

Capítulo Décimo Quinto

BIOÉTICA, EUTANÁSIA E DIGNIDADE DA MORTE

Da Obra de: ELIO SEGRECCIA, *Manual de Bioética. Fundamentos e ética biomédica*, Principia, Cascais 2009, 853-920 (Falta a Bibliografia)

Definição dos termos e história do problema

O âmbito deste capítulo obedece a uma dupla intenção: retomar as referências essenciais da ética, e em particular da moral católica, que discorreu amplamente sobre este tema, e ao mesmo tempo clarificar o alcance do tema correlativo que dá pelo nome de «dignidade da morte», ou de «humanização da morte». São dois aspectos relacionados com a assistência ao moribundo – e ligados entre si –, mas não coincidentes. Conforme se verá melhor pela exposição, a eutanásia é condenada porque implica dar a morte antecipada, mesmo que seja por piedade, ao moribundo, enquanto a humanização da morte é promovida como um conjunto de meios e cuidados. Permita-se-nos ainda que, neste capítulo, façamos referência aos documentos do Magistério da Igreja Católica, quer porque, de facto, neste âmbito a doutrina ética foi amplamente desenvolvida nela, quer porque as razões apresentadas são, em geral, válidas também para os não-crentes¹.

Seria interessante permitir uma resenha histórica do tema específico desta exposição, para abordar os comportamentos que podem ser identificados entre os povos primitivos, na Antiguidade Clássica, na Idade Média, no período do Renascimento e na Época Moderna.

O interesse de uma pesquisa histórica sobre a eutanásia é eticamente relevante, sobretudo se for orientado para trazer à luz as motivações e as concepções de vida subjacentes a tal prática. Essa exposição foi esboçada, e permanece vivo o interesse pela pesquisa histórica, sobretudo no quadro da concepção da morte nos vários povos e civilizações, pela mão de estudiosos de etnologia, de antropologia cultural e de história dos costumes, pelo que nos limitamos a fazer-lhe aqui apenas uma breve referência. Depois de um estudo histórico comparativo, o antropólogo Thomas chegou a uma conclusão um tanto paradoxal: «Há uma sociedade que respeita o homem e aceita a morte: a africana; e há outra, mortífera, tanato-crática, obcecada e aterrada pela morte, que é a ocidental»². É obviamente nesta segunda sociedade que se avança com a

¹ Cf. J. de D. Vial Correa e E. Sgreccia (eds.), *The Dignity of the Dying Person*, Libreria Editrice Vaticana, Cidade do Vaticano, 2000; Pontificia Academia para a Vida, *Il Rispetto della Dignità del Morente. Considerazioni Etiche sulla Eutanasia*, in www.vatican.va/.../pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pa_acdlife_doc_20001209_eutanasia_it.html; Zuccaro, C., *Morire Umano. Un Imito alla Teologia Morale*, Queriniana, Brescia, 2002.

² G. J. Gruman, S. Bok e R. M. Veatch, «Death and Dying: Euthanasia and Sustaining Life. Historical Perspectives», in Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, 1978, págs. 261-268; G. Pelliccia, «L'Eutanasia Ha Una Storia?», in AA.W., *Morire sì, ma quando?*, Roma, 1977, págs. 68-96. Para a história do direito em relação à eutanásia, cf. F. D'Agostino, «Eutanasia e Diritto», *ibid.*, págs. 164-178.

instituição da eutanásia por lei.

Mas também entre os primitivos se encontram práticas análogas à eutanásia e mesmo sacrifícios humanos de fundo religioso. Entre os Battaki de Sumatra, o pai idoso, depois de convidar os filhos a comer da sua carne, deixa-se cair junto a uma árvore como um fruto maduro, após o que os parentes o matam e lhe comem a carne.

Foram detectadas práticas de matança dos idosos entre algumas tribos de Arakan (na Índia), do Sião inferior, entre os Cachibas e os Tupis do Brasil, na Europa, entre os antigos Wendi, um povo eslavo, e até mesmo, no nosso século, na Rússia, na seita pseudo-religiosa dos «estranguladores».

E podem ser encontrados sacrifícios humanos, inclusive de jovens ou de primogénitos, entre antigos povos de antigas civilizações, em todos os continentes³.

Mais interessante, inclusive para a história do pensamento, poderá ser o estudo deste tema no mundo ocidental. Todos conhecemos a sorte reservada aos recém-nascidos deficientes em Esparta, e sabemos que Aristóteles (*Política*, VII, 1335b) aprovava a sua prática por razões de utilidade política. Platão, numa passagem aliás controversa da *República*, afirma que se deve deixar morrer os homens que têm doenças físicas incuráveis e dar a morte aos perversos (sem correcção possível) nas suas almas (409e-410a). Em Roma, para além do costume da exposição dos recém-nascidos deficientes, que se manteve até aos tempos do imperador Valente, conhecemos a simpatia de muitos escritores – e a prática efectiva correspondente – pelo suicídio, sobretudo no período do Império. Tácito elogia (*Anais*, XVI, 18-19) o suicídio de Petrónio; Valério Máximo compraz-se a referir que o Senado de Marsília tutelava o «veneno de Estado» e Sílio Itálico, que aplicou a si próprio a eutanásia, elogia os costumes dos Celtas, «sempre prontos a acelerar a morte» para os seus velhos, doentes e feridos de guerra.

Em Roma, a exaltação da força, da juventude e do vigor físico – que levava a uma verdadeira repugnância pela velhice e pela doença – conjugou-se coro a doutrina estóica que exaltou e tornou memoráveis muitos suicídios de personalidades conhecidas da cultura: Séneca, Epíteto, Plínio-o-Jovem. Mas não faltaram tão-pouco no mundo greco-romano os opositores a tais práticas e teorias: entre os Gregos, Pitágoras e, sobretudo Hipócrates, Galeno. O célebre Juramento de Hipócrates reza assim a este propósito: «Não me deixarei induzir pela pregação de ninguém, seja quem for, a administrar um veneno ou a dar o meu conselho a tal contingência».

Entre os Romanos, recorda-se o que Cícero escreve no *Somnium Scipionis* (III, 7): «Tu, ó Públio, e todas as pessoas rectas, deveis conservar a vossa vida e

³ L. V. Thomas, *Antropologia della Morte*, Milão, 1976.

não deveis afastar-vos dela sem ordem daquele que vo-la deu, para que não pareçais subtrair-vos ao labor humano que Deus vos designou»⁴.

Os historiadores do direito estão de acordo na verificação de que o advento do Cristianismo no mundo ocidental representou, também deste ponto de vista, uma alteração nos costumes e no pensamento e, à parte alguma revivescência de cariz estoico e utilitarista na época moderna, como se poderia, talvez, deduzir de algumas afirmações de Tomás Moro, Bacon e Locke (afirmações que nem todos interpretam da mesma forma⁵), é preciso chegar ao nazismo para se ver eclodir esta prática de forma organizada. «Desde o advento do Cristianismo, a temática da eutanásia não conheceu – até ao nosso século – verdadeiros momentos de novidade» (D'Agostino).

Creio ser necessário, todavia, não me alongar nesta introdução, porque exigiria um espaço amplo. Reenviando para estudos e sínteses acessíveis a todos⁶, devo concentrar-me no tratamento do tema em relação às tendências culturais actuais, mantendo-me na perspectiva ética e teológica.

Além do mais, o movimento de opinião a favor da eutanásia⁷ que actualmente está activo tem conotações e motivações características que não são idênticas às que sustentavam a morte piedosa noutros períodos históricos. O movimento actual não se limita a uma abordagem do facto do ponto de vista da compreensão humanitária, quando se dá o chamado «facto piedoso», mas pretende a legalização. É, portanto, deste movimento que devemos falar, para perceber a ideologia que lhe está implícita e examinar também o contexto ético-cultural de que nasce e onde se alimenta.

É frequente, e surge espontaneamente, a ligação com o movimento de ideias que levou, em muitos Estados, à legalização do aborto voluntário; efectivamente, não é difícil perceber o fundo cultural comum às duas instâncias de legitimação da «morte infligida», que é constituído pelo desconhecimento do valor da pessoa. Aparece também como análoga a estratégia adoptada pelos apoiantes de uma e de outra instância de morte: começa-se com uma

⁴ Pelliccia, «L'Eutanasia Ha Una Storia?», págs. 80-84.

⁵ Para uma análise aprofundada do verdadeiro sentido das expressões de F Bacon, veja-se M. Cuyás, *Eutanasia. L'Etica, la Libertà e la Vita*, Casale Monferrato, 1989. O autor faz ver que na realidade, Bacon designava pelo termo «eutanásia» o morrer bem, favorecido por um comportamento activo da parte dos médicos que não abandonam o doente quando já não podem ajudá-lo a curar-se.

⁶ Para a história da eutanásia, cf., para além do citado trabalho de G. Pelliccia, também F. D'Agostino, «Eutanasia, Diritto e Ideologia», *Iustitia*, 1977,30, 3, págs. 285-300; E. Volterra, «Esposizione degli Nati: Diritto Greco e Romano», *Nuovissimo Digesto Italiano*, 6, Turim, 1900. págs. 878-879; A. Oddone, «L'Uccisione Pietosa», *La Civiltà Cattolica*, 1950, t, págs. 248 e segs.; H. J. Rose, «Euthanasia», in *Encyclopedia of Religion and Ethics*, V, Edimburgo, 1971; cf. *ibid.*, a entrada «Suicide». editada por A. W. Maier, XII, pág. 32. Obra útil para consultar relativamente ao período greco-romano é a de M. Carpitella (org.), *Dizionario delle Antichità Classiche*, 3 vols., Roma Alba. 1963; G. J. Gruman, *Eutanasia e Prolungamento della Vita. Prospettive Storiche*, Milão, 1987, págs, 117-132; E. Sgreccia e M. L. Di Pietro, *Storia del Fenomeno dell'Eutanasia dall'Antichità al Nostri Giorni*, in A. Tarantino e M. L. Tarantino (org.), *Eutanasia, Diritto alla Vita*, Lecce, 1994, págs. 13-46; D. Gracia Guillén, «Historia de la Eutanásia», in *id.*, *Eutanasia hoy. Un Debate Abierto*, Madrid, 1990, págs. 67-91.

⁷ S. Agostini e F. Perazza, *Eutanasia. Problematiche Etiche, Medico-Legali, Giuridiche*, Minerva Medica, Turim, 2004.

sensibilização da opinião pública relativamente aos «casos piedosos», exaltam-se as sentenças brandas dos tribunais que em tais casos instruíram os procedimentos penais, para se chegar depois à exigência da legitimação por lei, depois de a opinião pública já estar oportunamente sensibilizada pelos *mass-media* e pelos debates públicos⁸.

Mas há um aspecto novo e peculiar, e, se quisermos, mais terrível na campanha que apoia a legitimação da eutanásia e que é constituído pelo potencial de envolvimento social e pessoal, que é muitíssimo mais vasto do que poderia parecer, pelo menos à primeira vista, no que respeita à legalização do aborto. O aborto pode acontecer a qualquer um, a morte é o destino de todos.

Parece-me oportuno, nesta fase introdutória, dar antes de mais nada uma definição precisa da eutanásia e distinguir este tipo de procedimento de qualquer outra prática médica destinada a mitigar a dor ou a evitar tratamentos terapêuticos não necessários e não proporcionais ao efeito desejado de prolongar a vida.

Tomemos como definição a que foi proposta por Marcozzi, na qual se revêem também outros juristas e moralistas de reconhecida competência: por eutanásia entende-se «a supressão indolor ou por piedade de quem sofre ou se considera que sofra e possa sofrer no futuro de forma insuportável»⁹.

Esta definição coincide, em substância, com a dada pela *Declaração sobre a Eutanásia (lura et Bona)* da Congregação para a Doutrina da Fé, de 5 de Maio de 1980. Onde se escreve ainda mais analiticamente: «Por eutanásia, entendemos uma acção ou omissão por sua natureza ou nas intenções, provoca a morte a fim de eliminar toda a dor». A encíclica *Evangelium Vitae*, de João Paulo II, retoma esta definição (n.º 65)¹⁰.

O mesmo documento distingue esta acepção de outros significados que, muitas vezes, são dados à palavra, como o genérico etimológico de «morte sem dor, que pode ser também morte natural, ou então o de «intervenção da

⁸ R. F. Esposito, «L'Eutanasia nella Stampa di Massa Italiana», in AA.W., *Morire sì, ma quando?*, págs. 17-35.

⁹ V. Marcozzi, «Il Cristiano di Fronte all'Eutanasia», *La Civiltà Cattolica*, 1975, 4, pág. 322. A definição também é apresentada por S. Lener no contributo em que examina a Recomendação do Conselho da Europa sobre direitos dos doentes e moribundos de 29 de Janeiro de 1976, sob o título «Il Diritto dei Malati e degli Moribondi: è Lecitta l'Eutanasia?», *La Civiltà Cattolica*, 1976, 2, págs. 217-232. Cf. também B. Häring, «Eutanasia e Teologia Morale», in AA.VV., III, Brescia, 1964, pág. 223; *id.*, *Etica Medica*, págs. 240-250; G. Perico, *Difendiamo la Vita*, Milão, 1962, págs. 465 e segs.; Boschi, *L'Eutanasia*, Turim, 1950; P. Palazzini, *Dictionarium Canonicum et Morale*, Roma, 1965; S. Bok, «Death and Dying: Euthanasia and Sustaining Life. Ethical Views», in Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Nova Iorque, 1978, págs. 268-277. Não se encontra uma definição precisa, mas proporciona-se a tentativa de traçar uma linha de demarcação entre aquilo que é supressão voluntária e responsável e o que o não é, em E. Chiavacci, «Promozione dei Diritti del Malato Posto di Fronte alla Prospettiva della Morte», in AA.VV., *Morire sì, ma quando?*, págs. 253-266; L. Rossi, «Eutanasia», in *Dizionario Enciclopedico di Teologia Morale*, Roma, 1981, págs. 380-386; G. Spagnolo, «L'Eutanasia: Aspetto Etico del Problema», *Scienza e Fede*, 1983, págs. 1-38; G. Perico, *Problemi Che Scottano*. Milão, 1976, págs. 229 e segs.; Oddone, «L'Uccisione Pietosa»; Günthor, *Chiamata e Risposta* Alba, 1977, pág. 602; «Eutanasia e Diritto de Morire con Dignità», editorial de *La Civiltà Cattolica* 1983.4, págs. 313-329.

¹⁰ Para sermos exactos, o documento pontifício diz «por sua natureza e nas suas intenções», e tão «por sua natureza ou nas suas intenções».

medicina destinada a aliviar as dores da doença e da agonia, por vezes mesmo com o risco de antecipar a morte»¹¹.

Para evitar possíveis confusões, usaremos o termo eutanásia apenas no sentido verdadeiramente próprio, definido pelo documento e pelos teólogos moralistas, e a expressão «tratamento da dor», ou termos médicos mais técnicos, nos outros casos.

Para completar o panorama das definições, é preciso acrescentar que se fala hoje de eutanásia não só em relação ao doente grave e terminal, mas também noutras situações. É o caso do recém-nascido afectado por deficiências graves (*wrongful life*), em relação ao qual há quem sugira o abandono mediante subtracção de alimento, para evitar o sofrimento (é o que se diz) do sujeito e o peso para a sociedade; nesta situação, que já tivemos ocasião de referir no capítulo dedicado ao diagnóstico pré-natal, fala-se de «eutanásia neonatal»^{NR}. Tem vindo a desenvolver-se nos últimos tempos uma outra acepção de eutanásia dita «social», que se perspectiva não como uma opção de um determinado indivíduo, mas sim como uma opção da sociedade, em consequência do facto de as economias, em matéria de despesas com a saúde, já não serem capazes de suportar o ónus financeiro exigido pela assistência a doentes em quem são prognosticadas doenças muito longas e muito dispendiosas. Os recursos económicos ficariam assim reservados para os doentes capazes de regressar, depois de curados, à vida produtiva e laboral. Trata-se de uma das ameaças a uma economia que deseja seguir apenas o critério dos custos-benefícios.

O contexto cultural dos dias de hoje

Mencionámos já a prática nazista da eutanásia programada; tratou-se do primeiro programa político de eutanásia estudado e posto em prática. Segundo as investigações que foram anexadas às actas do processo de Nuremberga, entre 1939 e 1941 foram eliminadas mais de 70 000 vidas definidas como «existências privadas de valor vital»¹².

A razão que conduziu a esse programa – assim como ao da eliminação dos judeus e dos prisioneiros nos campos de concentração – está ligada ao racismo e ao estatismo absolutista, que foi tornado coincidente com o mais cínico dos cálculos de aligeiramento das despesas do Estado, com o intuito de canalizar os recursos económicos para as despesas de guerra. Assinala-se, precisamente, que

¹¹¹¹¹¹ ¹¹ Congregação para a Doutrina da Fé, *Declaração sobre a Eutanásia* (5 de Maio de 1980), VII. In http://www.vatican.va/romam_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_po.html
Para um comentário a esta declaração, cf. J. V. Visser. «Pronunziamento Ufficiale da S. Sede sull'Eutanasia», *Medicina e Morale*, 1981,3, págs. 358-372.

^{NR} Em Portugal, no universo jurídico, é corrente falar-se de eutanásia precoce.

¹² D'Agostino, «Eutanasia, Diritto e Ideologia», pág. 298. Para dados sobre esta matéria, ver a investigação de M. Mielke, *Medicine und Menschlichkeit. Dokumenten des Nuremberger Ärzteprozesses*, Frankfurt a.M./Hamburgo, 1960; S. Cotta, *Vita Fisica e Legislazione*, Roma, 1985.

a ideologia que tende actualmente a legitimar por lei a eutanásia não é a mesma, e que comete um erro sociológico e histórico quem, polemicamente, recorra ao nazismo para a combater¹³.

Certamente que não são coincidentes as razões aduzidas pelos promotores de hoje, e que a análise é feita de forma objectiva e desapaixorada. Há contudo um aspecto comum entre as teorias nazistas e a moderna ideologia pró-eutanásia, que é a ausência do conceito de emergência-transcendência da pessoa humana. Quando está em falta este valor, estreitamente ligado à afirmação da existência de um Deus Pessoal, o arbítrio do homem sobre o homem acaba por ser reivindicado pelo chefe político dum regime absoluto ou pelas instâncias do individualismo. Quando a vida humana não vale por si mesma, qualquer ura pode instrumentalizá-la¹⁴ tendo em vista uma finalidade contingente. Ainda que não exista uma sociologia sistematizada do fenómeno que estamos a analisar, podemos resumir as conclusões de estudiosos, juristas e sociólogo nas três componentes do movimento pró-eutanásia.

A secularização do pensamento e da vida

A secularização não permite compreender o significado da morte e o valor da dor. A mentalidade secularizada tem, como se sabe, diversas gradações: pode exprimir-se como justa valoração da autonomia relativa e do valor das realidades temporais; exprime-se também como interesse exclusivo pelas realidades mundanas e, além disso, como recusa de qualquer dependência do homem relativamente a Deus e à lei moral. É nestes dois posicionamentos que a secularização revela a sua incapacidade para dar sentido à dor e à morte. A morte só tem sentido se, privando o homem dos bens terrenos, abrir à esperança para uma vida mais plena. A incapacidade de dar sentido à morte conduz a duas atitudes conexas: por um lado, a morte é ignorada, banida da consciência, da cultura, da vida e, sobretudo, excluída como critério de verdade e valor da existência quotidiana; por outro, antecipa-se essa morte para se fugir ao encontro frontal com a consciência¹⁵.

¹³ Note-se, de qualquer forma, que, segundo B. Pollard, se pode dizer que a história moderna da eutanásia começou com a publicação, na Alemanha, em 1895, de um livro escrito por Jorst, «O Direito a Morrer». Em 1920, veio a lume um outro texto alemão, sob o título «Garantir a Autorização para Eliminar as Vidas Indignas», escrito pelo advogado K. Binding e pelo psiquiatra A. Hoche. Este livro teve uma notável influência e pode ser considerado um dos elementos-chave do fenómeno eutanásico na Alemanha dos anos 20 e 30. É interessante verificar que a ideia original, proposta no livro de 1920, não se baseava em motivos racistas (de facto, propunha-se a sua aplicação também aos membros do povo alemão). Acima de tudo, as motivações a favor da eutanásia eram a compaixão, a escassa qualidade de vida em certos casos e a necessidade de conter os custos sociais. Cf. B. Pollard, *The Challenge of Euthanasia*, Bedford, 1994.

¹⁴ Sobre este ponto, podemos subscrever a tese de E. Levinas em *Ética ed Infinito*, Roma 1984.

¹⁵ P. Ariès, *Essais sur l'Histoire de la Mort en Occident du Moyen Age à Nos Jours*, Paris, 1975; *id.*, «La Mort Inversée», *La Maison Dieu*, 1970, págs. 57-88; E. Morin, *L'Homme et la Mort devant l'Histoire*, Paris, 1951; S. Spinsanti, «Psicologi Incontro ai Morenti», *Medicina e Morale*, 1976, 1-2, págs 79-96; *id.* (org.), *Umanizzare la Malattia e la Morte. Documenti Pastoralis dei Vescovi Francesi e Tedeschi*, Roma, 1980; *id.*, «Salute, Malattia, Morte», in Compagnoni, Piana e Privitera (org.) *Nuovo Dizionario de Teologia Morale*, Cinisello Balsamo, 1990, págs. 1134-1144; M. Petrini, «L'Assistenza al Morente: Orientamenti e Prospettive», *Medicina e Morale*, 1985, 2, págs. 365-398.

«A eutanásia está ligada ao processo de secularização que permeia a nossa sociedade e que se exprime, sobretudo, como forma suprema de reivindicação da independência do próprio homem, sobretudo – e antes de mais –, em relação a Deus, tornando, conseqüentemente, vão o sofrimento e recusando o simbolismo religioso da morte»¹⁶.

A morte, para o crente, indica a sua contingência e a sua primordial dependência de Deus; o crente coloca a vida nas mãos de Deus num acto de total obediência. A eutanásia e, analogamente, o suicídio são sinais de uma reivindicação do homem no sentido de dispor plenamente de si, da sua própria vida e da sua própria morte. A secularização é ainda reforçada na era industrial pela procura do utilitarismo produtivista e, conseqüentemente, pela ética do hedonismo, para a qual a morte e a dor constituem elementos de máxima perturbação. Para este tipo de cultura, são sobretudo a dor e o sofrimento que se revestem de uma carga desvalorizadora e que levam a uma recusa.

Daqui nasce o «tabu» da morte e de tudo o que a acompanha; daqui a exigência social de uma medicina que assegure «o pleno bem-estar físico, psíquico e social» e também a morte indolor. A morte tomou-se um «tabu», uma coisa inominável, que, tal como em tempos aconteceu com o sexo, não deve ser referida em público.

No século XX, a morte tomou o lugar do sexo como principal interdição. Antigamente, dizia-se às crianças que tinham nascido debaixo de uma couve, mas essas mesmas crianças assistiam à grande cena do adeus no quarto e à cabeceira do moribundo. Hoje, as crianças são iniciadas, desde a mais tenra idade, na fisiologia do amor e do nascimento, mas, quando deixam de ver o avô e perguntam porquê, responde-se-lhes, em França, que ele partiu para uma grande viagem e, em Inglaterra, que está a descansar num belo jardim onde florescem madressilvas. Já não há crianças a nascer debaixo das couves, mas há mortos que desaparecem entre as flores»¹⁷.

A eutanásia, como fuga da dor e da agonia, acontece primeiro no espírito e depois na sociedade e no direito.

Para confronto do que acabámos de afirmar, basta observar de que países e contextos culturais vem a exigência da eutanásia: vem dos países da sociedade industrializada e secularizada. A começar pelo estado da Califórnia, que em 1976 promulgou uma lei que abriu, de facto, o caminho para a despenalização da eutanásia (Natural Death Act) a pedido prévio do paciente, expresso sob a forma de vontade testamentária (*living will*); no ano seguinte, outros seis estados da União promulgaram leis análogas. Nessas legislações, reconhece-se o direito de qualquer maior de idade fazer por escrito uma disposição, de validade quinquenal, que dê instruções ao próprio médico para não empregar ou para interromper as «terapias de suporte vital», no caso de estas se darem no extremo

¹⁶ G. Campanini, «Eutanasia e Società», in AA.V.V., *Morire sì, ma quando?*, págs. 58-67. (ver p. 62).

¹⁷ Ariès, *Essais sur l'Histoire de la Mort...*, pág. 186.

da sua condição existencial. A 27 de Setembro de 1977, o cantão de Zurique (Suíça) aprovou por referendo uma lei sobre a eutanásia. O debate reacendeu-se em Londres, depois de propostas de leis favoráveis terem sido levadas à Câmara dos Lordes nos anos precedentes (Voluntary Euthanasia Bill, 1969). A pressão das sondagens à opinião pública é forte na Alemanha e na Bélgica, e agudiza-se de cada vez que surgem casos piedosos¹⁸. Em Itália, teve-se a sensação de que a prática oculta terá precedido o debate público.

Para esta tendência para a legalização da eutanásia contribuem associações como a Euthanasian Society of America, que apresentou na ONU uma petição para que o direito à eutanásia seja incluído na Declaração Universal dos Direitos do Homem. Esta tendência cultural reforça-se com a influência de grupos e movimentos de propaganda a favor *do suicídio concebido como self-deliverance*. Multiplicaram-se em todo o mundo as associações e sociedades dedicadas à difusão da eutanásia e a provocar a alteração das leis a favor da sua prática, a World Federation of Right to Die Societies agrupa 32 sociedades em 21 países. Entre outras actividades, estes grupos desenvolvem um trabalho de propaganda e «serviço» prático através de opúsculos ou livros destinados a ensinar as várias técnicas para se chegar a um «suicídio digno». Arthur Koestler, que se matou juntamente com a mulher, Cynthia, em 1983, e sofria da doença de Parkinson e de leucemia, prefaciou antes o manual *A Guide to Self Deliverance*, que foi distribuído aos milhares de membros da Exit, a sociedade britânica defensora da eutanásia voluntária de que Koestler era vice-presidente; e sabe-se que existem em vários países europeus numerosos grupos semelhantes a esta sociedade. Assim, em França, foram distribuídos centenas de milhares de exemplares do volume análogo *Suicide: Mode d'emploi*. E é hoje conhecido em todo o mundo o manual para o suicídio *Final Exit*¹⁹, de Dereck Humphry, fundador da Hemlock Society («Sociedade da Cicuta»), nos Estados Unidos.

Grandes jornais como o *Le Monde*, a revista *Time* e a *Lancet* publicam frequentemente notícias de mortes piedosas provocadas em crianças nascidas com deformidades. A prática foi proposta em Inglaterra por alguns médicos com a finalidade de evitar as despesas e os riscos do diagnóstico genético pré-natal para recém-nascidos disformes²⁰. Recentemente, o Royal College of Pediatrics and Child Health publicou em Inglaterra um código-guia para

¹⁸ Cf. Spagnolo, «L'Eutanasia: Aspetto Etico del Problema». O artigo recorda os chamados casos piedosos em que se alimentou a propaganda pró-eutanásia: o caso do médico Sanders, que em 1950 pôs fim a vida duma senhora de 59 anos, doente de cancro; na Bélgica, o caso de Corinne Vandelpet, criança com focomelia morta pelos pais; em França, o caso de Faïta, que matou o irmão gravemente doente e foi absolvido pela *Cour d'Assises do Reno* [NR: tribunal criminal, com participação de jurados]; em Itália, o caso de Davani, que, em 1970, lançou ao Tibre o filho disforme e evitou qualquer pena. Todos se recordam do caso de Baby Jane Doe, que há alguns anos foi deixada morrer sem alimentação nos Estados Unidos por vontade dos pais, porque nascera com hidrocefalia e espinha bífida. Pollard, em *The Challenge of Euthanasia*, apresenta mais de 40 casos, de 1989 em diante, em muitos dos quais a sentença judicial foi indulgente.

¹⁹ D. Humphry, *Final Exit, The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, Berryville (Virg.), 1991 [trad. it.: *Eutanasia: Uscita de Sicurezza*, Milão, 1993].

