

PERGUNTAS E RESPOSTAS SOBRE A EUTANÁSIA

ANEXO

à Nota Pastoral do Conselho Permanente da Conferência Episcopal Portuguesa,
«*Eutanásia: o que está em jogo? Contributos para um diálogo sereno e humanizador*»

1. O que são a eutanásia e o suicídio assistido?

Etimologicamente, o termo “eutanásia” deriva do grego: *eu*, “boa”, e *thanatos*, “morte”.

Por eutanásia, deve entender-se «uma ação ou omissão que, por sua natureza e nas intenções, provoca a morte com o objetivo de eliminar o sofrimento»¹.

A ela se pode equiparar o suicídio assistido, quando não se causa diretamente a morte de outrem, mas se presta auxílio ao suicídio de outrem, com o objetivo de eliminar o sofrimento. Também se usa a expressão “suicídio medicamente assistido”, porque, de um modo geral, as legislações em vigor em vários Estados exigem que seja um médico a prestar esse auxílio, do mesmo modo que as leis que permitem a eutanásia exigem que seja um médico a praticá-la.

2. Será a eutanásia verdadeiramente uma “morte assistida”?

É usada, com frequência, a expressão “morte assistida” como conceito que inclui a eutanásia e o suicídio assistido.

Mas trata-se de uma expressão enganadora e que pode confundir.

A eutanásia e o suicídio assistido representam o encurtamento intencional de uma vida. Não é possível para ninguém — saudável ou com uma doença incurável — prever o momento da sua morte. A eutanásia reflete a pretensão de transformar a morte num “acontecimento programado e calculado”.

Prestar assistência a uma pessoa doente até ao termo natural da sua vida é uma expressão da solidariedade humana e da caridade cristã; nesse sentido, poderia falar-se em “morte assistida”. Mas tal não deve confundir-se com a eutanásia e o suicídio assistido. Nestas situações, trata-se de provocar deliberadamente a morte de outra pessoa (de “matar”) ou de prestar ajuda ao suicídio de outra pessoa (de ajudar a que outra pessoa “se mate”). A eutanásia não acaba com o sofrimento, acaba com uma vida.

Em vez de “morte assistida”, faria mais sentido falarmos em “vida assistida até ao seu termo natural”, garantindo ao doente terminal, através dos cuidados paliativos no aproximar do fim da vida, a assistência médica e humana necessária para o alívio do sofrimento. É, portanto, legítimo reclamar a humanização do fim da vida através de um conjunto de meios e atenções, oferecendo à pessoa os cuidados de que necessita e que dignificam não apenas quem os recebe, mas também quem os pratica num ato de verdadeira compaixão e generosidade.

¹ João Paulo II, Carta encíclica *Evangelium Vitae* (25 de março de 1995), n. 65.

3. O que é a obstinação terapêutica?

A obstinação terapêutica é também designada como exacerbação terapêutica, encarniçamento terapêutico ou excesso terapêutico.

Distinta da eutanásia é a decisão de renunciar à obstinação terapêutica, ou seja, «a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para a sua família»². «A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana perante a morte»³.

A obstinação terapêutica corresponde, assim, à aplicação de todos os métodos, diagnósticos e terapêuticos conhecidos, — mas que não visam proporcionar qualquer benefício ao doente —, com o objetivo de prolongar de forma artificial e inútil a sua vida, impedindo, portanto, através de uma atuação terapêutica desadequada e excessiva (desproporcionada), que a natureza siga o seu curso. Esta abordagem não é desejável; é, aliás, eticamente condenável, corresponde a má prática médica e conduz à chamada *distanásia*.

Na escolha da intervenção adequada (proporcionada), o médico deverá ponderar bem os meios, o grau de dificuldade e de risco, o custo e as possibilidades de aplicação, em confronto com o resultado que se pode esperar, atendendo ao estado do doente e às suas forças físicas e morais⁴.

Nem sempre é fácil estabelecer uma linha clara entre a intervenção terapêutica adequada e a obstinação terapêutica. Cada caso deve ser avaliado na sua especificidade, de acordo com os meios disponíveis e com os avanços da medicina a cada momento. Seja como for, a medicina deve intervir sempre que haja uma esperança fundada de salvar a vida, devendo questionar-se medidas que não servem este propósito e se destinam apenas a prolongar a vida do doente. No entanto, importa sublinhar que a suspensão de algumas medidas terapêuticas que correspondam à obstinação terapêutica não implica a suspensão de outras, destinadas, por exemplo, a aliviar a dor do paciente.

É, pois, bem diferente *matar e aceitar a morte*. Quer a eutanásia, quer a obstinação terapêutica, desrespeitam o momento natural da morte: a primeira antecipa esse momento, a segunda prolonga-o de forma artificialmente inútil e penosa.

4. O que é a *distanásia*?

Etimologicamente, significa o contrário de eutanásia.

