de Janeiro de 2017.² Ambas as petições deram origem a Grupos de Trabalho distintos, que encetaram audições a um conjunto alargado de entidades e pessoas.

Em termos históricos, o CNECV emitiu, em 1995, um Parecer sobre Aspetos Éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o Final da Vida (11/CNECV/95) e, em matéria possível de relacionar, um Parecer sobre o Estado Vegetativo Persistente (45/CNECV/2005), um Parecer sobre o Critério da Morte (10/CNECV/95), e pareceres relativos às Diretivas Antecipadas de Vontade³.

¹ <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetallePeticao.aspx?BID=12783>

² <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetallePeticao.aspx?BID=12931>

³ Parecer sobre os Projectos de Lei relativos às Declarações Antecipadas de Vontade (59/CNECV/2010), Parecer N.º 69/CNECV/2012 sobre as Propostas de Portaria que regulamentam o Modelo de Testamento Vital e o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), Parecer N.º 82/CNECV/2015 sobre exclusão administrativa dos enfermeiros ao RENTEV e Parecer N.º 95/CNECV/2017 sobre a transmissão de informação relativa às Diretivas Antecipadas de Vontade.



Este relatório organiza-se com um estudo breve da sistemática dos argumentos (Parte III) e a apreciação do projeto de lei (Parte IV).

III. SISTEMÁTICA DOS ARGUMENTOS ⁴

Para a organização do conteúdo e interpretação do projeto de lei, bem como a sua crítica consideramos necessário refletir vários argumentos que são empregues no debate sobre o suicídio ajudado e morte provocada a pedido.

Abaixo apresentam-se doze argumentos dos quais dois são argumentos específicos do contexto português. Como argumentos gerais, entendem-se o (1) argumento da autonomia pessoal, o (2) argumento da inviolabilidade da vida humana, o (3) argumento da elegibilidade, o (4) argumento da dor e sofrimento insuportáveis, o (5) argumento da indignidade e crueldade do sofrimento, o (6) argumento da capacidade, o (7) argumento da doença mental, (8) argumento da ajuda profissional ao suicídio, o (9) argumento do risco de maus usos e abusos e o (10) argumento sobre a relação com os cuidados paliativos. No contexto português parece fundamental discutir ainda o (11) argumento sobre a informação e participação dos cidadãos e o (12) argumento sobre a rede de cuidados de saúde em Portugal.

No argumentário que apresentamos são integradas contribuições do Ciclo de Debates "Decidir sobre o final de vida" promovido pelo CNECV, com o alto patrocínio de Sua Excelência o Presidente da República, que decorreu ao longo do ano de 2017.

ARGUMENTOS GERAIS

Argumento sobre a "autonomia pessoal": formulado como o direito de cada um a escolher o que considera melhor para si ou (como apresentado por Krotoszynski) o direito a ser deixado a si próprio ("right to be left alone"⁵). A autonomia deve, sob este ponto de vista, ser valorizada ainda que represente escolher terminar a sua vida, através de uma escolha voluntária, livre, quando em presença de uma doença terminal, irreversível, incurável e em que sabe ter pouco tempo de vida. A autonomia

⁴ Esta parte do Relatório (*Sistemática de argumentos*) assim como a legislação internacional citada e o léxico/glossário constituem parte de um «Working Paper» que aqui se reproduz.

⁵ Linha de raciocínio que assenta na reserva da vida privada, direito a ser deixado sózinho, a salvo de uma intervenção de terceiros ou do Estado. Cf. Krotoszynski, Ronal J (2016) *Privacy Revisited: A Global Perspective on the Right to Be Left Alone*. New York: Oxford University Press. Este conceito vem do século XIX. "the right to be left alone" - *A Treatise on the Law of Torts, Or the Wrongs which Arise Independently of Contract* (Thomas M. Cooley, 1879, Callaghan-Chicago). Aplicado ao direito à privacidade: Warren & Brandeis, 4 Harv. L. Rev. 193 1890-1891.



pode ser considerada como "um ideal" dados os condicionalismos e contingências naturais estruturantes do ser humano, distinguindo-se entre autonomia essencial potencial e autonomia factual em exercício⁶.

São possíveis várias considerações sobre este argumento nomeadamente (1) se a liberdade pode ser entendida como condição necessária e suficiente para fundamentar o valor ético de uma ação (se na análise se têm de considerar outros elementos); (2) se a defesa da autonomia absoluta pode implicar um risco de anomia social, (3) se considerar autonomia absoluta ignora a necessidade de se orquestrarem, na prática, diferentes valores subjacentes e (4) como organizar a interação de várias autonomias que convivem em sociedade.

A liberdade é condição *necessária* para o valor ético de uma ação mas parece não ser suficiente para garantir que essa ação sirva os interesses do agente. O exercício da liberdade requer um conhecimento pleno da situação e das opções, a organização de crenças, de intenções e de desejos e ainda o discernimento relativamente a pressões sociais e culturais que possam condicionar uma heteronomia, isto é, que a vontade venha de fora, uma vontade que não seja a do próprio, mas de terceiros. No contexto do fim de vida, respeitar a liberdade do sujeito na sua escolha autónoma requer considerar que a pessoa está informada e consciente sobre todos estes fatores.

O direito a "ser deixado a si próprio" para decidir deve ser avaliado à luz da vivência da pessoa, o que pode incluir o sentimento de perda de qualquer modalidade de integração. De outra forma, o pedido de morte perderia a natureza de ser uma possibilidade para se tornar uma obrigação social. Por não subsistir espaço para a sua existência, – por exemplo, económico, social ou existencial –, vivendo a pessoa experimentaria um sentimento de ter sido reduzida à doença e, assim, de ser "indigna" ou "um fardo". Tenha-se em conta que a autonomia deve ser considerada no contexto da vulnerabilidade da pessoa doente – esta merece especial cuidado, não se podendo descurar a avaliação do contexto sociofamiliar (ou a ausência deste) em que a pessoa se insere no final da sua vida.

Considerando a autonomia como princípio, esta organiza-se em comunhão com outros princípios e valores; a sua natureza de "princípio" diz-nos que deve ser "assegurada" e a existência de valores em conflito é frequente em bioética, sendo que

⁶ União Europeia (1998) Declaração de Barcelona e parceria euro-mediterrânica. Disponível: <https://web.archive.org/web/20000817095021/http://www.ruhr-uni-bochum.de:80/zme/Barcelona.htm>
V. Rendtorff, J.D. and P. Kemp: 2000, *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw*, Vol I-II. Barcelona and Copenhagen: Institut Borja di bioètica and Centre for Ethics and Law.



cada princípio é ponderado em função de outros – dito de outra forma, nenhum valor é argumento suficiente para anular todos os outros. De onde, o exercício da autonomia não poder sobrepor-se aos demais valores. É no exercício da autonomia que encontramos os seus limites, sendo de admitir que a sobrevalorização da autonomia poderá conduzir a várias situações paradoxais.

A autonomia do sujeito é também tutelada pelo seu confronto com a autonomia dos que com ele convivem. No exemplo concreto da eutanásia, admitido um pedido de morte, este confronta-se com a autonomia do sujeito que lhe terá de dar resposta.

Como Stuart Mill definiu, "Sobre si, sobre o seu corpo e mente, o indivíduo é soberano"⁷, sabendo nós que a autonomia não é absoluta, que é de alguma forma semelhante a um exercício de escolha avaliativa⁸, que requer informação suficiente para a tomada de decisão. Lembra-nos Paul Ricoeur que a nossa autonomia é "a de um ser frágil, vulnerável. E a fragilidade seria apenas uma patologia caso não fosse a fragilidade de um ser chamado a tornar-se autónomo, porque sempre o é de algum modo."⁹ Como sabemos, a "morte é parte da vida, um processo complexo e enigmático, mistério indecifrável. Todos nos sabemos mortais, mas tal conhecimento abstrato não nos prepara para a vivência da morte pessoal e intransmissível."¹⁰

E quando alguém facilita os meios para que a pessoa possa, por si só, terminar a sua vida, "significa a aderência ao juízo ético da pessoa que afirma o valor da sua autonomia acima de todos os valores. Claro está que esta aderência só se preconiza em relação a esta situação"¹¹, pois na generalidade aceitamos que a autonomia das pessoas tem limites, como os colocados pela segurança pública, o bem comum ou a proteção dos direitos e liberdades dos outros. De qualquer forma, a questão de deter o controlo sobre a sua vida pode incluir tópicos como a recusa voluntária de comer¹², de

⁷ Mill JS. "On Liberty" in *On Liberty and Other Essays*. Oxford World's Classics. p. 14-15.

⁸ Savulescu, J. (2006) *Autonomy, the Good Life and Controversial Choices*. Fenomenologicamente, o processo de escolha é sempre avaliativo, pois pressupõe uma série de etapas, que vão do conhecimento das várias alternativas até à deliberação.

⁹ Ricoeur, Paul (2001) *Le juste 2*. Paris: Esprit. p. 86.

¹⁰ Osswald, Walter (2001) *Um fio de ética (exercícios e reflexões)*. Coimbra: Instituto de Investigação e Formação Cardiovascular. p. 89.

¹¹ Serrão, Daniel (1998) *Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer*. In Serrão, d; Nunes, R (coord.) *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, p. 88.

¹² Ivanović, N.; Büche, D.; Fringer, A. (2014) *Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life – a 'systematic search and review' giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life*. *BMC Palliative Care* 13:1.



beber¹³, de tratamento¹⁴, sendo diversa de deter o controlo sobre como e quando morrer.

Argumento da "inviolabilidade da vida humana": formulado como “a vida humana é inviolável, deve ser protegida”, “é errado matar” ou “o direito à vida é inalienável”.

O fundo cultural da sociedade portuguesa parece entender a vida humana como inviolável e este valor está inscrito na Constituição da República Portuguesa. Considere-se o valor “vida” enquanto sustentáculo da oportunidade de realização de todos os outros valores, sem o qual os demais são naturalmente impossíveis de se realizar.

Ainda assim, podem ser levantadas várias considerações sobre este argumento, em contraponto: (1) arrisca ser um argumento totalizante que seria imediatamente posto em causa pelo confronto com outros – tal como na discussão sobre a autonomia – pois na *praxis* nenhum valor ou direito é absoluto, (2) o próprio conceito de *inviolabilidade* aplicado à *vida* oferece-se a várias interpretações e pode ser interpretado de diferentes formas, incluindo a do direito à vida se poder converter em dever de viver a qualquer custo e (3) sugerem-se implicações em quaisquer versões relativistas sobre a inviolabilidade da vida uma vez que pode por si transportar a preservação do valor social da vida.

Aceitar sem contraditório o direito à vida como um argumento necessário e suficiente para inviabilizar qualquer discussão sobre o suicídio ajudado ou a morte provocada a pedido pode constituir uma irredutibilidade de posições (semelhante à defesa da autonomia pessoal absoluta) invalidando *a priori* qualquer discussão sobre este tema. Aqui também será relevante considerar que nem todos têm o mesmo entendimento sobre o que é a vida humana incluindo-se (ou não) uma dimensão espiritual e narrativa mais do que meramente biológica.

A discussão sobre o conceito de “*inviolabilidade*” da vida permite cenários tão díspares como (a) a vida humana não deve ser violada num sentido de “permanecer íntegra” por se impedirem quaisquer forças ou agentes para lá dos naturais sobre a mesma; (b) a vida humana não deve ser violada mas sê-lo-á pela natureza de viver

¹³ Phillipa J Malpas (2017) Dying Is Much More Difficult than You'd Think: A Death by Dehydration. *The Permanente Journal/Perm* 21:16-148.

¹⁴ Santos, Laura Ferreira (2010) A Recusa de Tratamento em Portugal: Questões de Filosofia, Direito, Saúde e Educação. *Interações* número 19. pp. 23-47.



pois é exposta a vários agentes naturais pelo que respeitar a integridade da vida humana será, neste sentido, permitir a intervenção médica de forma a que não se perpetue esta violação (por exemplo, permitir o abandono da pessoa a um sofrimento intolerável e incontrolável) e (c) a vida humana não deve ser violada e inclui-se como “parte do inviolável” os direitos de cada um, isto é, não é apenas o corpo que deve ser mantido íntegro mas também, por exemplo, a autonomia do sujeito para decidir sobre si mesmo. A inviolabilidade da vida lida como “o direito à vida” no contexto dos limites da vida parece potenciar uma leitura simplista que pode transformar-se na obrigação de viver (independentemente da sua situação atual).

As alterações à legislação, quer por o Estado estender o âmbito de um direito individual “a morrer a sua morte” quer pela “descriminalização da intervenção por terceiro” quer ainda pela “implicação prática de terceiros (médicos) na morte” podem colocar em causa vários sentidos do valor social da vida humana - desenvolvemos a discussão deste argumento no tópico argumentativo sobre o risco de “plano inclinado” (ou “rampa escorregadia”).

Os argumentos da inviolabilidade da vida humana e o da autonomia pessoal absoluta, utilizados no contexto das práticas do fim de vida, arriscam definições e operacionalizações circulares e tautológicas se não procurarmos compreendê-los na sua complexidade.

Argumento da "elegibilidade": formula a quem devem estar disponíveis o suicídio ajudado ou a morte provocada a pedido - se a todos ou, pelo contrário, se devem ser definidos para certas situações ou certos doentes e, neste caso, a quem.

No cerne do argumento da elegibilidade, no contexto das práticas de suicídio ajudado e de eutanásia, estão as condições ou os requisitos em que estes procedimentos se podem enquadrar. A permissão a todos aqueles que elaborem um pedido de morte constituiria uma legalização de um “direito ao suicídio” e cenários como, por exemplo, um sujeito saudável recorrer a um serviço de urgência pedindo que seja morto sem ter de alegar qualquer motivo.

Na maioria das legislações internacionais o pedido de morte é apenas considerado em situações de “doença grave, incapacitante e terminal” parecendo esta delimitação conferir segurança e não constituir a generalização de um direito. Porém,



os conceitos de “grave”, “incapacitante” e “terminal” têm-se revelado difíceis de operacionalizar, particularmente pela impossibilidade de tornar objetivo algo iminentemente subjetivo.

Senão, vejamos. O conceito de “grave” é dimensional e subjetivo e depende de uma avaliação valorativa individual (mais ou menos grave); o conceito *incapacitante* transmite a ideia que terminou a *capacidade* e, no entanto, esta pode ser entendida como resultante de capacidade “traço” ou “estado” ou ainda no sentido da identidade do sujeito. O sujeito pode sentir-se progressivamente incapaz se já não sentir viver a sua existência de acordo com os seus princípios, se perceber uma mudança de traços da sua relação consigo e com o mundo a um ponto de não mais se reconhecer ou ser reconhecido como ele mesmo.

Esta visão de incapacidade como transformação é delicada, uma vez que requer uma observação por terceiros (que o identificam ou não) e nada diz sobre a vivência do sujeito que agora vive de forma diferente. Mais, considerar a *incapacidade* como ausência de crítica pode colidir, pelo menos parcialmente, com a ideia de que o doente deve ter “*capacidade*” para formular o pedido ou com a ideia que a decisão é livre e autónoma (se não mais se reconhece a identidade prévia da pessoa).