²⁰ Veja-se o editorial de *La Civiltà Cattolica* «Eutanasie e Diritto...».

orientar os médicos nos casos de crianças nascidas em situações graves contra o qual se insurgiram algumas vozes preocupadas, como a do grupo anti-eutanásia Alert²¹. Em França, a Association pour la Prévention de l'Enfance Handicapée (APEH) apresentou uma proposta de lei em que se diz, no artigo 1.º, que: «Um médico não cometerá, nem um crime, nem um dolo quando se abster de administrar a um recém-nascido de três dias os tratamentos necessários à sua sobrevivência, se a criança apresentar uma enfermidade incurável que permita prever que nunca poderá ter uma vida digna de ser vivida»²².

A visão secularizada da vida e do ser humano foi o *humus* sobre o qual floresceu esta mentalidade, esta perspectiva cultural que João Paulo II designou por «cultura da morte». Uma perspectiva em que, depois de se ter perdido de vista o sentido transcendente da pessoa humana, se deixa de ser capaz de reconhecer o valor inviolável da vida, e se chega, portanto, a propor a sua eliminação, como a de qualquer outro bem, em determinadas circunstâncias²³.

A reforçar este tipo de ideologia pró-eutanásia esteve, todavia, o bem conhecido «Manifesto sobre a Eutanásia» publicado em *The Humanist* (Julho de 1974) e assinado por cerca de 40 personalidades, entre as quais os prémios Nobel Monod, Pauling e Thomson. Este manifesto merece um comentário, porque evidencia uma outra componente da mentalidade a favor da eutanásia.

O cientismo nacionalista e humanitarista

O pensamento cientista, de que Monod é um dos principais representantes, parte do pressuposto de que o conhecimento objectivo só é possível no campo da ciência experimental, sendo incompatível com qualquer tipo de conhecimento a que chama subjectivo e excluindo, portanto, os valores éticos, que Monod relega para o campo do mito e da imaginação. O homem, surgido por acaso num universo nascido do «acaso» e da «necessidade», é árbitro de si próprio e não tem, fora do seu próprio ser, mais nenhuma referência; a razão, a razão «científica», é o seu único guia e deve responder apenas perante o seu próprio destino. «O homem sabe finalmente que está sozinho, na imensidão indiferente do Universo de onde emergiu por acaso»²⁴.

Destas premissas, o manifesto deduz mais ou menos logicamente o seguinte: «Afirmamos que é imoral aceitar ou impor o sofrimento. Cremos no

²¹ Cf. *La Repubblica*, 22 de Setembro de 1997.

²² *Corriere della Sera* de 7 de Novembro de 1987.

²³ Para uma análise do conceito de «cultura de morte», veja-se G. Miranda, «Cultura della Morte: Analisi di Un Concetto e di Un Dramma», in E. Sgreccia e R. Lucas Lucas, *Commento Interdisciplinare alla «Evangelium Vitae»*, Cidade do Vaticano, 1997; veja-se também G. F. Morra, «¿Por qué la Cultura Contemporánea no Respeta la Vida?», *Ecclesia* 1987, 1/1, págs. 53-67; P.P. Donatti, *La Cultura della Vita. Dalla Società Tradizionale a Quella Postmoderna*, Milão, 1989.

²⁴ Monod, *Le Hasard et la Nécessité*, Paris, Ed. du Seuil, 1970. Cf. comentário in G. Giusti, *L'Eutanasia. Diritto di Vivere, Diritto di Morire*, Pádua, 1982.

valor e na dignidade do indivíduo, e isso implica que ele tenha a liberdade de decidir racionalmente a sua própria sorte». Por outras palavras, é preciso fornecer os meios de morrer docemente, facilmente, a todos os que sejam atingidos por doenças incuráveis, perto do estágio final da vida.

«Não pode haver eutanásia humanitária, a não ser aquela que provoca uma morte rápida e indolor, e que seja considerada um benefício pelo interessado. É cruel e bárbaro exigir que uma pessoa seja mantida viva contra a sua vontade e que se lhe recuse a desejada libertação, quando a sua vida já perdeu qualquer dignidade, beleza, significado, perspectiva de futuro. O sofrimento inútil é um mal que deveria ser evitado nas sociedades civilizadas. Recomendamos a todos quantos partilham do nosso parecer que assinem as suas “últimas vontades” de vida, de preferência quando ainda estão de boa saúde, declarando que pretendem fazer respeitar o seu direito a morrer dignamente [...]. Deploramos a moral insensível e as restrições legais que impedem o exame do caso ético que é a eutanásia. Fazemos apelo à opinião pública iluminada, para que supere os tabus tradicionais e tenha compaixão pelos sofrimentos inúteis no momento da morte. Todo o indivíduo tem o direito de viver com dignidade e de morrer com dignidade»²⁵.

Note-se a contradição implícita no texto, que passa pela condenação da moral e da lei, que diz apoiar a dor, definindo isso como crueldade, e invoca depois a exigência «ética» da lei sobre a eutanásia, que implica uma supressão antecipada da vida de outrem.

De qualquer forma, é claro o horizonte cultural do documento; no ateísmo materialista de fundo instaura-se a pretensão da ciência a transformar a morte, que de «evento passa a «acontecimento» calculado e programado²⁶. Foi justamente notado que no fundo destas concepções não está apenas a falta da fé em Deus e na vida eterna que se abre ao homem, mas sim, talvez em primeiro lugar e mais radicalmente, a morte da metafísica e da ontologia da pessoa. Quando o valor «objectivo» da pessoa desapareceu do pensamento ocidental, pelo triunfo dado às filosofias da imanência e do subjectivismo, a morte do homem, no seu valor transcendente, já se tinha adensado nas consciências: o resto – eutanásia, suicídio ou violência – seguiu-se logicamente. «Humanitarismo é metafísica da subjectividade», ou seja, «o indiscutível primado que o “eu” assumiu na Filosofia, na ética, na arte, na política»²⁷. «Nas sociedades socializadas, no tecido denso e sem saída da imanência, os homens sentem a morte ainda e apenas como qualquer coisa de estranho e exterior. Não conseguem perceber que devem morrer [...]. Pelo facto de ela [a morte] os transformar literalmente em coisas, percebem a sua morte como permanente,

²⁵ O texto foi publicado em *The Humanist* de Julho de 1974; cf. o primeiro comentário em Marcozzi, «II Cristiano di Fronte all' Eutanasia».

²⁶ Campanini, «Eutanasia e Società», pág. 65.

²⁷ D'Agostino, «Eutanasia, Diritto e Ideologia», pág. 301

como reificação²⁸. É o mesmo que dizer que, quando o homem já não se apercebe do valor transcendente da pessoa, não lhe resta senão sentir-se uma coisa. A concepção personalista do homem, embora aceite para toda a pessoa humana o limite tempo-mortalidade, supera o horizonte terreno do individualismo, reconhecendo o valor objectivo e transcendente da pessoa e o seu destino extraterreno. Devemos reter a lição de Heidegger que vê a morte inscrita em toda a vida como a luz desvendadora do limite, e combinar essa lição com a metafísica de São Tomás, que abre o ser pessoal do homem à vida extraterrena.

A descompensação da medicina entre tecnologia e humanização

Os desenvolvimentos da medicina agudizaram o problema da eutanásia ou, pelo menos, puseram em maior evidência o problema da «morte digna». Isto deu-se em duas direcções: na do progresso tecnológico na assistência aos moribundos e na da chamada socialização da medicina.

«Os progressos recentes da ciência repercutem-se de forma crescente na prática médica, em particular no que diz respeito aos cuidados com os doentes graves e os moribundos»²⁹.

As discussões que tiveram lugar em 1975 em torno do caso de Karen Ann Quinlan puseram em evidência o facto de os progressos médicos tornarem de cada vez mais difícil definição as fronteiras entre a vida e a morte, entre coma irreversível e coma reversível.

As técnicas de reanimação permitem, para muitos, recuperações prodigiosas e totais, mas frequentemente condenam outros a tratamentos de prolongamento da agonia, mais do que da vida³⁰.

O esforço tecnológico nas salas de reanimação é muitas vezes acompanhado por isolamento e solidão do doente – isolamento dos parentes, mesmo aquando da morte, e solidão inclusive em relação ao corpo médico, empenhado em atender às máquinas.

Estas situações-limite colocam problemas éticos sobre a licitude e a obrigatoriedade de certas intervenções com técnicas reanimatórias para lá de um determinado ponto, e suscitam o problema ético da obrigação da assistência humana, psicológica, a este tipo de moribundos³¹.

²⁸ T. W. Adorno, *Dialettica Negativa*, Turim, 1970, pág. 334.

²⁹ Pontifício Conselho «Cor Unum», «Questioni Etiche Relative ai Malati Gravi e ai Morenti» (27 de Junho de 1981), in *Enchiridion Vaticanum*, VII, págs. 1133-1173.

³⁰ Secretariado da Conferência Episcopal Francesa, «Problemi Etici Posti oggi dalla Morte e dal Morire», *Bulletin du Secrétariat de la Conférence Episcopale Française*, 1976, Março, 6 [trad. it. no volume de Spinsanti, *Umanizzare...*, págs. 42-44].

³¹ Pessina, A. (org.), «Scelte di Confine in Medicina. Sugli Orientamenti dei Medici Rianimatori», Vita e Pensiero, Milão, 2004.

A outra fonte de problemas éticos para a medicina actual é constituída pelas consequências da chamada socialização da medicina. A exigência de saúde, sustentada pela exigência do bem-estar individual e social, levou à congestão dos hospitais e, por isso, à despersonalização da assistência em saúde e ao isolamento do moribundo nas enfermarias. Tudo isso determina a dificuldade real que tem o pessoal que presta assistência em passar da simples assistência técnica à assistência humana³².

O ensinamento do Magistério da Igreja

Entrando no cerne da discussão ética, comecemos por uma resenha sintética dos documentos do Magistério da Igreja sobre este assunto, para evidenciar as progressivas etapas de enriquecimento e clarificação. As linhas de desenvolvimento da doutrina da Igreja, para quem as percorre cronologicamente, apresentam-se orientadas de modo a proporcionar:

- a) Uma clarificação e uma distinção progressiva de conceitos. Emerge assim a verdadeira e própria definição de eutanásia, a noção de terapia da dor, que pode implicar a abreviação indirecta da vida, o conceito de meios terapêuticos «extraordinários ou desproporcionados», a recusa do encarniçamento terapêutico ou distanásia;
- b) Constata-se, além disso, uma progressiva ampliação do discurso sobre a eutanásia; estabelece-se a ligação com outras formas e outros posicionamentos culturais contrários à vida, e precisa-se cada vez mais o dever da comunidade afeta no sentido preventivo, com a finalidade de oferecer uma adequada assistência aos moribundos.

Nesta evolução progressiva das orientações, que passam cada vez mais de doutrinais a pastorais e culturais, a Igreja seguiu evidentemente tanto o progresso da ciência média quanto a evolução, nem sempre positiva, do costume social.

Ao examinar o Magistério da Igreja, tomaremos em consideração não só os documentos pontificais e conciliares, mas também os de organismos episcopais nacionais.

A doutrina da Igreja, de resto, parte de alguns pontos assentes: o reconhecimento do carácter sagrado da vida do homem, enquanto criatura; o primado da pessoa sobre a sociedade; o dever consequente que tem a autoridade de respeitar a vida inocente (sem prejuízo do problema da pena de morte). São estes os pontos-chave relativamente aos quais o pensamento da Igreja nunca será corrigido³³.

³² Villa, *Medicina oggi. Aspetti di Ordine Scientifico, Filosofico, Etico-Sociale*, Pádua, 1980.

Pio XII foi chamado a intervir quanto ao problema de duas circunstâncias concomitantes e interligadas: a prática e a doutrina nazistas que se afirmaram de 1939 em diante; e o pedido de esclarecimento feito ao Pontífice pelo corpo médico³⁴.

Citando os principais discursos e as passagens mais significativas do ensinamento de Pio XII, recordarei as afirmações da encíclica *Mystici Corporis* (29 de Junho de 1943) que retomava uma resposta oficial dada pelo Decreto do Santo Ofício (de 2 de Dezembro de 1940), directamente referente à prática nazista de «supressão forçada» motivada por «taras psíquicas e físicas»:«[...] vemos, com profunda aflição, tirar por vezes a vida aos aleijados de corpo, aos dementes e aos afectados de doenças hereditárias, como se fossem um peso molesto para a sociedade. E tal prática é por alguns exaltada como uma nova conquista do progresso humano e como coisa conforme ao bem comum. Quem há aí, com coação, que não veja que isto se opõe não só à lei natural e divina (cf. *Decret. S. Officii*, 2 de Dezembro de 1940, AAS, 1940, pág. 553) impressa na alma de cada um, mas ainda violentamente contra os mais nobres sentimentos de humanidade? O sangue deles, tanto mais caros ao nosso Redentor quanto mais dignos de comiserção, “grita da terra para Deus” (cf. Gn 4,10)³⁵.

Naquilo que diz respeito a matar por piedade, por iniciativa do médico ou a pedido do paciente, temos muitas intervenções de Pio XII, a começar pelo decurso à Unione Medico-Biologica S. Luca de 12 de Novembro de 1944, em que resume o ensinamento tradicional da Igreja. «Da vida de um homem que não seja réu de delito punível com a pena de morte, o único senhor é Deus [...] Ninguém no mundo, nenhuma pessoa privada, nenhuma humana potestade pode autorizar [ao médico] a destruição directa dessa vida. O seu ofício não é destruir a vida, mas salvá-la»³⁶.

Um notável aprofundamento da ética médica, que hoje deveria estar bem presente, é proporcionado pelo mesmo Pontífice no discurso proferido aos participantes no Congresso de Histopatologia do Sistema Nervoso de 14 de Setembro de 1952: «O médico, como pessoa privada, não pode tomar nenhuma medida, nem tentar nenhuma intervenção, sem consentimento do paciente. O médico só tem sobre o paciente os poderes e os direitos que este lhe confere, quer explícita, quer implícita e tacitamente. Pelo seu lado, o paciente não pode conferir ao médico mais direito do que aquele que possui. O paciente não é

³³ T. Iorio, *Theologia Moralis*, II, Nápoles, 1939, pág. 143; Palazzini, *Dictionarum Canonicum et Morale*, II, págs. 304-305.

³⁴ Para uma recolha dos documentos do Magistério pontifício e episcopal (com exclusão de alguns documentos recentes), veja-se G. Caprile, «Il Magistero della Chiesa sull' Eutanasia», in AA.V.V., *Morire sì, ma quando?*, págs. 192-220, onde se podem encontrar as citações das recolhas oficiais; Pio XII, *Discorsi e Radiomessaggi*, recolhidos em diversos volumes pela Tipografia Poliglotta Vaticana, por *L'Osservatore Romano* e pelas *Acta Apostolicae Sedis*.

³⁵ Pio XII, *Mystici Corporis Christi*, *Carta Encíclica de S. S. Pio XII* (29 de Junho de 1943), Lisboa, 1961, pág. 59.

³⁶ Pio XII, «Allocuzione all'Unione Medico-Biologica “S. Luca”», *Discorsi e Radiomessaggi*, 1944, VI, Cidade do Vaticano, 1960, págs. 181-196.

senhor absoluto de si mesmo, do seu próprio corpo, do seu próprio espírito. Não pode, portanto, dispor dele livremente, como lhe aprouver»³⁷.

O mesmo conceito é repetido aos representantes legais, que «não têm sobre o corpo e a vida dos seus subordinados outros direitos diferentes daqueles que estes teriam se fossem capazes e com a mesma extensão»³⁸. Esta posição em relação ao dever do médico foi repetida aos participantes no VII Congresso dos Médicos Católicos de 11 de Setembro de 1956.

No que respeita aos deveres da autoridade pública, o mesmo Pontífice repetiu a mesma directiva no citado discurso aos participantes no Congresso de Histopatologia do Sistema Nervoso (14 de Setembro de 1952), em que, falando do «direito do indivíduo sobre o próprio corpo e a própria vida, sobre a própria integridade física e psicológica», afirmou: «É preciso sublinhar que o homem, no seu ser pessoal, não está subordinado, em última análise, à utilidade para a sociedade, mas é, pelo contrário, a comunidade que o está em relação ao homem»³⁹.

Uma condenação explícita foi repetida pelo mesmo Pontífice, a propósito da eutanásia, aos participantes no citado Congresso Internacional dos Médicos Católicos e à União Católica de Obstetras (29 de Outubro de 1951)⁴⁰. Uma especificação importante foi ainda dada pelo mesmo Pontífice a propósito daquela a que alguns impropriamente chamam «eutanásia indirecta» e que, na realidade, é definida como «terapia da dor», prevista nos casos em que, na sequência da administração de analgésicos, possam dar-se duas consequências indirectas: a perda da consciência ou a abreviação da vida. O Pontífice tratou do problema da anestesia em pacientes terminais, afectados por doença que não seja tratável de outra forma no discurso ao IX Congresso da Società italiana di Anestesiologia (24 de Fevereiro de 1957), afirmando, entre outras coisas: «Perguntai-nos: a supressão da dor e da consciência por meio de narcóticos, quando prescritos por indicação médica, é consentida pela religião e pela moral ao médico e ao paciente, mesmo quando se avizinha a morte e se prevê que o uso dos narcóticos encurtará a vida? É preciso responder: se não há outros meios, e se, nas circunstâncias concretas, isso não impede o cumprimento de outros deveres morais e religiosos, sim». Num posterior discurso ao Colégio Internacional Neuropsicofarmacológico, a 9 de Setembro de 1958, precisa melhor a indicação, exigindo o consentimento do paciente⁴¹.

³⁷ *Id.*, *Discurso al Congresso Internazionale di Istopatologia...*, pág. 322.

³⁸ *Ibid.*, pág. 325.

³⁹ *Ibid.*, pág. 327.

⁴⁰ *Id.*, «Alle Congressiste dell'Unione Cattolica Italiana Ostetriche» (29 de Outubro de 1951), in *Discorsi e Radiomessaggi*, XIII, Cidade do Vaticano, 1961, pág. 336; *id.*, «Radiomessaggio allo VII Congresso Internazionale dei Medici Cattolici» (11 de Setembro de 1956), *ibid.*, XVIII, pág. 425.

⁴¹ *Id.*, «Risposta ai Quesiti del IX Congresso della Società Italiana di Anestesiologia» (24 de Fevereiro de 1957), *ibid.*, págs. 794 e 797-798; *id.*, «Ai Congressisti del «Collegium International Neuro- Psycho-Pharmacologicum» (9 de Setembro de 1958), *ibid.*, XX, pág. 331.

Paulo VI, durante o seu pontificado, teve ocasião de repetir, por várias vezes, a condenação da eutanásia propriamente dita, ligando constantemente estes ensinamentos à temática do respeito pela vida humana na sua globalidade e, em particular, associando a condenação da eutanásia à condenação do aborto. Notemos, além disso, a substituição, na linguagem de Paulo VI, do conceito de «direito natural» pela expressão «direitos humanos ou da pessoa humana».

No discurso ao comité especial das Nações Unidas sobre a segregação racial, afirma: «Sobretudo, o precioso direito à vida – o mais fundamental de todos os direitos humanos – deve ser reafirmado de novo, juntamente com a condenação da aberração maciça que é a destruição da vida humana inocente em qualquer estado [que] ela se encontre, mediante os hediondos crimes do aborto ou da eutanásia»⁴². A declaração da Congregação para a Doutrina da Fé de 18 de Novembro de 1974, sobre o aborto provocado, repete: «O direito à vida permanece intacto num velho, mesmo que muito debilitado; um doente incurável não o perde»⁴³.

Outras referências estão contidas noutras intervenções; é de assinalar o discurso de 18 de Setembro de 1975 ao Colégio Internacional de Medicina Psicossomática, onde Paulo VI introduz o conceito de «dignidade» da morte, com estas palavras: «No que se refere ao valor de cada pessoa humana, Nós desejaríamos lembrar-vos que compete ao médico estar sempre ao serviço da vida, e assisti-la até ao fim, sem aceitar nunca a eutanásia, nem renunciar ao dever profundamente humano de ajudar a vida a terminar com dignidade o seu curso terrestre»⁴⁴. De recordar é também, por fim, uma posterior precisão introduzida por Paulo VI na carta de 3 de Outubro de 1970 do cardeal Villot, secretário-geral da Federação Internacional das Associações Médicas Católicas, a propósito da reprovação daquilo que será definido como «encarniçamento terapêutico»; «Em tantos casos, não seria uma tortura inútil impor a reanimação vegetativa na última fase de uma doença incurável? O dever do médico consiste, antes de mais, em dedicar-se a apaziguar o sofrimento, em vez de prolongar o mais possível, por qualquer meio e em quaisquer condições, uma vida que prossegue naturalmente em direcção à sua conclusão»⁴⁵.

Durante o pontificado de Paulo VI, a condenação da eutanásia foi solenizada pelo Concílio Vaticano II, na constituição pastoral *Gaudium et Spes*, sempre ligada a outros crimes contra a vida: «Tudo quanto se opõe à própria vida, como seja toda a espécie de homicídio, genocídio, aborto, eutanásia e o próprio suicídio voluntário todas estas coisas e outras semelhantes são infames; ao mesmo tempo que corrompem a civilização humana, desonram mais aqueles que assim procedem do que os que padecem injustamente, e ofendem gravemente a honra devida ao Criador»⁴⁶. Assim, o sínodo episcopal de 1974

⁴² *L' Osservatore Romano*, edição semanal em português, 9 de Junho de 1974, pág. 3.

⁴³ Congregação para a Doutrina da Fé, *Declaração sobre o Aborto Provocado*, Cidade do Vaticano, 1974, n.º12.

⁴⁴ *L' Osservatore Romano*, edição semanal em português, 28 de Setembro de 1975, pág. 5.

⁴⁵ Extraído e traduzido de *La Civiltà Cattolica*, 1970, 4, págs. 275-277.

sobre direitos do homem e reconciliação afirma na sua declaração que «o direito a viver é um direito fundamental, inalienável; sofre hoje graves violações: contraceção, aborto, eutanásia»⁴⁷. Numerosos são os documentos das conferências episcopais que vieram a lume nos últimos tempos, durante e depois do pontificado de Paulo VI, e que ampliaram o horizonte doutrinal, quer no plano ético, quer, sobretudo, no plano pastoral.

Diversos são os documentos dos episcopados que abordam amplamente este tema, alguns dos quais tratando-o mais extensivamente (carta sobre a moralidade pública dos bispos de Inglaterra e País de Gales, de 31 de Dezembro de 1970; comunicado do episcopado do Panamá de 23 de Novembro de 1974; declaração sobre o respeito pela vida humana dos bispos do México de 8 de Setembro de 1975; carta dos bispos do Ruanda de 31 de Maio de 1975; declaração do episcopado da Alemanha Ocidental de 1 de Junho de 1975; carta pastoral dos bispos irlandeses de 1 de Maio de 1975)⁴⁸; outros documentos episcopais foram integralmente dedicados ao problema da assistência aos moribundos, como o documento do Secretariado da Conferência Episcopal Francesa de Março de 1976; a declaração da Conferência Episcopal Alemã (República Federal) de 20 de Novembro de 1978, sobre «Morte Digna do Homem e Morte Cristã»⁴⁹. O comité para a defesa da vida da Conferência Episcopal Espanhola publicou ainda, em 1993, um interessante documento sobre o tema, sob a forma de catecismo com perguntas e respostas⁵⁰.

Descuramos aqui, por exigências de espaço, a citação de cartas e documentos de determinados bispos, entre os quais é muito relevante o texto de monsenhor Elchinger, bispo de Estrasburgo, por ocasião dos trabalhos da Comissão Social do Conselho da Europa sobre os direitos dos doentes e dos moribundos⁵¹. É preciso acrescentar, por fim, que a posição das outras

⁴⁶ Concílio Vaticano II, constituição pastoral *Gaudium et Spes*, in *Caminhos da Justiça e da Paz, Doutrina Social da Igreja, Documentos de 1891 a 1991*, 3.ª ed., Lisboa, 1993, n.º 27.

⁴⁷ G. Caprile, *Il Sinodo dei Vescovi 1974*, Roma, 1975, pág. 708.

⁴⁸ *Id.*, «Il Magistero della Chiesa sull'Eutanasia», págs. 202-217.

⁴⁹ Spinsanti, *Umanizzare...* Mais recentemente, outros documentos do Magistério católico enfrentaram o tema da morte e do morrer, cf. Bispos Católicos da Florida, declaração pastoral «Life, Death and the Treatment of Dying Patients», *Medicina e Morale*, 1990,3, págs. 618-624; Conselho Permanente da Conferência Episcopal Francesa, dichiarazione «Respecter l'Homme Proche de Sa Mort», *Medicina e Morale*, 1992,1, págs. 124-133; João Paulo II, «Perante a Morte a Fé Cristã. Apresenta-se como Fonte de Serenidade» (17 de Março de 1992, aos participantes num Congresso Internacional sobre a Assistência aos Moribundos), *L'Osservatore Romano*, edição semanal em português, 5 de Abril de 1992; Bispos Católicos da Pensilvânia, dichiarazione «Nutrizione ed Idratazione. Considerazioni Morali», *Medicina e Morale*, 1992, 4, págs. 739-763; Bispos Católicos dos Estados Unidos, comité Pro-Life, «Nutrizione ed Idratazione. Considerazioni Morali e Pastoral», *ibid.*, págs. 763-783.

⁵⁰ Conferência Episcopal Espanhola, *La Eutanasia. 100 Cuestiones y Respuestas sobre la Defensa de la Vida y la Actitud de los Católicos*, Madrid, 1993.

⁵¹ *L'Osservatore Romano*, 1 de Janeiro de 1976. A dita comissão do Conselho da Europa desempenhou o trabalho preparatório para a recomendação da Assembleia do Conselho da Europa sobre os direitos dos doentes e dos moribundos, discutida e aprovada pela mesma assembleia nos dias 26-29 de Janeiro de 1976.

confissões cristãs está muito próxima da da igreja Católica no que diz respeito à eutanásia. O ensinamento episcopal desenvolve o pontifício e acolhe também o contributo dos moralistas. Faz-se frequentemente referência à inexistência da «obrigação de manter viva uma pessoa por meios *extraordinários* quando não haja nenhuma esperança de cura» (carta dos bispos de Inglaterra e do País de Gales). O critério dos «meios ordinários e extraordinários», já nuclearmente enunciado por Pio XII, ressurge frequentemente e é comum nestes documentos que desenvolvem também o conceito de «morte digna» (declaração do episcopado da Alemanha Ocidental, de 1975).

Um particular desenvolvimento do tema dos tratamentos intensivos extraordinários, destinados a prolongar a vida a todo o custo, é dado no documento dos bispos franceses de 1976. Com efeito, este documento enfrenta o problema da dificuldade técnica da «verificação da morte» e avança dúvidas sobre os actuais critérios seguidos pelo corpo médico, que são considerados demasiado «biológicos». Mas os documentos do episcopado dão, sobretudo, espaço ao tema da «humanização da morte», entendida no sentido da necessidade e do dever, por parte da comunidade e da equipa de tratamento, de fazer sentir a proximidade, de manter aberta a comunicação, de obviar a que o moribundo e o doente grave sintam a solidão e o abandono. O documento dos bispos alemães de 1978 dá indicações pastorais e acolhe também o resultado de alguns estudos de natureza psicológica sobre a morte e a assistência aos moribundos⁵².

O ensinamento até aqui mencionado é retomado na *Declaração sobre a Eutanásia*⁵³. Encontramos algumas especificações doutrinárias posteriores na *Carta dos Profissionais de Saúde* do Conselho Pontifício para a Pastoral da Saúde, de 1995⁵⁴. Nesse mesmo ano, João Paulo II, na encíclica *Evangelium Vitae*, aprofundou ainda mais o tema e pronunciou-se com firmeza e solenidade sobre a inaceitabilidade moral da eutanásia. Serão estes os documentos que nos orientarão numa tentativa de síntese do ensinamento moral da Igreja.

Síntese doutrinal de carácter moral em matéria de eutanásia

Vemos agora facilitada, depois do exame destes múltiplos e sucessivos contributos do Magistério⁵⁵, a tarefa de sugerir uma síntese doutrinal.

⁵² E. Kubler-Ross, *On Death and Dying*, Nova Iorque, 1969 (trad. it.: *La Morte e il Morire*, Assis, 6.^a ed., 1982). Cf. também o documento de estudo de Spinsanti «Psicologi Incontro ai Morenti».