A *distanásia* consiste em utilizar todos os meios possíveis — sem que exista uma esperança de cura — para prolongar de forma artificial a vida de um doente moribundo. Está associada à obstinação terapêutica. A *distanásia* é também considerada como a morte em más condições de apoio clínico e humano (“má morte”), associada à dor, sofrimento e a outros sintomas causadores de desconforto e incómodo significativo.

² *Ibidem*.

³ *Ibidem*.

⁴ Congregação para a Doutrina da Fé, *Declaração sobre a eutanásia*, n. 2, 1980.

5. A eutanásia é sempre voluntária?

As legislações atualmente vigentes em vários Estados exigem que a eutanásia corresponda a um pedido livre e reiterado do doente, ao contrário do que se verificou no regime nacional-socialista alemão.

Mas as legislações holandesa e belga permitem a eutanásia de crianças com o consentimento dos pais. Dão, assim, relevo à vontade de crianças numa questão de relevância muito superior a outras, para as quais não é dado esse realce. Deve questionar-se se estamos, nestes casos, perante uma eutanásia voluntária.

Essas legislações também permitem a eutanásia de pessoas dementes quando a vontade destas se manifestou antes do evoluir da doença e quando ainda estavam em condições de o fazer em consciência. Mas falta, nestes casos, no momento em que a eutanásia é praticada, uma expressão de vontade atual; não sabemos, pois, se a pessoa em causa não poderia ter mudado de opinião entretanto, como muitas vezes sucede com o aproximar da morte.

Para além disso, e embora sem cobertura legal, mas também sem que essa prática tenha dado origem a qualquer acusação ou condenação judicial, na Holanda e na Bélgica, verifica-se a prática da eutanásia em crianças recém-nascidas com deficiências graves e em adultos com grave deficiência e incapazes de exprimir a sua vontade consciente. Não podemos falar, nestes casos, em eutanásia voluntária⁵.

6. A questão da legalização da eutanásia e do suicídio assistido envolve opções religiosas?

Para os crentes, a vida não é um objeto de que se possa dispor arbitrariamente, é um dom de Deus e uma missão a cumprir. E é no mistério da morte e ressurreição de Jesus que os cristãos encontram o sentido do sofrimento. Mas quando se discute a legislação de um Estado laico importa encontrar na razão, na lei natural e na tradição de uma sabedoria acumulada um fundamento para as opções a tomar. Esse fundamento reside no valor da vida humana em todas as suas fases e em todas as situações. A Constituição Portuguesa reconhece-o ao afirmar categoricamente que «a vida humana é inviolável» (artigo 24º, nº 1).

7. Quais são os principais argumentos dos defensores da legalização da eutanásia e do suicídio assistido?

Por um lado, são invocados os direitos de liberdade e autonomia individuais: cada um deverá poder dispor da sua vida. O direito à vida será disponível e renunciável. Haverá um direito a morrer, e a morrer com dignidade, como há um direito a viver.

Por outro lado, a eutanásia é apresentada como um ato compassivo e de benevolência, que põe termo a um sofrimento inútil e sem sentido. A vida deixa de merecer proteção quando é marcada pelo sofrimento e perde, então, dignidade.

⁵ Cf. Bregje D Onwuteaka-Philipsen et al., «Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey», *www.thelancet.com*, online July 11, 2012, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61034-41](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61034-41); Kenneth Chambaere et al., «Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey», *CMAJ*, 2010, DOI:10.1503/cmaj.091876; Gerbert van Loenen, *Do you call this a life?*, Ross Latner, 2015.

Podemos dizer que subjacente à legalização da eutanásia e do suicídio assistido está a pretensão de redefinir mandamentos relativos ao respeito e à sacralidade da vida humana. Pretende-se que o mandamento de que nunca é lícito matar uma pessoa humana inocente («Não matarás») seja substituído por um outro, que só torna ilícito o ato de matar quando o visado quer viver. Consequentemente, intenta-se que a norma segundo o qual a vida humana é sempre merecedora de proteção, porque um bem em si mesma e porque dotada de dignidade em qualquer circunstância, seja substituída por um outro critério, segundo o qual a dignidade e valor da vida humana podem variar e podem perder-se. Ora, na nossa conceção, isto é inaceitável.

Argumenta-se, também, que a legalização da eutanásia e do suicídio assistido seria uma exigência da liberdade de convicção e consciência e da liberdade religiosa, assim como da neutralidade ideológica do Estado. Haveria que respeitar a liberdade de quem considera que a sua vida não tem sentido, que o seu sofrimento não tem sentido, mesmo que outros, em iguais circunstâncias, considerem que a sua vida e o seu sofrimento têm sentido.

Invoca-se, ainda, a necessidade de regular uma situação que já existe como prática clandestina, evitando abusos e reduzindo os seus danos.