Por outro lado, a *incapacidade* pode ser um estado de limitação de competências físicas e psicossociais – o sujeito, ele mesmo, vê-se incapaz, e impossibilitado de agir de acordo com o que deseja. No contexto do pedido de morte é importante clarificar (1) se a visão sobre si, sobre o mundo e sobre o futuro está (ou não) alterada por uma doença mental ou por uma doença física que acarrete alteração do seu estado mental e (2) se a incapacidade é definitiva e não transitória (que não termina com o fim do período de doença). Quanto ao conceito “terminal”, este tem um significado diferente se for usado como denominativo de um “estado” (estado terminal) ou de uma “doença” (doença terminal). Definir-se “estado terminal” é problemático pelo facto de a vida ser fluida e difícil de decompor em um “antes” e um “depois”. Aqui, a ideia de “terminal” é condicionada pela arbitrariedade subjetiva dos critérios (sejam temporais, espaciais, existenciais), sendo que nenhum critério é realmente objetivo para delimitar um direito a um pedido de morte. Por exemplo, cada pessoa tem uma estrutura de temporalidade própria e o tempo vivido apresenta, frequentemente, pouca relação com o tempo objetivo; após ter conhecimento do diagnóstico de uma doença, a estrutura de temporalidade parece mudar ou, sob o efeito de uma dor intensa, um segundo pode ser vivido como um tempo muito longo, como se fosse uma hora.



Ajuizar que o sujeito tem muito ou pouco tempo de vida é subsidiário da apreciação subjetiva do mundo que pode mudar inesperadamente, de momento para momento.

Assim, para algumas opiniões parece ser preferível a utilização de “doença terminal”, portanto, grave, incurável, e em avançado estado de evolução, e deve ser estabelecida uma listagem pré-definida de doenças que se conheça o prognóstico (ex. neoplasia do pulmão em estágio IV) e que indique objetivamente em que situações se pode aceitar um pedido de morte. Porém, a lista de doenças que são ou não tratáveis ou curáveis estará sempre em atualização pelo progresso científico e, desta forma, na aceitação do pedido de morte para uma doença considerada *hoje* como terminal, deve ser integrada a possibilidade de se descobrir o tratamento ou cura a um prazo – facto que poderia vir a remover o denominativo dessa doença.

Argumento da "dor e sofrimento intoleráveis": formulado no sentido de que a decisão da pessoa de matar-se (seja no suicídio ajudado, seja na morte provocada a pedido) tem a finalidade de terminar com a dor e o sofrimento, considerados intoleráveis e que são condicionantes de uma vida sem qualidade.

Sob este argumento podemos discutir e ponderar a problemática da subjetividade da vivência de um sofrimento intolerável e desumano e se podemos aceitar o pedido de morte como resposta à dor e sofrimento intoleráveis se a pessoa não experienciou, por não desejar ou por não existirem, cuidados que os aliviem.

É inequívoco que o sofrimento e a dor intoleráveis e não paliáveis, quaisquer que sejam as dimensões dos mesmos (físico ou mental), arriscam tornar tirânico um dever de viver em particular por existirem métodos e técnicas em que esta pode ser aliviada ou eliminada. Também sabemos que diversas formas de sofrimento fazem parte da vida, nas suas diferentes fases, pelo que nem todo o sofrimento é *desumano*. Assim, merece-nos especial cuidado quando e onde traçar a linha entre sofrimento que se considere dentro da natureza humana daquele sofrimento que a transcende.

Considerar um sofrimento intolerável é, manifestamente, uma deliberação subjetiva e transitória e existem várias respostas possíveis à complexidade do sofrimento intolerável – a morte é apenas uma delas. Certo sofrimento pode ser para um (e não para outros) intolerável e mesmo para o próprio pode deixar de o ser noutros momentos da sua vida. E esta natureza subjetiva (da vivência do próprio) torna complexo aceitar uma avaliação “na terceira pessoa” (por exemplo, a avaliação realizada pelo médico) que o torne objetivo e ofereça o aval - “este sofrimento permite



e justifica um pedido de morte”. Mais ainda, quando é possível conceber formas de sofrimento existencial que leva(m) a um pedido de morte.

Muitas vezes, um pedido de morte não é mais do que um pedido de alívio do sofrimento e não coincide com um desejo real de morrer, podendo, assim, refletir um pedido de ajuda, requerendo solicitude e compaixão que possam capacitar a pessoa a viver a sua *mortalidade*. Pondera-se se o diálogo com o doente sobre outras eventuais alternativas (ex. palição do sofrimento) pode equivaler-se à experiência prática duma intervenção desta natureza. Queremos com isto refletir se o pedido de morte é de facto uma escolha passível de avaliação perante outras alternativas. Se o pedido de morte ocorre por sofrimento e como resposta “para não sofrer” parece paradoxal suprimir o sujeito que sofre antes de procurar remover o sofrimento que experiencia. Mas, para lá do direito a recusar cuidados, podemos questionar se, pela natureza deficitária de um sistema de saúde, a pessoa pode ser privada de um real alívio do seu sofrimento por não existirem condições para responder às suas necessidades. Aqui, discute-se também se o pedido de morte é uma escolha ou antes a única alternativa que se evidencia e que importaria pugnar por melhores condições assistenciais (ver abaixo discussão sobre cuidados paliativos e contexto português).

O sofrimento tem sido definido como experiência de impotência, de angústia, de vulnerabilidade, de perda de controlo e de ameaça à integridade do Eu, que levam a interpretar a vida como vazia de sentido - "Como o sofrimento físico, o sofrimento mental também pode ser difícil de curar. Isso pode deixar-nos incapazes de prosseguir as atividades que desfrutamos. O sofrimento mental também pode fazer sentir que não vale a pena viver. Pode parecer insuportável."¹⁵

Retenhamos que o sofrimento "compõe-se de muitos elementos, incluindo o desânimo psicológico, a dor física, a desintegração social, as limitações físicas, questões espirituais e preocupações financeiras"¹⁶. Quando a vida de uma pessoa está saturada com dor, quando a existência se foca no sofrimento, o valor atribuído à vida deteriora-se e impõe-se a referência à *qualidade de vida*, conceito subjetivo determinado por cada pessoa e as suas circunstâncias¹⁷. Assumindo que o sofrimento e a qualidade de vida são ambos subjetivos, torna-se realmente difícil aplicá-los como

¹⁵ Faulconer, Angela Wentz (2017) Rebranding Death. *BYU Journal of Public Law*. Vol. 31. p. 321.

¹⁶ MacDonald, Neil (2014) Morte medicamente assistida. In *A Condição humana*. Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento e Publicações D. Quixote. p. 241.

¹⁷ Cohen-Almagor, R. (2015) An argument for physician-assisted suicide and against euthanasia. *Ethics, Medicine and Public Health*, Volume 1, Issue 4, Pages 431-441.



critério¹⁸. No plano existencial, o sofrimento resulta de qualquer redução ou interferência na participação nas diferentes dimensões da vida, sentidas como experiências de perda¹⁹. Nesta perspetiva, o sofrimento está associado ao grau de incapacidade da pessoa dar sentido à sua vida, construir a sua história, criar e dirigir os seus projetos futuros. Da vivência da doença emergem o medo da perda de autonomia e de autoestima, da liberdade de decisão e do sentido de futuro, cultivando o sentimento de inutilidade, perda de esperança e o desejo de morrer²⁰.

Argumento sobre a "(in)dignidade e crueldade do sofrimento": formulado no sentido de que a doença e a prática clínica com intervenção ora desproporcionada, ora fútil, podem acarretar a perceção de que se vive num estado de "indignidade" e "crueldade". O pedido de morte, isto é, que a pessoa determine, disponha, sobre o local, momento e modo da sua morte poderia assumir-se como a tentativa de recuperar para si essa dignidade.

Este argumento é tão complexo como os anteriores, pois requer que aprofundemos o que significa "dignidade" e "crueldade" e qual a aplicação destes conceitos no contexto do fim de vida; e que interroguemos se é o efetivar da morte, se o controlo sobre o momento da morte, ou se o recuperar do controlo sobre a própria vida que recuperam ou tornam novamente digno. A vivência de "indignidade" acarreta dimensões diversas onde, por exemplo, o sentimento de indignidade vivido pela pessoa possa ser reflexo do que aprendeu na sociedade onde cresceu (as regras em sociedade proporcionam-nos os significados de estar doente e em sofrimento). Poderíamos considerar como sendo em regra indigno o sofrimento físico intolerável não tratado, mas merece-nos cuidado esta consideração aplicada a vivências de degradação da existência pela ausência de propósito social ou ao sofrimento psicológico da pessoa gravemente doente que surge ao perder todos recursos que o "abrigavam no cuidado" na sua situação. Dito de outra forma, seria perigoso que uma sociedade que oferece uma vivência de *indignidade* à condição de estar doente (por exemplo, deixar de conseguir falar) ou sem esforço de reintegração e de cuidado valide a morte a pedido por essa mesma *indignidade*.

¹⁸ Faulconer, Angela Wentz (2017) Rebranding Death. *BYU Journal of Public Law*. Vol. 31. p.318 - 319.

¹⁹ McIntyre, R. S.; P'Donovan, C. (2004) The Human Cost of Not Achieving Full Remission on Depression; *Can J Psychiatry*, 49, 10-16

²⁰ Carqueja, Eduardo (2015) O caminhar na vivência do morrer: um estudo fenomenológico com doentes oncológicos em fim de vida. Tese doutoramento Bioética. Universidade Católica Portuguesa. p.278.



O motivo mais frequentemente alegado para o pedido de morte é o sentimento esmagador de se ter perdido “o controlo sobre o seu fim de vida”. De facto, as estatísticas do Estado de Oregon²¹, nos Estados Unidos da América, mostram que nem todos aqueles a quem foram conferidos os meios para se matarem, realmente o fazem. Daqui se pode conjeturar que existe diferença entre a vontade de morrer e o efetivar desse desejo, que não são sobreponíveis – mesmo para aqueles a quem, verificadas as condições de aceitação do pedido de morte (ou seja, sofrimento intolerável, doença terminal, pedido persistente, entre outros), e tendo sido oferecida essa possibilidade, decidiram não se matar. Neste contexto, pondera-se se para alguns pode ser suficiente recuperar o controlo sobre a sua vida (ou a duração da mesma) para desejar viver, enquanto outros, que manifestaram uma decisão irreduzível em querer morrer, reveem a sua posição, quando lhes é disponibilizada essa possibilidade. Este dado pode ser particularmente relevante na avaliação do pedido de eutanásia – uma vez que não contempla qualquer outro motivo ou a mudança de opinião para o pedido de morte (estes só se podem verificar no contexto do suicídio ajudado).

Ainda sob este argumento, quando se refere o pedido de morte como resultante do sofrimento provocado por terapêuticas ou tratamentos inúteis e pela obstinação terapêutica, importaria refletirmos sobre a utilização proporcionada de meios e a abstenção de medidas terapêuticas fúteis, não prolongando o processo de morrer.

Argumento da "capacidade": formulado como a identificação dos requisitos para determinar a capacidade para considerar o pedido de morte válido. A capacidade parece ser subsidiária do reconhecimento de um sujeito "como *agente*, isto é, capaz de escolha, de controlo e coerência dos comportamentos, de eleger e gerir o significado entre todas as opções disponíveis" (Kane, 1996).

A avaliação precisa da capacidade da pessoa no contexto do fim da vida parece ser dificultada por se ter ideia de que existem alterações da consciência na doença

²¹ Estatísticas de 2017 do DWDA (death With Dignity Act), publicadas em fevereiro de 2018, informam que 218 pessoas receberam prescrições para medicação letal (no ano de 2017), das quais 130 (59,6%) ingeriu o fármaco, 44 (20,2%) pessoas não ingeriram e morreram de outras causas e 44 têm status «desconhecido». Os dados entre 1998 (primeiro relatório) e 2017, são de 1967 prescrições e 1275 mortes por DWDA (64,8%).



grave e/ou por serem possíveis distorções cognitivas na avaliação da sua situação, condicionadas pela ansiedade e pela tristeza que lhe estão associadas.

O argumento parece ser utilizado de formas diferentes, justificando que todas as decisões requerem organizar riscos e consequências e o fim da vida não é diferente, que sujeitos que se determinem incapazes não devem ser forçados a tomar decisões com tão grave consequência ou ainda que quanto mais graves as consequências de uma ação mais elevado deve ser o limiar exigido para a determinação da capacidade para a validar²².

Faz parte do ser humano decidir sobre si e por mais complexa ou arriscada que seja a situação é expectável que a pessoa tenha disponível um leque de alternativas possíveis. Por outro lado, seria da mais profunda injustiça pretender que a pessoa decida quando não está capaz para tal. Para clarificar estas duas situações em torno das capacidades/incapacidades, tem sido sugerida a inclusão de uma avaliação do estado mental por psiquiatras e/ou por psicólogos para esclarecer a questão da capacidade. Porém, a avaliação do estado mental (anamnese e exame psicopatológico) é transversal e pode ser incapaz de clarificar mais do que a ausência de doença mental. A determinação de capacidade não equivale a determinar ausência de doença mental, uma vez que a capacidade requer um conjunto de competências complexas, como compreender toda a informação e ser capaz de a usar, a reter e comunicar. Estas competências podem, no contexto de sofrimento psíquico e físico, estar mais ou menos alteradas, e a asseveração da competência do sujeito depender de uma decisão arbitrária sobre a extensão e gravidade de tais alterações.

Tenhamos em conta que a formulação mais comum de *capacidade* parece ter vindo provém do âmbito jurídico, ligada à personalidade²³, sendo a capacidade jurídica²⁴ irrenunciável, no todo ou em parte²⁵. Estão formalmente definidas as incapacidades dos menores, dos interditos e dos inabilitados, assim como a incapacidade acidental, de quem não tem condições de compreender ou não tem o livre exercício da sua vontade por qualquer causa. Notemos que o conceito de «plena capacidade jurídica» junta a *capacidade de direito*, geral e aplicável a todas as pessoas, e a *capacidade de exercício*, também designada *capacidade de agir* -

²² Refusal of medical treatment 1992 3 All ER 649. Cf. All Engl Law Rep. 1992 Jul 30;[1992]4:649-70.

²³ "A personalidade adquire-se no momento do nascimento completo e com vida", n.º 1, artigo 66.º do Código Civil

²⁴ "As pessoas podem ser sujeitos de quaisquer relações jurídicas, salvo disposição legal em contrário: nisto consiste a sua capacidade jurídica." Artigo 67.º do Código Civil.

²⁵ Artigo 69.º do Código Civil.



portanto, "pessoa capaz de exercício"²⁶, *sujeito capaz*, diria Ricoeur, que pode decidir, agir e prestar contas, na assunção da sua responsabilidade.

É plausível uma profunda interrogação sobre a capacidade individual de tomar decisões, mesmo em presença de informação suficiente, quando a pessoa está afetada pela sua circunstância, pela realidade de uma doença irreversível. E se a cada um, na rede de relações que estabelece com os outros e com o mundo, vai cabendo a gestão da sua vida, há um delicado equilíbrio entre autonomia e capacidade/incapacidades. "Autonomia e vulnerabilidade são, hoje, de facto, a nova condição da existência."²⁷. Pensando num quadro amplo, a capacidade humana de tomar decisões pode estar afetada mesmo que se disponha do seu pleno discernimento e esteja orientado no tempo, espaço e pessoa. "A doença convida ao exame da vida", coloca em causa as escolhas que fizemos, traz de volta os "actores esquecidos da nossa biografia"²⁸.

Argumento da "doença mental": formulado no sentido de que as pessoas com doença mental veem a sua capacidade para a tomada de decisão diminuída pela sua doença.. A doença mental foi e é conceptualizada como patologia da liberdade no sentido de restringir o conjunto de possibilidades de decisão disponíveis e, conseqüentemente, impossibilitar o verdadeiro exercício de autonomia individual.