⁵³ Congregação para a Doutrina da Fé, *Declaração sobre a Eutanásia*. Cf. também o comentário de Visser, «Pronunziamento Ufficiale della S. Sede sull'Eutanasia», *Medicina e Morale*, 1981.

⁵⁴ Conselho Pontifício para a Pastoral da Saúde, *Carta dos Profissionais de Saúde*. Lisboa, 1995.

A recusa da eutanásia propriamente dita

Já recordámos a definição de eutanásia da Congregação para a Doutrina da Fé⁵⁶, e que a *Evangelium Vitae* torna sua essa definição⁵⁷.

Sobre ela devemos apontar, desde já, algumas notas que destaquem a sua precisão relativamente à linguagem comum entre teólogos e estudiosos da medicina. Omite-se a distinção entre eutanásia *directa* e eutanásia *indirecta*; na linguagem precedente, utilizada também por Pio XII, entendia-se por eutanásia indirecta a «terapia da dor», considerada lícita em determinadas condições, mesmo quando, em consequência dela, podia ser abreviada a vida. Neste caso, na realidade, nem a acção em si mesma, nem a intenção estão orientadas para a supressão da vida e para a antecipação da morte e, por isso, o caso não é contemplado de facto sob a designação de eutanásia, para não gerar confusão. Emprega-se mais oportunamente, no mesmo documento, a expressão «uso dos medicamentos analgésicos».

É também evitada uma distinção frequente na linguagem médica entre eutanásia *activa* e eutanásia *passiva*, segundo a qual o adjectivo «passiva» indicava a omissão de tratamentos e intervenções médicas; mas a palavra «passiva» tem um significado muito mais amplo e, por isso, pode gerar ambiguidade: a eutanásia é sempre, num certo sentido, passiva, quando considerada do ponto de vista do doente, e é sempre activa do ponto de vista de quem a provoca, quer com uma acção, quer com uma omissão.

Sobre a eutanásia assim entendida e precisada, o documento da Santa Sé exprime assim o juízo moral: «é necessário declarar uma vez mais, com toda a firmeza, que nada ou ninguém pode autorizar a que se dê a morte a um ser humano inocente seja ele feto ou embrião, criança ou adulto, velho, doente incurável ou agonizante. E também a ninguém é permitido requerer este gesto homicida para si ou para um outro confiado à sua responsabilidade, nem sequer consenti-lo explícita ou implicitamente. Não há autoridade alguma que o possa legitimamente impor ou permitir. Trata-se, com efeito, de uma violação da lei divina, de uma ofensa à dignidade da pessoa humana, de um crime contra a vida e de um atentado contra a humanidade»⁵⁸.

⁵⁵ Cf. também João Paulo II, *Sentido Cristão do Sofrimento Humano: Carta Apostólica Salvifici Doloris aos Bispos, Sacerdotes, às Famílias Religiosas e aos Fiéis da Igreja Católica*, Braga, 1984; *Catecismo da Igreja Católica*, Coimbra, n.ºs 2276-2283.

⁵⁶ Congregação para a Doutrina da Fé, *Declaração sobre a Eutanásia*, n.º2. Veja-se por exemplo uma análise da definição em G. Miranda, «Riflessioni Etiche intorno à Fine da Vita», in Mazzoni (org.), *A Sua Immagine e Somiglianza?*, Roma, 1997, págs. 180-202.

⁵⁷ Sobre isto, veja-se G. Miranda, «I Problemi Etici dell'Eutanasia nell'Enciclica *Evangelium Vitae*», *Medicina e Morale*, 1995, 4, págs. 719-738; L. Ciccone, «L'Eutanasia ed il Principio dell'Inviolabilità Assoluta di Ogni Vita Umana Innocente», in Sgreccia e Lucas Lucas, *Commento Interdisciplinare...*, págs. 453-465; M. Calipari, *Curarsi e Farsi Curare*, Turim, 2006.

⁵⁸ Congregação para a Doutrina da Fé, *Declaração sobre a Eutanásia*, 11.

A *Evangelium Vitae* exprime-se de modo ainda mais peremptório e solene, com uma solenidade próxima daquela que é própria das fórmulas dogmáticas: - em conformidade com o Magistério dos meus Predecessores e em comunhão com os Bispos da Igreja Católica, *confirmo que a eutanásia é uma grave violação da Lei de Deus*, enquanto morte deliberada moralmente inaceitável de uma pessoa humana. Tal doutrina está fundada sobre a lei natural e sobre a Palavra de Deus escrita, é transmitida pela Tradição da Igreja e ensinada pelo Magistério ordinário e universal»⁵⁹.

Estas condenações confirmam, como assinala explicitamente o Papa, todos os pronunciamentos precedentes do Magistério e o ensinamento constante da teologia moral. Esta condenação é aplicada, pelos mesmos documentos, também ao suicídio. A declaração afirma: «a morte voluntária ou suicídio, portanto, é tão inaceitável como o homicídio: porque tal acto da parte do homem constitui uma recusa da soberania de Deus e do seu desígnio de amor. Além disto, o suicídio é, muitas vezes, rejeição do amor para consigo mesmo, negação da aspiração natural à vida, abdicação frente às obrigações de justiça e caridade para com o próximo, para com as várias comunidades e para com todo o corpo social – se bem que por vezes, como se sabe, intervenham condições psicológicas que podem atenuar ou mesmo suprimir por completo a responsabilidade. É preciso no entanto distinguir bem entre suicídio e aquele sacrifício pelo qual, por uma causa superior – como a honra de Deus, a salvação das almas ou o serviço dos irmãos – alguém dá ou expõe a própria vida (cf. Jo 15,14)»⁶⁰. A *Evangelium Vitae* assinala que a eutanásia implica a malícia própria do suicídio ou do homicídio, e afirma que «o suicídio é sempre moralmente inaceitável, tal como o homicídio». E pouco depois acrescenta: «Compartilhar a intenção suicida de outrem e ajudar a realizá-la mediante o chamado “suicídio assistido”^{NR} significa fazer-se colaborador e, por vezes, autor em primeira pessoa de uma injustiça que nunca pode ser justificada, nem sequer quando requerida»⁶¹.

A encíclica analisa a eutanásia em três diferentes «graus» de progressiva gravidade. Refere-se, primeiro, àquela que é executada com a motivação da compaixão: «Mesmo quando não é motivada pela recusa egoísta de cuidar da vida de quem sofre, a eutanásia deve designar-se uma *falsa compaixão*, antes uma preocupante “perversão” da mesma: a verdadeira “compaixão”, de facto, torna solidário com a dor alheia, não suprime aquele de quem não se pode suportar o sofrimento». Fala depois do gesto executado sem o pedido ou o

⁵⁹ João Paulo II, *Evangelho da Vida, Carta Encíclica Evangelium Vitae sobre o Valor e o Carácter Inviolável da Vida Humana*, Braga, 1995, n.º 65.

⁶⁰ Congregação para a Doutrina da Fé, *Declaração sobre a Eutanásia*, I, n.º 3.

^{NR} Embora, na terminologia jurídica portuguesa, a expressão corrente seja «ajuda ao suicídio», decidiu-se utilizar a expressão «suicídio assistido» conforme opção da versão portuguesa da encíclica *Evangelium Vitae* e do autor deste *Manual*.

⁶¹ *Evangelho da Vida...*, n.º 66.

consentimento do doente (a chamada «eutanásia involuntária» ou «não voluntária»⁶²): «A decisão da eutanásia torna-se mais grave quando se configura como um *homicídio* que os outros praticam sobre uma pessoa que não a pediu de modo algum nem deu nunca qualquer consentimento para a mesma». E, finalmente, acrescenta que se atinge «o cúmulo do arbítrio e da injustiça quando alguns, médicos ou legisladores, se arrogam o poder de decidir quem deve viver e quem deve morrer»⁶³. Sabemos bem que as leis que regulam hoje estas práticas exigem sempre a expressão explícita do consentimento por parte do interessado. Mas também sabemos que diversas sentenças judiciais, mesmo onde estas leis existem (como na Holanda⁶⁴), já declararam não puníveis actos contra a vida de crianças acabadas de nascer ou, mediante pedido, de pessoas em estado de grave depressão psíquica⁶⁵. Sabemos também que existiam leis que impunham a eutanásia involuntária (cf. o que dissemos acima a propósito do nazismo), e que há sempre a possibilidade de se voltar a situações semelhantes, que são fortemente condenadas de forma preventiva. Por outro lado, quando o legislador, ou as associações médicas, decidem que a eutanásia ou o suicídio assistido são admissíveis só quando se trate de pessoas que se encontrem em determinadas circunstâncias, não se estarão, porventura, a arrogar também o direito de decidir quem deve viver e quem deve morrer?

Parece-me importante notar, para fins de diálogo com o mundo laico, aquilo que a declaração afirma acerca das motivações desta recusa. O documento postula que «a matéria proposta neste documento diz respeito, antes de mais, àqueles que põem a sua fé e a sua esperança em Cristo, que, pela sua vida, morte e ressurreição, deu um sentido novo à existência e especialmente à morte dos cristãos, segundo as palavras de S. Paulo: «Se vivemos, vivemos para o Senhor e, se morremos, morremos para o Senhor. Portanto, na vida e na morte, pertencemos ao Senhor» (Rm 14, 8; cf. Flp 1, 20) Quanto ao que professam outras religiões, são muitos os que admitirão como nós que a crença – se na verdade a compartilham – num Deus Criador, Providente e Senhor da vida, dá uma dignidade eminente a toda a pessoa humana e lhe garante o respeito». O texto prossegue fazendo apelo aos homens de boa vontade» [...]

⁶² É possível encontrar uma distinção entre eutanásia voluntária e eutanásia não voluntária, por exemplo, em J. Barris, que escreve: «Se esta decisão coincide com os desejos do indivíduo e ele ou ela aprovou a decisão, consciente e expressamente, chamar-lhe-ei eutanásia voluntária. Se o indivíduo não conhece a decisão e não a aprovou anteriormente, consciente e expressamente, chamar-lhe-ei eutanásia não voluntária, mesmo que se presuma que ele ou ela teriam estado de acordo com isso» (J. Barris, «Euthanasia and the Value of Life», in J. Keown, *Euthanasia Examined, Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, Nova Iorque, 1995, págs. 6-7).

⁶³ Todos estes textos se encontram no n.º 66 da referida encíclica.

⁶⁴ Desde 28 de Novembro de 2000 que está em vigor uma legislação com base no qual não só não são puníveis os médicos que praticam a eutanásia, mas também é afirmada a licitude dos actos eutanásicos; cf. Bognetti, G., «La Legge Olandese su Eutanasia e Suicidio Assistito», in *Corriere Giuridico*, 2001,1, pág. 705; Ricca, P. (org.), *Eutanasia. La Legge Olandese e Commenti*, Turim, 2002.

⁶⁵ Cf. W. Eijk, «Is the Dutch Euthanasia Regulation Compatible with «Evangelium Vitae?»», *Medicina e Morale*, 1996, 3, págs. 469-481.

que, para além das diferenças filosóficas e ideológicas, possuem uma viva consciência dos direitos da pessoa humana [...] e porque se trata aqui de direitos fundamentais de toda a pessoa humana, é evidente que não se pode recorrer a argumentos tirados do pluralismo político ou da liberdade religiosa, para lhes negar o valor universal»⁶⁶.

Vemos nesta passagem uma importante chamada a fundamentação racional, laica e universal da defesa da vida humana e da recusa da eutanásia: por respeito à verdade, mais ainda do que por oportunidade estratégica, devemos evitar fundar a polémica contra a eutanásia unicamente em razões de fé, quase como se defender a vida dos doentes e dos moribundos fosse um dever apenas dos crentes. A vida é um bem e um valor laico, reconhecível por todos quantos tencionam inspirar-se na recta razão e na verdade objectiva

Aquilo a que Pio XII chamava «direito natural», no documento que examinamos, é definido como «direito fundamental» do homem, o primeiro dos direitos humanos; e é definido como fundamental porque é nele que se fundam todos os outros direitos humanos. «A vida humana», afirma ainda a declaração, «é o fundamento de todos os bens, a fonte e a condição necessária de toda a actividade humana e de toda a convivência social»⁶⁷.

O fundamento da ética é o respeito pela verdade do homem, o respeito pela pessoa, tal como ela é. Outro fundamento verdadeiro não pode ser dado pela ética. A ética guia o homem do «ser» para o «dever ser»; os outros critérios são constituídos pela utilidade de uns em detrimento de outros, pelo poder de alguns sobre os restantes, pela eficácia do poder que é cada vez mais amplo para alguns e cada vez mais opressivo para outros.

Respeitar a verdade da pessoa no momento da vida nascente quer dizer respeitar Deus que cria e a pessoa humana tal como Ele a cria; respeitar o homem na fase final da sua vida quer dizer respeitar o encontro do homem com Deus, o seu regresso ao Criador, excluindo qualquer outro poder por parte do homem, seja o poder de antecipar essa morte (eutanásia), seja o de impedir esse encontro mediante uma forma de tirania biológica (encarniçamento terapêutico). É nesta óptica que se traça a fronteira entre «eutanásia» e «morte com dignidade».

Ultrapassar esta fronteira quer dizer ultrapassar qualquer fundação objectiva do direito, a própria ética e, ao mesmo tempo, a identidade da profissão médica⁶⁸. Os princípios que se seguem elucidam precisamente o critério da «morte com dignidade».

Uso proporcionado dos meios terapêuticos

⁶⁶ Congregação para a Doutrina da Fé, «Introdução», *Declaração sobre a Eutanásia*.

⁶⁷ *Ibid.*, I.

⁶⁸ D'Agostino, «Eutanasia e Diritto».

A moral não pode ignorar o problema e o empenho em tornar a morte digna do homem e do crente. A expressão «morte com dignidade», desde que não pretenda subentender formas veladas de eutanásia, exprime uma indicação eticamente aceitável e polarizadora. É verdade que muitas pessoas morrem serenamente e não é preciso pensar, conforme adverte ainda o documento da Congregação, «unicamente nos casos extremos». «No entanto, deve reconhecer-se que a morte, muitas vezes precedida ou acompanhada de sofrimentos atrozos e de duração desgastante, será sempre um acontecimento natural angustiante para o coração do homem. [...] Hoje é muito importante proteger, no momento da morte, a dignidade da pessoa humana e a concepção cristã da vida contra um “tecnicismo” que corre o perigo de se tornar abusivo. De facto, há quem fale de “direito à morte”, expressão que não designa o direito de se dar ou mandar provocar a morte como se quisesse, mas o direito de morrer com toda a serenidade, na dignidade humana e cristã»⁶⁹.

A esta luz, a declaração introduz uma novidade de expressão e de linguagem exigida pelos progressos da medicina e assinalada já por alguns teólogos. Desde os tempos de Pio XII que se falava de meios terapêuticos «ordinários» e «extraordinários» e se oferecia esta directiva: é obrigatório o emprego de meios ordinários para suporte do moribundo, mas pode-se licitamente renunciar, com o consentimento do paciente, ou em consequência de um seu pedido, aos meios extraordinários, mesmo quando essa renúncia determina uma antecipação da morte. O carácter «extraordinário» era definido em relação ao aumento de sofrimento que esses meios poderiam provocar, ou à dispendiosidade, ou até à dificuldade de acesso, para todos aqueles que pudessem requerê-los. Os progressos da medicina tornaram difícil esta distinção, na medida em que muitos meios que dantes eram julgados extraordinários acabaram por se tornar ordinários e, além disso, como assinalam ilustres clínicos e reanimadores⁷⁰, o uso dos meios de terapia intensiva já salvou muitas vidas. Daí a necessidade de encontrar um outro critério de referência, já não baseado tanto no «meio terapêutico» quanto, em vez disso, no «resultado terapêutico» que dele se espera. «Até agora, os moralistas respondiam que nunca se era obrigado a usar meios “extraordinários”. Esta resposta, que continua a ser válida em princípio, pode talvez parecer hoje menos clara, já pela imprecisão do termo, já pela rápida evolução da terapêutica. Por isso, há quem prefira falar de meios “proporcionados” e “não proporcionados”. De qualquer forma, poder-se-á ponderar bem os meios pondo o tipo de terapêutica a usar, o

⁶⁹ Congregação para a Doutrina da Fé, *Declaração sobre a Eutanásia*, III e IV. Sobre este aspecto do uso proporcionado dos meios terapêuticos, cf. Visser, «Pronunziamento Ufficiale della S. Sede sull'Eutanasia», págs. 369-370; Häring, «Eutanasia e Teologia Morale», págs. 164-178. Sobre o chamado «direito a morrer», veja-se o excelente trabalho de L. R. Kass, «Is There a Right to Die?», *Hastings Center Report*, 1993, 23, 1, págs. 34-43.

⁷⁰ C. Manni, «Considerazioni Mediche sull'Eutanasia», in AA.V.V., *Morire sì, ma quando?*, págs. 103-120.

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 as suas forças físicas e morais⁷¹. Desta distinção, a declaração faz derivar quatro critérios indicativos de grande utilidade:

- «Se não há outros remédios, é lícito, com o acordo do doente, recorrer aos meios de que dispõe a medicina mais avançada, mesmo que eles estejam ainda em fase experimental e não seja isenta de alguns riscos a sua aplicação;
- É também permitido interromper a aplicação de tais meios, quando os resultados não correspondem às esperanças neles depositadas. Mas, para uma tal decisão, ter-se-á em conta o justo desejo do doente e da família, como também o parecer de médicos verdadeiramente competentes;
- É sempre lícito contentar-se com os meios normais que a medicina pode proporcionar. Não se pode, portanto, impor a ninguém a obrigação de recorrer a uma técnica que, embora já em uso, ainda não está isenta de perigos ou é demasiado onerosa;
- Na iminência de uma morte inevitável, apesar dos meios usados, é lícito em consciência tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem contudo, interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes»⁷².

A literatura mais recente faz uma distinção entre os conceitos de *ordinariedade/extraordinariedade* e *proporcionalidade/desproporcionalidade*. M. Calipari propõe uma nova síntese doutrinal moral acerca do uso dos meios de conservação da vida, em continuidade com os ensinamentos da tradição moral, mas com atenção às novas exigências éticas trazidas pelo incessante desenvolvimento das ciências médicas e das tecnologias que ele implica. E delinea um novo quadro sistemático em que se conjugam dinamicamente os binómios conceptuais «proporcionalidade/desproporcionalidade» e «ordinariedade/extraordinariedade», propondo o *princípio da adequação ética quanto ao uso dos meios de conservação da vida*⁷³.

Sustenta Calipari que o processo valorativo se articula em três fases segundo uma lógica que diz respeito aos elementos de tipo médico-técnico, ou seja, todos os aspectos que se prestam a uma valoração objectiva (primeira

⁷¹ Congregação para a Doutrina da Fé, *Declaração sobre a Eutanásia*, IV.

⁷² *Ibid.*, n.º 4.

⁷³ Cf. Calipari, *Curarsi e Farsi Curare...*, sobretudo págs. 151-170.

fase); em seguida, são tidos em consideração os aspectos mais subjectivos do paciente (segunda fase); e, por fim, chega-se a um juízo ético que tem em conta as duas fases de valoração e que se traduz numa decisão operativa moralmente adequada (terceira fase).

A *proporcionalidade* ou a *desproporcionalidade* de um meio de conservação da vida indica a adequação ou a inadequação «técnico-médica» do seu uso, em relação ao atingimento de um determinado objectivo de saúde ou de suporte vital para o paciente. A «eficácia médica» indica os efeitos salutares objectivos que o emprego de um meio de conservação da vida produz, em relação a um objectivo médico preciso, enquanto a «eficácia global» se refere «à obtenção de efeitos salutares que acabam por ser realmente significativos para a vida do paciente, segundo a sua avaliação pessoal, no contexto complexo da sua existência e com base na escala axiológica por ele adoptada»⁷⁴.

Obviamente que a eficácia médica é o pressuposto mínimo da eficácia global, ou seja, e o elemento necessário, mas não suficiente, para a eficácia global.

Uma intervenção médica é proporcionada quando se revela adequada ao atingimento de um determinado objectivo médico. Este juízo avalia: «a) a disponibilidade concreta ou a plausível adequação do meio; b) a actual possibilidade técnica de usá-lo adequadamente; c) as razoáveis expectativas de “eficácia médica” real; d) os eventuais efeitos colaterais, prejudiciais para o paciente; e) os previsíveis riscos para a saúde/vida do paciente, eventualmente implicados no uso do meio; f) a possibilidade actual de recorrer a alternativas terapêuticas de igual ou maior eficácia; g) a quantificação dos recursos de saúde (técnicos, económicos, etc.) necessários ao emprego do meio»⁷⁵.

A propósito do último critério, que é económico, Calipari evidencia que, se bem que seja necessário racionalizar da melhor forma os recursos económicos, é preciso evitar interpretações equívocas, lembrando que o bem fundamental da vida humana não está disponível para ser quantificado em termos meramente económicos, e não pode ser medido em relação a bens não homogêneos e inferiores.

A segunda fase toma em consideração os aspectos estritamente dependentes da subjectividade do paciente: aquilo que se toma ordinário (ou extraordinário) para uma dada pessoa, numa dada situação clínica, poderá não o ser para outra ou até para a mesma pessoa numa situação diferente.

Dada a importância do valor que está em jogo – a vida física humana –, deve ser sempre considerado *ordinário* qualquer meio destinado à sua conservação, «a menos que o seu uso *em situação* implique para o paciente, segundo o seu próprio juízo prudente, pelo menos um elemento significativo que o conote com a extraordinariedade»⁷⁶.

⁷⁴ *Ibid.*, pág. 153.

⁷⁵ *Ibid.*, pág. 154.

⁷⁶ *Ibid.*, pág. 159.

Como critérios de «extraordinariedade» podem ser elencados os seguintes: a) um esforço excessivo para aceder ao meio e/ou usá-lo; b) a experiência de uma dor física ingente ou insuportável, que não possa ser suficientemente aplacada; c) custos económicos, ligados ao uso do meio, que sejam muito gravosos para o paciente ou para quem lhe é próximo; d) a experiência de um medo tremendo ou uma forte repugnância em relação ao emprego do meio; e) uma probabilidade razoavelmente alta de ocorrência de graves riscos para a vida ou a saúde do paciente, ligada ao uso do meio, avaliado por si próprio em relação à gravidade da sua condição clínica actual; f) uma baixa taxa de «eficácia global» do meio em relação aos benefícios razoavelmente esperados pelo paciente, avaliados segundo a escala axiológica por ele adoptada; g) a permanência, conseqüentemente ao uso do meio, de condições clínicas tais que impeçam o cumprimento de deveres morais inadiáveis pelo paciente.

Consideramos que o paciente deve poder fazer uma avaliação pessoal, mas com uma consciência do apoio, também económico, da comunidade. Respeitar a vontade alheia não significa desconhecer o dever de solidariedade.

Cruzando as variáveis objectivas e subjectivas, é possível deduzir a seguinte classificação teórica dos meios de conservação da vida: a) meios proporcionais e ordinários; b) meios proporcionados e extraordinários; c) meios desproporcionados e ordinários; d) meios desproporcionados e extraordinários.

O imperativo moral do emprego de um qualquer meio de conservação da vida pode ser *obrigatório*, *facultativo*, *ilícito*. «Sempre que o emprego de um certo meio de conservação da vida, valorado como proporcionado, se torne também “ordinário” para o paciente, o recurso a esse meio deve ser considerado *obrigatório* para ele; sempre que o mesmo meio se torne, inversamente, “extraordinário” para o paciente, o recurso a ele será, por princípio, *facultativo* para esse paciente. Podem dar-se, na verdade, circunstâncias particulares em que, com a finalidade de se poder cumprir deveres mais graves (de caridade ou de justiça, para com Deus ou para com o próximo), o uso de um meio proporcionado e extraordinário possa até tomar-se *obrigatório* para o paciente»⁷⁷

Em contrapartida, um meio «desproporcionado» de conservação da vida é *ilícito*, mesmo que se torne «ordinário» para o paciente, a menos que represente para ele a única maneira de poder cumprir deveres morais muito graves. Neste caso, a intervenção «desproporcionada» será uma intervenção geradora de um certo benefício, mas num grau não suficiente para se sobrepor aos eventuais efeitos colaterais nocivos a ela ligados (será sempre ilícito um meio desproporcionado que não seja capaz de gerar algum benefício, ou que seja simplesmente nocivo).

⁷⁷ *Ibid.*, pág. 165.

Oportunamente, Calipari evidencia que qualquer raciocínio moral em matéria de conservação da vida e de cuidados de saúde deve preservar a «centralidade» da pessoa humana com a sua verdade integral.

A administração de cuidados normais e os cuidados paliativos

Chega o momento em que, do ponto de vista terapêutico, já não se podem fazer verdadeiras intervenções com o fim de conter a doença ou de a fazer regredir e, nessa situação, qualquer intervenção terapêutica verdadeira arrisca-se a ser desproporcionada.

Nesse ponto, a medicina ainda dispõe de recursos a empregar e, portanto, tem a obrigação de recorrer a eles, nos limites do possível, já não num acto destinado, em si mesmo, ao tratamento e ao prolongamento da vida, mas em dever de respeito pelo paciente e na procura da qualidade de vida. Esses recursos são constituídos pelos cuidados *normais* e pelos cuidados *paliativos*. Os dois conceitos não se equivalem automaticamente.

Por «cuidados normais» deverão ser entendidos a alimentação e a hidratação (artificiais ou não), a aspiração das secreções bronquiais, o evitamento das úlceras de decúbito. Neste sentido se exprimiu, por exemplo, a citada ***Carta dos Profissionais de Saúde***: «A alimentação e a hidratação, mesmo artificialmente administradas, caem no rol dos cuidados normais sempre devidos ao doente, quando não são perigosas para ele: a sua suspensão indevida pode ter o significado de verdadeira eutanásia» (n.º 120).

Quisemos exprimir-nos com as próprias palavras dos documentos devido à precisão que este tema delicado exige; não se pode deixar de sublinhar o sentido humano contido nas indicações e o profundo respeito pela pessoa do moribundo.

Nos últimos anos, surgiu uma controvérsia a propósito dos cuidados normais, especialmente nos Estados Unidos^{NR}, porque em alguns centros se tende a considerar a hidratação e a alimentação artificiais como intervenções terapêuticas, e para mais de carácter extraordinário, pelo que não devidas ao paciente. Na discussão intervieram também algumas conferências episcopais dos Estados Unidos⁷⁸, para reafirmar que esse suporte pode contribuir, em muitos casos, não tanto para prolongar a vida ou para se estar perante uma tortura, quanto, pelo contrário, para tomar menos penosa a morte; além disso, recordaram que o alimento e a hidratação não podem configurar-se como um acto médico, mas sim como um cuidado normal, mesmo quando a via de

^{NR} Em Portugal, *vd. o* «Parecer sobre o Estado Vegetativo Persistente» (45/CNECV/2005).

⁷⁸ Vejam-se os contributos dos bispos católicos da Pensilvânia e do comité Pro-Life dos bispos católicos dos Estados Unidos (cf. nota 46), bem como o comentário de D. Tettamanzi «Nutrizione e Idratazione medicalmente Assistite nello Paziente in Stato de Incoscienza: Problemi Morali», *L'Osservatore Romano*, 11 de Dezembro de 1992. Para uma análise sintética da problemática em torno deste ponto, veja-se também E. P. Flynn, *HardDecisions, Forgoing and Withdrawing Artificial Nutrition and Hydration*, Kansas City, 1990; Miranda, «Riflessioni Etiche intorno alla Fine della Vita».

administração é artificial. Obviamente que, quando o organismo já não está capaz de receber ou aproveitar esse suporte, ele deixa de ser um cuidado e cessa a obrigação de o administrar.

Os cuidados paliativos têm uma aceção mais ampla do que os cuidados normais, porque se destinam a reduzir os sintomas da doença e a minorar, em primeiro lugar, a dor (embora nem só ela), aspecto de que falaremos mais adiante.

Por cuidados paliativos entende-se geralmente os tratamentos a favor de pacientes afectados por doença já não curável, mais destinados ao controlo dos sintomas do que à patologia de base, através da aplicação de procedimentos que proporcionem ao paciente a melhor qualidade de vida^{79 NR}.