8. A legalização da eutanásia é uma exigência do respeito pela autonomia da pessoa?

Não é lógico contrapor o valor da vida humana ao valor da liberdade e da autonomia. É que a autonomia supõe a vida e sua dignidade. A vida é um bem indisponível, o pressuposto de todos os outros bens terrenos e de todos os direitos. Não pode invocar-se a autonomia contra a vida, pois só é livre quem vive. Não se alcança a liberdade da pessoa com a supressão da vida dessa pessoa. A eutanásia e o suicídio não representam um exercício de liberdade, mas a supressão da própria raiz da liberdade.

9. Todos os direitos são disponíveis?

O direito à vida é indisponível. Não pode justificar-se a morte de uma pessoa com o consentimento desta. O homicídio não deixa de ser homicídio por ser consentido pela vítima. A inviolabilidade da vida humana, consagrada no artigo 24º, nº 1, da Constituição Portuguesa, não cessa com o consentimento do seu titular.

O direito à vida é indisponível, como o são outros direitos humanos fundamentais, expressão do valor objetivo da dignidade da pessoa humana. Também não podem justificar-se, mesmo com o consentimento da vítima, a escravatura, o trabalho em condições desumanas ou um atentado à saúde, por exemplo. É irrenunciável o direito à segurança social. Até em questões de menor relevo, como na obrigatoriedade de uso de capacetes de proteção ou cinto de segurança, no trânsito ou em determinados trabalhos, se manifesta a indisponibilidade de alguns direitos.

10. Pode falar-se em “direito a morrer” e em “direito a morrer com dignidade”?

É absurdo falar em “direito à morte”, como seria absurdo falar em “direito à doença”, porque o direito tem sempre por objeto um bem (à vida, à saúde, à liberdade) na perspetiva da realização humana pessoal, e a morte não é nunca, em si mesma, um bem, pois todos os

bens terrenos pressupõem a vida, e nunca a morte. O “direito à morte” seria ainda mais contraditório do que uma escravidão legitimada pelo consentimento da vítima.

“Direito a morrer com dignidade” terá sentido se com isso se pretende designar a morte em condições humanamente dignas, com a proximidade e o amor dos entes queridos e com cuidados paliativos, se necessários. Não certamente se com isso se designa alguma forma de morte provocada, como o são a eutanásia e o suicídio assistido. Não se compreende que uma morte seja digna por ser provocada, ou mais digna por ser provocada.

11. Pode dizer-se que é autêntica a manifestação de vontade de doentes terminais que pedem a eutanásia?

Pode dizer-se que nunca é absolutamente seguro que se respeita a vontade autêntica de uma pessoa que pede a eutanásia. Nunca pode haver a garantia absoluta de que o pedido de eutanásia é verdadeiramente livre, inequívoco e irreversível.

Muitas vezes, traduz uma ideia momentânea, frequentemente condicionada por um humor depressivo, e que, após o tratamento psiquiátrico adequado, pode ser alterada. Em fases terminais sucedem-se momentos de desespero alternando com outros de apego à vida. Porquê respeitar a vontade expressa num momento, e não noutra? Não poderia a pessoa vir a arrepender-se mais tarde, como se arrependem a maior parte dos que tentam o suicídio? É que a decisão de suprimir uma vida é a mais absolutamente irreversível de qualquer das decisões, dela nunca pode voltar-se atrás.

Que certeza pode haver de que o pedido de morte é bem interpretado, não será ambivalente, talvez mais expressão de uma vontade de viver de outro modo, sem o sofrimento, a solidão ou a falta de amor experimentados, do que de morrer? Ou de que esse pedido não é mais do que um grito de desespero de quem se sente abandonado e quer chamar a atenção dos outros? Ou de que não é consequência de estados depressivos passíveis de tratamento? Estando em jogo a vida ou a morte, a mínima dúvida a este respeito seria suficiente para optar pela vida (*in dubio pro vita*). E poderá estar alguma vez afastada essa mínima dúvida?

Num estudo realizado por Emanuel et al. (2000)⁶ com 988 doentes terminais, cerca de 10,6% destes doentes referiram considerar pedir a eutanásia, ou o suicídio medicamente assistido, para si próprios. No entanto, cerca de 6 meses mais tarde, cerca de 50,7 % desses doentes mudaram de opinião, recusando a eutanásia. Além disso, os sintomas depressivos estavam associados aos pedidos de eutanásia.

12. O valor da vida tem relevo apenas individual?

A vida não pode ser concebida como um objeto de uso privado, como se estivesse de forma incondicional à disposição do seu proprietário para a usar ou a deitar fora de acordo com o seu estado de espírito ou determinada circunstância. Ninguém vive para si mesmo, como também ninguém morre para si próprio. A vida tem uma referência social e transpessoal, associada ao amor, à responsabilidade, à interdependência e ao bem comum.