Formula-se neste argumento a necessidade de refletir sobre a extensão com que é aplicado o termo "doença mental", a validade da separação cartesiana entre sofrimento físico e psíquico, e, como existem várias doenças mentais, se podemos considerar a doença mental uma classe homogénea ou conceber- *formas parciais* de alteração de capacidade.

A expressão "doença mental" parece ser usada de duas formas, uma extensiva a qualquer situação na qual *não existe saúde mental* (entendendo-se aqui reações de adaptação a eventos de vida) ou em que há sofrimento (como no *Mental Health Act Code of Practice 2008* – "doença mental significa qualquer doença ou perturbação da mente"), e outra restritiva na qual se separa o sofrimento e a ansiedade reativos a

²⁶ Pinheiro, Jorge Duarte As pessoas com deficiência como sujeitos de direitos e deveres. Incapacidades e suprimimento – a visão do Jurista. In Centro de Estudos Judiciários. Interdição e Inabilitação. p. 23 http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/civil/Interdicao_inabilitacao.pdf

²⁷ Portocarrero, Maria Luísa (2013) Bioética e Filosofia: o princípio de autonomia e os desafios da fragilidade. Revista Filosófica de Coimbra. Vol. 22, nº 44, pp. 397-416. URI:<http://hdl.handle.net/10316.2/34105>

²⁸ Antunes, João Lobo (2015) Ouvir com outros olhos, Ensaios. Lisboa: Gradiva. p. 43.



eventos (não considerados doenças) de doenças mentais (grupo restrito de doenças, por exemplo esquizofrenia, como consideradas no DSM-5).

Se considerarmos a primeira hipótese, é extremamente difícil separar doença mental do contexto, o caráter e a cultura que decorrem coextensivamente e que podem por si limitar a capacidade. De facto, qualquer pessoa com o diagnóstico de uma doença grave ou em sofrimento intolerável deveria, neste caso, ser considerado como tendo capacidade reduzida pelo facto de essas situações condicionarem stress adaptativo. A separação do sofrimento psíquico do físico, de forma cartesiana, parece um paradigma ultrapassado, pois o sofrimento físico afeta o estado mental e o sofrimento psíquico tem repercussões físicas. Assim, o sofrimento deve ser entendido de forma *ecológica*, isto é, como resultado de uma interação física, psíquica e contextual (situacional, interativa e intersubjectiva), sendo que fazermos distinções de formas particulares de cada forma de sofrimento pode bem vir a demonstrar-se ser apenas artifício teórico. Se considerarmos o sofrimento mental e físico como profundamente interrelacionados, este pressuposto condicionaria aceitar uma alteração simultânea, pelo menos parcial, de ambos - qualquer sofrimento alterará a capacidade de avaliar a sua situação.

Na segunda hipótese, em que as doenças mentais são estabelecidas por diagnósticos (diferentes na natureza de ansiedade e tristeza adaptativas) concretos e tangíveis, também se reveste do problema de muitas vezes se considerarem todas as doenças mentais como uma única – a falácia de uma classe homogénea²⁹. Por exemplo, se podemos entender que um doente com diagnóstico de um episódio depressivo, no qual surja um delírio de ruína e que peça ajuda para morrer deva ser considerado incapaz pela doença, já parece abusivo considerar que um doente com diagnóstico de uma neoplasia, que por esse motivo, e em face ao seu estado, peça para morrer, e que tenha um diagnóstico prévio de Perturbação de Pânico, tratada e da qual esteja assintomático, lhe seja vedado o pedido de morte se permitido a outros sem doença mental. Caso considerássemos a definição de uma lista de doenças, seria necessário determinar que doenças excluíssem o acesso a um pedido de morte.

Podemos ainda considerar que existem formas parciais de alteração da capacidade na doença mental e que motivam por si uma reflexão sobre diferentes

²⁹ Feinberg, J. (1970). What is so Special About Mental Illness? Doing and Deserving. Princeton: Princeton University Press, 272–92.. Arpaly, N. (2005). How it is not "just like diabetes": Mental disorders and the moral psychologist. *Philosophical Issues* 15 (1):282–298.



incapacidades para um pedido de morte – especialmente aquelas que rompem a capacidade de formular intenções, que impossibilitam determinadas ações ou ainda que alteram a capacidade de direcionar as ações.

Argumento da "ajuda profissional ao suicídio": formulado no sentido de, para que uma pessoa que quer terminar a sua vida (onde e quando decidir) o possa fazer, seja necessário que outra, em concreto um médico, prescreva e/ou a administre os fármacos letais e verifique o óbito.

Na maioria dos países em que o suicídio ajudado foi despenalizado ou legalizado, é função de um médico prescrever um fármaco pois entende-se tal prescrição como garantia de que o fim de vida ocorra de forma indolor. Da mesma forma, a morte provocada a pedido é realizada ou supervisionada por um médico. Em ambas as situações será função desse médico verificar o óbito.

Este argumento suscita várias inquietações nomeadamente uma discussão sobre a natureza dos atos suicídio ajudado e morte provocada a pedido (eutanásia ativa direta) como “atos médicos normais”, se quando se discute o “direito do pedido de morte ajudada” devemos considerar como é que tal pedido impõe a outra pessoa garantir essa liberdade e o possível impacto na humanidade do agente, seja ele médico ou não.

As funções de um médico não são de executor de uma vontade específica ou temporal de um doente pois afirmam-se vinculadas ao juramento de Hipócrates e a um quadro ético-deontológico da profissão – ou seja, a sua prática inclui-se num conjunto de procedimentos pré-determinados e sob a *legis artis*, um conceito dinâmico sempre em atualização com o progresso científico. Nestas orientações clínicas não está configurado o procedimento de ajudar o suicídio ou matar a pedido, tanto que, por tal não poder ser subentendido, regular a morte a pedido (nas várias legislações) obrigou a especificar que “deve ser um médico a praticá-la”.

É possível defender que a ajuda profissional à morte a pedido se trata de um "ato médico", considerando que a vida e (a) morte são hoje fenómenos não naturais mas tecnologicamente assistidos. Ou seja, que a medicina contemporânea tornou os limites da morte mais imprecisos e humanamente determinados e, como tal, também se deveria responsabilizar pela sua gestão. De facto, quem defende que o médico



deve ajudar ou assistir à morte, em países onde foi despenalizada, refere que os médicos continuam protegidos pela figura de objeção de consciência para esse ato.

Os que defendem o direito ao pedido de morte suportados na autonomia pessoal parecem não ter em conta que tal ocorre com penalização da liberdade de quem assiste, isto é, que a garantia deste "novo direito" requer que um médico tenha um "novo dever" que é o de o garantir. Num cenário onde a morte a pedido seja despenalizada e considerada um ato médico, quem avalie o doente é constrangido formalmente ou materialmente (enviando o doente a outro profissional) a participar no seu pedido. De facto, mesmo que consideremos a despenalização e/ou legalização do suicídio ajudado devemos prestar especial atenção ao "salto" ontológico que surge do aparecimento de um "novo direito" – a legitimação (e obrigação) de um terceiro que se torna responsável por garantir a possibilidade da sua morte.

Considerando o impacto na humanidade do agente, tem sido admitido que os agentes (médicos ou técnicos) que executem o suicídio ajudado e/ou eutanásia possam experienciar *burnout* ou formas de «fadiga por compaixão». Isto é, que médicos que não invocam objeção de consciência (não sendo formalmente contra o pedido de morte) possam ter vivências de stresse psicológico e de angústia existencial decorrentes da realização desses atos. Nesta mesma linha de argumentação, alega-se que esse impacto é, em natureza, semelhante ao daqueles que convivem profissional e pessoalmente com doentes com "sofrimento intolerável, indigno e cruel". No entanto, não deve ser ignorado que o impacto da violência da falência dos cuidados disponíveis (sentimento de impotência) na humanidade do sujeito possa ser diferente daquele de colaborar na morte ou matar a pedido (ação voluntária e consciente).

Argumento do risco do "plano inclinado " ou da "rampa escorregadia": formulado no sentido de que a permissão em relação ao suicídio ajudado condicionará, a prazo, aceitar formas mais ativas de morte a pedido ou até, que um dia possamos vir a aceitar a eutanásia ativa involuntária.

O argumento do risco do plano inclinado divide-se em expressões racionais e irracionais.



A dimensão racional do argumento sustenta uma derivação progressiva da permissão, isto é, que mesmo que aceitemos apenas certas formas de morte a pedido, como o suicídio ajudado, ao fim de um certo tempo aceitaremos outras formas como a eutanásia ativa voluntária, a eutanásia com decisão por terceiros ou até, por fim, a morte involuntária daqueles que não servem interesses sociais ou que estão debilitados (mesmo que, eventualmente, em nome da dignidade do doente). Os que defendem esta argumentação consideram que o risco que decorre no “fundo do plano inclinado” é suficientemente grave para não devermos permitir qualquer forma de morte a pedido.

Porém, a consideração sobre as consequências é, em si, racional e um terreno moral ainda possível para distinguir entre casos. O medo de que tudo seja um dia justificado (consequências) não deve ou pode impedir a introdução de direitos se considerados legítimos, uma vez que o pedido de morte, como qualquer decisão, será sempre um segmento de uma rampa escorregadia e não o seu início.

Ou seja, se alguns consideram plano o terreno antes da alegada "rampa escorregadia" do pedido de morte, outros consideram o contrário: a decisão de não entrar nesta rampa escorregadia requererá o risco de aceitarmos progressivamente o sacrifício de outros bens morais importantes. Ou seja, se não ponderarmos a autonomia da decisão dos doentes nesta situação, poderemos ter outra rampa escorregadia de um paternalismo sem limites, na qual ignoraremos, mais tarde, outros pedidos de doentes autónomos que desejam serem tratados de uma forma ou de outra, ou de não serem tratados, favorecendo sempre o nosso juízo sobre “o que seria melhor para o doente”.

O risco de rampa escorregadia é também considerado sob a orma de argumento irracional – que a prática de suicídio ajudado e de morte provocada a pedido estão para lá dos atuais limites da natureza humana – ambas ofendem a nossa sensibilidade e perceção moral e podem condicionar o sujeito a perder a distinção de práticas justificáveis para o fim de vida³⁰. Na organização deste argumento, mudando o sujeito também é possível operacionalizar duas rampas irracionais (e não uma), isto

³⁰ Ver Wesley J. Smith, *Forced Exit: the slippery slope from Assisted Suicide to Legalized Murder* (New York: Times Books, 1997, p. 50) “the ban against assisted suicide and euthanasia shores up the notion of limits in human relationships. It reflects the gravity with which we view the decision to take one’s own life or the life of another, and our reluctance to encourage or promote these decisions... by legalizing the practices we will blunt our moral sensibilities and perceptions” T.E Quill “Death and Dignity: A Case of Individualized Decision Making” *New England Journal of medicine*, 324 (1991), 691-694



é, que o sujeito estará sempre em risco de perder a sua capacidade de traçar limites, passando a fazê-lo, inconscientemente, demasiado cedo ou demasiado tarde, ora deixando de considerar a autonomia da pessoa (paternalismo) em situações que esta mereceria respeito ora aceitando matar a pedido em qualquer situação (homicídio).

Argumento de "risco de abuso e maus usos": formulado no sentido de que, por mais restritiva que seja a lei e por mais rigorosa que seja a sua aplicação, os erros e os abusos são inevitáveis, isto é, a aceitação do suicídio ajudado e da morte provocada a pedido acarretarão sempre o risco de abuso e mau uso.

Este argumento parece organizar várias considerações éticas extrínsecas (transversais a todas as práticas e não relativas à morte a pedido) sendo sugeridas posições diferentes, tais como: que o erro é inerente à prática da medicina e, como tal, não deve ser impeditivo da prática; que o risco de errar, quer pela difícil operacionalização, quer pelas consequências éticas intrínsecas dispostas nos restantes argumentos no pedido de morte, é excessivo e que os procedimentos administrativos, que têm por vista o controlo do erro, são falíveis, tornando impossível um cenário de risco zero.

A possibilidade de erro na prática médica existe – quer no diagnóstico quer no prognóstico – e, ainda assim, não conduz a paralisia e à inação, antes reforça a necessidade de clarificação dos limites dentro dos quais se pode e deve tomar uma decisão. A inevitabilidade do erro não inviabiliza eticamente a prática da medicina pelo que, se o suicídio ajudado ou a morte provocada a pedido se constituírem como *praxis* num futuro, podem ter erros associados e nem por isso tal será justificação para rejeitar liminarmente todos os pedidos de morte.

Como disposto nos argumentos de elegibilidade e da subjetividade do sofrimento “intolerável, indigno e cruel”, são claras as limitações de “operacionalizar objetivamente” as situações despenalizáveis ou legalizáveis para o suicídio ajudado e a eutanásia ativa direta. Desta forma, em cenários que restrinjam o acesso, podem condicionar-se outras situações (mesmo as mais variadas) para o pedido de morte diferentes das inicialmente tipificadas – como o pedido de morte em situações não terminais (por exemplo, cujo sofrimento surja pelo somatório de várias doenças ligeiras que qualifiquem o sofrimento vivenciado como intolerável pelo sujeito).



Quaisquer procedimentos administrativos que visem o controlo dos procedimentos também são falíveis – não basta adicionar mais uma avaliação ou mais duas avaliações para reduzir o erro associado ao diagnóstico. De facto, a necessidade de uma segunda e terceira opiniões, mais do que reduzirem o erro, validam a possibilidade de erro – e a gravidade associada ao errar numa prática como a morte a pedido.

Colocam-se como exemplo, na consulta de uma segunda opinião que valide a primeira, dois cenários: (1) que um médico que deseje proceder à morte a pedido opte (conhecendo-se publicamente os médicos a favor) por médicos que darão sempre um aval positivo – aqui, o procedimento que visa diminuir o abuso e mau uso tornar-se-ia *pro-forma* (qualquer que seja o número de opiniões que se exijam); e (2) o médico que o deseje impedir recorra sempre a médicos que têm uma opinião negativa de forma a impossibilitar qualquer pedido. Adicionalmente, podemos interrogar-nos sobre quais os mecanismos de controlo a instituir, visando a redução do risco de abuso.

Argumento sobre "a relação com os cuidados paliativos": alegando que, nas práticas no fim da vida humana, os cuidados paliativos são conceptualmente díspares e incompatíveis com o suicídio ajudado e a morte provocada a pedido (eutanásia voluntária, ativa e direta) ou que estes cuidados se interconectam e interagem com a morte a pedido, constituindo métodos alternativos ou subsidiários dos outros.

Para alguns, é possível defender que os cuidados paliativos são ameaçados conceptualmente pela introdução destas novas práticas nos cuidados no fim da vida. Tal tem sido contraposto por vários exemplos, como o que acontece no norte da Bélgica, onde a eutanásia é parte do dia-a-dia de muitos profissionais de cuidados paliativos. Estes, ora cumprem uma função de suporte dos médicos assistentes, ora são chamados para executar atos de eutanásia – considerando que o direito ao pedido de morte está de acordo, formalmente, com princípios dos cuidados paliativos – particularmente, o de *“permitir ao doente controlar o seu futuro, vencer o medo da dependência e o desespero existencial”*.

Um outro tipo de argumentação considera que existe uma interação entre os dois cuidados com consequências positivas e/ou negativas do pedido de morte sobre os cuidados paliativos, por exemplo (1) que o pedido de morte é uma prática subsidiária e só pode decorrer uma vez esgotada toda e qualquer alternativa, exigindo



desta forma uma melhoria dos cuidados paliativos e (2) que aceitar práticas de fim de vida que a terminem precocemente obvia o enorme investimento humano e financeiro que exigem os cuidados paliativos e, desta forma, os põem em causa.