Os cuidados paliativos englobam hoje, na verdade; a) a *oncoterapia paliativa*, ou seja, o conjunto de «aplicações das terapias oncológicas clássicas (cirurgia, radioterapia, quimioterapia) aplicadas a pacientes em que se procura a cura dos sintomas⁸⁰; b) os chamados *cuidados de suporte*, que compreendem: «as terapias antálgicas não causais destinadas a reduzir ou eliminar a percepção da dor; a *valoração nutricional* e a regulação hidroelectrónica; o *tratamento das infecções oportunistas*, os *procedimentos fisioterapêuticos de reabilitação*; o *apoio psicológico*, que assume particular importância nos cuidados de apoio ao paciente e aos seus familiares; *vigilância psicológica da equipa de cuidados*, cujo bom desempenho emocional está na base da optimização terapêutica nesta delicada fase da doença crónica»⁸¹.

A propósito dos cuidados paliativos, a encíclica *Evangelium Vitae* exprime-se assim: «Na medicina actual, têm adquirido particular importância os denominados “*cuidados paliativos*”, destinados a tornar o sofrimento mais suportável na fase final da doença e a assegurar ao mesmo tempo ao paciente um adequado acompanhamento humano»⁸².

Em volta desta estratégia surgiram as experiências dos *hospices*; especialmente na área anglo-saxónica e, em Itália, as várias iniciativas de cuidados domiciliários, podendo os cuidados paliativos ser administrados e

⁷⁹ Para um aprofundamento desta questão, veja-se: V. Ventafrida, «Cure Palliative», in *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Turim, 1997, págs. 325-326; G. Di Mola (org.), *Cure Palliative. Approccio Multidisciplinare alle Malattie Inguaribili*, Milão, 1994; N. Cellini, A. Ciabattoni, A. G. Morganti *et al.*, «Unità di Cura Continuativa: Esperienza in Tema di Assistenza Domiciliare ai Pazienti Oncologici in Fase Avanzata», *Anziani oggi*, 1996, 1, págs. 59-65; A. G. Spagnolo e D. Sacchini, «Etica della Gestione delle Risorse per Malattie Terminali», *Quaderni de Cure Palliative*, 1997, 5, 3, págs. 231-236.

^{NR} Sobre os cuidados paliativos, v. os preceitos pertinentes do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho (Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados).

⁸⁰ N. Cellini, «Apresentação» ao volume de A. Ciabattoni e M. Pittiruti *Terapie Palliative e Cure di Supporto in Oncologia*, Roma, 1996, pág. XI.

⁸¹ *Ibid.*

⁸² *Evangelho da Vida...*, n.º 65.

praticados também no domicílio, com o concurso de psicólogos, pastores de almas e assistentes voluntários de apoio à família⁸³.

A recusa do encarniçamento terapêutico e da distanásia

Na última indicação que acabamos de citar da declaração, há a recusa do chamado «encarniçamento terapêutico», que, com a intenção de prolongar a vida a qualquer custo, chega ao extremo oposto, o da distanásia. Para se definir este conceito, é necessário apelar, antes de mais nada, aos critérios de «certificação da morte». Sabe-se que o problema da definição do «juízo de morte» é objecto de várias «cartas» internacionais que fixam os parâmetros dentro dos quais o médico pode assinar a certidão de óbito. A Carta de Genebra de 1968 define o «estado de morte» quando são determinados os seguintes dados, a considerar cumulativamente: cessação de qualquer sinal de vida de relação, ausência de respiração espontânea, atonia muscular e ausência de reflexos, queda da pressão arterial quando não seja apoiada farmacologicamente, ausência do traçado electroencefalográfico (EEG). Conforme se especificou no capítulo acerca dos transplantes, hoje, graças ao progresso conjunto das ciências neurológicas e das técnicas diagnósticas, reconhece-se quase unanimemente que

a morte clínica do indivíduo pode ser licitamente definida após a verificação do estado de *morte cerebral total*, ou seja, de morte encefálica. Neste âmbito, é portanto oportuno considerar ulteriormente alguns casos delicados de pacientes em coma, ainda ao abrigo dos documentos de alguns episcopados e, em particular, em relação ao que afirma o documento do Secretariado do Episcopado Francês.

- a) «No caso do coma considerado «reversível», é obrigatório utilizar todos os meios à disposição, porque a recuperação possível ou provável da vida vale qualquer tipo de sacrifício económico. Tanto mais isto nos parece necessário quanto o paciente em coma não pode exprimir-se nem dar o seu consentimento; portanto, sobre os familiares e sobre o corpo médico recai o dever de fazer tudo o que for possível com os meios de reanimação, mesmo extraordinários, desde que acessíveis.

⁸³ N. Cellini, «Problemi Etici dell'Assistenza al Morente», in E. Sgreccia (org.), *Corso di Bioetica*. Milão, 1986, págs. 153-163; Petrini, *Accanto al Morente*, Milão, 1990; Cellini, Ciabattini, Morganti *et al.*, «Unità di Cura Continuativa...».

- b) Quando o coma se apresenta, no parecer dos especialistas, como «irreversível», ainda que se mantenha a obrigação dos cuidados ordinários (entre os quais se incluem, como se disse já, os cuidados de hidratação e nutrição parenteral), não se é obrigado a empregar meios particularmente invasivos e onerosos para o paciente, condenando-o ao prolongamento de uma agonia vivida em condições privadas de qualquer possibilidade de recuperação da consciência e da capacidade relacional. Dar-se-ia, neste caso, um indevido «encarniçamento terapêutico». O juízo sobre a irreversibilidade do coma e sobre as condições de irrecuperabilidade da consciência não é fácil e tem de ser entregue à avaliação de pessoal de saúde competente e consciencioso.
- c) Prolongar a vida puramente aparente e totalmente artificial, depois de as funções cerebrais terem cessado completa e irreversivelmente, como hoje se afere pelo EEG silencioso e pelos sinais de morte de todas as zonas do encéfalo, seria uma ofensa ao moribundo e à sua morte, para além de um logro para os seus familiares»⁸⁴.

O EEG nulo é sinal de irreversibilidade das funções corticais, desde que assim se mantenha durante algum tempo. Conforme já dissemos no capítulo sobre os transplantes, para a colheita de órgãos a legislação italiana,⁸⁵ NR sobre transplantes exige que decorram pelo menos seis horas de electroencefalograma nulo. A par deste sinal, são considerados cumulativamente, também, os outros parâmetros acima indicados relativos à morte de todo o encéfalo.

Mas o conceito de encarniçamento terapêutico, que por vezes parece ser intencionalmente dramatizado, não se configura apenas quando o emprego dos meios técnicos é feito sobre quem está praticamente morto, ou seja, depois da «morte cerebral», mas também quando a intervenção das terapias médicas ou cirúrgicas (à excepção das ordinárias) é feita em sentido «desproporcionado» em relação aos efeitos previsíveis.

É preciso reconhecer que, não obstante estas indicações respeitantes aos pormenores, existem casos não só de coma profundo e irreversível, mas também de coma *prolongado*: o doente continua a manter-se em coma, mesmo *apenas com os cuidados ordinários*. Houve casos em que este estado comatoso

⁸⁴ Secretariado da Conferência Episcopal Francesa, «Problemi Etici...», págs. 42-44; Manni, «Considerazioni Mediche sull'Eutanasia», págs. 112-114.

⁸⁵ Lei n.º 578, de 29 de Dezembro de 1993, e DM n.º 582, de 22 de Agosto de 1994.

^{NR} Em Portugal, a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, dispõe, no seu artigo 12.º, n.º 1, que compete à Ordem dos Médicos «enunciar e manter actualizado, de acordo com os progressos científicos que venham a registar-se, o conjunto de critérios e regras de semiologia médico-legal idóneos para a verificação da morte cerebral». Na Declaração da Ordem dos Médicos de 1 de Setembro de 1994, que estabelece os critérios de morte cerebral, exige-se a «realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade» (III. 1.).

irreversível, com uma vida puramente biológica, durou vários meses ou anos (estado vegetativo persistente)^{NR}. Terá sido essa a situação de Karen Ann Quinlan, a jovem americana de que se ocuparam as notícias, durante cerca de 10 anos. Algo semelhante aconteceu no caso da jovem Nancy B. Cruzan, que, em estado vegetativo persistente, foi alimentada durante cerca de oito anos graças a uma gastrostomia; depois de diversas sentenças de tribunais, foi decidida a cessação dessa alimentação – o que determinou a morte uma dezena de dias mais tarde – na presunção, sustentada por testemunhas, de que essa seria a sua vontade⁸⁶. Pergunta-se: tratar-se-á de uma vida verdadeira, quando está praticamente certa a irreversibilidade do coma, do estado de inconsciência e da ausência de vida relacional, mesmo quando algumas funções vitais ainda não cessaram, não obstante o EEG já ser nulo há um número consistente de horas? O documento dos bispos franceses afirma que não se deve falar de eutanásia quando se cessam completamente os cuidados em certos casos de coma «*dépassé*», porque não se tratará de antecipação, e sim de verificação da morte⁸⁷. O mesmo documento afirma, porém, que se trata de um problema teórico, porque para os médicos continua a ser difícil definir, mesmo passadas semanas, a irreversibilidade do coma e, por isso, a irrecuperabilidade das funções de consciência e de relação. Portanto, na prática, parece-nos dificilmente justificável a subtração da assistência ordinária, mesmo em tais casos verdadeiramente piedosos. É preciso ter presente que é único o acto existencial e pessoal que sustém no homem a vida vegetativa, sensitiva e relacional; portanto, não nos parece que se possa introduzir uma distinção entre «vida humana» (entendida como vida biológica) e «vida pessoal» (entendida como vida de relação).

O uso de analgésicos

Em parte, este aspecto insere-se no âmbito dos cuidados paliativos, aos quais já fizemos referência, mas há alguns aspectos éticos específicos a considerar. Um problema em particular recebeu do ensinamento de Pio XII uma solução de tipo ético que é substancialmente confirmada pela declaração da Congregação: é lícito o uso de analgésicos mesmo quando isso pode implicar o risco de abreviar a vida, na condição de que não haja um outro meio para aliviar a dor; é também lícito o uso dos analgésicos que privem do uso da consciência, na condição de que o paciente tenha tempo para cumprir os seus deveres religiosos e morais, em relação a si próprio, à sua família e à sociedade; por isso, «não é lícito privar o moribundo da consciência de si sem grave motivo».

^{NR} Em Portugal, *vd.* o «Parecer sobre o Estado Vegetativo Persistente» (45/CNECV/2005).

⁸⁶ Cf. A. Puca, «Il Caso di Nancy Beth Cruzan», *Medicina e Morale*, 1992, 5, págs. 911-932.

⁸⁷ Secretariado da Conferência Episcopal Francesa, «Problemi Etici...», págs. 43-44

À nota posterior de maior precisão que é dada pelo documento da Congregação é a insistência no consentimento do paciente: este poderá legitimamente recusar, no todo ou em parte, o emprego de analgésicos, para poder dar à sua própria dor o sentido mais pleno de «participação na Paixão de Cristo e união com o sacrifício redentor que Ele ofereceu em obediência à vontade do Pai»⁸⁸.

É preciso acrescentar que este problema, relativo às consequências determinadas pelo uso de analgésicos, é hoje sentido com menor dramatismo, porque, especialmente em relação ao tratamento do cancro, a ciência médica conseguiu fazer progressos notáveis e hoje existem terapias antiálgicas que limitam e anulam essas consequências, e em particular a perda de consciência. Por outro lado, deve evitar-se que, com doses maciças de analgésicos (opiáceos) se pratique conscientemente, de maneira oculta, uma verdadeira e pura eutanásia. Por isso, a dose de analgésicos deve ser proporcional à dor⁸⁹.

Dizer a verdade ao paciente terminal

O problema não é tratado explicitamente pela declaração que estamos a comentar, mas é implicitamente pressuposto neste e noutros documentos do Magistério, de todas as vezes que se faz referência ao consentimento do paciente: esse consentimento requer a informação sobre a real situação do próprio paciente interessado em dar o consentimento. O problema é considerado mais explicitamente pelo documento do Secretariado dos Bispos franceses e pela declaração da Conferência Episcopal Alemã de 20 de Novembro de 1978⁹⁰; e é, de resto, largamente debatido no âmbito da ética médica.

Os critérios éticos que se podem indicar são, em síntese, os seguintes:

- a) A verdade continua a ser o critério de fundo para que um acto moral seja objectivamente positivo. Por isso, é preciso evitar a sistemática concretização de um comportamento falsificatório por parte dos parentes e dos prestadores de cuidados. A mentira sistemática não é útil para o paciente, que tem direito à informação e também à preparação para um morte digna; e pode tornar-se inútil e contraproducente, quando – caso que ocorre fácil e frequentemente – o doente acaba por descobri-la. A

⁸⁸ Congregação para a Doutrina da Fé, *Declaração sobre a Eutanásia*, n.º 3; Pio XII, «Risposta ai Quesiti del IX Congresso della Società Italiana di Anestesiologia», in *Discorsi e Radiomessaggi*, XVIII, Cidade do Vaticano, 1969; *Id.*, «Allocuzione ai Congressisti del Collegium International Neuro-Psyco- Pharmacologicum», in *Discorsi e Radiomessaggi*, XX, 1969.

⁸⁹ Cf. A. G. Spagnolo, «Ai Confini fra Atteggiamento Eutanásico e Terapia Palliativa», *Quaderni di Cure Palliative*, 1994, 1, págs. 49-51.

⁹⁰ Cf. Spinsanti, *Umanizzare...*, págs. 59-60 e págs. 94-96; Pontifício Conselho «Cor Unum», «Questioni Etiche...».

literatura confirma que, sempre que foi oferecida e recebida oportunamente, a verdade produziu uma reacção positiva, tanto ao nível da psicologia e da espiritualidade do paciente como ao dos familiares⁹¹. Ademais, o direito à informação está incluído em todas as propostas de direitos do doente e, ainda que com algumas condições, também é considerado em relação ao doente terminal⁹²;

- b) Essa informação, quando estão em causa pacientes graves ou terminais, deve ser dada no âmbito de uma «comunicação humana» mais ampla e interpessoal que *tão se* limite a fornecer dados de diagnóstico e de prognóstico da doença. *É* antes de mais imperioso *escutar o doente* e só depois se poderá falar-lhe da gravidade da doença. Aquilo que o doente – especialmente o moribundo – procura de quem o assiste é a solidariedade, e que não o deixem só; é poder comunicar, sentir a partilha;
- c) Se a mentira não deve ser assumida como linha de conduta e a comunicação da verdade continua a ser a meta a atingir, é preciso recordar, todavia, que a verdade a comunicar deve ser *adequada à capacidade do sujeito* para a receber salutarmente. Por isso é preciso preparar o estado de ânimo adequado, é preciso conhecer as várias fases psicológicas do moribundo (especialmente no caso dos doentes oncológicos), para não agravar as fases depressivas; também é preciso pensar numa gradualidade e, eventualmente, saber parar no momento certo. Nunca é necessário fechar completamente a porta à esperança, dado que, na realidade, em medicina não há previsões absolutas. A este propósito, também a revisão de 1998 do Códice Italiano di Deontologia Medica, no seu artigo 30.^{ONR}. afirma: «O médico deve fornecer ao paciente a mais idónea informação sobre o diagnóstico, sobre o prognóstico, sobre as perspectivas e as eventuais alternativas diagnóstico-terapêuticas e sobre as previsíveis consequências das escolhas feitas», o

⁹¹ R. Zorza e V. Zorza, *Un Modo di Morire*, Roma, 1983.

⁹² R. Ziglioli, «I Diritti del Malato», *Anime e Corpi*, 1983, 109, págs. 481-498.

^{NR} Entre nós, o Código Deontológico dos Médicos dispõe, no artigo 44.º («Esclarecimento do médico ao doente»), que «1.O doente tem o direito a receber e o médico o dever de prestar o esclarecimento sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico da sua doença. 2. O esclarecimento deve ser prestado previamente e incidir sobre os aspectos relevantes de actos e práticas, dos seus objectivos e consequências funcionais, permitindo que o doente possa consentir em consciência. 3. O esclarecimento deve ser prestado pelo médico com palavras adequadas, em termos compreensíveis, adaptados a cada doente, realçando o que tem importância ou o que, sendo menos importante, preocupa o doente. 4. O esclarecimento deve ter em conta o estado emocional do doente, a sua capacidade de compreensão e o seu nível cultural. 5. O esclarecimento deve ser feito, sempre que possível, em função dos dados probabilísticos e dando ao doente as informações necessárias para que possa ter uma visão clara da situação clínica e optar com decisão consciente». Releva também o artigo 50.º («Revelação da Verdade»): «1.O diagnóstico e o prognóstico devem, por regra, ser sempre revelados ao doente, em respeito pela sua dignidade e autonomia. 2. A revelação da verdade exige prudência e delicadeza, devendo ser dada em toda a extensão e no ritmo requeridos pelo doente, ponderados os eventuais danos que esta lhe possa causar».

médico ao informá-lo, deverá ter em conta as suas capacidades de compreensão, a fim de promover no doente a máxima adesão às propostas diagnóstico-terapêuticas. [...] As informações relativas aos prognósticos graves ou negativos, ou que possam provocar preocupação e sofrimento à pessoa, devem ser dadas com prudência usando terminologias não traumatizantes e sem excluir elementos de esperança»;

- d) Embora tendo presente a norma metodológica precedente, cremos que se deve sublinhar a obrigação de não esconder a gravidade da situação na sua substancialidade, especialmente quando o paciente tem o dever de enfrentar, antes da morte, decisões importantes, e tem, como cada um de nós, o dever-direito de se preparar para uma boa morte.

Estas directivas, que têm o carácter de orientação ética, fazem porém parte também do mais amplo tema da assistência aos doentes e aos moribundos. Ao médico, tanto do ponto de vista deontológico como do ético, não cabe apenas administrar cuidados ao doente, mas também assistir ao moribundo.

O exame de alguns textos deontológicos e jurídicos

Dado que o médico tem como pontos de referência para o seu comportamento tanto a sua própria consciência ética, que se pressupõe bem informada, como os códigos deontológicos e as linhas de orientação (internacionais e nacionais), parece-nos necessário fazer um exame de alguns destes textos do ponto de vista ético. Isso ajudará também a apresentar precisões posteriores em relação ao tema da própria eutanásia.

É óbvio que os códigos e as linhas de orientação fazem eco dos debates culturais, e pela sua própria natureza sugerem linhas de comportamento de carácter geral em que os casos singulares nem sempre podem ser configurados; por isso, a instância última da decisão recai sobre a consciência eticamente formada e informada⁹³.

Recomendação do Conselho da Europa

⁹³ Para o exame destes textos, cf. Lener, «Sul Diritto dei Malati e dei Moribondi... È lecita l'Eutanasia?», *La Civiltà Cattolica*, 1976; Giusti, *L'Eutanasia...*; Ciccone, *Non Uccidere...*, págs. 257-294; A. Bompiani, «Eutanásia e Diritti del Malato "in Fase Terminale"», *Presenza Pastorale*, 1985, 5-6, págs. 76-119.

Começamos pelo exame da Recomendação n.º 779/1976 da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa sobre os direitos dos doentes e dos moribundos.

Nos primeiros seis artigos, depois de ter recordado os motivos que levaram a assembleia a formular a recomendação (os contínuos progressos da medicina podem criar problemas e trazer ameaças para os direitos fundamentais do homem e a dignidade e a integridade dos pacientes), enunciam-se os direitos dos doentes: o direito ao respeito pela vontade do paciente relativamente ao tratamento a aplicar, o direito a dignidade e a integridade o direito à informação, o direito aos cuidados apropriados, o direito a não sofrer inutilmente.

O artigo 7.º exclui a eutanásia activa com estas palavras: «considerando que o médico deve esforçar-se por aliviar os sofrimentos, e que não tem o direito, mesmo nos casos que lhe pareçam desesperados, de apressar intencionalmente o processo natural da morte»; todavia, pretende-se sublinhar que «o prolongamento da vida por meios artificiais depende, em larga medida, de factores como o equipamento disponível, e que os médicos de serviço nos hospitais em que os meios técnicos permitem prolongar a vida por um período particularmente longo ficam muitas vezes numa posição delicada relativamente ao prosseguimento do tratamento, no caso em que a cessação de todas as funções cerebrais de uma pessoa seja irreversível» (artigo 8.º); pretende-se também destacar que os médicos devem agir em conformidade com a ciência e a experiência médica admitida, e que nenhum outro médico ou profissional de saúde poderá ser coagido a agir contra a sua consciência em relação ao direito do doente a não sofrer inutilmente» (artigo 9.º).

Compreende-se bem como, nestes últimos artigos, a recomendação apresenta as premissas de facto (quando a cessação das funções cerebrais de uma pessoa é irreversível – é o caso do coma irreversível) e de direito, de competência (o médico não pode ser coagido a agir contra a sua consciência quando pretende salvaguardar o direito do doente a não sofrer inutilmente), para acolher as instâncias de suspensão dos tratamentos que são especificadas no artigo seguinte ao parágrafo 1, que reza assim: «a assembleia recomenda ao Comité de Ministros que convide os Governos dos Estados-membros:

- a) A tomarem todas as medidas necessárias, em particular no que diz respeito à formação do pessoal médico e à organização dos serviços médicos, a fim de que todos os doentes recuperados e tratados no domicílio se vejam aliviados nos seus sofrimentos, tanto quanto o estado actual dos conhecimentos médicos o consinta.
- b) A chamarem a atenção dos médicos para o facto de que os doentes têm o direito, se assim o exigam, a ser cabalmente informados sobre a sua doença e o tratamento previsto, bem como a proceder de modo a que, no momento de entrada no hospital, os doentes sejam informados

acerca do regulamento, do funcionamento e do equipamento médico do hospital e a assegurar-se de que todos os doentes tenham a possibilidade de se preparar psicologicamente para a morte e a prever a assistência necessária para este fim».

E eis que surge o texto que representa o fulcro da discussão e do problema, em cujo parágrafo 2 se explicita o convite aos Governos para que os Estados se empenhem em «criar comissões nacionais de inquérito, compostas por representantes da profissão médica, juristas, teólogos morais, psicólogos e sociólogos que se encarreguem de elaborar normas éticas para o tratamento dos moribundos, de determinar os princípios médicos de orientação em matéria de utilização de medidas especiais com vista ao prolongamento da vida, e de examinar, entre outras, a situação em que poderão encontrar-se as profissionais médicos (por exemplo, na eventualidade de sanções previstas pelas legislações civis e penais) quando renunciem a tomar as medidas artificiais de prolongamento do processo da morte em doentes para quem a agonia já começou e cuja vida não pode ser salva no estágio actual da medicina, ou quando intervierem com medidas destinadas, acima de tudo, a diminuir o sofrimento desses doentes e susceptíveis de ter um efeito secundado no processo da morte, e de examinar o problema das declarações escritas feitas por pessoas juridicamente capazes, autorizando os médicos a renunciar a medidas para prolongar a vida, em particular em caso de cessação irreversível das funções cerebrais».

O resto do artigo (parágrafos 3 e 4) diz respeito à instituição das comissões nacionais encarregadas de examinar as queixas contra os médicos e inclui um convite para que se comunique ao Conselho da Europa os resultados das análises e conclusões a que cheguem as ditas comissões.

Na prática, a recomendação coloca o problema da renúncia à intervenção para prolongar a vida à *outrance* em três casos distintos:

- a) No caso do doente em estado pré-agónico;
- b) No caso determinado pelo emprego da chamada «analgesia invasiva»;
- c) No caso de declaração escrita pelo paciente, em analogia com o *living will* de origem californiana.

Dado que a recomendação indica os pontos a esclarecer em relação a denúncias que possam ser apresentadas contra os médicos, mas não define os casos concretos de comportamento, não se pode dizer que nestes casos exprima claramente um parecer favorável à interrupção dos meios de prolongamento da vida. Todavia, é preciso observar que enquanto no caso a) se fala de renúncia ao emprego de «meios artificiais» para o diferimento da morte em doentes em condições de irreversibilidade e de agonia ou pré-agonia, no ponto c) fala-se simplesmente de renúncia aos meios de prolongamento da vida «em particular

[portanto, não exclusivamente? – *nota do autor*] em caso de cessação irreversível das funções cerebrais», renúncia motivada pela vontade escrita do paciente.

Também o emprego da analgesia, que pode implicar a morte como efeito concomitante e indirecto, e da qual se fala no ponto b), pode resultar ambíguo e prestar-se a abusos. A analgesia deve ser «proporcionada» à atenuação e à suportabilidade da dor, e só neste caso é lícita; por outro lado, entre as analgesias idóneas, deverá ser escolhida aquela que apresente menores riscos de abreviar a vida. O ponto que diz respeito às declarações escritas pelos pacientes, ou *living will*, limita-se a examinar brevemente os termos de confronto da lei do estado da Califórnia adoptada depois também por outros estados.

Em conclusão, nota-se no documento o ingresso da problemática suscitada pelo princípio do *living will* que vem limitar o acto médico em apoio do moribundo.

Declarações antecipadas de tratamento

O Comitato Nazionale di Bioética italiano assinou, a 18 de Dezembro de 2003, um documento sobre as «declarações antecipadas de tratamento». Na introdução, lê-se que «objecto deste documento são as declarações antecipadas de tratamento, um tema cuja relevância tem vindo a crescer constantemente nos últimos anos e que, na literatura bioética nacional e internacional, é em geral indicado com a expressão inglesa *living will*, diversamente traduzida por diferentes expressões, como testamento biológico, testamento de vida, directivas antecipadas, vontade prévia de tratamento, etc. Estas denominações referem-se, numa primeira abordagem, a um documento por meio do qual uma pessoa, dotada de plena capacidade para isso, exprime a sua vontade acerca dos tratamentos aos quais deseja ou não ser submetida no caso de, no decurso de uma doença ou devido a traumas imprevistos, não vir a estar em condições de expressar o seu próprio consentimento ou desacordo informado. A literatura tem discutido as diversas tipologias possíveis destes documentos (algumas das quais foram objecto, nalgum países, de um reconhecimento jurídico). Para dar relevo público (ainda que não necessariamente legal) a estes documentos, é exigido que eles sejam escritos, que não surja nenhuma dúvida sobre a identidade e a capacidade de quem assinou, sobre a sua autenticidade documental e sobre a data da assinatura, e que sejam eventualmente contra-assinados por um médico que garanta ter informado adequadamente o subscritor em relação às consequências possíveis das decisões por ele assumidas no documento. É desejável que o subscritor indique um prazo para a confirmação e/ou a renovação da sua declaração, mantendo-se inalterado o direito a revogar ou modificar parcialmente as suas disposições a qualquer momento.

As implicações éticas e jurídicas ligadas a este tema suscitam diversas questões^{94NR}: como obviar, antes de mais nada, à inevitável estreiteza dos

testamentos biológicos relativamente à situação real de doença em que deverão ser aplicados? Que perfil jurídico atribuir a um eventual «fiduciário» chamado a agir segundo as instruções contidas no «testamento» e no exclusivo interesse da pessoa incapaz? Como resolver eventuais contradições entre os testamentos biológicos, o direito positivo e as normas da boa prática clínica e da deontologia médica? A suspensão da alimentação e da hidratação artificial pode ser considerada uma simples suspensão dos cuidados? As declarações têm carácter vinculativo, ou simplesmente orientativo para o pessoal de saúde? As directivas antecipadas podem favorecer uma aceleração burocrática da morte?

Recordemos a este propósito que o parecer do comité italiano se exprime assim: «O CNB considera essencial (...) sublinhar que o direito que se quer reconhecer ao paciente de orientar os tratamentos aos quais poderá ser submetido, quando se tenha tomado incapaz de entender e de querer, não é um direito à eutanásia, nem um direito subjectivo a morrer [...], mas sim exclusivamente o direito de pedir aos médicos a suspensão ou a não-activação de práticas terapêuticas».

Como observa justamente Pessina, se o objectivo das *declarações antecipadas* ou *living will* não é introduzir a eutanásia, mas excluir o encarniçamento terapêutico, pergunta-se então por que razão esse objectivo tem de ser posto em prática por meio de uma escolha, de um pedido explícito, e não é apresentada como norma do comportamento médico⁹⁵.