⁶ Cf. Emanuel EJ, Fairclough DL and Emanuel LL, «Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers», *JAMA*, 2000; 284: 2460–2468.

E o valor da vida de cada pessoa para toda a sociedade não desaparece quando essa pessoa deixa de ser útil, deixa de produzir, perde quaisquer capacidades, ou pode vir a ser sentida como “peso” pelos outros.

13. Faz sentido falar em vidas que perdem dignidade, ou vidas “indignas de ser vividas”?

A vida humana é única, irrepetível e encerra sempre um mistério. A dignidade de uma pessoa não se mede pela sua popularidade, pela sua utilidade para a sociedade, nem diminui com o sofrimento ou a proximidade da morte. Se a vida humana não vale por si mesma, qualquer um pode sempre instrumentalizá-la em função de qualquer finalidade.

A dignidade da vida humana não depende de circunstâncias externas e nunca se perde. Não é menor, nem se perde, por estar marcada pela doença e pelo sofrimento.

14. Será o sofrimento físico e psíquico uma justificação para a eutanásia ou o suicídio assistido?

Importa lembrar que com a eutanásia e o suicídio assistido não se elimina, ou atenua, o sofrimento, elimina-se, sim, a vida da pessoa que sofre. A eutanásia e o suicídio assistido são uma forma fácil e ilusória de enfrentar o sofrimento, o qual só se enfrenta verdadeiramente através dos cuidados paliativos e do amor concreto para com quem sofre.

Há que combater, através dos cuidados paliativos, o sofrimento que pode ser evitado. Tais cuidados permitem eliminar o sofrimento físico intolerável.

Mas a dor e o sofrimento, físico e psíquico, fazem parte da natureza humana e acompanham o homem ao longo da sua vida. A alegria do nascimento de um filho é antecedida pelo sofrimento do parto. Na vida de qualquer pessoa, os momentos de alegria e bem-estar vão alternando com períodos mais ou menos prolongados de tristeza e sofrimento. É impossível julgar que se pode viver evitando a dor ou o sofrimento. E a morte nunca pode ser resposta. Se o fosse, estaria aberta a porta à legalização do homicídio a pedido e do auxílio ao suicídio em quaisquer circunstâncias, o que não advogam os defensores da legalização da eutanásia e do suicídio assistido. E deixariam de ter sentido as políticas públicas de prevenção do suicídio.

Há que evitar o sofrimento físico e psíquico destrutivo e intolerável, neles intervir ativamente e ajudar a encontrar um sentido para o sofrimento que não pode ser evitado, que faz parte da vida, em qualquer das suas fases, com ou sem doença. Os cristãos encontram esse sentido no sofrimento que Jesus Cristo experimentou até à morte na Cruz. Crentes e não crentes podem ver no sofrimento um desafio que nos faz crescer em humanidade (e não é humanamente benéfica a pretensão ilusória de fugir ao sofrimento inevitável).

Dizia Viktor Frankl, um psiquiatra judeu que sobreviveu aos tormentos de um campo de concentração nazi, e que desenvolveu a logoterapia: «quando não podemos mudar certas circunstâncias da vida, somos desafiados a mudar-nos a nós próprios»⁷.

Como afirma Bento XVI, «a grandeza da humanidade determina-se essencialmente na relação com o sofrimento e com quem sofre»⁸.

⁷ In *O Homem em busca de sentido*.

⁸ Carta encíclica *Spe Salvi* (30 de novembro de 2007), n. 38.

Para além do círculo afetivo dos seus familiares e amigos, a dignidade de quem sofre reclama o cuidado médico proporcionado, mesmo que os atos terapêuticos e os analgésicos possam, pelo efeito secundário inerente a muitos deles, contribuir para algum encurtamento da vida. Neste caso, não se trata de eutanásia, pois o objetivo não é dar a morte, mas preservar a dignidade humana e a «santidade de vida», minimizando o sofrimento e criando as condições para a «qualidade de vida» possível.

15. A legalização da eutanásia e do suicídio assistido são uma exigência do respeito pela liberdade de convicção e consciência e da liberdade religiosa, assim como da neutralidade ideológica do Estado?

Para justificar a legalização da eutanásia e do suicídio assistido, há quem alegue que dessa forma o Estado não toma qualquer partido a respeito de concepções sobre o sentido da vida e da morte e respeita, apenas, a vontade e as concepções sobre o sentido da vida e da morte de quem solicita tais pedidos.

Não é assim. O Estado e a ordem jurídica, ao autorizarem tal prática, dando-lhes o seu apoio, estão a tomar partido, estão a confirmar que a vida permeada pelo sofrimento, ou em situações de total dependência dos outros, deixa de ter sentido e perde dignidade, pois só nessas situações seria lícito suprimi-la.