Nos países do BENELUX foi possível estudar esta interação e esclarecer alguns destes pontos. Primeiro, nestes países parece ter ocorrido uma transformação da mentalidade e, hoje, uma em cada duas mortes intencionais na Flandres ocorre sob suporte de um especialista em cuidados paliativos (FPCF 2012). Os dados mais recentes sugerem que os cuidados paliativos não parecem (aqui) obstruir nem atrasar o acesso ao suicídio ajudado e à eutanásia, bem como que a morte a pedido não parece prejudicar a qualidade dos cuidados (em particular que não condicionaram o seu desenvolvimento).

Na Bélgica, desde a introdução do ato de eutanásia, observou-se (1) uma melhoria significativa dos cuidados no fim da vida, verificável pelos dados mais recentes que apontam um elevado índice de qualidade de morte (4º lugar) (FEPZ 2008) e (2) um aumento do conhecimento do espectro de cuidados disponíveis no fim de vida – médicos e doentes sabem agora distinguir entre seis ou sete tipos de cuidados diferentes. Porém, se desejamos introduzir a morte a pedido no espectro dos cuidados no fim de vida, deve ser possível ao doente a escolha, isto é, que os hierarquize em relação a outras intervenções que devem estar ao seu dispor; se ao doente não estão disponíveis cuidados paliativos não lhe devem ser oferecidas alternativas subsidiárias.

E por esse motivo se introduzem de seguida dois argumentos particulares no contexto português – que articulam a questão de podermos aceitar, ou não, o suicídio ajudado ou morte provocada a pedido como alternativas ao sofrimento num contexto onde, como se tem afirmado, “se morre muito mal (em Portugal), é conhecida a deficiência na acessibilidade aos opióides, se morre demais nos hospitais, se morre desacompanhado, com pouca humanidade; se dispõe de muitas tecnologias mas se discute pouco com os doentes”.



ARGUMENTOS PARTICULARES NO CONTEXTO PORTUGUÊS

Argumento sobre "a informação e participação dos cidadãos": alicerçado na decisão de que legislar sobre o suicídio ajudado e sobre a morte provocada a pedido deve ocorrer numa sociedade madura, capaz de os integrar como práticas.

Parecem incluir-se neste argumento dois pontos: (1) que não se pode simplesmente transpor uma organização legislativa destes processos, importada de outros ordenamentos jurídicos, sem pensar no contexto português; (2) que possam estar ainda a ser processadas as implicações conceptuais destas práticas e, desta forma, os cidadãos não estarem ainda suficientemente informados e capazes de participar numa discussão que lhes diz respeito.

Considerar a discussão sobre o suicídio ajudado e a morte provocada a pedido como independentes do contexto social de cada país seria ignorar que, após a despenalização ou legalização em vários países europeus (Bélgica, Holanda e Luxemburgo), outros países optaram por não despenalizar estas práticas. É assim importante considerar que existirão contextos sociais mais ou menos propícios para determinadas práticas e não considerar à partida que as sociedades cuja legislação admite estas práticas de fim de vida são mais “avançadas” do que aquelas que não o têm.

De facto, mesmo que os países do BENELUX tivessem contextos sociais semelhantes ao português, é possível defender que “os decisores políticos devem ter cuidado ao tirar conclusões simples sobre os efeitos das políticas de fim de vida na prática médica”³¹. Mais ainda, que estas legislações, atualmente em vigor, são alvo de várias críticas, mesmo por parte dos próprios legisladores bem como apresentam alguns problemas tidos como irresolúveis - disso dá conta a Comissão de Avaliação na Bélgica, que defende que é paradoxal um mecanismo de controlo de erro que é feito pos-mortem (ou seja, que se avalie o processo após o procedimento).

Importa ter em consideração as pressões de diferentes grupos de interesses e a variedade de evidências disponíveis (por exemplo, existirá sempre um risco de politizar um debate que tem uma natureza ética e social), pelo que seria fundamental relevar a participação do público informado e de um amplo debate que envolvesse os

³¹ Antoine Boivin, Antoine et al (2015) Comparing end-of-life practices in different policy contexts: a scoping review. *Journal of Health Service, Research & Policy*, vol 20 (2) 115-123, p. 122.



cidadãos. Este debate deve ser feito antes e não depois de uma nova legislação que, por certo, condicionará por si uma transformação social progressiva. Importaria precisar se a sociedade civil, moralmente plural e democrática, se revê nestas práticas considerando que, num Estado laico, deve existir uma “ética cívica em que as diferentes propostas de vida feliz têm de cumprir mínimos de justiça intersubjetivamente definidos, para não cair na inumanidade”³². Para tal transformação social devemos entender o envolvimento de todos e não apenas dos médicos ou dos cientistas, retirando-se às organizações profissionais (v.g. Ordens) a exclusividade do pronunciamento a fazer.

Argumento sobre "a rede de cuidados": invocando que a situação dos cuidados paliativos do país e até a situação dos cuidados básicos merecem atenção urgente e que, sem cercear o debate, o suicídio ajudado e eutanásia não são uma prioridade em Portugal antes de se resolverem as primeiras.

Muitas referências são feitas à necessidade de uma rede básica de Cuidados Paliativos em Portugal – uma rede de cuidados paliativos que garanta que cada pessoa, se o quiser possa levar a sua vida até ao fim, livre de qualquer sofrimento evitável – relevando-se a escassez de resposta às necessidades, uma vez que apenas um em cada dez doentes terminais tem acesso a cuidados paliativos³³. Esta avaliação sustenta que não parece razoável aceitar que alguém queira pôr fim à sua vida por não ter possibilidade de paliar o seu sofrimento e por não ter acesso a uma rede básica de cuidados paliativos.

No aprofundamento deste argumento foram expressas três posições: (1) seria preferível ver a sociedade envolvida nos cuidados paliativos e no acompanhamento das pessoas do que procurando legislar sobre a morte a pedido; (2) existirá um momento de legislar sobre a eutanásia, mas que ainda não chegámos lá e (3) existe já

³² Cortina, Adela (2003), “El quehacer público de la ética aplicada: ética cívica transnacional”. Adela Cortina y Domingo García-Marzá (edits.) Razón pública y éticas aplicadas. Los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista, Tecnos, Madrid, pp. 13-44.

³³ Quanto à situação em Portugal, cf. Gomes, Barbara et al (2017) Risk factors for hospital death in conditions needing palliative care: Nationwide population-based death certificate study. Palliative Medicine 1 –11. DOI: 10.1177/0269216317743961; Observatório Português de Cuidados de Saúde (2017) Relatório da Primavera 2017. Disponível em <http://www.opss.pt/node/491>; Gomes, Bárbara; Lacerda, Ana (2017) Trends in cause and place of death for children in Portugal (a European country with no Paediatric palliative care) during 1987–2011: a population-based study. BMC PediatricsBMC series 2017, 17:215. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0970-1>.



na lei portuguesa a possibilidade de controlo suficiente sobre o processo de morte pelas Diretivas Antecipadas de Vontade.

Entende-se como contra-argumento que, sendo importante relevar outros cuidados no fim de vida, a experiência na Bélgica sugere que tal se pode garantir aquando da despenalização da eutanásia, se forem incluídas no pacote legislativo outras medidas condicionais, como esse mesmo reforço de cuidados paliativos. Ou seja, que a despenalização do suicídio ajudado e da eutanásia possa ter como condição prévia um sistema de saúde de excelência e que responda a todas as necessidades do fim da vida. Tal argumento foi fundamental na Holanda, uma vez que a qualidade e abrangência dos serviços de saúde foram determinantes para a aprovação da lei.

IV. ANÁLISE DO PROJETO DE LEI

1. INTRODUÇÃO

Conforme resulta patente nos pareceres já enviados pelos operadores judiciários à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias no âmbito da presente iniciativa legislativa, quer a eutanásia ativa direta, quer o suicídio medicamente ajudado constituem essencialmente problemáticas com dimensão ética. No entanto, não deixam de suscitar a discussão sobre uma potencial colisão entre bens jurídicos: de um lado, a vida e, do outro lado, a autodeterminação. No fundo, a interrogação que se coloca é a de saber se, apesar da supremacia do bem tutelado – a vida humana –, caberá ou não ao ordenamento jurídico exigir que aquela seja mantida a todo o custo, inclusivamente no caso de ofensas providas do seu próprio titular.

A discussão sobre se o valor absoluto da vida pode ou não ser juridicamente ultrapassável tem sido feita pela doutrina a propósito dos crimes de homicídio a pedido da vítima e de ajuda ao suicídio, inclusivamente à margem do debate sobre a eutanásia. No fundo, o que se questiona é a possibilidade de se alterar o papel do Estado, retirando-lhe legitimidade de intervenção quando se está perante situações de autolesão e de heterolesão consentida, à semelhança do que ocorre em outros ordenamentos jurídicos.



Para o efeito, e favoravelmente, argumenta-se com as situações em que a ordem jurídica já tolera que a vida humana seja eliminada, verificadas que sejam determinadas circunstâncias, como ocorre, por exemplo, na legítima defesa e no privilegiamento do homicídio a pedido da vítima e do auxílio ao suicídio. Ou mesmo na não punibilidade da tentativa de suicídio.

Uma pessoa pode decidir matar-se, fruto de deliberação racional, sem ter distúrbio psiquiátrico, estando consciente das consequências e decidindo que é essa a sua trajetória de ação: tem a liberdade de se matar. Daqui não decorre necessariamente que o Estado tenha a obrigação de garantir a execução dessa decisão e de alocar recursos para a garantir.

Por outro lado, a eutanásia constitui uma questão de extrema complexidade para o direito penal (que encerra normas abstratas dirigidas a situações quotidianas gerais e tipificáveis), uma vez que este é chamado a regular decisões pessoais sobre o processo de vida (no qual a morte se inclui) de cada pessoa em concreto, com vivências e percursos diferentes e com uma valoração da vida distinta e conformada à realidade de cada um.

Apesar de o termo eutanásia ter sido proposto em 1623 por Francis Bacon na sua obra "Historia vitae et mortis", como sendo o tratamento adequado às doenças incuráveis, o debate sobre a mesma tem acompanhando a Humanidade desde a Antiguidade. Por isso, a doutrina juspenalista é unânime em admitir que existem fatores endógenos que dificultam a regulação jurídico-penal, mercê dos contributos trazidos, por exemplo, por profissionais de saúde e filósofos que aportam ao debate premissas extrajurídicas, muitas delas contraditórias entre si.

Paralelamente, não têm faltado abordagens de carácter ideológico ou propagandístico, que dificultam uma análise isenta.

Mas, como refere Lorenzo Morillas Cueva, *"Probablemente una de las claves de la solución está, como se afirma con cierta frecuencia, en que la alternativa no es matar o no matar, privar de la vida o no privar, sin más; sino en aceptar una muerte larga y dolorosa o una muerte rápida y tranquila"*.³⁴

Apesar de tudo, no debate levado a cabo atualmente pela sociedade portuguesa, parece ser consensual o repúdio da eutanásia eugénica e da eutanásia

³⁴ Cueva, Lorenzo Morillas (2011) Prólogo. In Roxin, Claus et all. Eutanasia y Suicidio Cuestiones Dogmaticas y de Política Criminal, Editorial Comares. Granada. págs. XVII-XXVI.



económico-social, a que o legislador não poderá ficar indiferente no regime jurídico que vier a consagrar para a eutanásia ativa direta e para o suicídio ajudado.

Igualmente consensual parece ser a defesa da promoção do reforço, a nível nacional, dos cuidados paliativos. Todavia, não nos parece curial que os cuidados paliativos sejam utilizados como argumento que vise justificar ou não a "morte medicamente ajudada", uma vez que o acesso aos mesmos constitui um direito dos doentes.

Ou, dito de outro modo, a admitir-se a despenalização ou legalização da eutanásia direta ativa e do suicídio ajudado, sempre haverá que garantir aos doentes terminais a possibilidade de recurso a cuidados paliativos, conforme previsto na Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, que consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde.

No entanto, a inexistência ou a dificuldade de acesso a uma adequada rede de cuidados paliativos não deverá constituir um fator de ponderação aquando da tomada de decisão do doente no momento do seu pedido de antecipação da morte.

Não nos parece que o projeto de lei em análise, com a mera consagração de um dever de informação sobre a possibilidade de recurso a cuidados paliativos, garanta a subsidiariedade destas práticas (como último recurso), isto é, que ocorram numa situação de desenvolvimento pleno de uma rede de cuidados paliativos que garanta que o doente a estes possa aceder antes da decisão sobre outras medidas de fim de vida.

2. LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL

Existem diversas revisões sistemáticas³⁵ sobre a realidade de vários países no que diz respeito ao suicídio ajudado e eutanásia - de forma sintética, apontamos os casos em que se verifica despenalização ou legalização do suicídio ajudado e da eutanásia.

Na Bélgica, a legislação da eutanásia não se aplica ao suicídio, diferentemente do que acontece na Holanda e no Luxemburgo - a legislação belga deixou

³⁵ Reis de Castro et al (2016) Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. *Revista Bioética*, 24 (2): 355-367; Steck, Nicole et al (2013) Euthanasia and Assisted Suicide in Selected European Countries and US States Systematic Literature Review. *Medical care* 51(10): 928-944.



deliberadamente o suicídio fora do campo de aplicação do “*Euthanasia Act*”³⁶, porque não era expressamente proibido na lei³⁷.

Na Holanda e no Luxemburgo, a lei que regula a eutanásia incluiu o suicídio medicamente ajudado, na mesma condição - na lei holandesa designada, em inglês, por “*Termination of Life Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*”³⁸ de 2002, e na do Luxemburgo, “*Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*”³⁹.

Nos Estados Unidos da América, seis estados permitem o suicídio ajudado – “Oregon (lei aprovada em referendo popular e designada por *Death With Dignity Act*); Washington (desde 2008, após consulta popular referendária); Montana (2009, por via jurisprudencial originada em caso concreto e firmada pela mais alta instância judicial do Estado de Montana); Vermont (2013, por lei denominada *End of Life Choices Act*); California (2015, através da aprovação de uma lei chamada *End of Life Option Act*)”⁴⁰ e Colorado em 2016.

São poucos os países em que foram legalizados a eutanásia e o suicídio ajudado - e não obstante vivermos numa sociedade global, com rápida difusão, não tem sido significativa a expansão destes modelos ainda que o debate esteja presente e se tenham verificado alterações recentes, como foi o caso do Canadá e de um estado da Austrália (em 2017) e da Índia .

No quadro seguinte apontam-se, a título exemplificativo⁴¹, os países em que a legislação não sanciona o suicídio ajudado.

³⁶ Euthanasia Law. Actes parlementaires du Sénat de Belgique 2001–2002, Bruxelles, 2002; number 2–244/26.

³⁷ Cf. Jones, David; Gastmans, Chris; MacKellar, Calum (Edit.) (2017) *Euthanasia and Assisted Suicide. Lessons from Belgium*. Cambridge University Press.p. 9.

³⁸ Review procedures of termination of life on request and assisted suicide and amendment to the Penal Code (*Wetboek van Strafrecht*) and the Burial and Cremation Act (*Wet op de lijkbezorging*) Act. Senate, session 2000–2001, 26 691, number 137. Original em <http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2012-10-10>. Versão em inglês disponível em <https://www.houseofrepresentatives.nl/dossiers/euthanasia>

³⁹ Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg. A-46 Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/memorial/2009/46#page=7>

⁴⁰ Assembleia da República (2016) *Eutanásia e suicídio assistido. Legislação comparada*. Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar. p. 26.