Os «Princípios de Ética Médica Europeia»

O documento foi aprovado em Paris pela Conferência Internacional das Ordens dos Médicos, a 6 de Janeiro de 1987⁹⁶, modificando o texto precedente elaborado em Bruxelas sob o título *Guia Europeu de Ética Médica*. Os princípios constam de 37 artigos e pretendem proporcionar uma linha deontológica aos médicos da Comunidade Europeia para a solução de problemas como a independência dos poderes políticos, o segredo profissional, o transplante de órgãos, a reprodução humana, o aborto e a objecção de consciência, a experimentação no homem, a assistência aos moribundas, etc.

O artigo que suscitou maior interesse e perplexidade é o décimo segundo, que a alguns pareceu uma abertura para a eutanásia impropriamente definida como «passiva».

⁹⁴ Cf. F. Turoldo (org.), *Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento. Un Testamento per la Vita* Pádua, 2006.

^{NR} Sobre a situação portuguesa, *vd.* adiante a NR incluída no Esquema-Resumo.

⁹⁵ Cf. A. Pessina, *Bioetica. L'Uomo Sperimentale*, Milão, 1999, pág. 153.

⁹⁶ Conferenza degli Ordini dei Medici della Comunità Economica Europea, «Principi di Etica Medica Europea» (Paris, 6 de Janeiro de 1987), *Il Medico d'Italia*, 13 de Fevereiro de 1987, pág. 7.

O texto desse artigo exprime-se nestes termos: «A mesma implica em quaisquer circunstâncias o respeito constante pela vida, pela autonomia moral e pela escolha do paciente. Todavia, o médico pode, em qualquer caso de doença incurável e terminal, limitar-se a minorar os sofrimentos físicos e morais do paciente, proporcionando-lhe os tratamentos apropriados e mantendo, na medida do possível, a qualidade da vida que vai terminar.

É obrigatório assistir ao moribundo até ao fim e agir de modo a permitir-lhe conservar a sua dignidade».

Não figura no texto a expressão «eutanásia passiva» e o princípio de «respeito pela vida em quaisquer circunstâncias» (e, por isso, também pela vida terminal) não dá azo a uma interpretação no sentido de uma autorização para interromper a vida.

A dúvida, porém, diz respeito à segunda parte da primeira frase, e a explicação que é dada no enunciado é a seguinte: trata-se da obrigação imposta ao médico de respeitar «a autonomia moral e a livre escolha do paciente» e da consequente autorização dada ao mesmo médico para limitar a sua intervenção, na fase terminal duma doença incurável, à diminuição do sofrimento físico e moral do paciente com intervenções proporcionadas a esse propósito. A dúvida é se estas indicações colocam o médico numa perspectiva de imperioso acompanhamento da morte digna, ou se representam uma via para fazer passar o conceito de eutanásia «passiva» acordada com o paciente.

Examinando o texto e atendo-nos ao seu sentido literal, podemos tirar as seguintes conclusões:

- A primeira frase do artigo 12.º enuncia um princípio que tem o vigor de uma premissa: «A medicina implica em quaisquer circunstâncias o respeito constante pela vida, pela autonomia moral e pela livre escolha do paciente». Sobre o primeiro aspecto da frase, que se refere ao «respeito constante pela vida em quaisquer circunstâncias», só podemos concordar com ele e alegrarmo-nos com isso;
- A segunda parte da frase, a nosso ver, está incompleta: é verdadeira, mas insuficiente, e exige precisões. É claro que a autonomia moral e a escolha do paciente devem ser respeitadas, mas é também obrigatório que o paciente respeite a sua própria vida e a autonomia moral do médico. Por outras palavras, esta parte da frase deve ser subordinada à primeira, e não simplisticamente justaposta como se fosse equivalente.

É claro que o paciente não pode impor ao médico a sua vontade de recusa de terapias válidas, e antecipar, assim, a sua morte.

A relação de liberdade-responsabilidade entre o paciente e o médico não deve, certamente, ser concebida no sentido de o médico se substituir à responsabilidade do paciente (paternalismo médico), mas também não no

sentido de dever ser executor da vontade do paciente. Por isso, a relação deverá ser triangular: no vértice está o respeito constante pela vida, e esse respeito deve valer tanto para o paciente como para o médico. Esse respeito constante pela vida não é entendido simplesmente no sentido de não se dever praticar a eutanásia «activa», enquanto para tudo o resto nos podemos regular pela livre escolha do paciente, porque este posicionamento equivaleria a abrir também a hipótese da abstenção passiva de terapias eficazes e proporcionadas sempre que o doente as recusasse, e isso faria, efectivamente, pensar na eutanásia passiva.

É preciso acrescentar que a frase que se segue parece excluir esta interpretação pessimista, favorável à eutanásia. O texto, de facto, prossegue assim: «Todavia, o médico pode, em qualquer caso de doença incurável e terminal, limitar-se a minorar os sofrimentos físicos e morais do paciente, proporcionando-lhe os tratamentos apropriados e mantendo, na medida do possível, a qualidade da vida que vai terminar». O artigo conclui depois: «É obrigatório assistir ao moribundo até ao fim e agir de modo a permitir-lhe conservar a sua dignidade».

Trata-se, pois, de fase terminal e de um decurso irreversível do mal, e autoriza-se o médico a limitar a sua intervenção ao empenho em aliviar os sofrimentos físicos e morais com meios adequados; esses «tratamentos proporcionados» deverão compreender tanto a analgesia apropriada como os cuidados normais - e a assistência humana. Nestas condições, poderá ser considerado satisfeito esse empenho.

Mas, nesta segunda frase do artigo 12.º, parece que não se insiste muito no empenho activo na terapia de meios proporcionados para a salvaguarda do respeito pela vida, deixando espaço para a autonomia moral e a liberdade de escolha do paciente enunciadas na primeira parte.

Concluindo, pode dizer-se que este texto não muito completo, nem perfeitamente consolidado na sua lógica interna, pode induzir, para lá das suas reais intenções, a considerar «o respeito pela vida em quaisquer circunstâncias» simplesmente como recusa da eutanásia «activa», podendo-se e devendo-se, em relação ao resto das terapias, regular segundo a livre escolha do paciente e, obviamente, que, numa fase terminal, nos devemos limitar ao alívio dos sofrimentos físicos e morais. Com esta interpretação, ficaria verdadeiramente atenuado ou eliminado o dever de administrar e receber as terapias eficazes e proporcionadas e ter-se-ia uma branda abertura para a eutanásia «por omissão».

O facto de o texto apresentar dificuldades interpretativas resulta também de a assembleia plenária do Comité Permanente dos Médicos da Comunidade Económica Europeia, que decorreu em Berlim a 20 e 21 de Novembro de 1987, ter aprovado a emenda proposta pela delegação italiana, que rezava textualmente assim: «Qualquer acto destinado a provocar deliberadamente a morte de um paciente é contrário à ética médica»⁹⁷, esclarecendo assim o sentido

⁹⁷ Veja-se *Il Medico d'Italia*, 8 de Dezembro de 1987.

do artigo 12.º dos «Princípios de Ética Médica Europeia».

Proposta de resolução do Parlamento Europeu

A 30 de Abril de 1991, foi apresentada ao Parlamento Europeu uma proposta de resolução por parte da «Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor», acerca da assistência aos pacientes terminais (relator: Léon Schwartzberg). Nessa proposta, era expressamente requerido (artigo 8.º) o seguinte: «[...] sempre que um doente plenamente consciente peça, de modo insistente e contínuo, que seja cessada uma existência já privada, para ele, de qualquer dignidade, e um colégio de médicos, constituído para esse fim, constate a impossibilidade de dispensar novos cuidados específicos, o dito pedido deve ser satisfeito [...]».

É evidente que, no plano deontológico, este ponto da proposta configura uma eutanásia activa, pura e simples, e não uma recusa do encarniçamento terapêutico. O que está em contradição com os «Princípios de Ética Médica Europeia» precedentemente mencionados e com numerosos códigos de deontologia médica, para além de com os direitos do Homem e as Constituições de muitos Estados.

Mas também no plano antropológico surgem muitas perplexidades quando se afirma que o fundamento da vida humana é a sua espiritualidade (considerando A); de facto, não se considera, como valor fundamental da vida humana, a vida corpórea; isto é, o estatuto da corporeidade é ignorado e negado. Além disso, o conceito de «funções naturais» não pode ser identificado apenas com o de «funções da vida vegetativa». Além disso, ao afirmar, no considerando C, que «[...] as funções cerebrais determinam o nível de consciência e o nível de consciência define um ser humano», confunde as características distintivas do ser humano, de racionalidade e de consciência, com o seu exercício, ou seja, com a capacidade actual de pensamento e de consciência. Daí resulta que, onde a não haja, deixará de haver exercício de racionalidade e consciência, e não existirá um indivíduo humano a proteger e a quem garantir a vida. Ambos os considerandos contradizem outras recomendações precedentes do Conselho da Europa em relação aos doentes terminais (por exemplo, o ponto 8 da Recomendação n.º 779/1976).

Também no plano médico-neurológico, por fim, a combinação do considerando B («considerando que a morte de um indivíduo é definida em função da paragem das funções cerebrais, mesmo no caso em que continuem as funções biológicas») com o considerando C confunde decididamente as funções *cerebrais* com as funções *corticais*. Deve-se sublinhar com clareza que é a morte cerebral total que equivale à morte do indivíduo, conforme é aceite por todos os relatórios dos comités *ad hoc* internacionais, do de Harvard em diante.

Com estas bases, portanto, o projecto não podia ser aceite, como depois foi expresso pelo Parlamento Europeu. O Comitato Nazionale per la Bioetica

italiano também expressou num seu documento um parecer negativo em relação ao projecto de recomendação⁹⁸.

Iniciativas de legalização da eutanásia

Tomamos aqui em consideração algumas iniciativas que, em vários países, se apresentam de facto no quadro de uma tendência para legalizar a eutanásia.

Nos Estados Unidos da América, o Natural Death Act («Lei sobre a Morte Natural») aprovado no estado da Califórnia e estendido em termos equivalentes a outros estados da União, remonta a 1976. O dispositivo legal concreto reconhece a qualquer adulto o direito de dispor da não-aplicação e da interrupção das «terapias de suporte vital» no caso de estas se darem no «condições existenciais extremas».

A disposição (*living will*) deve ser assinada pelo seu autor na presença de duas testemunhas, que não lhe devem estar ligadas por vínculos de parentesco ou afinidade, nem ser destinatárias dos seus bens, nem ser o seu médico assistente ou um dependente deste ou da instituição de saúde em causa⁹⁹. A disposição, escrita num formulário bem preciso, prevê a invalidade no caso de se tratar de uma paciente que esteja grávida, e é considerada válida durante cinco anos.

Por *condições existenciais extremas* entende-se a fase terminal, pelo que o emprego das terapias diferiria a morte, mas não poderia recuperar a vida. Por *cuidados de suporte vital* entende-se qualquer meio ou intervenção médica que utilize meios mecânicos ou artificiais para sustentar, reactivar ou substituir uma função vital natural e que, quando aplicado, servirá apenas para adiar o momento da morte. O paciente deve ser dado como incurável num diagnóstico assinado por dois médicos.

É preciso reconhecer que, à primeira vista, este procedimento pode corresponder ao que é dito na *Declaração sobre a Eutanásia* da Congregação para a Doutrina da Fé, onde se afirma que «é sempre lícito contentar-se com os meios normais que a medicina pode proporcionar. Não se pode, portanto, impor a ninguém a obrigação de recorrer a uma técnica que, embora já em uso, ainda não está isenta de perigos ou é demasiado onerosa». E que «é também permitido interromper a aplicação de tais meios [os meios postos à disposição pela medicina mais avançada], quando os resultados não correspondem às esperanças neles depositadas. Mas, para uma tal decisão, ter-se-á em conta o justo desejo do doente e da família, como também o parecer de médicos verdadeiramente competentes». Também a United States Catholic Health Association distribuiu, já em 1974, um documento (*Christian Affirmation of*

⁹⁸ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sulla Proposta di Risoluzione sull'Assistenza ai Pazienti Terminali* (6 de Setembro de 1991).

⁹⁹ Bompiani, «Eutanasia e Diritti del Malato...».

Life)de que constava também a seguinte afirmação: «se possível, peço para ser consultado relativamente aos procedimentos médicos que poderão ser utilizados para prolongar a minha vida, quando a morte se avizinhar. Se já não puder tomar parte em decisões concernentes ao meu futuro e não houver expectativas razoáveis de uma recuperação das minhas condições de invalidez física ou mental, peço que não sejam empregados meios extraordinários para prolongar a minha vida». Outras iniciativas similares surgiram depois, como a proposta de «testamento vital» apresentada pelo comité episcopal para a defesa da vida da Conferência Episcopal Espanhola¹⁰⁰.

No entanto, sobre o procedimento do *living will*¹⁰¹ permanecem algumas interrogações relevantes, antes de mais sobre a validade jurídica e moral de uma vontade testamentária expressa previamente, fora das condições concretas da doença, sobre um bem, que é a vida, e não uma coisa, bem como a questão de fundo sobre a interpretação, no caso concreto, daquilo a que se chama meios de suporte vital e a determinação das condições de irreversibilidade: entender-se-ão também como meios de suporte vital o apoio à respiração, a nutrição, a higiene pessoal, a hidratação? Serão estes, verdadeiramente, os meios de que fala a declaração da congregação ou os meios extraordinários de que fala a *Christian Affirmation of Life*? Além disso, é lícito «dispensar» o médico de fazer uma valoração própria, mesmo contra a vontade dos pacientes? Como poderá, nestas condições, o médico manter-se autónomo na sua própria consciência e na pele de «prestador de obra intelectual», dado que é a sua inteligência que deve avaliar os meios adequados para assistir ao doente terminal? Há já quem tenha notado que o *living will* parte do pressuposto de que o médico quer, a todo o custo e sempre, praticar terapias heróicas.

Depois do famoso caso de Nancy B. Cruzan, que já tivemos ocasião de recordar, foi promulgada nos EUA, em 1990, uma lei sobre a autodeterminação do paciente (Patient Self Determination Act) com a qual se pretendeu favorecer o papel do paciente nas decisões relativas à sua própria vida, sobretudo na fase final de uma doença¹⁰². Porém, um «referendo» de 1991 no estado de Washington (D.C.), ainda que com uma pequena diferença voltou a dar razão a todos os que são contrários à legalização da eutanásia

No Canadá, com a prática da regulamentação definida como *do not resuscitate policy*, declarada ética pelo conselho-geral da associação médica

¹⁰⁰ K. O'Rourke, «The Christian Affirmation of Life», *Hospital Progress*, 1974, 55, págs. 65-72. Sobre esta questão, veja-se, por exemplo, G. Perico, «Testamento Biologico e Malati Terminali», *Aggiornamenti Sociali*, 43/11, 1992, págs. 677-692; Conf. Episc. Pensilvânia, «Living Will and Proxy for Really Hard Decisions», *Medicina e Morale*, 1993, 5, págs. 989-999.

¹⁰¹ Veja-se J. R. Wernow, «The Living Will», *Ethics & Medicine*, 1994, 10, págs. 27-35.

¹⁰² Para um aprofundamento desta questão, cf. o suplemento monográfico do n.º 5 de 1991 do *Hostings Center Report* com o título «Practicing the PSDA» (págs. 15-165). Sobre o tema do testamento de vida e sobre as declarações antecipadas da vontade dos pacientes, veja-se: A. G. Spagnolo, «Il Bene del Paziente e i Limiti degli Testamenti di Vita», *L' Osservatore Romano*, n.º 138, 17-18 de Junho de 1996; *id.*, «Testamenti di Vita», in A. Bompiani (org.), *Bioetica in Medicina*, Roma, 1996, págs. 340-355.

canadiana em 1974, vai-se mesmo para além dos limites previstos pelo *living will*. Na prática, o que está em causa é a recusa do emprego de técnicas de reanimação em pacientes em quem a sua aplicação seja considerada inútil ou onerosa, mesmo quando isso implique uma antecipação da morte.

A aplicação prática é, pois, muito diversa: há hospitais onde é requerido o parecer da comissão de ética, há médicos que acordam antecipadamente a atitude a ter com o doente, manifestando-lhe a sua condição prognóstica com verdade, há médicos que reivindicam para si próprios o juízo sobre a oportunidade de empregar ou não as técnicas de reanimação.

É claro que, na ausência de critério objectivo de aplicação instrumental e física, e tendo em conta a variedade dos casos que não podem ser generalizados, este procedimento apresenta dificuldades éticas mais graves. Para além do subjectivismo dos pacientes ou dos médicos, quer na valoração do diagnóstico negativo, quer na aplicação da norma, há um campo amplo e algo impreciso.

Também em Itália, a Consulta di Bioetica, uma associação de inspiração laica, fez uma proposta de «carta da autodeterminação» que retoma a lógica do *living will*¹⁰³. Antes de passar ao exame da proposta de lei apresentada ao Parlamento italiano, mencionemos o «caso Holanda» e a norma que foi aprovada pelo Parlamento holandês. Como é sabido, diversos inquéritos tinham posto em evidência que, neste país, a prática médica da eutanásia estava muito difundida¹⁰⁴, pelo que a lei (28 de Novembro de 2000) entendeu, de modo muito discutível, acolher essa prática, quase como se fosse função da lei legalizar aquilo que se verifica de facto, e não a prática a dever seguir as disposições da lei. Efectivamente, essa lei não legaliza a eutanásia, mas despenaliza-a, não procedendo contra o médico que, atendo-se a alguns pontos bem codificados, interrompa a vida do paciente. Não se altera, todavia, a substância de uma conduta que é gravemente ilícita no plano ético e que abre caminho a outras formas de eutanásia, ainda que involuntária.

*O projecto de lei da Commissione Igiene e Sanità do Senado italiano*¹⁰⁵

A 13 de Julho de 2005, foi aprovado pela XII Commissione do Senado da República Italiana (Igiene e Sanità) um projecto de lei com 16 artigos cujo

¹⁰³ Para o texto da «carta» e um comentário, veja-se a revista *Notizie di Politeia*, 1991,24, págs 4-5. Veja-se também A. G. Spagnolo, «Il Dibattito sull'Eutanasia in Italia», in G. Guerrierio (org.), *Le Scienze*, 1993, 297, págs. 9-10.

¹⁰⁴ Cf. o relatório da comissão de inquérito holandesa em *Medicina e Morale*, 1992, 1, págs. 150-156; «Olanda, Introduzione di Una Disciplina Giuridica per la Procedura di Notifica degli Interventi di Eutanasia», *Medicina e Morale*, 1993, 2, págs. 446-448.

¹⁰⁵ E. Sgreccia, «Le “Disposizioni Anticipate di Trattamento”», in *L'Osservatore Romano*, 25-26 de Julho de 2005, pág. 8.

relator foi o senador Tomassini, relativo a «disposições em matéria de consentimento informado e declarações antecipadas de tratamento». Houve jornais que comentaram o facto como «o primeiro passo na direcção da eutanásia» (*Libera*, 15 de Julho de 2005).

Falar, porém, de «primeiro passo na direcção da eutanásia» em relação à emanação das «declarações antecipadas de tratamento» não é automático: pode haver disposições compatíveis com o respeito pela vida, e até mesmo dedicadas a uma assistência adequada ao moribundo, tendo em vista uma morte acolhida com a desejável serenidade.

Mas é preciso ter em conta que, histórica e eticamente falando, existe um outro tipo de «declarações antecipadas», que é inspirado pela reivindicação de um direito *a interromper a vida* com base no chamado princípio da autonomia, entendido como um direito que assiste ao paciente de decidir autonomamente pôr fim a uma vida que ele julgue privada de sentido.

A primeira observação que resulta da análise do documento é a quase completa ausência de indicações sobre quais deverão ser os conteúdos dessas declarações. De facto, ele limita-se a explicar os aspectos formais, procedimentais e legais (sobretudo em relação ao consentimento informado directo ou representado) e a dar muitas indicações sobre as garantias a apresentar, mediante representantes legais ou fiduciários, aos menores ou incapazes de dar o seu consentimento; mas era de esperar uma maior precisão dos conteúdos. Nesta sua versão, o projecto de lei apresenta duas lacunas substanciais: a ausência de uma proibição explícita da eutanásia e a escassa consideração do ponto de vista do médico que é chamado a aplicar as directivas antecipadas.

A ausência de uma recusa explícita das práticas eutanásicas no texto do projecto de lei sobre as declarações antecipadas, até pela afinidade e a implicação dos argumentos, poderá levar a uma subreptícia ou tácita aceitação de directivas destinadas a pôr fim, de maneira activa ou passiva, à vida humana.

De facto, enquanto se fala explicitamente da condenação absoluta do encarniçamento terapêutico que consiste no emprego de meios terapêuticos ineficazes e privados de efeitos benéficos presentes ou previsíveis, ou gravemente desproporcionados, não se fazem afirmações igualmente claras no sentido de excluir a eutanásia.

A outra lacuna diz respeito à menção da autonomia de consciência do médico. O artigo 13.º do projecto de lei estabelece que o médico só pode deixar de atender às disposições ou directivas do paciente quando as considere «desactualizadas ou inadequadas do ponto de vista científico e terapêutico» – nenhuma menção, portanto, à consciência do médico e à deontologia, que, no entanto, não deixaram de ser expressas explicitamente, em relação a estes pontos, nos artigos 35.º a 37.º do Códice italiano de 1998. Por fim, não se diz se os cidadãos continuam a estar obrigados a prestar essas declarações ou se são

simplesmente exortados ou autorizados a apresentá-las no momento do seu ingresso no hospital.

O Código Italiano de Deontologia Médica de 2006

O artigo 17.º ^{106 NR1} do código proíbe expressamente qualquer medida eutanásica, determinando que «o médico, mesmo a pedido do doente, não deve realizar nem ajudar em tratamentos orientados para provocar a morte». O artigo 39.º ^{107NR2}, por seu turno, apresenta as indicações para a assistência aos doentes incuráveis: «No caso de doenças com diagnóstico inequivocamente infausto ou em fase terminal, o médico deve concentrar a sua acção nos actos médicos capazes de evitar ao doente sofrimentos psicofísicos inúteis, garantindo-lhe os tratamentos adequados a manter, tanto quanto possível, a qualidade de vida e a dignidade da pessoa. No caso de perda de consciência, o médico deve desenvolver uma terapia de manutenção vital enquanto esta for considerada útil e evitar qualquer forma de encarniçamento terapêutico».

Com efeito, o artigo 16.º do código determina que o médico, «mesmo tendo em consideração a vontade expressa do doente», se abstenha «de tratamentos de diagnose e de terapêutica dos quais não possam resultar fundadamente benefícios para a saúde do doente ou para a melhoria da sua qualidade de vida».

A terminar a apresentação dos vários textos legislativos e deontológicos que centram a sua atenção na questão essencial, isto é, sobre se devem ser sempre utilizados os meios de reanimação ou de manutenção artificial da vida, julgamos que se pode concluir o seguinte: é admissível que, em certos casos, o médico consciencioso e respeitador da vida julgue que a aplicação desses meios técnicos seja inútil e gravemente desrespeitadora da agonia do paciente (por exemplo, impondo-lhe a deslocação da sua enfermaria para uma sala de reanimação quando não haja nenhuma esperança de recuperação e ele não possa beneficiar de um tratamento que, pelo contrário, tomará mais penosa a sua agonia – como poderá acontecer se um doente canceroso no limite das suas forças for afectado por uma súbita crise cardíaca). Nesses casos, a decisão sobre a utilização de meios sofisticados de reanimação deve ser tomada pelo médico tomando em consideração os princípios relativos à aplicação proporcionada de meios terapêuticos.

^{106 NR1} Em Portugal, cf. o artigo 57.º, n.º 2: «Ao médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia».

^{107 NR2} Em relação ao Código Deontológico dos Médicos, cf. o artigo 58.º («Cuidados Paliativos»): «1. Nas situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural, o médico deve passar a dirigir a sua acção para o bem-estar dos doentes, evitando utilizar meios fúteis de diagnóstico e terapêutica que podem por si próprios induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício. 2. Os cuidados paliativos, com o objectivo de minimizar o sofrimento e melhorar tanto quanto possível a qualidade de vida dos doentes, constituem o padrão do tratamento nestas situações e a forma mais condizente com a dignidade do ser humano».

Diferente será a situação em que o doente já esteja a ser submetido a um tratamento de reanimação com meios adequados ao suporte da vida e à atenuação da dor, porque então a suspensão do tratamento poderá tornar mais dolorosas a agonia e a morte, em vez de antecipar a ocorrência desta. Nesses casos, entendo que se deve reafirmar o dever de utilização desses meios até ao momento em que ocorra a morte clínica.

A situação legislativa actual no mundo¹⁰⁸

A problemática legislativa em torno da eutanásia e do suicídio assistido enriqueceu-se nos últimos anos com iniciativas e pronunciamentos de sinal diferente. Para além da lei holandesa brevemente comentada em cima, também na Bélgica foi aprovada, a 10 de Abril de 2001, a lei sobre a eutanásia.

Na Austrália, no Território do Norte, a lei foi aprovada em Maio de 1995. Com o nome de Rights of the Terminally III Act, entrou em vigor a 1 de Julho de 1996 e foi a primeira lei do mundo, nos nossos dias, a aprovar a eutanásia, considerando-a um direito dos cidadãos em certas condições. O tremendo debate suscitado na Austrália a propósito desta lei levou à aprovação de uma outra lei, de âmbito federal, que ab-rogou a do estado do Território do Norte (votada pelo Senado federal a 24 de Março de 1997). A 26 de Junho de 1997, o Supremo Tribunal dos Estados Unidos pronunciou-se sobre duas decisões nesta matéria proferidas pelos tribunais de recurso das nona e segunda circunscrições. Ambos estes tribunais tinham julgado nulas as leis que proibiam o suicídio assistido nos estados de Washington e de Nova Iorque. Ambos tinham considerado que essa proibição era inconstitucional e pretendiam que se reconhecesse aos cidadãos o direito a escolher o modo e o momento da sua própria morte como um direito constitucional. O Supremo Tribunal do país, com um raro voto de unanimidade (nove juízes contra zero) anulou estas decisões, declarando que não se pode incluir esse presumível direito entre os direitos reconhecidos pela Constituição americana, e que, portanto, os diversos estados tinham o poder de regular legalmente esta matéria. Na motivação da sentença, o juiz Rehnquist afirma, de facto, que as leis dos estados que proíbem o suicídio assistido são «expressão do empenho dos estados na protecção e na preservação de toda a vida humana»; e acrescenta: «a proibição do suicídio assistido por parte do estado reflecte e reforça a sua política de que as vidas das pessoas idosas não devem ser consideradas de valor inferior as vidas das que são jovens e sãs, e de que os impulsos suicidas de uma pessoa gravemente doente devem ser interpretados e tratados do mesmo modo que os de qualquer outra pessoa»¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Letteller, P. e Gambino, G. (org.), *L'Eutanasia. Vol. I: Aspetti Etici e Umani*, 2004; Gambino, G. (org.), *L'Eutanasia, Vol. 2: Diritto e Prassi In Italia, Europa e Stati Uniti*, 2005.

Actualmente, mais de 30 estados federais consideram que a ajuda ao suicídio é uma infração criminal¹¹⁰, Diversas foram as tentativas de mudar esta situação, por parte de diversos grupos e associações pró-eutanásia. Depois de algumas tentativas falhadas em vários estados, em Novembro de 1994, conseguiram que, no estado do Orégão, fosse aprovada uma lei permitindo o suicídio assistido para doentes em fase terminal com condições muito restritivas (proíbe-se, por exemplo, que se ajude a morrer com injeções apesar de se saber a utilização de comprimidos é ineficaz em muitos casos). Na sequência do referendo de aprovação, um juiz de um tribunal (District Court) do estado de Orégão bloqueou a lei considerando-a contrária à Constituição americana, que obriga os estados a proteger todos os cidadãos, mesmo os doentes em fase terminal. O Supremo Tribunal decidiu, em Outubro de 1997, não dar provimento ao recurso contra a lei aprovada em 1994, deixando, em coerência com a sua decisão de Junho, que as leis fossem discutidas e emanadas nos diversos estados. A 27 de Outubro de 1997, foi votado um segundo referendo sobre o suicídio assistido. Dessa vez, tinha sido proposto pelos opositores da eutanásia, requerendo que os cidadãos votassem uma lei nesse sentido. Sessenta por cento dos votantes pronunciaram-se contra e, deste modo, a lei aprovada pelo referendo de 1994 regressou ao centro das atenções.