Quando um doente pede para morrer porque acha que a sua vida não tem sentido ou perdeu dignidade, ou porque lhe parece um peso para os outros, a resposta que os serviços de saúde, a sociedade e o Estado devem dar a esse pedido não é: «*Sim, a tua vida não tem sentido, a tua vida perdeu dignidade, és um peso para os outros*». Mas a resposta deve ser outra: «*Não, a tua vida não perdeu sentido, não perdeu dignidade, tem valor até ao fim, tu não és peso para os outros, continuas a ter valor incomensurável para todos nós*». Esta é a resposta de quem coloca todas as suas energias ao serviço dos doentes mais vulneráveis e sofredores e, por isso, mais carecidos de cuidados e amor; a primeira é a atitude simplista e anti-humana de quem não pretende implicar-se na questão do sentido da verdadeira «qualidade de vida» do próximo e embarca na solução fácil da eutanásia ou do suicídio assistido.

16. Mas não será preferível regular uma situação que já existe como prática clandestina, evitando abusos e reduzindo os seus danos?

Este tipo de argumentação foi já utilizado nas campanhas pela legalização do aborto. E há quem o invoque em favor da legalização da venda e consumo de droga, por exemplo. Há que salientar, desde logo, porém, que a eventual prática clandestina da eutanásia não tem comparação com a prática do aborto clandestino ou com o consumo e tráfico de droga.

Este tipo de raciocínio levaria a desistir de combater qualquer crime, pois se verifica sempre a sua prática clandestina.

E a experiência revela que, depois da legalização da eutanásia, continua a prática desta também fora do quadro legal, sendo que não há notícia de condenações judiciais por isso. A tendência será, mesmo, para intensificar essa prática clandestina, devido a um clima de maior permissividade perante qualquer tipo de eutanásia, seja ela legal ou não.

17. Pode considerar-se a legalização da eutanásia um progresso civilizacional?

A legalização da eutanásia e do suicídio assistido são habitualmente apresentadas junto da opinião pública como mais um sinal de progressismo, numa linha de promoção da liberdade individual. Os opositores surgem como antiquados.

Será importante recordar que a legalização da eutanásia e do suicídio assistido não são um progresso civilizacional, mas antes um retrocesso. Em diversas sociedades primitivas, bem como na Grécia e na Roma antigas, a eutanásia era praticada. Os idosos, os doentes incuráveis e os “cansados de viver” podiam suicidar-se ou submeter-se a práticas e ritos destinados a provocar uma “morte honrosa”. A morte de anciãos foi praticada em algumas tribos de Akaran (Índia), do Sian inferior, entre os cachibas e os tupis do Brasil. Na Europa entre os antigos wendi, povo eslavo, e até no século XX na Rússia na seita pseudo-religiosa dos “estranguladores”⁹.

A valorização e a defesa da vida humana em todas as suas fases foram instituídas, em grande parte, pelo cristianismo. O verdadeiro progresso da humanidade foi no sentido de criar leis e normas que defendam a vida humana e impeçam o mais forte de exercer o seu poder sobre o mais fraco (a abolição do infanticídio, da escravatura, da tortura, da discriminação racial, etc.). Uma sociedade será tanto mais justa e fraterna quanto melhor tratar e cuidar dos seus membros mais vulneráveis.

18. Quais serão as consequências sociais da legalização da eutanásia?

A mensagem que, através da legalização da eutanásia e do suicídio assistido, assim se veicula tem graves implicações sociais, que vão para além de cada situação individual. Esta mensagem não pode deixar de ter efeitos no modo como toda a sociedade passará a encarar a doença e o sofrimento.

A quebra de um interdito fundamental (“não matar”) que estrutura, como sólido alicerce, a vida comunitária, não pode deixar de afetar a confiança no seio das famílias, entre gerações, e na comunidade em geral.

Há o sério risco de que a morte passe a ser encarada como resposta à doença e o sofrimento, já que a solução não passaria por um esforço solidário de combate a essas situações, mas pela supressão da vida da pessoa doente e sofredora, pretensamente diminuída na sua dignidade. E é mais fácil e mais barato. Mas não é humano! Neste novo contexto cultural, o amor e a solidariedade para com os doentes deixarão de ser tão encorajados, como já têm alertado associações de pessoas que sofrem das doenças em questão e que se sentem, obviamente, ofendidas quando vêm que a morte é apresentada como “solução” para os seus problemas. E também é natural que haja doentes, de modo particular os mais pobres e débeis, que se sintam socialmente pressionados a requerer a eutanásia, porque se sentem “a mais” ou “um peso”.

É este, sem dúvida, um perigo agravado num contexto de envelhecimento da população e de restrições financeiras dos serviços de saúde que implícita ou explicitamente se podem questionar: para quê gastar tantos recursos com doentes terminais quando as suas vidas pode ser encurtadas?