⁴¹ Cf. *Euthanasia Regulations Around the World*. <https://ethicslab.georgetown.edu/euthanasia-map/>



País	"Suicídio assistido"
Alemanha	"A instigação ou auxílio ao suicídio não merece tratamento penal, desde que o ato final que cause a morte venha do próprio suicida, que tem de ser pessoa capaz e no pleno gozo das suas capacidades mentais. Se a pessoa que pretende matar-se perde a consciência, as pessoas que estejam presentes, se não a ajudarem a evitar a morte, podem incorrer no crime de falta de assistência a pessoa em perigo (artigo 323.º-C8)." O auxílio ao suicídio é permitido nos termos do artigo 217º do C.P. ⁴⁰
Austrália	<u>Estado de Victoria</u> - Aprovado em 2017, com aplicação a partir de 2019. ⁴² "De acordo com a legislação, os vitorianos com uma doença terminal poderão obter uma droga letal dentro de 10 dias após pedir para morrer, depois de completar um processo de três etapas envolvendo duas avaliações médicas independentes. Ter mais de 18 anos, capazes, viverem em Victoria pelo menos 12 meses e estar sofrendo de forma que "não pode ser aliviado da maneira que a pessoa julgue tolerável".
Bélgica	"Não regulado (não é um crime mas não é explicitamente permitido na lei)." "O suicídio assistido não é permitido quando o auxílio ao suicida vem de um profissional de saúde." ⁴⁰
Canadá	"Cada província está a elaborar as suas próprias diretrizes, que se sobrepõem em torno da decisão do Supremo Tribunal que exige que os doentes sejam competentes, com uma condição médica irremediável e irreversível, que causa sofrimento persistente." ⁴³ <u>Quebec</u> foi a única província que legislou o MAID (Medical Aid In Dying).
Estados Unidos da América	"Legal no Oregon, Washington, Vermont, sob determinadas condições. Em Montana, os médicos podem utilizar defesa do consentimento, se acusados de ajudar no suicídio de doente mentalmente competente e com doença terminal." ⁴⁰ "Oregon Death With Dignity Act", 1997 "Washington Death With Dignity Act", 2009 "California End of Life Option Act", 2016 "Colorado End-of-Life Options Act", 2016
Finlândia	"Ajudar alguém a suicidar-se não é punível, mas viola o código de ética dos médicos" ⁴⁰
Holanda	"Legal em certas condições" ⁴⁰
Luxemburgo	"Legal em certas condições" ⁴⁰
Reino Unido	"Illegal, mas a pessoa que ajuda o suicídio não será acusada na Inglaterra, País de Gales e Irlanda do Norte." ³⁵
Suíça	Não regulado quando a ajuda for por «razões não egoístas». Não requer que quem ajuda seja médico nem quem é ajudado seja residente. ⁴⁰
Suécia	"Se o auxílio vier de pessoa que não exerça uma função médica, não há punição, mas, se advier de médico ou outro profissional de saúde, as normas éticas da profissão podem mostrar-se violadas." ⁴⁰

Quadro 1 - Síntese dos países onde a legislação não sanciona o suicídio ajudado

No quadro seguinte, identificam-se os países em que a legislação permite a eutanásia.

⁴² Voluntary Assisted Dying Bill 2017. Disponíveis em <https://www.parliament.vic.gov.au/publications/research-papers/download/36-research-papers/13834-voluntary-assisted-dying-bill-2017>

⁴³ "Each province is crafting their own guidelines, which overlap around the supreme court ruling which requires that patients are competent, with a grievous and irremedial medical condition that causes intolerable enduring suffering" <https://ethicslab.georgetown.edu/euthanasia-map/>



País	Eutanásia
Bélgica	"Lei de 28 de Maio de 2002, a eutanásia activa tornou-se lícita no ordenamento jurídico belga. Em 2014, a lei seria alterada, de modo a conceder a menores de idade a possibilidade de recurso à eutanásia" ⁴⁰ Requisitos: (i) O paciente deve ser maior de idade, emancipado, ou menor com capacidade de discernimento; (ii) O pedido deve ser feito por escrito, de modo voluntário, refletido, repetidamente e livre de pressões externas; (iii) O paciente deve encontrar-se em situação médica irreversível e em sofrimento físico ou psicológico constante, insuportável e inelutável, por força de patologia grave e incurável; (iv) O acto deve ser praticado por um médico.
Luxemburgo	Em 2009, o Código Penal foi alterado com vista a descriminalizar a eutanásia. Condições: (i) O paciente deve ser adulto, consciente e capaz; (ii) O pedido deve ser formulado por escrito, de modo voluntário, livre e refletido (sendo revogável a todo o tempo); (iii) O paciente deve estar em situação médica irreversível, em estado de sofrimento físico ou psicológico constante, insuportável e inelutável, por força de acidente ou de doença. ⁴⁰
Holanda	A eutanásia ativa não constitui crime, desde que se verifiquem os seguintes pressupostos: (i) O paciente deve encontrar-se consciente e sob sofrimento insuportável, sem esperança de melhoras; (ii) O paciente deve ter nacionalidade holandesa; (iii) O paciente deve ter 18 anos; se tiver entre 16 e 18 anos, pode tomar a decisão sozinho, mas os seus pais devem ser envolvidos no processo; se tiver entre 12 e 16 anos, só pode aceder a eutanásia com o consentimento dos pais ou dos representantes legais; (iv) O pedido deve ser feito pelo paciente, de modo convicto e reiterado; (v) A eutanásia deve ser levada a cabo por um médico. ⁴⁰
Uruguai	"homicídio piedoso" ⁴⁴

Quadro 2 - Síntese dos países onde a legislação regula a eutanásia

3. O ARTICULADO DO PROJETO DE LEI

O **articolado do projeto de lei**, composto por 34 artigos, aborda nos seus 8 capítulos as seguintes temáticas:

1. Capítulo I: Disposições Gerais – que versa sobre o objeto do diploma e definições legais - Artigos 1.º e 2.º;
2. Capítulo II: Requisitos e capacidade para pedido de morte medicamente assistida – que versa sobre os requisitos de admissibilidade da morte medicamente assistida, a legitimidade e a capacidade - Artigos 3.º e 4.º;
3. Capítulo III: Procedimento prévio ao cumprimento da morte medicamente assistida – que versa o procedimento a adotar desde a apresentação do pedido pelo doente até à decisão médica e da revogação do mesmo - Artigos 5.º a 10.º;

⁴⁴ Lei 9414, de 29 de junio de 1934. "Artículo 37:..Del homicidio piadoso: Los Jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima."



4. Capítulo IV: Cumprimento do pedido de morte medicamente assistida – que versa sobre os procedimentos a adotar necessários à execução do pedido – Artigos 11.º a 19.º;

5. Capítulo V: Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei – que versa sobre a criação, a composição, as competências e o funcionamento da Comissão - Artigos 20.º a 29.º;

6. Capítulo VI: Disposições particulares – que versa sobre o dever de sigilo dos profissionais de saúde envolvidos no processo e do direito à objeção de consciência - Artigos 30.º e 31.º;

7. Capítulo VII: Alterações legislativas – que versa sobre as alterações ao Código Penal, aditando o n.º 3 ao artigo 134.º (“Homicídio a pedido da vítima”) e o n.º 3 ao artigo 135.º (“Incitamento ou ajuda ao suicídio”) – Artigo 32.º;

8. Capítulo VIII: Disposições finais – que versa sobre a regulamentação e a *vacatio legis* do diploma – Artigos 33.º e 34.º.

No Capítulo I do projeto de lei ⁴⁵, encontram-se vertidas as definições legais. Os **termos em uso** que cumpre analisar são os de “morte medicamente assistida”, na vertente de “eutanásia” e “suicídio medicamente assistido”.

As definições orientam o regime legal que se pretende instituir, pelo que a utilização de conceitos ambíguos deverá ser evitada (veja-se por exemplo como em debates a mera utilização do termo “eutanásia” gera o enviesamento do mesmo), tanto mais quando o regime que se pretende instituir exige uma clara relativização/ponderação do bem jurídico vida quando confrontado com os valores da autonomia, da dignidade e do bem-estar dos doentes.

Neste relatório, focamos o **suicídio ajudado** como uma prática de fim de vida, distinguindo-o de outras práticas, como sejam a abstenção ou suspensão de medidas terapêuticas, a decisão de não tentar reanimar ou as diretivas antecipadas de vontade.

Uma revisão sistemática⁴⁶ sobre as mudanças internacionais nas práticas de fim de vida ao longo do tempo (Chao et al, 2016), mostrou que existe um aumento de

⁴⁵ **Artigo 1.º Objecto** O presente diploma regula o acesso à morte medicamente assistida, na vertente de eutanásia e suicídio medicamente assistido. **Artigo 2.º Definições** Para efeitos da presente lei, entende-se por: a) Morte medicamente assistida: Acto de, em resposta a um pedido do próprio, informado, consciente e reiterado, antecipar ou abreviar a morte de doentes em grande sofrimento sem esperança de cura. Pode concretizar-se de duas formas: eutanásia ou suicídio medicamente assistido. b) Eutanásia: Quando o fármaco letal é administrado por um médico c) Suicídio medicamente assistido: Quando é o próprio doente a auto-administrar o fármaco letal, sob a orientação ou supervisão de um médico.



frequência de casos em que a decisão médica influenciou o tempo da morte, nomeadamente pelo aumento do uso de opiáceos e sedativos, o que pode significar que o uso, no controlo de sintomas, apressou a morte dos doentes. Desta revisão resultou a conclusão que a abstenção ou suspensão de medidas terapêuticas em situações de fim de vida tem sido a prática mais frequente, de entre as estudadas.

Em bom rigor, de entre as *práticas de fim de vida*, importa distinguir

[a] as práticas que se referem a provocar intencionalmente a morte - pelo próprio e/ou por terceiro (em que se incluem a eutanásia voluntária ativa direta e o suicídio ajudado) - relativas à administração deliberada de substâncias letais;

[b] as que se referem a não iniciar ou a suspender medidas terapêuticas consideradas fúteis (*withdrawal or withholding life-sustaining treatments*, nas quais se incluem a abstenção ou suspensão de tratamentos e a decisão de não tentar reanimar), recusando a futilidade e a obstinação terapêutica;

[c] as que se referem a cuidados paliativos, incluindo a dimensão do controlo de sintomas (incluindo a administração de analgésicos e a sedação paliativa);

d] as que se referem a respeitar a vontade atual de recusa livre e esclarecida do doente (que incluem a recusa de tratamentos, de nutrição e hidratação) e

[e] as que se referem a respeitar a vontade expressa nas diretivas antecipadas (em Portugal, vulgarmente designadas como Testamento Vital e/ou Procurador de Cuidados de Saúde).

Na generalidade da literatura entende-se «*assisted suicide*» como o ato intencional de pôr termo à própria vida, com a ajuda de alguém que providencia o conhecimento ou os meios para o realizar. Tem sido utilizada a expressão «*physician-assisted suicide*», integrando a ajuda ao suicídio na prática médica, como resposta ao pedido de morrer decorrente do sofrimento de doentes em fim de vida; por isso, também tem havido quem⁴⁷ defenda que a expressão deveria ser «ajuda médica no morrer» (*medical-aid-in-dying*) para descrever essa prática. Os requisitos de acesso variam, sendo frequente um critério temporal de expectativa de vida (na maior parte dos casos, seis meses).

⁴⁶A revisão incluiu as práticas de abstenção ou suspensão de tratamentos com potencial de prolongar a vida, uso de fármacos para o controlo de sintomas, mesmo que com efeito não intencional de abreviar a vida e o uso intencional de fármacos letais; entre 1990 e 2010, com 8183 referências de partida e análise de 39 "jurisdiction wide-surveys" dos quais 22 com métodos semelhantes para permitir análise e comparação. Chao YS et al (2016) International changes in end-of-life practices over time: a systematic review. BMC Health Serv Res, 16 (1), pp. 539.

⁴⁷ Orentlicher, D.; Pope, T.; Rich, B. (2014) The changing legal climate for Physician Aid in Dying. JAMA.311(19):1961-1962.



Outra terminologia muito utilizada⁴⁸ na literatura internacional é a de «*assisted dying*», que associa a eutanásia voluntária e o suicídio ajudado, em muitos casos focada em grupos específicos⁴⁹, como as pessoas com demência⁵⁰ ou os doentes psiquiátricos, também abordando as percepções e opiniões sobre o tema, quer dos profissionais, quer dos doentes e do público.

Admitamos que a expressão "morte medicamente assistida" pode ter um intuito apaziguador, até porque o morrer humano deve ter sempre a oportunidade de assistência profissional. Por isso, a figura prevista na legislação internacional da figura do «suicídio medicamente assistido» pode ser encarada, por um lado, como evidência de medicalização do suicídio e, por outro, como a perspectiva de que a "pessoa doente recebe validação do seu sofrimento. A mensagem é a de que a sociedade reconhece o seu sofrimento, pela prescrição de medicamento para a morte e pela desculpa das regras morais comuns"⁵¹. Compreende-se que pudesse ser designado como "suicídio farmacologicamente assistido"⁵², quando uma terceira pessoa fornece o produto letal; ou apenas "suicídio assistido", quando uma terceira pessoa não é profissional de saúde.

Admitindo que a maior parte dos textos utiliza «suicídio assistido» ou «suicídio medicamente assistido»⁵³ como consistindo em dar à pessoa os meios necessários para o suicídio, existindo uma autoadministração da pessoa quando decidir realizá-lo, ainda assim a expressão não parece ser a mais adequada⁵⁴ ao nosso léxico e cultura.

⁴⁸ A título de exemplo, uma pesquisa na base de dados B-ON com «*assisted dying*», com filtros de texto integral, revisão pelos pares e período temporal entre 2001 e 2017, identifica 54,354 resultados.

⁴⁹ Na continuidade da pesquisa identificada na nota anterior, «*assisted dying dementia*» tem 6,679 resultados; «*assisted dying psychiatric patients*» obteve 7,692 resultados; se fecharmos com «*assisted dying non-autonomous psychiatric patients*», 30 artigos, a maior parte dos quais sobre a aceitabilidade moral.

⁵⁰ Cf. Tomlinson, Emily; Stott, Joshua; (2015) *Assisted dying in dementia: a systematic review of the international literature on the attitudes of health professionals, patients, carers and the public, and the factors associated with these*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(1): 10-20.

⁵¹ K. Yuill (2015) *The unfreedom of assisted suicide: How the right to die undermines autonomy*. *Ethics, Medicine and Public Health* 1, 494—502

⁵² Aubry, R. (2016) *End-of-life, euthanasia, and assisted suicide: An update on the situation in France*. *Revue Neurologique*. 172: 917-924.

⁵³ Radbruch, L et al (2015) *Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care Palliative Medicine*. 1–13 p.6 "a physician intentionally helping a person to terminate his or her life by providing drugs for self-administration, at that person's voluntary and competent request."

⁵⁴ Nos cuidados de saúde, «assistido» habitualmente significa que as atividades que a pessoa não pode realizar são complementadas ou suplementadas por profissionais; os profissionais que prestam ações paliativas e cuidados paliativos consideram que assistem as pessoas, acompanham o processo de morte e de morrer. Por outro lado, a história da assistência em Portugal atribuiu à «assistência» o sentido de práticas e políticas assistenciais, as questões assistenciais dos pobres, grávidas e crianças, a ação das Misericórdias, à atividade assistencial social e da saúde, à assistência religiosa. E se, em bom rigor, «assistir» é estar presente e utilizamos «assistência» para auditório ou ouvintes, o vocábulo português também assinala uma intervenção ou ajuda especializada assim como o significado de um meio de auxílio ou de socorro.