Grande surpresa suscitou, por fim, a decisão do Tribunal Constitucional da Colômbia, que, a 20 de Maio de 1997, admitiu a eutanásia para pessoas que se encontrem em fase terminal, desde que estas dêem o seu próprio consentimento¹¹¹. Estão ainda por perceber bem as implicações e consequências desta sentença, emitida sem que tivesse havido um verdadeiro debate prévio sobre o tema naquele país latino-americano.

Na China, em 1998, o Governo autorizou os hospitais a praticarem a eutanásia nos doentes terminais incuráveis.

Eutanásia pediátrica¹¹²

Com base no acordo firmado entre a clínica universitária de Groningen, na Holanda, e as autoridades judiciais holandesas, foi estendida a possibilidade da

¹⁰⁹ International Anti Euthanasia Task Force (IAETF), «The Courts Have Spoken: No Constitutional Right to Assisted Suicide», *IAETF Update*, 11, 3, págs. 2 e segs.

¹¹⁰ R. L. Worsnop, «Assisted Suicide Controversy», *CQ Researcher*, 1995, 5/17, págs. 393-416.

¹¹¹ IAETF, «Colombian Constitutional Court OKs Euthanasia», *IAETF Update*, 11, 2, págs.12-13.

¹¹² E. Sgreccia, «L'Eutanasia in Olanda: anche per gli Bambini!», in *L'Osservatore Romano*. 3 de Setembro de 2004, pág., 8.

eutanásia também as crianças com menos de 12 anos de idade, desde a idade neonatal. Este protocolo estabelece pormenorizadamente os procedimentos que os médicos deverão seguir para enfrentar o problema de «libertar da dor» as crianças gravemente doentes, submetendo-as a eutanásia.

O Protocolo de Groningen sobre a eutanásia para os recém-nascidos¹¹³

Requisitos que devem ser cumpridos:

- O diagnóstico e o prognóstico devem ser confirmados;
- Deve-se estar em presença de um sofrimento insuportável e desesperado;
- O diagnóstico, o prognóstico e o sofrimento insuportável devem ser confirmados por, pelo menos, um médico independente;
- Ambos os pais devem dar o seu consentimento informado;
- O procedimento deve ser executado de acordo com os padrões aceites pela profissão médica.

Informação necessária para apoiar e clarificar a decisão sobre a eutanásia.
Diagnóstico e prognóstico:

- Descrever todos os dados médicos relevantes e os resultados dos exames diagnósticos em que se baseou o diagnóstico;
- Elencar todos os intervenientes no processo de decisão, todas as opiniões expressas, e o consenso a que se chegou;
- Descrever como se chegou ao prognóstico de longo prazo sobre a saúde;
- Descrever como foram avaliados o grau de sofrimento e a esperança de vida;
- Descrever a disponibilidade de tratamentos alternativos, de métodos alternativos para aliviar a dor, ou ambos;
- Descrever os tratamentos e os resultados dos tratamentos que precederam a decisão sobre eutanásia.

Decisão sobre eutanásia:

- Descrever quem começou a discussão sobre a possibilidade de eutanásia e em que momento;
- Elencar as considerações que levaram à decisão;

¹¹³ Este protocolo foi formulado em 2002. Cf. E. Verhagen e P. J. J. Sauer, «The Groningen Protocol - Euthanasia in Severely III Newborns», in *New England Journal of Medicine*, n.º 352, 2005, págs. 959-962; S. A. Bondi, D. Gries e K. Faucette, «Neonatal Euthanasia?», in *Pediatrics*, Março de 2006, 117, 3, págs. 983-983e; G. Dworkin, R. Frey e S. Bok, *Eutanásia e Suicídio Assistido. Pro e contro*, Turim, 2001.

- Elencar todos os participantes no processo decisional, todas as opiniões expressas, e o consenso atingido;
- Descrever o modo como os pais foram informados e as suas opiniões.

Consulta:

- Descrever o médico ou os médicos que forneceram uma segunda opinião (nome e especialidade);
- Elencar os resultados das visitas e as recomendações feitas por médicos ou especialistas.

Concretização:

- Descrever o efectivo procedimento eutanásico (hora, local, participantes, e administração de fármacos);
- Descrever as razões pelas quais se escolheu esse método de eutanásia.

Depois da morte:

- Descrever a avaliação do médico legal;
- Descrever como a eutanásia foi relatada ao procurador;
- Descrever como os pais estão a ser seguidos e assistidos;
- Descrever o plano de revisão, como o reexame do caso, o exame *post-mortem* e a análise genética.

Neste protocolo, já não é sequer o princípio da autonomia que está em jogo, mas uma decisão «externa», uma imposição do adulto consciente sobre quem não dispõe de autonomia. São os adultos que avaliam a «insuportabilidade» dos sofrimentos das crianças.

Este último passo da lei holandesa sobre a eutanásia vai decididamente na direcção da «eugenia disfarçada».

Eutanásia como problema jurídico¹¹⁴

¹¹⁴ Cf. F. D'Agostino, «Eutanasia», in *Parole di Bioetica*. Turim, 2004, págs. 77-88.

Reflectir sobre a eutanásia como *problema jurídico* significa reflectir sobre a legitimidade, em linha de princípio, de uma legislação eutanásica, ou seja, exprimir avaliações em termos de *justiça*.

Segundo F. d'Agostino, «qualquer hipótese em que se ventile a possibilidade do recurso à eutanásia possui sempre o carácter de um caso trágico, lacerante, angustiante, que merece uma atenção e um respeito profundos; estou convencido de que gerir tais casos através do instrumento típico do direito, que é o da *lei*, e em particular de uma lei *permissiva*, equivale a dar uma resposta *errada* a problemas *reais*. A razão desta afirmação pode ser resumida rapidamente: os problemas eutanásicos são sempre problemas *extremos*, e a lei não é a forma adequada de resolver esses problemas. A lei existe para governar e regular situações comuns, e não situações de excepção, e muito menos se destina a gerir socialmente um valor em si mesmo e por si mesmo altíssimo, mas irreduzível a qualquer fórmula jurídica, como é a *compaixão*. As situações eutanásicas são sempre, tipicamente, situações de compaixão e de excepção, porque cada uma delas é dotada de um perfil individual, irrepetível, emocional, dissemelhante de qualquer outro perfil»¹¹⁵.

Antes de mais, é necessário uma clarificação de tipo linguístico e conceptual.

A eutanásia, de um ponto de vista jurídico, não é a recusa dos cuidados assumida por um paciente competente, ainda que, para um moralista, a recusa possa ser equivalente ao suicídio. Em nenhum ordenamento jurídico moderno se pode submeter a tratamento por coacção um paciente competente (a não ser por razões de saúde pública).

A eutanásia não é a renúncia ao encarniçamento terapêutico, ou seja, a todas as práticas médicas não proporcionadas à situação de saúde real do paciente.

A eutanásia não equivale à medicina paliativa, que é capaz de controlar as dores dos doentes terminais e de lhes garantir uma qualidade de vida mais do que aceitável, ainda que, em alguns casos, o uso de algumas substâncias paliativas produza o duplo efeito de sedar as dores do paciente e também acelerar o seu falecimento.

Muito menos deverá entrar igualmente na discussão jurídica sobre a eutanásia a eutanásia eugénica, ou seja a supressão, logo depois do parto, de recém-nascidos disformes, ou os infanticídios de recém-nascidos com deficiência, que remetem para o problema de como enfrentar a deficiência.

Eliminadas estas formas pseudo-eutanásicas, como definir a eutanásia propriamente dita? «Há eutanásia *se e só se* um médico puser termo à vida de um paciente terminal mediante pedido deste»¹¹⁶.

¹¹⁵ *Ibidem*, págs. 77-78.

¹¹⁶ *Ibidem*, pág. 81.

Se se analisar a experiência holandesa, constata-se que a lei chama eutanásia à provocação da morte num paciente *a seu pedido explícito*, mas os dados referem que, em cerca de 40% dos casos, se pôs fim à vida do paciente *sem o seu pedido explícito*.

Os casos são justificados, hipocritamente, com o facto de haver situações em que todas as funções vitais começam irreversivelmente a falhar e, por isso, não pode haver um pedido explícito do paciente.

A eutanásia é sempre apresentada como solução humanitária para casos terríveis em que os pacientes são vítimas de dores excruciantes. E ignora-se sistematicamente a medicina paliativa.

Inevitavelmente, passa-se da *dor física* ao *sofrimento existencial* e, por isso, é ajudada a morrer também a velha senhora sozinha e deprimida, mas não doente do ponto de vista orgânico.

Para concluir, é preciso recordar que «quem pede para morrer, pede na realidade para ser ajudado a viver *de outra forma*. Por vezes é suficiente poder tocar com a mão para que a dor seja partilhada com outros, para se conseguir elaborá-la positivamente (é por isso que rigorosas análises empíricas recomendam que, nos hospitais, *não se isolem* os pacientes terminais, porque a simples experiência de uma enfermagem em que todos os pacientes sofrem de modo semelhante é capaz de activar em cada um deles incríveis capacidades de resistência à depressão e à dor). Vender nas farmácias pílulas letais é um modo subreptício de convidar os idosos a não agravarem, com o peso de todas as suas necessidades, a família ou a assistência pública»¹¹⁷.

Eutanásia e suicídio

Não quisemos abordar extensivamente o tema do suicídio, porque não cabe na prática médica, a não ser pela obrigação de tratar da recuperação dos que tentaram o suicídio e pelas actividades de medicina legal relativas à verificação da causa da morte. O tema diz respeito diz mais especificamente respeito aos aspectos éticos da vida social e da psiquiatria, aos quais é preciso dedicar ampla e conveniente atenção¹¹⁸.

Queremos simplesmente precisar que, de um ponto de vista ético objectivo, o suicídio é condenável por ser contrário à inviolabilidade da vida, à dignidade da pessoa, e também ao respeito pela Bondade do Criador. Há porém o

¹¹⁷ *Ibidem*, pág. 85.

¹¹⁸ Cf. G. Masi, *vd.* «Suicídio», in *Enciclopédia Filosófica*, VIII, Roma, 9.^a ed., 1979. págs. 26-28; E. Durkheim, *II Suicídio. Studio di Sociologia*, Milão, 1987; AA.V.V., *Il Suicidio Follia o Deliria di Libertà*, Cinisello Balsamo, 1989; M. Bertolino, «Suicídio (Istigazione o Aiuto al)», in *Digesto. Sez. Pen.*, XIV, Turim, 1998, pág. 113.

^{NR} Criminalizado em Portugal, tal como a ajuda ao suicídio, nos termos do art. 135.º do Código Penal.

problema complexo e de avaliação delicada que diz respeito ao efectivo grau de responsabilidade do sujeito e a quanta responsabilidade recairá, inversamente, sobre a sociedade e o ambiente ideológico, ou cultural, ou familiar em que o mecanismo acaba por gerar-se. Defini-lo como «a última liberdade da vida-significa situar o suicídio no quadro da ideologia de liberdade sem responsabilidade e de transgressão dos valores (liberdade-vida) que alimenta conjuntamente as campanhas a favor da legalização da eutanásia e do incitamento ao suicídio^{NR}.

O estudo completo do fenómeno dos pontos de vista histórico, sociológico e cultural não pode ser abordado neste trabalho, que quer ser, pelo menos nesta parte, reservado aos principais problemas que implicam a directa responsabilidade executiva do médico. O problema ético-deontológico do médico neste aspecto, o da participação directa, configurar-se-á simplesmente na eventual prescrição com receita ou na administração consciente de fármacos letais ao suicida que a peça em consciência. E este aspecto diz também respeito ao farmacêutico, quando o fármaco seja, pelas suas composição e qualidade, destinado apenas à prática do suicídio.

Mas este tipo de responsabilidade é muito fácil de compreender, mesmo do ponto de vista jurídico, por parte daqueles que consideram o suicídio em si mesmo ilícito e inumano. No que diz respeito à recusa da verdade e à tentação do suicídio, existe toda uma literatura que, partindo do lado estritamente antropológico, acompanha e inclui o científico¹¹⁹.

A conclusão deste capítulo toma fácil perceber um paradoxo: na era em que os progressos da medicina tomaram mais fácil e acessível o domínio sobre a dor, ou, em geral, mais confortável a vida, especialmente no mundo ocidental, vêm-se cada vez mais partidos a favorecer a eutanásia e o suicídio. Compreende-se talvez que não é a dor que se tornou insuportável, mas que têm vindo a diminuir, na realidade, as razões de viver e que diminuiu o sentido a conferir ao sofrimento e à morte.

Bibliografia

AA.V.V., *Motire sì, ma quando?*, Roma, Paoline, 1977.

AA.V.V., «Problematiche dell'Eutanasia», *La Ca'Granda*, 1985, 2/3, págs. 13-44.

¹¹⁹ Alguns aspectos podem ser encontrados in E. Sgreccia, «Il Rifiuto della Verità e la Tentazione del Suicidio», *Prospettive nel Mondo*, 1982, 75/76, págs. 35-41; M. L. Di Pietro e A. Lucattini, «Condotte Suicidiarie e Adolescenza nel Dibattito Attuale», *Medicina e Morale*. 1994, 4, págs. 667-690. Cf. também: E. Fizzotti, «L'Onda Lunga del Suicidio fra Vuoto Esistenziale e Ricerca di Senso». *Anime e Corpi*. 1992, 161, págs. 273-294; L. Cantoni, «Su Alcuni Dimensioni del Suicidio, Il Caso dell'Emilia Romagna», *Medicina e Morale*, 1994, 6, págs. 1143-1160.

AA.V.V., *Eutanasia. Il Senso del Vivere e del Morire Umano*, Bolonha, Dehoniane, 1987.

AA.V.V., *Il Suicidio: Follia o Delirio di Libertà*, Cinisello Balsamo, Paoline, 1989.

AA.V.V., *Speranza dove Sei? Le Immagini della Speranza nel Mondo della Salute*, Turim, Camilliane, 1995.

AA.V.V., *Dali Aborto all'Eutanasia*, Turim, Gribaudo, 2005.

AA.V.V., *Eutanasia. Sofferenza e Dignità al Crepuscolo della Vita*, Milão, Ares, 2005.

Adorno, T. W., *Dialettica Negativa*, Turim, Einaudi, 1970.

Agnoli, F., *Voglio Una Vita Manipolata*, Milão, Ares, 2006.

Agostini, S. e Perazza, F., *Eutanasia. Problematiche Etiche, Medico-Legali, Giuridiche*, Turim, Minerva Medica, 2004.

Agostino, F. D', «Eutanasia, Diritto e Ideologia», *Iustitia*, 1977, 30, págs. 285-306.

Agostino, F. D', «Eutanasia», in *Parole di Bioetica*, Turim, Giappichelli, 2004, págs. 77-88.

Aldati, G., «Considerazioni sull'Eutanasia. Il Pensiero di Un Antropologo», *Federazione Medica*, 38, 1985, 1, págs. 25-28.

Alici, L., Agostino, F. D' e Santeusano, F., *La Dignità degli Ultimi Giorni*, Milão, San Paolo, 1998.

Alszegehy, Z., «Il Senso della Sofferenza», *Medicina e Morale*, 1985, 1, págs. 11-22.

Andersen, S. e Hallamaa, J., *Euthanasia: A Letter to a Nurse on Death and Dying*, Genebra, WCC Publications, 1995.

Anderson, R. S., *La Fede, la Morte e il Morire*, Turim, Claudiana, 1993.

Angelini, G., «L'Eutanasia. Tra Desiderio di Morire e Fuga dalla Morte», *Rivista del Clero Italiano*, 1985, 10, págs. 664-671.

Antico, L., «Il Dolore Ha Un Senso? Il Punto di Vista Medico», *Anime e Corpi*, 1984, 114, págs. 403-412.

Aramini, M., *L Eutanasia. Commento Giuridico-Etico della Nuova Legge Olandese*, Milão, Giuffré, 2002.

Aramini, M., *Eutanasia. Spunti per Un Dibattito*, Roma, Ancora, 2006.

Ariès, P., «La Mort Inversée», *La Maison Dieu*, 1970, págs. 57-88.

Ariès, P., *Essais sur l'Histoire de la Mort en Occident du Moyen Age à Nos Jours*, Paris, 1975.

Ashley, B. M., «Euthanasia and Over-Treatment», in Sgreccia, E., Spagnolo, A. G. e Pietro, M. L. Di (org.), *L'Assistenza al Morente. Aspetti Socio-Culturali, Medico-Assistenziali e Pastoralis*, Milão, Vita e Pensiero, 1994, pág. 343-359.

Autiero, A., «I Bambini di Fronte alla Morte», *Medicina e Morale*, 1983,4, págs. 411-418.

Banco, N. Del, *In the Name of Mercy*, Nova Iorque, Warner Books, 1994.

Barbò, F. Rivetti, *Libertà e Fondazioni della Bioetica: di fronte alla Morte*, Génova, Marietti, 1993.

Barcaro, R., *Eutanasia. Un Problema Paradigmatico della Bioética*, Milão, Franco Angeli, 1998.

Barcaro, R., *Dignità della Morte. Accanimento Terapêutico ed Eutanasia*, Nápoles, Edizioni Scientifiche Italiane, 2001.

Beauchamp, T. L. e Perlin, S. (eds), *Ethical Issues in Death and Dying*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1978.

Benrubi, G. L., «Euthanasia - The Need for Procedural Safeguards», *New England Journal of Medicine*, 1992, 326/323, pág. 198.

Bertolino, M., «Suicídio (Istigazione o Aiuto al)», *Digesto, Sez. Pen.*, 1998, XIV. Turim, Utet, pág. 113.

Bianca, M., «Significati e Sensi del Dolore e del Dolore-Sofferenza», *Algologia*, 1985, 1/2, págs 3-31.

Bispos Católicos da Florida, Declaração pastoral «Life, Death and the Treatment of Dying Patient», *Medicina e Morale*, 1990, 3, págs. 618-624.

Bispos Católicos da Pensilvânia, declaração «Nutrizione ed Idratazione, Considerazioni Morali». *Medicina e Morale*, 1992, 4, págs. 739-763.

Bispos Católicos dos Estados Unidos, comité Pro-Life, «Nutrizione ed Idratazione. Considerazioni Morali e Pastorali», *Medicina e Morale*, 1992,4, págs. 763-783.

Bizzotto, M., *Esperienza della Morte e Speranza*, Milão, Vita e Pensiero, 2000.

Bognetti, G., «La Legge Olandese su Eutanasia e Suicídio Assistito», in *Corriere Giuridico*, 2001, I, pág. 705.

Bok, S., «Death and Dying: Euthanasia and Sustaining Life. Ethical Views». in Reich, W. T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Nova Iorque, The Free Press, 1978, págs. 268-277.

Bompiani, A., «Eutanasia e Diritti del Malato “in Fase Terminale”. Considerazioni Giuridiche». *Presenza Pastorale*, 1985, 5/6, págs. 76-119.

Bompiani, A., «Riflessione Giuridica sui Diritti del Malato “in Fase Terminale”», in Romanini, A. e Spedicato, M. R. (org.), *Progressi Glinici: Medicina. Unità di Cura Continuativa*. V/3, Pádua, Piccin, 1988, págs. 31-43.

Bonjean, J. *et al.*, «Le Refus de Soins. La Dimension Éthique du Problème», *Medecine et Hygiène*, 1984, 42, págs. 1184-1189.

Bowling, A., «The Hospitalisation of Death: Should More People Die at Home?», *J. Med. Ethics*, 1983, 9, págs. 158-161.

Brahams, D. M., «The Arthur Case – A Proposal of Legislation», *J. Med. Ethics*, 1983, 9, págs. 12-15.

Brooks, S. A., «Dignity and Cost-Effectiveness: A Rejection of the Utilitarian Approach to Death». / *Med. Ethics*, 1984, 10, págs. 148-151.

Brooks, S. A., «Dignity and Death: A Reply», *J. Med. Ethics*, 1985,11, págs. 84-87.

Bumfleid, S., «Doctor-Patient Dilemmas in Multiple Sclerosis», *J. Med. Ethics*, 1984,10, págs. 21-26.

- Calipari, M., *Curarsi e Farsi Curare*, Turim, Edizioni Paoline/San Paolo, 2006.
- Campbell, A. G. M., «The Right to Be Allowed to Die», *J. Med. Ethics*, 1983,9, págs. 136-140.
- Canestrari, Cimbalò, G. e Pappalardo, G. (org.), *Eutanasia e Diritto. Confronto tra Discipline*, Turim, Giappichelli, 2003.
- Cantoni, L., «Su Alcune Dimensioni del Suicidio. Il Caso dell'Emilia Romagna», *Medicina e Morale*, 1994, 6, págs. 1143-1160.
- Carpitella, M. (org.), *Dizionario delle Antichità Classiche di Oxford*, 3 vols., Alba, Paoline, 1963.
- Casalinuovo, A., «Elemento Soggettivo e Contributo Morale nel Delitto di Aiuto o Istigazione al Suicidio», *Cass. Pen.*, 2003, f. 14, pág. 638.
- Catania, E., *Vivere a Tutti i Costi? Eutanasia, Dilemma del Terzo Millennio*, Venezia, Marsilio, 2001.
- Cattorini, P., «Qualità della Vita negli Ultimi Istanti», *Medicina e Morale*, 1989, 2, págs. 273-294.
- Cattorini, P., «Eutanasia e Chiacchiera sulla Morte», *Bioetica, Rivista Interdisciplinare*, 1993, 2, págs. 290-300.
- Cattorini, P., *Sotto Scacco. Bioetica di Fine Vita*, Nápoles, Liviana Medicina, 1993.
- Cattorini, P., *La Morte Offesa Espropriazione del Morire ed Etica della Resistenza al Male*, Bolonha, Dehoniane, 1996.
- Cauzzo, D., *Luci al Tramonto. Famiglie e Operatori Accanto ai Malati Terminali*, Roma, Città Nuova, 2006.
- Cellini, N., «Problemi Etici dell'Assistenza al Morente», in Sgreccia, E. (org.), *Corso di Bioetica*, Milão, Angeli, 1986, págs. 153-163.
- Cellini, N., Ciabattini, A., Morganti, A. G. et al., «Unità di Cura Continuativa: Esperienza in Tema di Assistenza Domiciliare a Pazienti Oncologici in Fase Avanzata», *Anziani Oggi*, 1996, 1, págs. 59-65.

Chagas, C. (ed.), *The Artificial Prolongation of Life and the Determination of the Exact Moment of Death*. Cidade do Vaticano, Pontificia Academia das Ciências, 1986.

Chiavacci, E., «Eutanasia e Diritto di Morire con Dignità», *La Civiltà Cattolica*, 1983, 1, págs. 313-329.

Ciabattini, A. e Pittiruti, M., *Terapie Palliative e Cure di Supporto*, in *Oncologia*, Roma, SEU, 1996.

Ciccone, L., *Non Uccidere. Questioni di Morale della Vita Fisica*, I, Milão, Ares, 1984.

Ciccone, L., «La Eutanasia y el Principio de la Inviolabilidad Absoluta de Toda Vida Humana Inocente», in Lucas, R. Lucas, *Comentario Interdisciplinar a la «Evangelium Vitae»*, Madrid, BAC, 1996, págs. 452-465.

Clayden, G., «Ethics and the Severely Malformed Infant: Report on a Multidisciplinary Workshop», *f. Med. Ethics*, 1984, 10, págs. 71-72.

Colombo, F., «II Suicidio. Valutazione Morale», in AA.V.V., *Il Suicidio: Follia o Delirio di Libertà?*, Cinisello Balsamo, Paoline, 1989, págs. 147-154.

Comissão de inquérito holandesa sobre a prática médica relativamente à eutanásia, «Outlines Report Commission Inquiry into Medical Practice with Regard to Euthanasia», *Medicina e Morale*, 1992, 1, págs. 150-156.

Comitato Nazionale per la Bioetica, *Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sulla Proposta di Risoluzione sull'Assistenza ai Pazienti Terminali* (6 de Setembro de 1991), Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per l'informazione e l'Editoria, 1991.

Concílio Vaticano II, constituição pastoral *Gaudium et Spes*, in *Caminhos da Justiça e da Paz, Doutrina Social da Igreja, Documentos de 1891 a 1991*, Lisboa, Rei dos Livros, 3.^a ed., 1992, n.ºs 23-32.

Conferência Episcopal Alemã (República Federal da Alemanha), *La Vie de l'Homme et l'Euthanasie* (15 de Junho de 1975), *La Documentation Catholique*, 1975, 1680, págs. 685 e segs.

Congregação para a Doutrina da Fé, *Declaração sobre o Aborto Provocado*, Cidade do Vaticano, Tipografia Poliglotta Vaticana, 1974.

Congregação para a Doutrina da Fé, *Declaração sobre a Eutanásia* (5 de Maio de 1980), in http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_po.html.

Conselho da Europa, *Raccomandazione Relativa ai Diritti dei Malati e dei Morenti* (21 de Janeiro de 1976), in Spinsanti, S. (org.), *Documenti di Deontologia ed Etica Medica*, Milão, Paoline, 1985, págs. 80-82.

Conselho Permanente da Conferência Episcopal Francesa, declaração «Respecter l'Homme Proche de Sa Mort», *Medicina e Morale*, 1992, 1, págs. 124-133-

Conselho Permanente do Episcopado Francês, «Note sur l'Euthanasie» (16 de Junho de 1976), *La Documentation Catholique*, 1976,1703, págs, 722 e segs.

Conte, A., *Eutanasia. Problemi di Bioetica e Principi Giuridici*, Roma, Aracne, 2005.

Correa, J. Vial de D. e Sgreccia, E. (ed«.), *The Dignity of the Dying Person*, Cidade do Vaticano. Libreria Ed. Vaticana, 2000.

Cotta, S., *Vita Fisica e Legislazione*, Roma, 1985.

Cuyás, M., *Eutanasia. L'Etica, la Liberta, la Vita*, Casale Monferrato, Piemme, 1989.

Demmer, K., «Anfang und Ende des Lebens. Wie fließend sind die Grenzen ärztlichen Handelns?» *Gregorianum*, 1996,77,2, págs. 287-307.

Duguet, A. M., Heib, J. L. *et al.*, «Obligation de Moyens en Réanimation: L'Acharnement Thérapeutique Existe-t-Il?», *Agressologie*, 1987,28/7, págs. 761-764.

Durkheim, E., *Il Suicidio. Studio di Sociologia*, Milão, Rizzoli. 1989.

Dworkin, R., *Life's Dominion. An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. Nova Iorque, Alfred A. Knopf, 1993.

Dworkin, G., Frey, R. G. e Bok, S., *Eutanasia e Suicidio Assistito. Pro e contro*, Turim, Einaudi, 2001.

Editorial, «Their Lordships on Euthanasia», *The Lancet* I, págs 430-431.

Editorial, «Eutanasia e Diritto di Morire con Dignità», *La Civiltà Cattolica*. 1983, IV págs 313-329.

Editorial, «Né Eutanasia né Accanimento Terapeutico», *La Civiltà Cattolica*, 1987, 1 págs. 313-326.

Eijk, W., «Is the Dutch Euthanasia Regulation Compatible with “Evangelium Vitae”?»», *Medicina e Morale*, 1996, 46/3, págs. 469-481.

Elizari, F. J., «Eutanasia: Lenguaje y Concepto», *Moralia*, 1992,14. págs. 145-175.

Episcopado Alemão (República Federal), «Mort Digne de l'Homme et Mort Chretienne» (20 de Novembro de 1978), *La Documentation Catholique*, 1979.1764, págs. 471 e segs.

Eusebi, L., «Omissione dell' intervento Terapeutico ed Eutanasia», *Archivio Penale*. 1985,7, págs 508-540.

Fabris, S., «L'Uomo Contemporaneo di Fronte ai Diversi Tipi di Morte», *Aggiornamenti Sociali* 1995,7-8, págs. 551-560.

Fantini, B. e Grmek, M. D., «Le Definizioni di Vita e di Morte nella Biologia e nella Medicina Contemporanea», in Di Meo, A. e Mancina, C (org.), *Bioetica*, Roma, Laterza. 1989.