Não podemos ignorar que entre nós uma grande parte dos doentes, especialmente os mais pobres e isolados, não tem acesso aos cuidados paliativos, que são a verdadeira resposta ao seu sofrimento. A legalização da eutanásia e do suicídio assistido contribuirá

⁹ Cf. Elio Sgreccia, *Manual de bioética: Fundamentos e ética biomédica*, Ed. Loyola, São Paulo, 1996. 601-605.

para atenuar a consciência social da importância e urgência de alterar esta situação, porque poderá ser vista como uma alternativa mais fácil e económica.

19. Será possível restringir a legalização da eutanásia e do suicídio assistido a situações raras e excecionais?

A experiência dos Estados que legalizaram a eutanásia revela que não é possível restringir essa legalização a situações raras e excecionais; o seu campo de aplicação passa gradualmente da doença terminal à doença crónica e à deficiência, da doença física incurável à doença psíquica dificilmente curável, da eutanásia consentida pela própria vítima à eutanásia consentida por familiares de recém-nascidos, crianças e adultos com deficiência ou em estado de inconsciência.

É conhecida a imagem da *rampa deslizante (slippery slope)*, muitas vezes evocada a este respeito. Depois de se iniciar uma descida vertiginosa, não se consegue evitar a queda no abismo; quando se introduz uma brecha num edifício, não se consegue evitar a sua derrocada.

Dois são os trajetos através dos quais se vai alargando o alcance da legalização da eutanásia e do suicídio assistido. Trata-se de um percurso lógico e, por isso, previsível.

Por um lado, quando se invoca a autonomia para justificar essa legalização, é lógico que estas práticas não se limitem a situações de doença em fase terminal. São, assim, mortas pessoas muito antes do final da sua vida e algumas sem estar doentes.

Por outro lado, quando se reconhece que há situações em que a vida “perde dignidade”, pela doença, sofrimento ou dependência, e, por isso, nessas situações a vida não merece a proteção que merece noutras, justificando-se a eutanásia e o suicídio assistido; então, porque nessas situações a vida “perde dignidade”, deixa de ser “digna de ser vivida”, pode prescindir-se de um pedido expresso no caso de pessoas incapazes de o formular: recém-nascidos, crianças, pessoas com deficiência ou com demência. E invoca-se o princípio da igualdade: porque haverão, então, de ficar privadas do pretensão “benéfico” da eutanásia estas pessoas?

20. Tem aumentado no número de casos de eutanásia e suicídio assistido nos países em que estas práticas foram legalizadas?

Sim. Um trabalho de revisão realizado por Steck et al. (2013) revela que o número de mortes associadas à eutanásia e ao suicídio assistido aumentou nos países em que tais práticas foram legalizadas, como é o caso da Bélgica, Holanda, Suíça e o Estado de Oregon nos EUA¹⁰.

Por exemplo, na Holanda, em 2015 a prevalência de mortes ocorridas através da eutanásia e do suicídio assistido foi de 4829 casos, o que corresponde a 3,4 % de todas as mortes¹¹. Na Bélgica, em 2003 morreram através da eutanásia 235 pessoas. Em 2013 esse número aumentou para 1807, o que corresponde a um aumento de cerca de 789% em 10

¹⁰ Cf. Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M, «Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review». *Med Care*. 2013 Oct; 51(10): 938-44.

¹¹ Cf. Radbruch L, Leget C, Bahr P, Müller-Busch C, Ellershaw J, de Conno F, Vanden Berghe P; board members of the EAPC. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*. 2016 Feb;30(2):104-16.

anos¹². Os dados disponíveis mostram que os números têm vindo sempre a aumentar, o que comprova que esta medida não se aplica apenas em casos pontuais.

21. Quais serão as consequências da legalização da eutanásia na medicina e na relação médico-doente?

A medicina assenta a sua prática no diagnóstico e no tratamento das doenças, no acompanhamento e alívio do sofrimento dos doentes, sempre com a finalidade de defesa da vida humana. A tradição refletida no juramento de Hipócrates obriga a que os médicos estejam do lado da vida, lutando contra a doença que nas suas formas mais graves conduzem à morte. A eutanásia opõe-se à medicina e acaba por ser a sua negação.

A relação de confiança médico-doente, que é a base da medicina, é, assim, destruída. É fácil perceber que aquele que deveria fazer tudo para nos salvar, não pode subitamente, ainda que a nosso pedido, agir no sentido de nos tirar a vida. A imagem do médico não pode passar de uma referência amigável e confiável à de um executante de uma sentença de morte.

Perante um médico que pratica a eutanásia, o doente pode recear que este decida suspender os tratamentos mesmo quando estes se justificam.

Além disso, a inclusão da eutanásia na prática médica pode levar a que o clínico, em situações semelhantes às aquelas em que tenha sido praticada a eutanásia, tenda a repetir essa prática, ou a propô-la aos seus doentes.