Procurámos as expressões que têm sido utilizadas entre nós - «ajuda ao suicídio»⁵⁵, «suicídio ajudado»⁵⁶, «morte assistida»⁵⁷, «suicídio medicamente assistido»⁵⁸, - e, ainda que mantendo uma tradução para «*assisted*» nos textos em inglês, preferimos a utilização da noção de "suicídio ajudado", aliás, denominação já utilizada pelo Presidente do CNECV aquando da audição parlamentar ocorrida em 26 de Abril de 2017 no âmbito da apreciação da Petição n.º 250/XIII/2.^a - "Toda a Vida Tem Dignidade"⁵⁹.

A *ajuda ao suicídio* pode ser materializada através de atos como prescrever a medicação ou auxiliar na ingestão ou autoadministração, fornecendo os meios; todavia, o propósito que gera a ação é o da pessoa que pretende pôr fim à sua vida⁶⁰, é a própria pessoa que decide o momento e executa o procedimento.

É consensual o entendimento de que se trata de uma decisão inteiramente individual, deliberada, privada, tomada em plena posse das suas capacidades e de livre vontade, repetida ou reiterada, sem ser imputável a comportamento depressivo ou distúrbio mental⁶¹.

A questão da nomenclatura utilizada torna-se relevante para reduzir equívocos e, para efeitos deste relatório, consideramos **suicídio ajudado** quando:

1) A pessoa que considera suicidar-se

a) se encontra numa condição de doença irreversível, "sem esperança"⁶²

⁵⁵ Cf. n.º1, artigo 135º, Código Penal, "quem incitar outra pessoa a suicidar-se, ou lhe prestar ajuda para esse fim".

⁵⁶ Laura Ferreira dos (2009). *Ajudas-me a morrer? A morte assistida na cultura ocidental do século XXI*. Lisboa: Sextante Editora; Oliveira da Silva, Miguel (2017) *Eutanásia, Suicídio Ajudado*, Barrigas de Aluguer - Para um debate de cidadãos. Lisboa: Editorial Caminho.

⁵⁷ Gralha, Lucília (2013) *Morte assistida. Temos o direito de escolher a forma como morremos?* Lisboa: Oficina do Livro; Santos, Laura Ferreira dos (2015) *A Morte Assistida e Outras Questões de Fim-de-Vida*. Almedina.

⁵⁸ Utilizado no texto da Petição para a despenalização da Morte Assistida [<https://morteassistida.com/>].

⁵⁹ Apreciação da Petição n.º 250/XIII/2.^a - "Toda a Vida Tem Dignidade" - <http://canal.parlamento.pt/?cid=1914&title=audicao-do-conselho-nacional-de-etica-para-as-ciencias-da-vida>

⁶⁰ E nisto se distingue da eutanásia, como veremos adiante, em que o pedido de morrer se acompanha da recusa ou incapacidade do próprio em se matar, preferindo ou requerendo que um terceiro o realize.

⁶¹ As pesquisas afirmam que mais de 90% dos casos do suicídio estão relacionados com perturbações mentais. "A proporção da população global com perturbações de ansiedade em 2015 foi estimada em 3,6%. Tal como acontece com a depressão, são mais comuns entre as mulheres (4,6% em comparação com 2,6% nos homens, a nível global)." DGS (2017) *Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. p.6. Considere-se ainda que "existe uma relação muito forte entre o suicídio e a presença de perturbações mentais nas pessoas idosas, sendo que nos doentes idosos deprimidos o risco de suicídio é duas vezes maior do que nos não deprimidos." (Almeida, Lurdes; Quintão, Sónia (2012) *Depressão e Ideação Suicida em Idosos institucionalizados e Não Institucionalizados em Portugal*. *Acta Med Port Nov-Dec*;25(6):350-358.

⁶² "As condições sem esperança incluem, mas não são necessariamente limitadas, doenças terminais, dores físicas ou psicológicas graves, condições físicas ou mentalmente debilitantes ou deterioradas, ou uma qualidade de vida que não é mais aceitável para o sujeito". Sobre critérios, ver: [1] Werth, J. L. (1999). *Introduction to the issue of rational suicide*. In J. L. Werth, Jr. (Ed.), *Contemporary perspectives on rational suicide series in death, dying and bereavement* (pp. 1-13). New York, NY: Routledge. [2] Stewart, C., Peisah, C., & Draper, B. (2011). *A test for*



- b) é competente, capaz de decidir sobre si, não sofrendo de distúrbio depressivo,
- c) realizou processo de deliberação,
- d) expressa vontade livre de pôr fim à sua vida,
- e) de forma repetida,
- f) e determina-se a realizar o ato.

2) A pessoa que ajuda

- a) coloca recursos à disposição, seja informação, sejam os meios para a concretização,
- b) desempenha um papel de auxílio, de ajuda,
- c) não intervém na decisão (não induz, persuade ou incentiva),
- d) e a morte não decorre diretamente da sua ação.

Caso a pessoa que ajuda seja um médico, utiliza-se «suicídio medicamente ajudado».

O termo utilizado no artigo 1.º do projeto de lei é “Eutanásia”, que dada a sua ambiguidade legitima-nos desde logo a perguntarmos de que tipo de eutanásia trata o diploma. Eutanásia por ação? Por omissão? Direta? Indireta? Voluntária? Involuntária? Ativa? Passiva?

Deverá desde logo o legislador delimitar o conceito nas definições legais que propõe, ao invés de deixar ao intérprete tal tarefa que só a dará por concluída após a leitura integral do diploma.

A definição de eutanásia traduz-se na ideia de morte provocada, medicamente ajudada, a pedido do doente. São exemplos de definições as de Daniel Serrão e de Figueiredo Dias, respetivamente (1) "a morte deliberada e intencional de uma pessoa, a seu pedido, executada por outra pessoa que acolheu o pedido e decidiu dar-lhe execução. (...) É uma morte desejada voluntariamente por uma pessoa e executada ativamente por outra pessoa." ⁶³ e (2) “auxílio médico à morte de um paciente já incurso num processo de sofrimento cruel e que, segundo o estado de conhecimentos

mental capacity to request assisted suicide. *Journal of Medical Ethics*, 37, 34–39. Já a desesperança é um construto psicológico definido como “um sistema de esquemas cognitivos cujo denominador comum é a expectativa negativa sobre o futuro” (Rodin et al. (2009) *Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. Social Science & Medicine* 68: 562-569).

⁶³ {Serrao:1998ul} p.86.



da medicina e um fundado juízo de prognose médico conduzirá inevitavelmente à morte.”⁶⁴

Porém, pela variedade de definições nacionais e internacionais⁶⁵, elencamos sete elementos que parecem constituir a definição de **eutanásia (ativa, direta)**, que é aquela que parece pretender-se regular no diploma:

- a) a existência de um pedido para
- b) a morte provocada de forma deliberada e intencional,
- c) a existência de um segundo elemento que acolhe o pedido,
- d) sendo este elemento obrigatoriamente médico,
- e) o doente encontra-se em estado de doença grave, incapacitante ou terminal,
- f) está capaz para decidir sobre si e sem perturbação psiquiátrica
- g) ajuíza-se a inevitabilidade da morte para o estado atual,
- h) o doente encontra-se em estado de sofrimento *cruel* ou
- i) em estado de sofrimento *indigno*.

Assim, em síntese, para harmonizar a nomenclatura, entendemos:

Suicídio ajudado quando uma pessoa decide suicidar-se, encontrando-se numa condição de doença irreversível, "sem esperança" ou em "desesperança", é competente, capaz de decidir sobre si, não sofre de distúrbio depressivo ou psiquiátrico, realizou processo de deliberação, expressa vontade livre de pôr fim à sua vida, de forma repetida e determina-se a realizar o ato. A pessoa que ajuda coloca recursos à disposição, seja informação, seja os meios para a concretização, desempenha um papel de auxílio, de ajuda, não intervém na decisão (não induz, persuade ou incentiva) e a morte não decorre diretamente da sua ação.

Eutanásia (que considerámos no relatório também como morte provocada a pedido), quando uma pessoa realiza um pedido para a morte lhe ser provocada, pedido que é deliberado e intencional; num quadro procedimental legalmente instituído, um médico acolhe o pedido e administra o meio letal; o doente é competente, capaz de decidir sobre si, não sofre de distúrbio depressivo ou

⁶⁴ Figueiredo Dias (1999) Comentário Conimbricense ao Código Penal, Parte Especial, Tomo I, Coimbra, Coimbra Editora, p.12.

⁶⁵ Como as de Keown J. Euthanasia Examined (1st ed.). Cambridge: Cambridge University Press, 2004; Wesemael, Y. et al (2011) Process and Outcomes of Euthanasia Requests Under the Belgian Act on Euthanasia: A Nationwide Survey. Journal of Pain and Symptom Management 42(5):721–733.; Huxtable.Richard (2014) Splitting The Difference? Principled Compromise And Assisted Dying . Bioethics Volume 28 Number 9 pp 472–480 Report of the Social, Health and Family Affairs Committee of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe. 2003.



psiquiátrico, encontra-se em sofrimento e ajuíza-se a inevitabilidade da morte face a doença incapacitante ou terminal.

O início e o final dos processos de suicídio ajudado e eutanásia são semelhantes, de onde se torna visível a semelhança de alguns argumentos; todavia, assinala-se a diferença ética relevante dos momentos intermédios e o facto de, no suicídio ajudado ser o próprio que realiza o ato de pôr termo à sua vida, enquanto na eutanásia existe um terceiro que executa o ato de pôr termo à vida da pessoa - os problemas agigantam-se quando falamos da convocação de um terceiro para ajudar no desiderato de pôr termo à vida.

Pelo exposto, não nos revemos no *nomen iuris* adoptado no Capítulo I do Projeto de Lei⁶⁶.

O Capítulo II cuida dos requisitos e da capacidade para pedido de morte medicamente assistida.

O artigo 3.º trata, em concreto, dos requisitos de admissibilidade para o pedido de morte medicamente assistida e o artigo 4.º da legitimidade e capacidade.

Desde logo parece-nos mais assertiva a inversão da abordagem, uma vez que na prática se mostra irrelevante a verificação dos requisitos de admissibilidade para o pedido de morte medicamente assistida por pessoas a quem falte capacidade e legitimidade para aceder à mesma nos termos definidos no projeto.

Assim, e no que concerne à capacidade, o artigo 4.º do Projeto⁶⁷ permite o acesso à morte medicamente assistida a quem:

- Tenha pelo menos 18 anos de idade;
- Não se mostre interdito ou inabilitado por anomalia psíquica;
- Não padeça de qualquer doença do foro mental.

⁶⁶ **Artigo 1.º Objecto** O presente diploma regula o acesso à morte medicamente assistida, na vertente de eutanásia e suicídio medicamente assistido. **Artigo 2.º Definições** Para efeitos da presente lei, entende-se por: a) Morte medicamente assistida: Acto de, em resposta a um pedido do próprio, informado, consciente e reiterado, antecipar ou abreviar a morte de doentes em grande sofrimento sem esperança de cura. Pode concretizar-se de duas formas: eutanásia ou suicídio medicamente assistido. b) Eutanásia: Quando o fármaco letal é administrado por um médico c) Suicídio medicamente assistido: Quando é o próprio doente a auto-administrar o fármaco letal, sob a orientação ou supervisão de um médico.

⁶⁷ **Artigo 4.º Legitimidade e capacidade** 1 – Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, qualquer pessoa pode formular pedido de morte medicamente assistida, desde que cumpra os seguintes requisitos: a) Tenha pelo menos 18 anos de idade. b) Tenha nacionalidade portuguesa ou resida legalmente em Portugal. c) Não se mostre interdito ou inabilitado por anomalia psíquica. d) Não padeça de qualquer doença do foro mental. 2 – Tendo em conta o exposto na alínea a) do número anterior, a presente lei não é aplicável a menores, ainda que emancipados.



A inserção do nº 2 do artigo 4.º que dispõe que a lei não é aplicável a menores, ainda que emancipados, parece-nos desnecessária uma vez que tal já resulta do enunciado na alínea a) do número 1, ao exigir como idade mínima os 18 anos.

Suscita-nos dúvidas a formulação aposta na alínea d) do número 1 do artigo 4.º, ao exigir que a pessoa que manifeste a sua vontade "não padeça de qualquer doença do foro mental".

Ora, de acordo com o Relatório "Portugal - Saúde Mental em Números 2015"⁶⁸ um terço da população sofre de ansiedade ou depressão. Por outro lado, em 2016 a síndrome de *burnout* afetava 13,7% das pessoas ativas em Portugal. Adicionalmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) formulou que se entendem por "perturbações mentais e comportamentais condições clinicamente significativas" as caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. As perturbações mentais e comportamentais não são apenas variações dentro da escala do «normal», mas sim fenómenos claramente anormais ou patológicos. Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afetivo não significam em si mesmos a presença de perturbação mental ou comportamental. Para serem classificadas como perturbações, é preciso que essas anomalias sejam continuadas ou recorrentes e que resultem numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida. Estes problemas caracterizam-se também por sintomas e sinais específicos e, geralmente, seguem um curso natural mais ou menos previsível, a menos que ocorram intervenções. Nem todas as alterações denotam perturbação mental. As pessoas podem sofrer de angústia em virtude de circunstâncias pessoais ou sociais. A menos que sejam satisfeitos todos os critérios pertinentes a determinada perturbação, essa angústia não constitui uma perturbação mental. Há diferença, por exemplo, entre estado afetivo deprimido e depressão diagnosticável.⁶⁹

Importa considerar que as perturbações mentais e do comportamento representam 11,8% da carga global das doenças em Portugal, mais do que as doenças oncológicas (10,4%) e apenas ultrapassadas pelas doenças cérebro-

⁶⁸ <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>

⁶⁹ OMS (2002) Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Génève: OMS. p. 53. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf



cardiovasculares (13,7%). Num enquadramento geral, pela análise⁷⁰ da evolução do consumo de psicofármacos em Portugal nos últimos anos, concluímos que, entre 2000 e 2012, houve um aumento da utilização e da despesa com ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos.

Pensamentos transitórios de morte e suicídio são frequentes em doentes com doença grave e progressiva, como as doenças oncológicas ou VIH/SIDA, existindo estudos específicos de depressão e ideação suicida. Se considerarmos que, quando é comunicada uma *má notícia* a uma pessoa, se interrompe ou põe em causa o seu projeto de vida, quer tenhamos em conta a teoria de Kubler-Ross⁷¹ ou de outros autores, é compreensível que o próprio processo de luto seja vivido de forma diferente por cada pessoa, desde o choque à aceitação; que pode seguir estádios no luto, na vivência dos fenómenos, tão diversos como a negação, a raiva, a negociação, a depressão e a aceitação ou resignação. Adicione-se que, além da doença, a experiência de hospitalização pode ser esmagadora, altamente fragilizadora; e que as doenças irreversíveis, de prognóstico reservado, afetam pessoas em todas as idades e nas diferentes fases da vida.

Tal leva-nos a questionar se estas situações se subsumirão à previsão da norma.

Compreende-se a preocupação do legislador com o denominado efeito de "plano inclinado" ou "rampa escorregadia" já abordado no presente relatório e, em especial, no que se refere à eutanásia em menores e em doentes psiquiátricos. Porém, é igualmente ao legislador que compete uma rigorosa definição dos concretos requisitos que permitem o acesso à "morte medicamente assistida", o que nos parece não estar a ser alcançado, ora com a inclusão de dispositivos inócuos (nº 2 do artigo 4.º), ora com a inclusão de dispositivos vagos e imprecisos que suscitam dúvidas na aplicação da lei, como ocorre na alínea d) do número 1 do artigo 3.º.