Fein, B., «Law and the Morality of Assisted Suicide», *Legal Times*, 16 de Maio de 1994. pág. 23.

Ferguson, P., «Paternalism versus Autonomy: Medical Opinion and Ethical Questions in the Treatment of Defective Neonates», *J. Med. Ethics*, 1983,9, págs. 16-17.

Finnis, J., «A Philosophical Case against Euthanasia», in Keown,J., *Euthanasia Examined Ethical. Clinical and Legal Perspectives*, Nova Iorque, Cambridge University Press, 1995, págs. 23-35.

Fisichella, R., «El Secularismo y la Pérdida de Dios», in Lucas, R. Lucas. *Comentário Interdisciplinar a la «Evangelium Vitae»*, Madrid, BAC, 1996, págs. 263-275.

Fizzotti, E., «L'Onda Lunga del Suicidio tra Vuoto Esistenziale e Ricerca di Senso», *Anime e Corpi* 1992,161, págs. 273-294.

Fornari, G. e Sestini, G., *Anche in Italia l'Eutanasia. Why not?*, Ass. libera Uscita, 2003.

Franzoni, G., *La Morte Condivisa. Nuovi Contesti per l'Eutanasia*, Roma. EdUP, 2002.

Franzoni, G., *Eutanasia. Pragmatismo, Cultura, Legge*, Roma. EdUP, 2004.

Fravolini, G., «Eutanasia, Accanimento Terapêutico, Accertamento della Morte; Definizioni Vecchie per Nuove Necessità», *Bioetica e Cultura*, 1994,3, págs. 93-102.

Fravolini, G., «La Nuova Normativa sull'Eutanasia nel Paesi Bassi», *Aggiornamenti Sociali*, 1994, 12, págs. 839-848.

Fravolini, G., Mencarelli, A. e Mazzeo, E., «L'Eutanasia in Olanda; Risposta Legislativa ad Una Prassi Iniqua», *Medicina e Morale*, 1995,6, págs. 1093-1105.

Freer, J. P., «Chronic Vegetative States: Intrinsic Value of Biological Process», *J. Med. Phil.*, 1984, 9, págs. 395-407.

Galeazzi, U., *La Vita: Un Dono da Rispettare*, Génova, Marietti, 1993.

Galletti, M., *Decidere per chi non Può: Approcci Filosofici all'Eutanasia non Volontaria*, Florença, Firenze University Press, 2005.

Gasparetto, A., «L'Eutanasia», *Minerva Anestesiologica*, 1986, 52, págs. 167-168.

Geveres, J. K. M., «Legislation on Euthanasia: Recent Developments in the Netherlands», *Journal of Medical Ethics*, 1992, 18, págs. 138 e segs.

Gifford, E. A., «Artes Moriendi: Active Euthanasia and the Art of Dying», *UCLA Law Review*, Agosto de 1993, pág. 1585.

Gillett, G. R., «Why Let People Die?», in *J. Med. Ethics*, 1986, 12, págs. 83-86.

Gillett, G. R., «Killing, Letting Die and Moral Perception», *Bioethics*, 1994, 8, 4, págs. 312-328.

Gillon, R., «Acts and Omission: Killing and Letting Die», *J. Med. Ethics*, 1984, 10, págs. 59-60.

Giunchedi, F., «Eutanasia, Una Proposta di Legge al Parlamento Europeo», *Rivista di Teologia Morale*, 1992, 96, págs. 509-515.

Giusti, G., *L'Eutanasia, Diritto di Vivere, Diritto di Morire*, Pádua, Cedam, 1982.

Goffi, J.-Y., *Pensare l'Eutanasia*, Turim, Einaudi, 2006.

Gormally, L. (org.), *Euthanasia, Clinical Practice and the Law*, Londres, The Linacre Centre, 1994.

Gritti, G. e Salzano, S., «Aspetti Etici della Terapia del Malato Terminale», *Minerva Anestesiologica*, 1986, 52, págs. 169-175.

Gruman, G. J., Bok, S. e Veatch, R. M., «Death and Dying: Euthanasia and Sustaining Life», in Reich, W. T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Nova Iorque, The Free Press, 1978, págs. 261-286.

Guernieri, A., «Il Momento della Morte. Aspetti Medico-Legali», *Federazione Medica*, 40, 1987, págs. 233-239.

Günthor, A., *Chiamata e Risposta*, III, Alba, Paoline, 1977, pág. 602.

Gutiérrez, J. Vega e Martínez Baza, P., *Enfermo Terminal y Eutanasia. Desde el Punto de Vista del Personal Sanitario*, Valladolid, Secretariado de Publicaciones Univ. de Valladolid, 1991.

Guzzetti, G. B., «Considerazioni sull'Eutanasia. Il Pensiero di Un Teologo Morale Cattolico», *Federazione Medica*, 38, 1985, págs. 12-19.

Häring, B., *La Legge di Cristo*, III, Brescia, Morcelliana, 1964, pág. 223.

Häring, B., *Etica Medica*, Milão, Paoline, 1979.

Häring, B., *Liberi e Fedeli in Cristo*, Roma, Paoline, 1982, págs. 119-145.

Harris, I., «Euthanasia and the Value of Life», in Keown, J. (ed.), *Euthanasia Examined, Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, Nova Iorque, Cambridge University Press, 1995, págs. 6-22.

Havard, «Legislation Is Likely to Create More Difficulties than it Resolves», *J. Med. Ethics*, 1983, 9, págs. 18-20.

Hennezel, M. de, *La Dolce Morte*, Milão, Sonzogno, 2002.

Higgs, R., «Cutting the Thread and Pulling the Wool - A Request for Euthanasia in General Practice», *J. Med. Ethics*, 1983, 9, págs. 45-49.

Higgs, R., «A Father Says “Don’t Tell My Son the Truth”», *J. Med. Ethics*, 1985, 11, págs. 153-158.

Higgs, R. e Rennie, J., «Earning His Heroin but Seeking Release while the Surgeon Advise Amputation», *J. Med. Ethics*, 1987, 13, págs. 43-48.

Horan, D., «Euthanasia, the Right to Life and Termination of Medical Treatment», in McMillan, R., Engelhardt, H. T. e Spicker, S. (eds.), *Euthanasia and the Newborn*, Dordrecht, Reidel, 1987, XXIV, págs. 147-180.

House of Lords — Select Committee on Medical Ethics, «Report on «House of Lords on Care for Dying», *Bull. Med. Eth.*, 1994, 95, págs. 13-16.

Humber, J. M., Almeder, R. F. e Kasting, Gregg A., *Physician-Assisted Death*, Totowa, Humana Press, 1994.

Humbert, V., Veille, F., *Io Vi Chiedo il Diritto di Morire*, Milão, Sonzogno, 2003.

Iadecola, G., *Eutanasia. Problematiche Giuridiche e Medico-Legali*, Pádua, Liviana, 1991. Iandolo, C., *L’Approccio Umano al Malato. Aspetti Psicologici dell’Assistenza*, Roma, Armando, 1979.

Iandolo, C., *L’Assistenza Psicologica del Malato*, Roma, Luigi Pozzi, 1986.

Iceta Gavicagogeascoa, M., *Futilidad y Toma de Decisiones en la Medicina Paliativa*, Caja Sur Publicaciones, Córdoba, 1997.

Jankélévitch, V., *Pensare la Morte?*, Milão, Cortina, 1995.

João Paulo II, «De Maneira Eficaz Opor-se à Eutanásia» (6 de Setembro de 1984, aos participantes num congresso da Università Cattolica del S. Cuore), *L'Osservatore Romano*, edição semanal em português, 23 de Setembro de 1984.

João Paulo II, *Sentido Cristão do Sofrimento Humano: Carta Apostólica Salvifici Doloris aos Bispos, Sacerdotes, às Famílias Religiosas e aos Fiéis da Igreja Católica*, Braga, A.O., 1984.

João Paulo II, «Perante a Morte a Fé Cristã Apresenta-se como Fonte de Serenidade» (17 de Março de 1992, aos participantes num Congresso Internacional sobre a Assistência aos Moribundos), *L'Osservatore Romano*, edição semanal em português, 5 de Abril de 1992.

Jomain, C., *Vivere l'Ultimo Istante*, Cinisello Balsamo, Paoline, 1986 [tít. orig.: *Mourir dans la Tendresse*, Paris, Le Centurion].

Karjalainen, J., «Justice, Dignity, Autonomy. A Letter to an Old Friend on the Quality of Life», in Mortensen, V., *Life and Death. Moral Implications of Biotechnology*, Genebra, WCC Publications, 1995, págs. 71-85.

Kass, L. R., «Is There a Right to Die?», *Hastings Center Report*, 1993, 23, 1, págs. 34-43.

Katzman, A., «Dutch Debate Mercy Killing of Babies», *Times*, Julho de 1992.

Kenis, Y., «Artsen en Actieve Euthanasie. Opinie en Praktijk», *Medisch Contact*, 1995, 49, págs. 921-924.

Keown, J., «The Law and Practice of Euthanasia in the Netherlands», *Law Quarterly Review*, 1992, 108, págs. 51-78.

Keown, J., *Euthanasia Examined, Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, Nova Iorque, Cambridge University Press, 1995.

Kiely, B., «Sentido del Sufrimiento y de la Muerte Humana», in Lucas, R. Lucas, *Comentario Interdisciplinar a la «Evangelium Vitae»*, Madrid, BAC, 1996, págs. 683-693.

Kopfensteiner, T. R., «Protecting a Dignified Death: A Contemporary Challenge for Moral Reasoning», *New Theol. Rev.*, 1993, 6/4, págs. 6-7.

Kübler Ross, E., *La Morte e il Morire*, Assis, Cittadella, 3.^a ed., 1982 [tít. orig.: *On Death and Dying*, Nova Iorque, MacMillan, 1969].

Kuhse, H., *The Sanctity of Life Doctrine in Medicine. A Critique*, Oxford, Clarendon Press, 1987.

Küng, H. e Jens, W., *A Dignified Dying. A Plea for Personal Responsibility*, Londres, SCM Press, 1995.

Lamb, D., *L'Etica alie Frontiere della Vita. Eutanasia e Accanimento Terapeutico*, Bolonha, Il Mulino, 1998.

Lawler, P. F., «When Doctors Kill», *The Catholic World Report*, Maio de 1993, págs. 26-28.

Lee, R. M. D., *Death Rites. Law and Ethics at the End of Life*, Londres/Nova Iorque, Routledge, 1996.

Leenen, H. J. J., «Ontwikkelingen in de jurisprudentie met betrekking tot het levenseinde», *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1995, 139/28, págs. 1460-1461.

Lener, S., «Sul Diritto dei Malati e dei Moribondi: È Lecita l'Eutanasia?», *La Civiltà Cattolica*, 1976, 2, págs. 217-232.

León Correa, F. J., «“Derecho a Morir”, Autonomía y Vidas Inútiles», *Cuadernos de Bioética*, 1996, 7/23, págs. 271-274.

Leone, S., *Oltre il Dolore. La Qualità della Vita alla Luce di Una Rinnovata Teologia della Sofferenza*, Palermo, Edi Ofes, 1992.

Lettellier, P. e Gambino, G. (org.), *L'Eutanasia. Vol. I: Aspetti Etici e Umani*, Sapere 2000, Ediz. Multimediali, 2004; Gambino, G. (org.), *L'Eutanasia. Vol. 2: Diritto e Prassi in Italia, Europa e Stati Uhiti*, Sapere 2000, Ediz. Multimediali, 2005.

Levinas, E., *Etica e Infinito*, Roma, Città Nuova, 1984.

Lo, B. e Steinbrook, R. L., «Deciding whether to Resuscitate», *Arch. Intern. Med.*, 1983, 143, págs. 1561-1563.

Lombardi Ricci, M., «Eutanasia: “Caso Olanda”», *Rivista di Teologia Morale*, 1993, 98, págs. 253-257.

Lorda, P. Simón e Couceiro Vidal, A., «La Eutanasia en Holanda y el Suicidio Asistido en EE.UU.», in Urraca, S., *Eutanasia hoy. Un Debate Abierto*, Madrid, Noesis, 1996, págs. 137-168.

Lucas, R. Lucas, *Comentario Interdisciplinar a la «Evangelium Vitae»*, Madrid, BAC, 1996.

Macellari, G., *La Morte Un Bene Incurabile. Dal'Arte di Morire all'Eutanasia*, Modena, Pontegobbo, 2000.

Maculotti, L., «Rispetto Particolare alla Vita Indebolita. L'Eutanasia», *Anime e Corpi*, 1995, 3, págs. 297-317.

Maestri, W. F., «Euthanasia: the Right to Die... the Duty to Die?», in *Choose Life and not Death*, Nova Iorque, Alba House, 1986, págs. 77-118.

Magro, M. B., *Eutanasia e Diritto Penale*, Turim, Giappichelli, 2001.

Maier, A. W., vd. «Suicide», in *Encyclopedia of Religion and Ethics*, XII, Edimburgo, 1971.

Malherbe, *Homicide et Compassion. L'Euthanasie en Etique Clinique*; Montréal, Médiaspaul, 1996.

Manni, C., «Considerazioni sull'Eutanasia. Il Pensiero di Un Medico Anestesista-Rianimatore», *Federazione Medica*, 38,1985,1, págs. 20-25.

Marcozzi, V., «Il Cristianesimo di Fronte all'Eutanasia», *La Civiltà Cattolica*, 1975, 4, págs. 322 e segs.

Marker, R., *Deadly Compassion. The Death of Ann Humphry and the Case against Euthanasia*, Londres, Harper Collins, 1993.

Masi, G., vd. «Suicidio», in *Enciclopedia Filosofica*, VIII, Roma, Epidem, 2.^a ed., 1979, col. 26-28.

Mason, J. K., «Parental Choice and Selective Non-Treatment of Deformed Newboms: a View from Mid Atlantic», *J. Med. Ethics*, 1986,12, págs. 67-71.

McCarthy, D. G. e Moraczewski, A. S. (eds.), *Moral Responsibility in Prolonging Life Decision*, St. Louis (Mo.), The Pope John Center, 1981.

McLean, S. A., *Death, Dying and the Law*, Aldershot /Brookfield /Singapura/Sydney, Dartmouth, 1996.

McMillan, R. C. *et al.* (eds.), *Euthanasia and the Newborn. Conflicts Regarding Saving Lives*, Dordrecht, Reidel, 1987.

Melchiorre, V., *Aldi là dell'Ultimo. Filosofie della Morte e Filosofie della Vita*, Milão, Vita e Pensiero, 1998.

Michalczyk. I. L. *Medicine, Ethics, and the Third Reich: Historical and Contemporary Issues*, Kansas City, Sheed & Ward, 1995.

Miller, F. G., «Regulating Physician-Assisted Death», *New England Journal of Medicine*, 14 de Julho de 1994, pág. 120.

Miranda, G., «I Problemi Etici dell'Eutanasia nell'Enciclica *Evangelium Vitae*, *Medicina e Morale*, 1995,45/4, págs. 719-738.

Miranda, G., «“Cultura de la Muerte”: Análisis de Un Concepto y de Un Drama», in Lucas, R. Lucas, *Comentario Interdisciplinar a la «Evangelium Vitae»*, Madrid, BAC, 1996, págs. 225-243.

Misbin, R. I., *Euthanasia: The Good of the Patient, the Good of Society*, Frederick (Md.), University Publishing Group, 1992.

Mola, G. Di (org.), *Cure Palliative. Approccio Multidisciplinare alle Malattie Inguaribili*, Milão, Masson, 1994.

Monod, J., *Le Hasard et la Nécessité*, Ed. du Seuil, Paris, 1970.

Morasso, G. e Invernizzi, G. (org.), *Di Fronte all'Esperienza di Morte: il Paziente e i Suoi Terapeuti*, Milão, Masson, 1990.

Moretti, G., «Il Suicidio: tra Libero Arbitrio e Malattia», *Vita e Pensiero*, 1987, 9, págs. 603-610.

Morgante, M., *L'Eutanasia È Un Crimine?*, Leumann, LDC, 1986.

Mori, M., *Sulla Distinzione tra Eutanasia e Sospensione delle Terapie. Analisi delle Argomentazioni nell'Etica Laica*, Bolonha, Dehoniane, 1991.

Morin, E., *L'Homme et la Mort devant l'Histoire*, Paris, 1951.

Morris, J. N., Suissa, S. *et al.*, «Last Days: A Study of the Quality of Life of Terminally Ill Cancer Patients», *J. Chron. Dis.*, 1986, 39,1, págs. 47-62.

Mortensen, V., *Life and Death. Moral Implications of Biotechnology*, Genebra, WCC Publications, 1995.

Nardis, P. De, Polverini, S. e Sannella, A. (org.), *Questione di Vita o di Morte. Bioetica, Comunicazione Biomedica e Analisi Sociale*, Guerini e Associati, 2004.

Natoli, S., *L'Esperienza del Dolore. Le Forme del Patire nella Cultura Occidentale*, Milão, Feltrinelli, 1995.

Natoli, S., «Rimozione della Morte ed Epopea del Macabro», *Parola, Spirito e Vita*, 1995, 2, págs. 341-358.

Nepi, L. Di, *De... Eutanasia*, Sovera Multimedia, 2006.

Neri, D., *Eutanasia. Valori, Scelte Morali, Dignità delle Persone*, Roma/Bari, Laterza, 1995.

Noriega, J. e Di Pietro, M. L. (org.), *Né Accanimento né Eutanasia. La Cura del Paziente in Stato Vegetativo Permanente*, Cidade do Vaticano, Lateran University Press, 2002.

Normanno, G., «Il Problema della Morte e dell'Eutanasia nel Pensiero Contemporaneo», in Bellino, F. (org.), *Civiltà Tecnológica e Destino dell'Uomo*, Acquaviva delle Fonti, Ospedale Miulli, 1989, págs. 335-345.

Nuland, S. B., *Come Moriamo. Riflessioni sull'Ultimo Capitolo della Vita*, Milão, Mondadori, 1994.

Nunziata, M., «Ipotesi Attuali di Penale Rilevanza del Mancato Suicidio», in *Riv. Pen.*, 2003, f. 14, pág. 275.

O'Connell, L. J., «Medical Technology: Questions of Life and Death», in Cortis, T. (ed.), *Bioetics*, Valletta, Ministry for Social Policy, 1989, págs. 13-27.

O'Rourke, K., «The Christian Affirmation of Life», *Hospital Progress*, 1974, 55, págs. 65-72.

Oddone, A., «L'Uccisione Pietosa», *La Civiltà Cattolica*, 1950,1, págs. 248 e segs.

Ogilvie, A., «Colombia Is Confused over Legalisation of Euthanasia», *British Medical Journal*, 1997, 314, pág. 1852.

Olanda, «Introduzione di Una Disciplina Giuridica per la Procedura di Notifica degli Interventi di Eutanasia», *Medicina e Morale*, 1993, 2, págs. 446-448.

Palazzini, P., *Dictionarium Canonicum et Morale*, Roma, 1965.

Palazzini, P., «Morale dell'Attualità», *Studi Cattolici*, 1980, págs. 373 e segs.

Paulo VI, «Discurso to Comité Especial das Nações Unidas sobre a Segregação Racial» (22 de Maio de 1974), *L'Osservatore Romano*, edição semanal em português, 9 de junho de 1974.

Paulo VI, «Discurso do Papa ao III Congresso Mundial do International College Psycosomatic Medicine – Família, Ambiente Social e Doenças Psicossomáticas», *L'Osservatore Romano*, edição semanal em português, 28 de Setembro de 1975, p. 3.

Pegoraro, R., «Comunicazione della Verità al Paziente. II. Riflessioni Etico-Teologiche», *Medicina e Morale*, 1992, 3, págs. 425-446.

Perico, G., *Problemi che Scottano*, Milão, Ancora, 1976, págs. 229 e segs.

Perico, G., «Eutanasia e Accanimento Terapeutico in Malati Terminali», *Aggiornamenti Sociali*, 1985,1, págs. 3-14.

Perico, G., «Eutanasia e Malati Terminali al Parlamento Europeo», *Aggiornamenti Sociali*, 1992,1, págs. 17-26.

Perico, G., *Problemi di Etica Sanitaria*, Milão, Ancora, 2.^a ed, 1992.

Peschke, K. H., «The Pros and Cons of Euthanasia Reexamined», *Ir. Theol. Quart.*, 1992, 58, págs. 14-24.

Pessina, A., «La Sofferenza e il Dolore: Accanimento Terapeutico ed Eutanasia», in *Bioetica. L'Uomo Sperimentale*, Milão, Bruno Mondadori, 1999, págs. 144-158.

Pessina, A. (org.), *Scelte di Confine in Medicina. Sugli Orientamenti dei Medici Rianimatori*, Milão, Vita e Pensiero, 2004.

Petrini, M., «L'Assistenza al Morente. Orientamenti e Prospettive», *Medicina e Morale*, 1985, 2, págs. 365-388.

Petrini, M., *Accanto al Morente*, Milão, Vita e Pensiero, 1990.

Piancastelli, C. (org.), *Eutanasia: Opinioni a Confronto*, Nápoles, Guida, 2000.

Pietro, M. L. Di e Lucattini, A., «Condotte Suicidarie e Adolescenza nel Dibattito Attuale», *Medicina e Morale*, 1994,4, págs. 667-690.

Pijneborg, L., Vandermass, P. J., Van Delden, J. J. H. e Loomen, C. W. N., «Life Terminating Acts without Explicit Request of the Patient», *The Lancet*, 1993, 340, págs. 1196 e segs.

Pio XII, «Ai Congressisti del “Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum”» (9 de Setembro de 1958), in *Discorsi e Radiomessaggi*, XX, Cidade do Vaticano, Tipografia Poliglotta Vaticana, 1959, págs. 321-333.

Pio XII, «Ai Partecipanti al VI Congresso Internazionale di Chirurgia» (21 de Maio de 1948), in *Discorsi e Radiomessaggi*, X, Cidade do Vaticano, Tipografia Poliglotta Vaticana, 1960, págs. 95-100.

Pio XII, «Allocuzione all'Unione Italiana Medico-Biologica di San Luca”» (12 de Novembro de 1944), in *Discorsi e Radiomessaggi*, VI, Cidade do Vaticano, Tipografia Poliglotta Vaticana, 1960, págs. 181-196.

Pio XII, *Mystici Corporis Christi - Carta Encíclica de S. S. Pio XII* (29 de Junho de 1943), Lisboa, Livraria Morais Editora, 1961.

Pio XII, «Ai Partecipanti al I Congresso Internazionale di Istopatologia del Sistema Nervoso» (14 de Setembro de 1952), in *Discorsi e Radiomessaggi*, XIV, Cidade do Vaticano, Tipografia Poliglotta Vaticana, 1961, págs. 317-330.

Pio XII, «Alle Congressiste dell'Unione Cattolica Italiana Ostetriche» (29 de Outubro de 1951), in *Discorsi e Radiomessaggi*, XIII, Cidade do Vaticano, Tipografia Poliglotta Vaticana, 1961, págs. 331-353.

Pio XII, «Radiomessaggio al VII Congresso Internazionale dei Medici Cattolici» (11 de Setembro de 1956), in *Discorsi e Radiomessaggi*, XVIII, Cidade do Vaticano, Tipografia Poliglotta Vaticana, 1969, págs. 423-435.

Pio XII, «Risposta ai Quesiti dei IX Congresso della Società Italiana di Anestesiologia» (24 de Fevereiro de 1957), in *Discorsi e Radiomessaggi*, XVIII, Cidade do Vaticano, Tipografia Poliglotta Vaticana, 1969, págs. 777-799.

Pizzolato, L. F., «Le Risposte ai Problema della Morte tra Mentalità Classica e Cristiana Antica», *Medicina e Morale*, 1986, 3, págs. 533-545.

Pohier, J., *La Morte Opportuna. I Diritti dei Viventi sulla Fine della Loro Vita*, Roma, Avverbi, 2004.

Pollard, B., *The Challenge of Euthanasia*, Bedford, Little Hills Press, 1994.

Pontificio Conselho «Cor Unum», «Questioni Etiche Relative ai Malati Gravi e ai Morenti» (27 de Junho de 1981), in *Enchiridion Vaticanum*, VII, Bolonha, Dehoniane, 1982, págs. 1133-1173.

Pope John Center (The), *The New Technologies of Birth and Death: Medical, Legal and Moral Dimensions*, St. Louis (Mo.), The Pope John Center, 1980.
«Practicing the PSDA», *Hastings Center Report*, 1991, 5, S, págs. 15-165.

Preus, A., «Respect for the Dead and Dying», *J. Med. Phil.*, 1984, 9, págs. 409-415.

Puca, A., «Il Caso di Nancy Beth Cruzan», *Medicina e Morale*, 1992, 5, págs. 911-932.

Puccini, C., «L'Eutanasia sotto l'Aspetto Medico Deontologico», *Quaderni di Med. Legale*, 1979, 1, págs. 5-17.

Puerta, L, Cózar, J. L. e Mauri Más, A., «La Pendiente Resbaladiza en las Decisiones Médicas Concernientes a la Eutanasia», in Urraca, S., *Eutanasia hoy. Un Debate Abierto*, Madrid, Noesis, 1996, págs. 183-203.

Rachels, J., *The End of Life, Euthanasia and Morality*, Nova Iorque, Oxford University Press, 1986.

Rauzi, P. G. e Menna, L., *La Morte Medicalizzata, Una Ricerca sul Comportamento Medico nei Confronti dell'Eutanasia*, Bolonha, Dehoniane, 1993.

Reichenbach, B. R., «Euthanasia and the Active-Passive Distinction», *Bioethics*, 1987,1, págs. 51-73.

Reichlin, M., *L'Etica e la Buona Morte*, Turim, Einaudi, 2002.

Rentchnick, P., «Evolution du Concept «Euthanasie» au Cours de Ces Cinquante Dernières Annés. I», *Médecine et Hygiène*, 1984,1553, págs. 653-666.

Ricca, P. (org.), *Eutanasia. La Legge Olandese e Commenti*, Turim, Claudiana, 2002.

Riccioni, G», *II Dibattito sull'Eutanasia. Prospettive Bibliche*, Chieti, GBU, 2004.

Romanini, A. e Spedicato, M. R. (org.), «Unità di Cura Continuativa. Nuova Soluzione Terapeutica e Assistenziale nella Malattia Terminale», in *Progressi Clinici: Medicina*, III/3, Pádua, Piccin, 1988.

Romano, M. L., «Eutanasia. Riflessioni e Prospettive a Confronto in Alcuni Contributi di Recente Pubblicazione», *Bioetica e Cultura*, 1995, 4, págs. 99-110.

Ronco, M., «II Delitto di Istigazione o Aiuto al Suicidio», *Critica Pen.*, 2000,1, pág. 93.

Rose, H. J., «Euthanasia», in *Encyclopedia of Religion and Ethics*, V, Edimburgo, 1971.

Rossi, L., «Eutanasia», in *Dizionario Enciclopédico di Teologia Morale*, Roma, Paoline, 1981, págs. 380-386.

Salvoldi, V., *Oltre l'Eutanasia e l'Accanimento. Politica, Scienza e Morale*, Bolonha, Dehoniane, 1991.

Sannella, A., *Sulle Orme di Endimione, Una Riflessione Sociologica sull'Eutanasia*, Milão, Franco Angeli, 2003.

Scherer, G., *H Problema della Morte nella Filosofia*, Brescia, Queriniana, 1995.

Schooyans, M., *L'Eutanasia oggi*, Roma, LAS, 1996.

Schotsmans, P., «The Patient in a Persistent Vegetative State. An Ethical Re-Appraisal», *Bijdragen*, 1993, 54, págs. 2-18.

Seale, C, Addington, Hall, J. e McCarthy, M., «Awareness of Dying: Prevalence, Causes and Consequences», *Soc. Sci. Med.*, 1997, 45/3, págs. 477-484.

Secretariado da Conferência Episcopal Francesa, «Problemi Etici Posti oggi dalla Morte e dal Morire», *Bulletin du Secrétariat de la Conférence Episcopais Française*, 1976,6.

Semplici, S. (org.), *Il Diritto di Morire bene*, Bolonha, Il Mulino, 2002.