Do ponto de vista médico, a eutanásia é executada através de um ato técnico (administração de drogas letais), mas não pode ser considerado um ato clínico, já que não se destina a aliviar ou a curar uma doença, mas sim a pôr termo à vida do paciente. Portanto, a eutanásia e o suicídio assistido não são tratamentos médicos.

A Associação Médica Americana (*American Medical Association*) tomou posição contra o envolvimento dos médicos na eutanásia e no suicídio assistido, referindo claramente que esse envolvimento contradiz o papel profissional do médico¹³. A Associação Médica Americana acrescenta que a avaliação e o tratamento por um profissional de saúde, com experiência nos aspetos psiquiátricos de doença terminal, pode, em muitos casos, aliviar o sofrimento que leva um paciente a desejar suicídio assistido.

22. A eutanásia está a ser praticada em doentes psiquiátricos? Que consequências daí podem advir?

Sim. Um estudo realizado na Holanda, entre 2011 e meados de 2014, revelou isso mesmo, sendo que a maioria dos casos de eutanásia devido a doenças psiquiátricas (N=66) correspondiam a mulheres (cerca de 70%), com várias doenças psiquiátricas crónicas, e socialmente isoladas. Cerca de 25% dos casos tinham idades compreendidas entre 30 e os 50 anos. A depressão e as perturbações de ansiedade foram as principais patologias psiquiátricas apresentadas pelos doentes (56%). Além disso, em 24% dos casos, os pareceres dos médicos psiquiatras não foram no sentido de justificar o pedido de eutanásia. Porém, nestes casos, a comissão legalmente prevista decide geralmente em favor da prática da eutanásia¹⁴.

¹² Cf. Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie. Zesde Verslag aan de Wetgevende Kamers (2012–2013), <http://www.dekamer.be/flwb/pdf/54/0135/54K0135001.pdf> (acedido em 22-02-2016).

¹³ Cf. <https://www.ama-assn.org/ssl3/ecom/PolicyFinderForm.pl?site=www.ama-assn.org&uri=/resources/html/PolicyFinder/policyfiles/HnE/H-140.952.HTM> (acedido em 19-02-2016).

¹⁴ Cf. Kim SY, De Vries RG, Peteet JR, «Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the

Na Suíça, num estudo realizado pelo Instituto de Medicina Legal de Zurique sobre os suicídios assistidos praticados por duas associações (*Exit Deutsche Schweiz* e *Dignitas*), entre 2001-2004, (N=421) revelou que nenhuma destas pessoas sofria de qualquer doença letal e que o “cansaço da vida” foi evocado em 25% dos suicídios (N= 105)¹⁵ assistidos. De acordo com os resultados publicados neste estudo, a percentagem de suicídios assistidos cometidos em pessoas sem qualquer doença letal tem vindo a aumentar desde 1992. Facilmente se percebe que entre estas poderão estar pessoas que sofram de depressão e que se encontrem numa situação de grande fragilidade emocional.

A eutanásia praticada em doentes psiquiátricos é motivo de enorme preocupação na classe médica. Há o sério risco de os psiquiatras desistirem de tratar alguns doentes com depressão, com o efeito de desmoralização que isso poderá ter noutras pessoas com a mesma doença, e de ser desincentivada a melhoria dos cuidados psiquiátricos¹⁶.

23. Quais são os direitos do doente em estado terminal?

Há um conjunto de direitos associados à dignidade humana que devem ser respeitados durante o período em que se avizinha o fim da vida. Neste caso, será preferível a expressão “fim de vida digno” em vez de “morte digna”.

Os direitos do fim da vida incluem:

- o direito aos cuidados paliativos;
- o direito a que seja respeitada a sua liberdade de consciência;
- o direito a ser informado com verdade sobre a sua situação clínica;
- o direito a decidir sobre as intervenções terapêuticas a que se irá sujeitar (consentimento terapêutico);
- o direito a não ser sujeito a obstinação terapêutica (tratamentos inúteis e desproporcionados, também designados como fúteis);
- o direito a estabelecer um diálogo franco, esclarecedor e sincero com os médicos, familiares e amigos;
- o direito a receber assistência espiritual e religiosa.

24. O que são os cuidados paliativos?

São cuidados de saúde prestados por uma equipa multidisciplinar especializada, que incluem a chamada medicina paliativa, que é hoje uma especialidade médica vocacionada para prestar cuidados clínicos aos doentes avançados e incuráveis e/ou muito graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde¹⁷, os cuidados paliativos servem para melhorar a qualidade de vida dos doentes e das famílias que se confrontam com doenças ameaçadoras para a vida, mitigando a dor e outros sintomas e proporcionando apoio espiritual e psicológico, desde o momento do diagnóstico até ao final da vida.