Parece-nos, por isso, mais correta a formulação encontrada no Regime das Diretivas Antecipadas de Vontade, consubstanciada na Lei n.º 25/2012, de 16 de Julho, que confere capacidade para a sua outorga a pessoas que "*Se encontrem capazes de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido.*"

Igualmente se mostra necessário salvaguardar - o que não foi acautelado no Projeto de Lei - as situações das pessoas sobre quem, apesar de não se encontrarem

⁷⁰ INFARMED (2014). Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000-2012).

⁷¹ Kubler-Ross, Elisabeth (1969) *On death and dying*. York: Touchstone, 1997; Kessler, David; Kubler-Ross, E. (2005) *On Grief And Grieving*. Simon & Schuster.



interditas ou inabilitadas por anomalia psíquica, impenda processo judicial em curso que possa culminar no decretamento de inabilitação ou interdição ou decisão de internamento.

Já no que concerne à admissibilidade do pedido efetuado por pessoa capaz de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido, resulta do artigo 3.º a obediência aos seguintes requisitos⁷²:

- Doença ou lesão incurável;
- Causadora de sofrimento físico ou psicológico intenso, persistente e não debelado ou atenuado para níveis suportáveis e aceites pelo doente, ou nos casos de situação clínica de incapacidade ou dependência absoluta ou definitiva;
- Pedido reiterado de forma consciente e lúcida, ao longo de todo o processo;
- Apresentado a um médico pelo próprio doente, livre de coação exterior;
- Efetuado após um processo de adequada informação prestada pelo médico.

Tratando este artigo dos requisitos para o pedido de “morte medicamente assistida”, parece-nos que inserir no articulado do Projeto de Lei disposições que dizem respeito ao próprio “Procedimento prévio ao cumprimento da morte medicamente assistida”, que vem regulado no capítulo seguinte, não se traduz na melhor técnica legislativa e dá azo a confusões e mesmo contradições.

Da própria tramitação do Procedimento Prévio decorrerá, não só a reiteração do pedido (podendo o doente a qualquer momento revogá-lo), mas também a averiguação da existência de coação exterior, a prestação das adequadas informações sobre o ato a praticar, respetivas alternativas, etc.

De qualquer forma, merece ponderação a exigência de pedido reiterado, em particular quando se trata de doentes em sofrimento e na fase terminal da sua vida. O que nos parece dever ser avaliado, para efeitos de indução de morte medicamente assistida, é se o pedido assenta numa convicção firme do doente, baseada numa

⁷² Artigo 3.º

Requisitos de admissibilidade da morte medicamente assistida

- 1 – O pedido de morte medicamente assistida apenas é admissível nos casos de doença ou lesão incurável, causadora de sofrimento físico ou psicológico intenso, persistente e não debelado ou atenuado para níveis suportáveis e aceites pelo doente ou nos casos de situação clínica de incapacidade ou dependência absoluta ou definitiva.
- 2 - O pedido deve ser apresentado a um médico pelo próprio doente, de forma livre e voluntária, após um processo de adequada informação prestada pelo médico e de livre reflexão, não podendo ser motivado ou influenciado por qualquer pressão ou coação exterior.
- 3 - A pessoa deve ser competente e estar consciente e lúcida quando formula o pedido e quando o reitera ao longo do processo.



decisão imutável, tomada de uma forma consciente e esclarecida. A verdade é que um pedido reiterado, insistente, poderá não constituir um pedido instante, firme.

Por outro lado, o requisito que tem de ser verificado para que haja causa de exclusão de ilicitude do crime de homicídio a pedido de vítima e do crime de ajuda ao suicídio é o de o pedido ser instante⁷³. A reiteração decorre do próprio procedimento.

Igualmente não se compreende o abandono por parte do legislador da exigência dos requisitos de doença grave e irreversível em fase terminal, em que o doente se encontra em sofrimento insuportável que não encontra resposta em tratamento médico, únicos que poderão apelar à compaixão, justificando práticas que possam condicionar a antecipação da morte. No entanto, ao médico assistente pede-se que preste explicações quanto ao carácter irreversível da doença aquando do preenchimento de declaração oficial após o óbito - (alínea f) do n.º 2 do artigo 18.º).

O Capítulo III do Projeto de Lei trata do procedimento prévio ao cumprimento da morte medicamente assistida.

O pedido de morte medicamente assistida deverá ser redigido por escrito pelo próprio doente (ou, caso não saiba escrever, por pessoa por si indicada) em formulário a aprovar para o efeito, na presença de um médico escolhido por aquele, a que o Projeto de Lei dá o nome de “médico assistente”.

Ora, a este médico, que pode desconhecer por completo o estado clínico do doente, é atribuída uma série de obrigações, entre elas consultar outro médico “*cuja área de especialização corresponde à da patologia que esteja em causa*”, que o Projeto denomina de “médico consultado”.

No entanto, se o médico assistente ou o médico consultado pretenderem discutir o pedido “*com o médico ou equipa de médicos que assegure os cuidados regulares do doente*”, o doente pode opor-se.

⁷³ Artigo 134.º Homicídio a pedido da vítima (Na redação proposta ao Código Penal pelo Projeto de Lei)

1 – [...].

2 – [...].

3 – O disposto no presente artigo não é aplicável se o agente, enquanto médico, actuou determinado por um pedido sério, **instante** e expresso, encontrando-se o paciente em situação clínica irreversível e em grande sofrimento, nos exactos termos previstos em legislação especial que regula o exercício da morte medicamente assistida.

Artigo 135.º

Incitamento ou ajuda ao suicídio (Na redação proposta ao Código Penal pelo Projeto de Lei)

1 – [...].

2 – [...].

3 – O disposto no presente artigo não é aplicável aos casos em que o agente, na qualidade de médico, prestou auxílio ao suicídio de paciente, determinado por um pedido sério, **instante** e expresso, encontrando-se este em situação clínica irreversível e em grande sofrimento, nos exactos termos previstos em legislação especial que regula o exercício da morte medicamente assistida.



Não se compreende o modelo acolhido no Projeto de Lei quando, na realidade, os médicos que asseguram os cuidados regulares do doente serão os que se encontram em melhores condições de averiguar a verificação de alguns dos requisitos plasmados nos artigos 3.º e 4.º (uma vez que há outros que deverão obrigatoriamente ser alvo de verificação por parte de médico psiquiatra). Estes médicos detêm a informação privilegiada que lhes permitiria ocupar a posição de médicos consultados.

Por seu turno, o formulário a ser apresentado pelo doente deverá vir pré-preenchido com os dados que constam do processo clínico na unidade de saúde onde aquele está a ser acompanhado, nomeadamente os dados de identificação do doente e a indicação da doença da qual é portador.

Creemos que o doente deverá exclusivamente indicar a modalidade de morte pretendida, uma vez que, quanto ao mais que é exigido, e por se tratarem de requisitos de acesso à “morte medicamente assistida”, teriam e deveriam ser objeto de apreciação pelos médicos envolvidos no procedimento.

Exige-se igualmente ao médico assistente (nº 1 do artigo 6.º) a verificação da inexistência de qualquer doença do foro mental, mesmo que este médico não seja psiquiatra, sendo que o médico psiquiatra irá intervir no procedimento em momento posterior (artigo 8.º).

Como a pessoa que peça a morte, caso não cumpra o requisito da capacidade, fica automaticamente excluída do procedimento, é caso para perguntar, se não deveria ser o médico psiquiatra o primeiro a intervir no Procedimento Prévio a que refere o Capítulo III do Projeto de Lei, até porque o parecer desfavorável deste *“impede a continuidade do procedimento e implica o encerramento do mesmo”* (nº 5 do artigo 8.º).

Outra das exigências feita ao médico consulente é que discuta com o doente “as possibilidades oferecidas pelos cuidados paliativos e as suas consequências e impactos” (alínea c) do nº 2 do artigo 6.º). A menos que o médico assistente tenha particulares conhecimentos em cuidados paliativos, não se vislumbra como poderá dar cumprimento de forma adequada a este requisito do procedimento.

Note-se que idêntica verificação destes requisitos é posteriormente exigida ao médico consultado (artigo 7.º).

Em conclusão, estamos perante um procedimento moroso, em que é exigido aos diversos intervenientes a adoção de determinadas condutas que se mostram



desnecessárias, o que na prática se poderá traduzir na negação da faculdade que se afirma pretender reconhecer ao doente.

O cumprimento do pedido de morte medicamente assistida vem previsto nos artigos 11.º a 19.º do Capítulo IV.

Desde logo se prevê que o suicídio ajudado tenha orientação e supervisão médica e que a eutanásia ativa direta seja igualmente cumprida por médico.

Os médicos intervenientes devem ter inscrição válida na Ordem dos Médicos e podem ser auxiliados por enfermeiros inscritos na respetiva Ordem.⁷⁴

Surge pela primeira vez no diploma a referência à necessidade de inscrição válida na Ordem dos Médicos, requisito não exigível aos médicos intervenientes no procedimento prévio ao cumprimento da morte medicamente assistida, referidos no Capítulo II do projeto: médico consulente e médico consultado. Tal leva-nos a concluir que, por exemplo, poder-se-ia pedir a um médico estrangeiro que assumisse a posição de médico consulente.

O artigo 14.º vem dispor sobre o local para a prática da morte medicamente assistida, *"podendo esta ocorrer em instalações públicas ou privadas onde sejam prestados serviços de saúde, que disponham de local de internamente adequado à prática do acto, bem como no domicílio do doente, desde que o médico assistente considere que o mesmo dispõe de condições para o efeito."*

Creemos que a redação dá azo a duas interpretações distintas. Por um lado, que o local da prática do ato poderá situar-se nas instalações públicas ou privadas onde sejam prestados serviços de saúde ou no domicílio do doente. Por outro, que ambos os lugares surgem como opções, podendo o doente indicar outro.

Se é vontade do legislador restringir o local da prática da morte medicamente assistida às instalações de serviços de saúde e ao domicílio do doente, então o termo "podendo" deveria antes ser substituído por "devendo".

O artigo 17.º, sob a epígrafe "Verificação do óbito", determina que "A causa da morte aposta na certidão de óbito deverá ser a patologia da qual o doente padecia...".

⁷⁴ **Artigo 11.º Eutanásia e suicídio medicamente assistido**

- 1 – A morte assistida pode revestir a forma de eutanásia, quando o fármaco letal é administrado por médico, ou de suicídio medicamente assistido, quando é o próprio doente a auto-administrar o fármaco letal.
- 2 – A escolha entre eutanásia ou suicídio medicamente assistido cabe ao doente.
- 3 – O suicídio medicamente assistido deve ser praticado sob orientação e supervisão médica.
- 4 – Os profissionais de saúde inscritos na Ordem dos Enfermeiros podem auxiliar os médicos, titulares de inscrição válida na Ordem dos Médicos, no cumprimento da morte medicamente assistida.



Encontramos na sua *ratio* a preocupação de proteção da reserva da intimidade da vida privada de quem recorre ao suicídio ajudado ou à morte provocada a pedido. No entanto, esta previsão vai contra as regras de preenchimento de um certificado de óbito e às diretivas da OMS (CID.10), onde deve figurar, de forma inequívoca, a causa de morte, ou seja, a sua etiologia médico-legal, que, no caso em apreço, não poderá ser outra que não seja suicídio ajudado ou morte provocada a pedido.

Porém, não se acautelou, como fez a legislação belga⁷⁵, a equiparação jurídica daquelas causas de morte à morte natural, o que poderá ter efeitos na execução dos contratos que o doente celebrou em vida, em especial nos contratos de seguro, uma vez que, quanto a estes, em regra existem cláusulas de limitação da cobertura da morte derivada de suicídio.

O artigo 18.º vem exigir ao médico assistente que, após o óbito, preencha uma declaração da qual constem os elementos referidos nas alíneas a) a i) do nº 2 do artigo 18.º, o que se não se mostra compreensível, uma vez que todos esses elementos já se encontram no processo clínico.

O Capítulo V prevê a existência de uma Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei (Artigos 20.º a 29.º).

Em todos os países do BENELUX o mecanismo de controlo é feito pós-procedimento. Porém, um mecanismo de controlo que opera *a posteriori* não protege os doentes contra quaisquer situações que violem os procedimentos estabelecidos – nada hoje impede o sujeito de ser submetido a eutanásia e, posteriormente, ser verificado que tal não deveria ter acontecido pois os procedimentos não foram cumpridos. Mais, a monitorização baseia-se numa declaração espontânea e voluntária e está dependente da informação do médico que praticou o ato. Parece talvez ingénuo considerar que, não sendo declarados os erros ou atos de negligência nos procedimentos na maioria das áreas da medicina, um médico atue de forma diferente nesta situação particular. Aliás, declarar voluntariamente que não cumpriu os procedimentos, constitui que o ato que praticou é no seu país um crime.

Desde 2004, que a Federal Commission for Control and Evaluation of Euthanasia Belga (FCECE) se refere consciente das limitações do controlo

⁷⁵ Art. 15. La personne décédée à la suite d'une euthanasie dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.



estabelecido pelo ato da eutanásia – “é claro que a efetividade da própria comissão recai sobre os profissionais de saúde que o declaram”.

De facto, parece extraordinário que, em 15 anos, apenas um caso tenha sido avaliado pelo Ministério Público naquele país – este caso foi referenciado a esta instância pela FCECE depois de grande revolta na comunicação social (referia-se a uma senhora sujeita a eutanásia em 2015 por uma “depressão reativa” ao falecimento da filha, 3 meses antes). De facto, a comissão referiu que lhe foi impossível verificar se as condições legais foram garantidas. Alegou não ter conseguido verificar se o ato de eutanásia foi voluntário, consciente e sem pressão externa.

É sabido que a doença crónica traz sentimentos paradoxais (desejo de morrer / de não sofrer / de manter a autonomia) e a abordagem em cuidados paliativos pode alterar a frequência e sequência com que cada crença ocorre. Este facto é evidente no suicídio ajudado, onde uma percentagem não reduzida de doentes que recebe o fármaco letal não o ingere posteriormente. A FCECE referiu ser difícil verificar se os médicos envolvidos ficaram com plena consciência das pressões que motivam o sujeito a fazer este pedido. E, ainda, que parece também impossível verificar se o segundo médico não foi escolhido apenas como pro forma, isto é, de entre uma lista de médicos que são a favor da prática de eutanásia. A ideia de que esta condição possa não ser cumprida (ou irregularmente cumprida) é visível no facto de nem todos os médicos considerarem útil uma segunda opinião (Cohen et al 2012 – 71% dos doentes da Flandres consideram útil consultar um segundo médico) e pelo facto de o ato de eutanásia ter sido efetuado sem este pedido, ou apesar de uma opinião negativa (Cohen-Almagor 2013 - em 35% dos casos não foi solicitada e em 23% dos casos foi efetuada contra uma segunda opinião negativa). Não só o rigor dos procedimentos parece escapar à real avaliação pela comissão, como esta reconheceu a própria incapacidade de identificar o número real de casos em que tal aconteceu.

Se é verdade que se mostra impossível garantir a inviolabilidade de qualquer lei, eutanasiar é uma conduta única do ponto de vista legal – a eutanásia não foi legalizada nos países do BENELUX, uma vez que continua a constituir um crime, e deixa de ser penalizada apenas se cumpridas as exceções e condições legais previstas.