Sgreccia, E., «Il Rifiuto della Verità e la Tentazione del Suicidio», *Prospettive nel Mondo*, 1982,75/76, págs. 35-41.

Sgreccia, E., «Il Dolore Ha Un Senso? Il Punto di Vista della Fede Cristiana», *Anime e Corpi*, 1984, 114, págs. 437-455.

Sgreccia, E., «Dignità della Morte ed Eutanasia», in AA.V.V., *Il Valore della Vita*, Milão, Vita e Pensiero, 1985, págs. 132-161.

Sgreccia, E., «Istruire sul Vangelo della Vita. Considerazioni Etiche sull'Eutanasia», *Presenza Pastorale*, 1985, 5/6, págs. 54-66.

Sgreccia, E., «Aspetti Etici Connessi con la Morte Cerebrale», *Medicina e Morale*, 1986, 3, págs. 515-526.

Sgreccia, E., «Guida Medica Europea ed Eutanasia», *Vita e Pensiero*, 1987,4, págs. 250-262.

Sgreccia, E., «Il Malato Terminale e l'Etica della Solidarietà», in Romanini, A. e Spedicato, M. R. (org.), *Progressi Clinici: Medicina. Unità di Cura Continuativa*, III/3, Pádua, Piccin, 1988, págs. 19-30.

Sgreccia, E. e Pietro, M. J.L. Di, «Storia del Fenomeno dell'Eutanasia dall'Antichità ai Nostri Giorni», in Tarantino, A. e Tarantino, M. L. (org.), *Eutanasia Diritto alla Vita*, Lecce, Edizioni del Grifo, 1994, págs. 13-46.

Sgreccia, E., Spagnolo, A. G. e Pietro, M. L. Di (org.), *L'Assistenza al Morente. Aspetti Socio-Culturali, Medico-Assistenziali ePastorali*, Milão, Vita e Pensiero, 1994.

Simmons, P. D., «Euthanasia. The Person and Death», in *Birth and Death: Bioethics Decision-Making*, Filadélfia, The Westminster Press, 1983, págs. 107-154.

Slack, A., «Killing and Allowing to Die in Medical Practice», *J. Med. Ethics*, 1984, 10, págs. 82-87.

Spagnolo, A. G., «L'Eutanasia. Aspetto Etico del Problema», *Scienza e Fede*, 1983,8, págs. 1-38.

Spagnolo, A. G., «Il Dibattito sull'Eutanasia in Italia», in G. Guerrerio (org.), *Le Scienze*, 1993,297, págs. 9-10.

Spagnolo, A. G., «Perchè non Condivido l'Eutanasia», *Bioetica*, 1993, 2, págs. 284-289 (posteriormente republicado num número monográfico de *Quaderni de Le Scienze*, org. por C. A. Defanti, C. Flamigni e M. Mori, n.º 88, Fevereiro de 1996, págs. 52-53).

Spagnolo, A. G., «Testamenti Biologici», *Vita e Pensiero*, 1993, 9, págs. 576-590.

Spagnolo, A. G., «Malati Irreversibili e Diritto alla Vita», in Tarantino, A. e Tarantino, M. i. (org.), *Eutanasia e Diritto alla Vita*, Lecce, Edizioni del Grifo, 1994, págs. 191-206.

Spagnolo, A. G., «Il Bene del Paziente e i Limiti dei Testamenti di Vita», *L'Osservatore Romano*, 138, 17-18 de Junho de 1996.

Spagnolo, A. G., «Testamenti di Vita», in Bompiani, A. (org.), *Bioetica in Medicina*, Roma, QC Edizioni Internazionali, 1996, págs. 340-355.

Spagnolo, A. G. e Sacchini, D., «Etica della Gestione delle Risorse per Malattie Terminali», *Quaderni di Cure Palliative*, 1997, 5,3, págs. 231-236.

Spedicato, M. R. (oig.), *Progressi Clinici: Medicina. Unità di Cura Continuativa*, III/3, Pádua, Piccin, 1988, pág. 19-30.

Spinsanti, S., «Psicologi Incontro al Morenti», *Medicina e Morale*, 1976,1/2, págs. 79-96.

Spinsanti, S., «Salute, Malattia, Morte», in Compagnoni, F., Piana, G. e Privitera, S. (org.), *Nuovo Dizionario di Teologia Morale*, Cinisello Balsamo, Paoline, 1990, págs. 1134-1144.

Spinsanti, S. (org.), *Umanizzare la Malattia & la Morte. Documenti Pastorali dei Vescovi Francesi e Tedeschi*, Roma, Paoline, 1980.

Spinsanti, S. e Petrelli, F., *Scelte Etiche ed Eutanasia*, Milão, Paoline Editoriale Libri, 2003,

Tarantino, A., «Eutanasia, Diritto alla Vita e Diritto Penale», *Medicina e Morale*, 1994, 44/5, págs. 865-901.

Tarantino, A. e Tarantino, M. L. (org.), *Eutanasia, Diritto alla Vita*, Lecce, Edizioni del Grifo, 1994.

Tettamanzi, D., *Eutanasia. L'Illusione della Buona Morte*, Casale Monferrato, Piemme, 1985.

Tettamanzi, D., *Per Una Pastorale di Speranza dell'Uomo Che Soffre*, Brezzo di Bedero. Salcom. 1986.

Tettamanzi, D., «Il Morire Umano e l'Accanimento Terapeutico», in *Bioetica. Nuove Frontiere per l'Uomo*, Casale Monferrato, Piemme, 2.^a ed., 1990, págs. 459-468.

Tettamanzi, D., «L'Eutanasia», in *Bioetica. Nuove Frontiere per l'Uomo*, Casale Monferrato, Piemme, 1990, págs. 419-431.

Tettamanzi, D., «Nutrizione e Idratazione medicalmente Assistite nel Paziente in Stato di Incoscienza: Problemi Morali», *L'Osservatore Romano*, 11 de Dezembro de 1992.

Thomas, L. V., *Antropologia della Morte*, Milão, Garzanti, 1976.

Toscani, F., «Medicina e Malato Terminale: verso Una Nuova Etica della Medicina», *Bioetica*, 1993, 1, págs. 85-97.

Towers, B., «Public Debate on Issues of Life and Death», *J. Med. Ethics*, 1983, 9, págs. 113-115.

Tripodina, C., *Il Diritto nell'Età della Técnica. Il Caso dell'Eutanasia*, Turim, Jovene, 2004.

Tuoldo F. (org.), *Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento. Un Testamento per la Vita*, Pádua, Fondazione Lanza/Gregoriana Libreria Editrice, 2006.

Urraca, S., *Eutanasia hoy. Un Debate Abierto*, Madrid, Noesis, 1996.

USA President's Commission, *Summing up: Final Report on Studies of the Ethical and Legal Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*, Washington (D.C.), US Gov. Print. Office, 1983.

USA – State of California, «Natural Death Act» (1976), in apêndice a Giusti, G., *L'Eutanasia*, Pádua, Cedam, 1982, págs. 91-99.

Veatch, R. M., *Death. Dying and the Biological Revolution*, New Haven, Yale University Press, 1989.

Ventafrida, V., «Cure Palliative», in *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Turim, Camilliane, 1997, págs. 325-326.

Veronesi, U., *Il Diritto di Morire. La Libertà del Laico di fronte alla Sofferenza*, Milão, Mondadori, 2005.

Verspieren, P., *Eutanasia. Dall'Accanimento Terapeutico all'Accompagnamento ai Morenti*, Milão, Paoline, 1985.

Viafora, C., *Quando Morire? Bioetica e Diritto nel Dibattito sull'Eutanasia*, Pádua, Gregoriana, 1996.

Vidal, M., *Eutanasia: Un Reto a la Conciencia*, Madrid, San Pablo, 1994.

Villa, L., *Medicina oggi. Aspetti di Ordine Scientifico, Filosofico, Etico-Sociale*, Pádua, Piccin, 1980.

Visser, J., «Pronunciamento Ufficiale della S. Sede sull'Eutanasia», *Medicina e Morale*, 1981,3, págs. 358-372.

Volterra, E., «Esposizione dei Nati: Diritto Greco e Romano», in *Novissimo Digesto Italiano*, VI, Turim, UTET, 1960, págs. 878-879.

Voyer, M., «Ethique et Handicap en Réanimation. L'Accompagnement lors de la Mort d'Un Enfant», *Arch. Fr. Pediatr.*, 1986, 43, págs. 575-578.

Wal, G. Van der, «Euthanasia and Assisted Suicide», *Medisch Contact*, 1991, 46, págs. 212-214.

Wal, G. Van der, Van Eijk, G. Th. M., Leenen, H. J. J. e Spreuenberg, C., «Life-Ending Acts without Request of the Patient (in Dutch), *Huisarts Wet*, 1991, 34, pág. 523.

Wal, G. Van der, Van Eijk, G. Th. M., Leenen, H. J. J. e Spreuenberg, C., «Bij Justitie gemelde euthanasie en hulp bij zelfdoding», *Medisch Contact*, 1992, 27, págs. 1027 e segs.

Ward, E. D., «Dialysis or Death? Doctors Should Stop Covering for An Inadequate Health Service», *J. Med. Ethics*, 1986, 12, págs. 61-63.

Wernow, J. R., «The Living Will», *Ethics & Medicine*, 1994, 10, págs. 27-35.

White, R. J., Angstwurm, H. e Paula, I. Carrasco De (eds.), *Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death* (10/14 de Dezembro de 1989), Cidade do Vaticano, Pontificia Academia das Ciências, 1992.

Wilkes, E., «Terminal Care: How Can We Do Better?», *J. Royal Coll. Phys, London*, 1986, 20/3, págs. 216 e segs.

Worsnop, R. L., «Assisted Suicide Controversy», *CQ Researcher*, 1995, 5/17, págs. 393-416.

Zuccaro, C., *Il Morire Umano. Un Invito alla Teologia Morale*, Brescia, Queriniana, 2002.

Zorza, R. e Zorza, J., *Un Modo di Morire*, Roma, Paoline, 1983.

ESQUEMA RESUMO

O respeito pela dignidade do moribundo:

considerações éticas sobre a eutanásia

- A partir dos anos 70, com início nos países mais desenvolvidos do Mundo, tem vindo a ser difundida uma insistente campanha a favor da eutanásia, entendida como acção ou omissão que, pela sua natureza e intenções, provoca a interrupção da vida do doente grave ou mesmo do recém-nascido malformado. O motivo que habitualmente se aduz é o de assim se querer poupar ao próprio paciente sofrimentos definidos como inúteis.
- O caso da Holanda, onde já existia há alguns anos uma espécie de regulamentação que tornava não punível o médico que praticasse a eutanásia a pedido do paciente, é de verdadeira legalização da eutanásia *a pedido*, ainda que circunscrita a casos de doença grave e irreversível, acompanhada por sofrimento e na condição de que essa situação seja verificada medicamente de uma forma que se propõe ser rigorosa.
- O cerne da justificação que se pretende apresentar e fazer valer perante a opinião pública é substancialmente constituído por duas ideias fundamentais:
 - a) Pelo *princípio da autonomia* do sujeito, que terá o direito de dispor de maneira absoluta da sua própria vida;
 - b) Pela persuasão mais ou menos explicitada da *insuportabilidade* e da *inutilidade* da dor que pode por vezes acompanhar a morte.
- A Igreja, nas suas reflexões, manteve-se constantemente em contacto com profissionais e especialistas de medicina, procurando a fidelidade aos princípios e aos valores da humanidade partilhados pela maior parte dos homens, à luz da razão iluminada pela fé:
 - *Declaração sobre a Eutanásia* da Congregação para a Doutrina da Fé;
 - Documento do Pontifício Conselho «Cor Unum» intitulado *Questioni Etiche Relative ai Malati Gravi e ai Morenti* (1981);
 - Encíclica *Evangelium Vitae* (1995) de São João Paulo II (em particular nos seus n.ºs 64-67);
 - *Carta dos Profissionais de Saúde*, redigida pelo Conselho Pontifício para a Pastoral da Saúde (1995).

Nestes documentos, o Magistério não se limitou a definir a eutanásia como atitude moralmente inaceitável, «enquanto morte deliberada de uma pessoa

humana» inocente (cf. *Evangelium Vitae*, n.º 65), mas propôs também um itinerário de assistência ao doente grave e ao moribundo, quer do ponto de vista da ética médica, quer dos pontos de vista espiritual e pastoral, inspirado na dignidade da pessoa, no respeito pela vida e pelos valores da fraternidade e da solidariedade, chamando pessoas e instituições a responder com testemunhos concretos aos desafios actuais de uma cultura de morte em expansão.

- Vale a pena recordar aqui, embora reenviando para os documentos acabados de citar, que a dor dos pacientes de que se fala e sobre a qual se quer fundar uma espécie de justificação ou quase obrigatoriedade da eutanásia e/ou do suicídio assistido é hoje, mais do que nunca, uma dor «tratável* com os meios adequados da analgesia e dos cuidados paliativos proporcionados contra a própria dor; esta, quando acompanhada pela adequada assistência humana e espiritual, pode ser amenizada e confortada num clima de apoio psicológico e afectivo.

Torna-se cada vez mais verdadeira a consideração proposta pela *Carta dos Profissionais de Saúde*: «o doente que se sente envolvido pela presença aíctuosa, humana e cristã não cai na depressão e na angústia daquele outro que se sente, pelo contrário, abandonado ao seu destino de sofrimento e de morte e pede que lhe ponham fim à vida. É por isso que a eutanásia é uma derrota para quem a teoriza, decide a seu favor e a pratica» (n.º 149).

- O *princípio da autonomia* com o qual se quer por vezes sublinhar o conceito de liberdade individual, levando-o para lá dos seus confins racionais, não pode decerto justificar a supressão da própria vida ou da vida de outrem; a autonomia pessoal, na verdade, tem como pressuposto primeiro o *estar vivo* e reclama a responsabilidade do indivíduo, que é *livre* de fazer o bem segundo a verdade; e só chegará a afirmar-se, sem contradições, reconhecendo (mesmo numa perspectiva puramente racional) ter recebido como *dom* a sua vida, da qual, por isso, não pode ser «senhor absoluto»; suprimir a vida, em definitivo, quer dizer destruir as próprias raízes da liberdade e da autonomia da pessoa.
- Na legitimação da eutanásia induz-se uma cumplicidade perversa do médico que, pela sua identidade profissional e por força das inderrogáveis exigências deontológicas a ela ligadas, é sempre chamado a apoiar a vida e a tratar a dor, e nunca a dar a morte, nem sequer instado pela insistência de quem quer que seja (cf. Juramento de Hipócrates).
- A linha de comportamento com o doente grave e o moribundo deverá inspirar-se no respeito pela vida e pela dignidade da pessoa; deverá perseguir a finalidade de tomar disponíveis as terapias proporcionadas, embora sem indulgências para com o «encarniçamento terapêutico»;

deverá acatar a vontade do paciente quando se trate de terapias extraordinárias ou arriscadas – às quais não se é moralmente obrigado a aceder; deverá assegurar sempre os cuidados ordinários (incluindo nutrição e hidratação, mesmo artificiais) e empenhar-se nos cuidados paliativos, sobretudo na adequada terapia da dor, favorecendo sempre o diálogo e a informação do próprio paciente.

Na proximidade de uma morte que parece já inevitável e iminente, «é lícito em consciência tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida» (cf. *Declaração sobre a Eutanásia*, IV), dado que há uma grande diferença ética entre «provocar a morte» e «permitir a morte»; a primeira posição recusa e nega a vida; a segunda aceita o seu fim natural (cf. documento da Pontifícia Academia para a Vida de Dezembro de 2000).

A EUTANÁSIA COMO PROBLEMA JURÍDICO

É necessária uma clarificação linguística e conceptual.

- *A eutanásia, de um ponto de vista jurídico, não é a recusa dos cuidados feita por um paciente competente, ainda que, para um moralista, a recusa possa ser equivalente ao suicídio.*
- *A eutanásia não é a renúncia ao encarniçamento terapêutico, ou seja, a todas as práticas médicas não proporcionadas à situação real de saúde do paciente.*
- *A eutanásia não equivale à medicina paliativa, que é capaz de controlar as dores dos doentes terminais, ainda que, nalguns casos, a utilização de certas substâncias produza o duplo efeito de sedar as dores do paciente e de lhe acelerar a morte.*
- *Muito menos deverá entrar na discussão jurídica sobre a eutanásia também a eutanásia eugénica, ou seja, a supressão logo após o parto de recém-nascidos disformes, ou os infanticídios feitos contra recém-nascidos deficientes, que se ligam ao problema do modo de enfrentar a deficiência.*

Eliminadas estas formas pseudo-eutanásicas, pode-se afirmar que há eutanásia *se e só se* um médico põe termo à vida de um paciente terminal a pedido deste.

Quando se analisa a experiência holandesa, constata-se que a lei chama eutanásia à morte dada a um paciente *a seu pedido explícito*, mas os dados

referem que em cerca de 40% dos casos se pôs fim à vida do paciente *sem o seu pedido explícito*.

Os casos são justificados, hipocritamente, com o facto de haver situações em que todas as funções vitais começam irreversivelmente a falhar e, assim sendo, não poder haver pedido explícito do paciente.

A eutanásia é sempre apresentada como solução humanitária para casos terríveis em que os pacientes são vítimas de dores excruciantes. E é sistematicamente ignorada a medicina paliativa.

Inevitavelmente, parte-se da *dor física* para o *sofrimento existencial* e, assim, também se ajuda a morrer a velha senhora sozinha e deprimida, mas não doente do ponto de vista orgânico. Para concluir, é preciso recordar que «quem pede para morrer pede na realidade para ser ajudado a viver *de outra forma*. Por vezes é suficiente poder tocar com a mão para que a dor seja partilhada com outros, para se conseguir elaborá-la positivamente (é por isso que rigorosas análises empíricas recomendam que, nos hospitais, *não se isolem* os pacientes terminais, porque a simples experiência de uma enfermaria em que todos os pacientes sofrera de modo semelhante é capaz de activar em cada um deles incríveis capacidades de resistência à depressão e à dor). Vender nas farmácias pílulas letais é um modo subreptício de convidar os idosos a não agravarem, com o peso de todas as suas necessidades, a família ou a assistência pública» (cf. F. D'Agostino, «Eutanásia», in *Parole de Bioética*).

A LEGALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA: PANORAMA INTERNACIONAL

- Na **Holanda**, a eutanásia foi legalizada em finais de 2000. O percurso que conduziu a esta situação foi gradual: num primeiro tempo, garantia-se a não-punibilidade do médico que tivesse cometido um acto eutanásico. Este mecanismo entrou em vigor a 1 de Junho de 1994, e partia do pressuposto de que o médico implicado na eutanásia emitisse um certificado de morte não natural, acompanhado de um relatório sobre o sucedido (uma espécie de autodenúncia), redigido com base nas linhas de orientação elaboradas em 1981 pelo Tribunal de Roterdão, e depois revistas pela Royal Dutch Medical Association, em 1985. As linhas de orientação previam os seguintes pressupostos para um legítimo pedido de eutanásia:

1. O paciente deve sofrer de dores insuportáveis;
2. O paciente deve estar consciente;
3. O pedido de morte deve ser voluntário;
4. Devem ser propostos ao paciente outras alternativas e algum tempo para as considerar;
5. Não deve haver outras soluções razoáveis para o problema;
6. A morte do paciente não pode causar um sofrimento inútil a outros;

7. Deve haver mais de uma pessoa implicada na decisão;
8. Só um médico pode efectuar a eutanásia ao paciente;
9. É necessário tomar grandes cuidados antes da decisão.

Em seguida, estabeleceu-se que nem só o sofrimento físico justificava o pedido de eutanásia, mas também o psicológico e as potenciais disfunções da personalidade. Isto significa que o acesso à eutanásia está aberto também a um sujeito que não possa ser definido clinicamente como doente ou sofredor.

- Em **Itália**, a eutanásia não é contemplada pelo ordenamento jurídico. Se alguém suprime uma pessoa que lhe tenha feito esse pedido explícito incorre nas consequências previstas pelo artigo 579.º do Código Penal italiano (homicídio consentido), desde que a vítima tenha mais de 18 anos, não sofra de doença mental, não se encontre em condições de deficiência psíquica, não tenha sido sugestionada ou induzida por ameaça ou por engano a procurar a morte^{120 NR1}. Na ausência destes pressupostos, como, por maioria de razão, na ausência de qualquer pedido – ou seja, no caso da eutanásia por motivos piedosos^{121NR2} –, o facto deverá ser equiparado ao homicídio voluntário (artigo 575.º do Código Penal italiano).
- Na **Bélgica** foi aprovada uma lei sobre a eutanásia a 10 de Abril de 2001.
- Nos **Estados Unidos**, a lei federal proíbe a morte doce (suave). O Oregão foi o único estado a autorizar, em 1994, a eutanásia para os doentes em fase terminal que a peçam formalmente. Mas a lei foi suspensa, enquanto se esperava a pronúncia sobre a oposição de um tribunal local.
- Na **Austrália**, em 1996, foi aprovada uma lei pró-eutanásia pelo Parlamento dos Territórios do Norte que, nove meses depois, em Março de 1997, foi derogada pelo Parlamento federal.

Na **China**, em 1998, o Governo autorizou os hospitais a praticarem a eutanásia em doentes na fase terminal de uma doença incurável.

^{120 NR1} Em relação ao Código Penal português, cf. o artigo 134.º («Homicídio a Pedido da Vítima»): «1. Quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha feito é punido com pena de prisão até 3 anos. 2. A tentativa é punível».

^{121 NR2} Em Portugal, cf. o artigo 133.º do Código Penal («Homicídio Privilegiado»): «Quem matar outra pessoa dominado por compreensível emoção violenta, compaixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral, que diminuam sensivelmente a sua culpa, é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos».

O PROTOCOLO DE GRONINGEN (HOLANDA) SOBRE A EUTANÁSIA PARA OS RECÉM-NASCIDOS.

Requisitos que devem ser satisfeitos:

- O diagnóstico e o prognóstico devem ser confirmados;
- Deve estar-se em presença de um sofrimento insuportável e desesperado;
- O diagnóstico, o prognóstico e o sofrimento insuportável devem ser confirmados por, pelo menos, um médico independente;
- Ambos os pais devem dar o seu consentimento informado;
- O procedimento deve ser executado de acordo com os padrões aceites pela profissão médica.

Informação necessária para apoiar e clarificar a decisão sobre a eutanásia.

Diagnóstico e prognóstico:

- Descrever todos os dados médicos relevantes e os resultados dos exames diagnósticos em que se baseou o diagnóstico;
- Elencar todos os intervenientes no processo de decisão, todas as opiniões expressas, e o consenso a que se chegou;
- Descrever como se chegou ao prognóstico de longo prazo sobre a saúde;
- Descrever como foram avaliados o grau de sofrimento e a esperança de vida;
- Descrever a disponibilidade de tratamentos alternativos, de métodos alternativos para aliviar a dor, ou ambos;
- Descrever os tratamentos e os resultados dos tratamentos que precederam a decisão sobre a eutanásia.

Decisão sobre a eutanásia:

- Descrever quem começou a discussão sobre a possibilidade de eutanásia e em que momento;
- Elencar as considerações que levaram à decisão;
- Elencar todos os participantes no processo decisional, todas as opiniões expressas, e o consenso atingido;
- Descrever o modo como os pais foram informados e as suas opiniões.

Consulta:

- Descrever o médico ou os médicos que forneceram uma segunda opinião (nome e especialização);
- Elencar os resultados das visitas e as recomendações feitas por médicos ou especialistas.

Concretização:

- Descrever o efectivo procedimento eutanásico (hora, local, participantes e administração de fármacos);
- Descrever as razões pelas quais se escolheu aquele método para a eutanásia.

Depois da morte:

- Descrever a avaliação do médico legal;
- Descrever de que modo a eutanásia foi relatada ao procurador;
- Descrever como os pais estão a ser seguidos e assistidos;
- Descrever o plano de revisão, como o reexame do caso, o exame *post-mortem* e a análise genética.

DECLARAÇÕES ANTECIPADAS DE TRATAMENTO¹²²

O Comitato Nazionale di Bioética italiano assinou, a 18 de Dezembro de 2003, um documento sobre as «declarações antecipadas sobre tratamento». Na premissa lê-se que «objecto deste documento são as declarações antecipadas sobre tratamento, um tema cuja relevância tem vindo a crescer constantemente nos últimos anos e que, na literatura bioética nacional e internacional, é em geral indicado com a expressão inglesa *living will* diversamente traduzida por diferentes expressões, como testamento biológico, testamento de vida, directivas antecipadas, vontade prévia de tratamento, etc. Estas denominações referem-se, numa primeira abordagem, a um documento por meio do qual uma pessoa, dotada de plena capacidade para isso, exprime a sua vontade acerca dos tratamentos aos quais deseja ou não ser submetida no caso de, no decurso de uma doença ou devido a traumas imprevistos, não vir a estar em condições de expressar o seu próprio consentimento ou dissentimento informado. A literatura tem discutido as diversas tipologias possíveis destes documentos (algumas das quais foram objecto, nalguns países, de um reconhecimento jurídico). Para dar relevo público (ainda que não necessariamente legal) a estes documentos, é exigido que eles sejam escritos, que não surja nenhuma dúvida sobre a identidade e a capacidade de quem assinou, sobre a sua autenticidade documental e sobre a data da assinatura, e que sejam eventualmente contra-assinados por um médico que garanta ter informado adequadamente o

¹²² NR Em Portugal, veja-se o «Parecer sobre o Projecto de Lei n.º 788/X – Direitos dos Doentes à Informação e ao Consentimento Informado» (57/CNECV/2009). O tema já tinha sido considerado em três pareceres anteriores, respectivamente sobre aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o Final da Vida (1 I/CNECV/95), sobre o Estado Vegetativo Persistente (46/CNECV/2005) e sobre objecção ao uso de sangue e derivados para fins terapêuticas por motivos religiosos (46/CNECV/2005). Registe-se que, à semelhança do que acontece em Itália, também em Portugal encontramos várias expressões utilizadas para dar conta das fórmulas *advance directives* e *living wills*. Sendo corrente traduzir *directives* por directivas, encontramos quem prefira falar de decisões, disposições, directrizes ou declarações; já *advance* surge vertido como antecipadas ou prévias. Quanto a *living wills*, além de testamentos de paciente, recensiam-se as seguintes designações: testamentos vitais, de vida, em vida, de cuidados médicos, biológicos, de moribundo e até mesmo de morte.

subscritor em relação às consequências possíveis das decisões por ele assumidas no documento. É desejável que o subscritor indique um prazo para a confirmação e/ou a renovação da sua declaração, mantendo-se inalterado o direito a revogar ou modificar parcialmente as suas disposições a qualquer momento».

As implicações éticas e jurídicas ligadas a este tema suscitam diversas questões: como obviar, antes de mais nada, à inevitável estreiteza dos testamentos biológicos relativamente a situação actual de doença em que deverão ser aplicados? Que perfil jurídico atribuir a um eventual «fiduciário» chamado a agir segundo as instruções contidas no «testamento» e no exclusivo interesse da pessoa incapaz? Como resolver eventuais contradições entre os testamentos biológicos, o direito positivo e as normas da boa prática clínica e da deontologia médica? A suspensão da alimentação e da hidratação artificial pode ser considerada uma simples suspensão dos cuidados? As declarações têm carácter vinculativo, ou simplesmente orientativo para o pessoal de saúde? As directivas antecipadas podem favorecer uma aceleração burocrática da morte?

Recordemos a este propósito que o parecer do comité italiano se exprime assim: «O CNB considera essencial [...] sublinhar que o direito que se quer reconhecer ao paciente de orientar os tratamentos aos quais poderá ser submetido, quando se tenha tornado incapaz de entender e de querer, não é um direito à eutanásia, nem um direito subjectivo a morrer [...], mas sim exclusivamente o direito de pedir aos médicos a suspensão ou a não-activação de práticas terapêuticas».

Aspectos mais discutíveis:

- Há o risco de um reconhecimento implícito do princípio de disponibilidade da vida;
- É desvalorizada a posição de garantia do médico;
- É valorizada a vontade expressa, mas não real.

Da Obra de: ELIO SEGRECCIA, *Manual de Bioética. Fundamentos e ética biomédica*, Principia, Cascais 2009, 853-920 (Falta a Bibliografia)