Os cuidados paliativos não se destinam a curar a doença, nem tão-pouco a acelerar ou atrasar a morte (aceitam a inevitabilidade da morte), mas a assegurar um conjunto de

Netherlands 2011 to 2014.», in *JAMA Psychiatry*. 2016 Feb 10. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2887. [Epub ahead of print].

¹⁵ Cf. Fischer S, Huber CA, Imhof L et al., «Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations», in. *J Med Ethics* 2008;34:810–14.

¹⁶ Cf. Appelbaum PS. «Physician-Assisted Death for Patients With Mental Disorders-Reasons for Concern». in *JAMA Psychiatry*. 2016 Feb 10. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2890. [Epub ahead of print].

¹⁷ Cf. <http://www.who.int/cancer/palliative/es/> (acedido em 18-02-2016).

medidas que visam cuidar do doente, aliviando o seu sofrimento físico e psíquico, garantindo-lhe conforto e a melhor qualidade de vida possível. Devem ser oferecidos muito antes da proximidade da morte do paciente, caso contrário poderão não garantir os objetivos de bem-estar que pretendem atingir. O apoio é dirigido quer ao doente, quer à família, procurando-se que os doentes possam viver tão ativamente quanto possível até à morte. Estes cuidados de saúde humanizados são prestados habitualmente por uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas, psicólogos, podendo também incluir voluntários.

Em doentes em fase terminal (últimos 3-6 meses de vida), é frequente existir dor física, sofrimento psíquico, bem como outros sintomas. As intervenções dos cuidados paliativos destinam-se a aliviar os sintomas que mais afetam o paciente. O sofrimento psíquico pode ser aliviado através de psicofármacos, mas também através de psicoterapia de apoio, do consolo moral e efetivo prestado pela equipa de cuidadores e também pela família, garantindo, assim, que nenhum doente em fim de vida (últimos 12 meses de vida) ou agónico (últimas horas ou dias) fica entregue a si próprio.

Estes cuidados devem ser prestados de forma continuada até ao momento da morte; e mesmo após a morte, com a prestação de apoio à família enlutada.

Os cuidados paliativos devem ser oferecidos atempadamente – e não apenas quando o doente está moribundo – de uma forma que respeite a sensibilidade deste e da sua família, e de acordo com as suas características culturais e religiosas.

Esta é uma área da medicina relativamente nova enquanto especialidade e necessita de ser alargada a mais zonas do país, com a criação de mais equipas especializadas.

25. O que é sedação paliativa?

Trata-se da utilização monitorizada de terapêutica destinada a induzir um estado de sedação, alterando, assim, o estado de consciência do doente, tendo em vista aliviar a carga de sofrimento causada por um ou mais sintomas que não cedem aos tratamentos habituais (ditos refratários), de uma forma que é eticamente aceitável para o doente, família e prestadores de cuidados de saúde. Utilizam-se fármacos sedativos (não morfina) e podem ocorrer diferentes níveis de sedação.

A sedação paliativa pode ser recomendada nalgumas situações e configurar a boa prática médica no âmbito dos cuidados paliativos¹⁸. Contudo, a sedação paliativa não deve nunca servir para abreviar a vida do doente. Além disso, não pode ser considerada um tratamento de primeira linha e deve ser praticada por uma equipa devidamente preparada. Assenta nos seguintes pontos: 1. Intenção clara (sedar o doente com a intenção de aliviar o sofrimento); 2. Processo (com o consentimento do doente e recurso a fármacos sedativos); 3. Resultado (o êxito da sedação é o alívio do sofrimento e não a morte).

26. Quais são as principais necessidades dos doentes em fim de vida?

As necessidades dos doentes em fim de vida e terminais assentam essencialmente no alívio do sofrimento físico e psíquico, prestado por uma equipa devidamente capacitada, no apoio espiritual e no suporte afetivo através da família e amigos.

¹⁸ Cf. Cherny NI and Radbruch L., «European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care». *Palliat Med* 2009; 23: 581–593.

A dor física é muito frequente, principalmente nas doenças neoplásicas. Uma correta terapêutica da dor torna-se necessária e importante para garantir a melhor qualidade de vida. No entanto, existem vários outros sintomas e todos merecem o devido tratamento.

O sofrimento psíquico não deve ser menosprezado. Estes doentes apresentam com frequência perturbações depressivas que obrigam a uma terapêutica antidepressiva e a um adequado apoio psicológico. É importante que o doente sinta que não está sozinho, sinta que a sua vida tem sentido e que tem o apoio de uma equipa a tratar dele, o que, juntamente com o carinho da família e dos amigos, proporciona um precioso auxílio para contrariar o sentimento de isolamento e insegurança que ocorre com frequência nestes casos.

As necessidades espirituais (comuns a crentes e não crentes) e religiosas devem ser justamente valorizadas. O apoio que permite dar sentido ao sofrimento deve ser garantido a estes doentes.

Fátima, 8 de março de 2016