No entanto, anote-se que o Projeto de Lei em análise prevê igualmente a criação de uma comissão análoga com idênticas competências e forma de funcionamento



(Capítulo VI: Comissão de Controlo e Avaliação da Aplicação da Lei - Artigos 20.º a 29.º).

No Capítulo VI (Disposições particulares) encontramos disposições sobre o dever de sigilo dos profissionais de saúde envolvidos no processo e o direito à objeção de consciência.

Vários são os diplomas que, à semelhança do presente Projeto de Lei, asseguram aos médicos (e a outros profissionais de saúde) o direito à objeção de consciência, como por exemplo em atos respeitantes à interrupção voluntária da gravidez, na realização de quaisquer técnicas de PMA ou no cumprimento de diretivas antecipadas de vontade. Porém, nas situações exemplificadas prescinde-se da fundamentação da decisão de objeção, bastando ao profissional de saúde alegar a sua qualidade de objetor, entendendo-se que a objeção decorre do seu quadro de valores. Em termos éticos, não se pode aceitar, tal como se pretende com o nº 4 do artigo 31.º do projeto de lei, que os profissionais de saúde especifiquem “*os motivos que justificam a recusa do pedido*” de suicídio ajudado ou de eutanásia ativa direta.

O Capítulo VII versa sobre as alterações ao Código Penal, aditando o n.º 3 ao artigo 134.º (“Homicídio a pedido da vítima”) e o nº 3 ao artigo 135.º (“Incitamento ou ajuda ao suicídio”). Convém referir que a formulação encontrada pelo legislador nas alterações ao Código Penal, mais concretamente ao n.º 3 ao artigo 134.º (“Homicídio a pedido da vítima”) e ao nº 3 ao artigo 135.º (“Incitamento ou ajuda ao suicídio”), ao prever a exclusão da ilicitude exclusivamente aos médicos, deixa de fora os enfermeiros, a quem o nº 4 do artigo 11º do projeto atribuiu igualmente um papel no procedimento de “morte medicamente assistida”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, João Lobo (2015) Ouvir com outros olhos, Ensaios. Lisboa: Gradiva.
- Almeida, Lurdes; Quintão, Sónia (2012) Depressão e Ideação Suicida em Idosos institucionalizados e Não Institucionalizados em Portugal. Acta Med Port Nov-Dec;25(6):350-358.
- Aubry, R. (2016) End-of-life, euthanasia, and assisted suicide: An update on the situation in France. Revue Neurologique. 172: 917-924.
- Aumonier, Nicolas et al (2017) L'Euthanasie. Paris: PUF. Que sais je?
- Balaguer A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Alonso-Babarro A, Altisent R, Aradilla-Herrero A, et al. (2016) An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors. PLoS ONE 11(1): e0146184. doi:10.1371/journal.pone.0146184
- Battin, Margaret Pabst (2005) Ending Life: Ethics and the Way We Die. New York: Oxford University Press.



- Battin, Margaret Pabst (1994) *The least worst death*. New York: Oxford University Press.
- Boivin, Antoine et al (2015) Comparing end-of-life practices in different policy contexts: a scoping review. *Journal of Health Service, Research & Policy*, vol 20 (2) 115-123.
- Bolt, Eve et al (2016) From Advance Euthanasia Directive to Euthanasia: Stable Preference in Older People? *JAGS* 64:1628–1633.
- Broeckeaert, Bert; Janssens Palliative Care and Euthanasia. *Belgian and Dutch Perspectives. Ethical Perspectives* 9(2-3):156-75.
- Cardoso, Augusto Lopes (1990) Alguns aspectos jurídicos da eutanásia. *Boletim do Ministério da Justiça*, Lisboa, n.401, p.5-32.
- Carqueja, Eduardo (2015) *O caminhar na vivência do morrer: um estudo fenomenológico com doentes oncológicos em fim de vida*. Tese doutoramento Bioética. Universidade Católica Portuguesa.
- Chao Yi-Sheng et al (2016) International changes in end-of-life practices over time: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 16 (1), pp. 539-548.
- Cohen-Almagor, R. (2015) An argument for physician-assisted suicide and against euthanasia. *Ethics, Medicine and Public Health*, Volume 1, Issue 4, Pages 431-441.
- Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Troisième rapport à l'attention de la Chambre des Députés (Années 2013 et 2014). Luxembourg. <http://www.sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2013-2014/rapport-loi-euthanasie-2013-2014.pdf>
- Cortina, Adela (2003), "El quehacer público de la ética aplicada: ética cívica transnacional". Adela Cortina y Domingo García-Marzá (eds.) *Razón pública y éticas aplicadas. Los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*, Tecnos, Madrid.
- Cohen-Almagor, R (2015) An argument for physician-assisted suicide and against euthanasia. *Ethics, Medicine and Public Health* 1, 431—441.
- Cohen-Almagor, R (2009) Euthanasia Policy and Practice in Belgium: Critical Observations and Suggestions for Improvement . *Issues in Law & Medicine*, Volume 24, Number 3, p.187-218. Disponível em <https://www.ieb-eib.org/nl/pdf/euthanasia-practice-in-belgium.pdf>
- Dierickx, Sigrid et al (2016) Euthanasia in Belgium: trends in reported cases between 2003 and 2013. *BMC Psychiatry* (2017) 17:203, DOI 10.1186/s12888-017-1369-0
- Euthanasia Regulations Around the World. <https://ethicslab.georgetown.edu/euthanasia-map/>
- Falconer, Angela Wentz (2017) Rebranding Death. *BYU Journal of Public Law*. Vol. 31. p.318 - 321.
- Ferreira dos Santos, Laura (2009). *Ajudas-me a morrer? A morte assistida na cultura ocidental do século XXI*. Lisboa: Sextante Editora.
- Ferreira dos Santos, Laura (2015) *A Morte Assistida e Outras Questões de Fim-de-Vida*. Almedina.
- Figueiredo Dias (1999) *Comentário Conimbricense ao Código Penal, Parte Especial, Tomo I*, Coimbra Editora.
- Frost, Thomas et al (2014) *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 9:3 <http://www.peh-med.com/content/9/1/3>
- Gevers, Sjeff (2007) Evaluation of the Dutch Legislation on Euthanasia and Assisted Suicide. *European Journal of Health Law*, Volume 14, Issue 4, pages 369 – 379 DOI: 10.1163/092902707X263553
- Gomes, Barbara et al (2017) Risk factors for hospital death in conditions needing palliative care: Nationwide population-based death certificate study. *Palliative Medicine* 1 –11. DOI: 10.1177/0269216317743961
- Gomes, Bárbara; Lacerda, Ana (2017) Trends in cause and place of death for children in Portugal (a European country with no Paediatric palliative care) during 1987–2011: a population-based study. *BMC Pediatrics* BMC series 2017, 17:215. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0970-1>.
- Gralha, Lucília (2013) *Morte assistida. Temos o direito de escolher a forma como morremos?* Lisboa: Oficina do Livro.
- Have, Henk ten; Welie, V. M. (2014) Palliative Sedation Versus Euthanasia: An Ethical Assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 47 No. 1, p.123-136.
- Horn, Ruth (2013) Euthanasia and end-of-life practices in France and Germany. A comparative study. *Med Health Care and Philos* 16:197–209. DOI 10.1007/s11019-011-9357-5



- Hoxhaj, Oljana (2014) Euthanasia - The Choice between the Right to Life and Human Dignity. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*. Vol 3 No 6, p. 279-283.
- Huxtable, Richard (2014) Splitting The Difference? Principled Compromise And Assisted Dying. *Bioethics* Volume 28 Number 9 pp 472–480.
- Ivanović, N.; Büche, D.; Fringer, A. (2014) Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life – a ‘systematic search and review’ giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life. *BMC Palliative Care* 13:1.
- Jones, David; Gastmans, Chris; MacKellar, Calum (Edit.) (2017) *Euthanasia and Assisted Suicide. Lessons from Belgium*. Cambridge University Press.
- Jox, Ralf et al (2017) Voluntary stopping of eating and drinking: is medical support ethically justified? *BMC Medicine*, 15:186. DOI 10.1186/s12916-017-0950-1
- Keown J. (2004) *Euthanasia Examined*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kessler, David; Kubler-Ross, E. (2005) *On Grief And Grieving*. Simon & Schuster.
- Kimsma, G. K. (2015) Longevity reversed: Medicine, suicide and laicide after the Euthanasia Law of 2002. *Ethics, Medicine and Public Health* 1, 220—229.
- Krotoszynski, Ronal J (2016) *Privacy Revisited: A Global Perspective on the Right to Be Left Alone*. New York: Oxford University Press.
- Kubler-Ross, Elisabeth (1997) *On death and dying*. York: Touchstone.
- Landrya, Joshua T. et al (2015) Ethical considerations in the regulation of euthanasia and physician-assisted death in Canada. *Health Policy* 119, p.1490–1498.
- Lemiengre, Joke e all (2014) Written institutional ethics policies on euthanasia: an empirical based organizational-ethical framework. *Med Health Care and Philos* 17:215–228 DOI 10.1007/s11019-013-9524-y
- MacDonald, Neil (2014) *Morte medicamente assistida*. In *A Condição humana*. Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento e Publicações D. Quixote.
- Magelssen, Morten et al (2016) Attitudes towards assisted dying are influenced by question wording and order: a survey experiment. *BMC Medical Ethics* 17:24. DOI 10.1186/s12910-016-0107-3
- Malpas, Phillipa J (2017) Dying Is Much More Difficult than You'd Think: A Death by Dehydration. *The Permanente Journal/Perm* 21:16-148.
- McIntyre, R. S.; P´Donovan, C. (2004) The Human Cost of Not Achieving Full Remission on Depression; *Can J Psychiatry*, 49, 10-16
- Misztal, Barbara (2012) The idea of dignity: Its modern significance *European Journal of Social Theory* 16(1) 101–121. DOI: 10.1177/1368431012449237.
- Monforte-Royo, Cristina et al (What Lies behind the Wish to Hasten Death? A Systematic Review and Meta-Ethnography from the Perspective of Patients. *PLoS ONE* 7(5): e37117. doi:10.1371/journal.pone.0037117
- Observatório Português de Cuidados de Saúde (2017) *Relatório da Primavera 2017*. Disponível em <http://www.opss.pt/node/491>
- Oliveira da Silva, Miguel (2017) *Eutanásia, Suicídio Ajudado, Barrigas de Aluguer - Para um debate de cidadãos*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Orentlicher, D.; Pope, T.; Rich, B. (2014) The changing legal climate for Physician Aid in Dying. *JAMA*.311(19):1961-1962.
- Osswald, Walter (2001) *Um fio de ética (exercícios e reflexões)*. Coimbra: Instituto de Investigação e Formação Cardiovascular.
- Petrillo, Laura et al (2017) How California Prepared for Implementation of Physician-Assisted Death: A Primer. *Public Health Law* Vol 107, No. 6, p. 883-888.
- Pinheiro, Jorge Duarte *As pessoas com deficiência como sujeitos de direitos e deveres. Incapacidades e suprimento – a visão do Jurista*. In *Centro de Estudos Judiciários. Interdição e Inabilitação*. http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/civil/Interdicao_inabilitacao.pdf
- Portocarrero, Maria Luísa (2013) *Bioética e Filosofia: o princípio de autonomia e os desafios da fragilidade*. *Revista Filosófica de Coimbra*. Vol. 22, nº 44, pp. 397-416. URI:<http://hdl.handle.net/10316.2/34105>
- Portugal. Assembleia da República (2016) *Eutanásia e suicídio assistido. Legislação comparada*. Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar.



- Quill, T.E. "Death and Dignity: A Case of Individualized Decision Making" *New England Journal of medicine*, 324 (1991), 691-694.
- Radbruch, L et al (2015) Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care *Palliative Medicine*. 1-13.
- Reis de Castro et al (2016) Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. *Revista Bioética*, 24(2): 355-367
- Ricoeur, Paul (2001) *Le juste* 2. Paris: Esprit. p. 86.
- Rodin et al. (2009) Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Social Science & Medicine* 68: 562-569.
- Rodríguez-Prat, Andrea et al Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life: Systematic Review and Meta-Ethnography. *PLoS ONE* 11(3): e0151435. doi:10.1371/journal.pone.0151435
- Royal Dutch Medical Association (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, KNMG) / Royal Dutch Pharmacists Association (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, KNMPP) (2012) Guidelines for the Practice of Euthanasia and Assisted Suicide <http://www.camapcanada.ca/NetherlandsGuidelines.pdf>
- Santos, Laura Ferreira (2010) A Recusa de Tratamento em Portugal: Questões de Filosofia, Direito, Saúde e Educação. *Interações* número 19. pp. 23-47.
- Savulescu, J. (2006) Autonomy, the Good Life and Controversial Choices. In Rhodes R., Francis L.P., Silvers A. (eds.), 2007, *The Blackwell Guide to Medical Ethics*, Blackwell Publishing Ltd., pp.: 17 – 37.
- Serrão, Daniel (1998) Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer. In Serrão, d; Nunes, R (coord.) *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora.
- Steck, Nicole et al (2013) Euthanasia and Assisted Suicide in Selected European Countries and US States Systematic Literature Review. *Medical care* 51(10): 928-944.
- Stewart, C., Peisah, C., & Draper, B. (2011). A test for mental capacity to request assisted suicide. *Journal of Medical Ethics*, 37, 34–39.
- Tasset, José Luis Razones (2011) Para Una Buena Muerte (La Justificación Filosófica De La Eutanasia Dentro De La Tradición Utilitarista: De David Hume A Peter Singer). *Revista Iberoamericana de Estudios Utilitaristas*, XVIII/1-2: (153-195).
- Terkamo-Moisio, Anja et al (2017) The Traditional Model Does Not Explain Attitudes Toward Euthanasia: A Web-Based Survey of the General Public in Finland. *Journal of Death and Dying*, Vol. 75(3) 266–283
- Tomlinson, Emily; Stott, Joshua; (2015) Assisted dying in dementia: a systematic review of the international literature on the attitudes of health professionals, patients, carers and the public, and the factors associated with these. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(1): 10-20.
- União Europeia (1998) Declaração de Barcelona e parceria euro-mediterrânica. Disponível: <http://bit.ly/2oAwSBt>
- Varelius, Jukka (2016) On the moral acceptability of physician-assisted dying for non-autonomous psychiatric patients. *Bioethics* V 30, Nr 4, pp 227–233.
- Veatch, Robert (2015) Killing by Organ Procurement: Brain-Based Death and Legal Fictions. *Journal of Medicine and Philosophy*, 40: 289–311, 2015 doi:10.1093/jmp/jhv007
- Vézina-Im, Lydi-Anne et al (2014) Motivations of physicians and nurses to practice voluntary euthanasia: a systematic review. *BMC Palliative Care* 13:20 <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/13/20>
- Yuill, K. (2015) The unfreedom of assisted suicide: How the right to die undermines autonomy. *Ethics, Medicine and Public Health* 1, 494-502.
- Werth, J. L. (1999). Introduction to the issue of rational suicide. In J. L. Werth, Jr. (Ed.), *Contemporary perspectives on rational suicide series in death, dying and bereavement* (pp. 1–13). New York, NY: Routledge.
- Wesemael, Y. et al (2011) Process and Outcomes of Euthanasia Requests Under the Belgian Act on Euthanasia: A Nationwide Survey. *Journal of Pain and Symptom Management* 42(5):721–733.
- Wesley J. Smith, *Forced Exit: the slippery slope from Assisted Suicide to Legalized Murder*. New York: Times Books, 1997.