Separata

de

Lex Medicinae

Revista Portuguesa de Direito da Saúde

NUNO FERREIRA

A EUTANÁSIA: ENTRE O DEBATE JURÍDICO E A EVOLUÇÃO DA OPINIÃO PÚBLICA (*)

Nuno Ferreira

Assistente na Faculdade de Direito da Universidade de Manchester, Doutorando na Universidade de Bremen

Palavras-chave: Eutanásia; suicídio medicamente assistido; eutanásia 'activa', 'indirecta' e 'passiva'.

"We must be tolerant of wishes that might be different from our own. I might prefer to be dead than quadriplegic. You might not. Does that make one of us right?" (1)

John M. Freeman

"I know that our hospitals are wonderful. I know that many people have succeeded in making good lives with appalling handicaps. I'm happy for them and respect and admire them. But each man must make his own decision. And mine is to die quietly and with as much dignity as I can muster." (2)

Ken Harrison, in "Whose life is it anyway?"

(*) O presente texto é uma versão reduzida de um trabalho mais aprofundado originalmente publicado em inglês ("Revisiting euthanasia: A comparative analysis of a fundamental right to be", ZERP Discussion Papers, DP 4/2005), o qual pode ser consultado na internet em <<http://www.zerp.uni-bremen.de>>. A presente versão foi apresentada no XVI Congresso Mundial de Direito Médico, realizado em Toulouse, entre 7 e 11 de Agosto de 2006, e foi vencedor do 1.º Prémio do Fórum de Jovens Investigadores da ARFDM (Association de Recherche et de Formation en Droit Médical). Gostaríamos de agradecer em especial o apoio imprescindível prestado pela Dra. Carolina Cruz na revisão da tradução para português e pela Dra. Teresa Mateus na tradução da terminologia técnica médica.

(1) John M. Freeman, "If euthanasia were licit", in Richard C. McMillan, Stuart F. Spicker, Tristram Hugo Engelhardt Jr., "Euthanasia and the newborn: conflicts regarding saving lives", Dordrecht, D. Reidel Publishing Company, 1987, pág. 160.

(2) B. Clark *et al.*, "Whose life is it anyway?", New York, Dodd Mead, 1979, págs. 76-77, cit. in H. Biggs, "Euthanasia, death with dignity and the law", Hart Publishing, Oxford, 2001, pág. 106.

1. Introdução

Os métodos mais modernos de reanimação e suporte da vida humana têm vindo a prolongar muitas vidas para além de qualquer prognóstico, provocando consequências negativas inesperadas: o prolongamento do sofrimento em caso de pacientes terminais, a manutenção da vida sob condições de consciência inexistente ou muito diminuta, e toda uma série de condições consideradas por muitos como não valendo a pena serem vividas (3). Estes estados médicos são igualmente responsáveis pela dissociação da vida biológica (que continua) da vida psicológica (que se extingue) (4). Em virtude destas circunstâncias, muitas pessoas defendem a legalização da eutanásia.

Nos últimos anos, tiveram lugar vários acontecimentos que lançaram o debate sobre a eutanásia com surpreendente vigor. O Senado francês aprovou uma lei relativa aos direitos dos pacientes e ao fim da vida que, na opinião de muitas pessoas, representa um

(3) Vide C.A. Defanti, "Eutanasia, cambiamenti e norme", in Cosimo Marco Mazzoni (Ed.), "Una norma giuridica per la bioetica", il Mulino, Bologna, 1998, págs. 237-250.

(4) *Ibidem*, pág. 239.

passo na direcção da legalização da eutanásia. Foram lançados, com enorme êxito, dois filmes emocionantes que retrataram a vida e morte reais do espanhol Ramon Sampredo ⁽⁵⁾ ("Mar Adentro") e ficcionais da americana Maggie Fitzgerald ("One Million Dollar Baby"). Porém, o acontecimento mais importante foi, sem dúvida, a morte da americana Terri Schiavo que se tornou a telenovela diária nos lares de muitas famílias em todo o mundo em Março de 2005. Por último, a Associação Portuguesa de Bioética, que já em Maio do corrente ano apresentou um parecer relativo ao valor legal das "directivas antecipadas de vontade" ⁽⁶⁾, anunciou recentemente uma proposta de legislação relativa a testamentos vitais ⁽⁷⁾ e procuradores de saúde ⁽⁸⁾. Esta legislação viria ajudar Portugal a dar "um salto para a modernidade", assim como permitir que as pessoas "optem por morrer com dignidade e tenham uma morte digna e serena". Afigura-se, portanto, oportuno rever algumas noções básicas relacionadas com este tema e identificar alguns dos acontecimentos mais recentes neste âmbito, quer na Europa, quer noutros continentes. Pretende-se, igualmente, com este texto,

analisar a evolução da opinião pública nos últimos anos. O objectivo final é analisar a relevância e a razoabilidade das tradicionais distinções entre eutanásia 'passiva', 'activa' e 'indirecta'. O debate francês sobre a Lei Vincent Humbert, a proposta legislativa do Lorde Joffe para o suicídio medicamente assistido ("Assisted Dying Bill") no Reino Unido e o caso de sedação excessiva no hospital espanhol Severo Ochoa confirmaram as críticas habituais aos argumentos tradicionalmente utilizados contra a eutanásia. É, portanto, adequado reavaliar argumentos, distinções e opiniões.

Adoptamos uma perspectiva quasi-interdisciplinar, na medida em que tentamos incluir tanto considerações legais como sociais. Consideramos que é muito mais importante, neste debate, acolher diferentes perspectivas que permitam enriquecer a análise proposta, do que descrever tecnicismos legais desprovidos de real interesse na obtenção de uma solução razoável.

2. Os argumentos e as distinções

A eutanásia pode ser classificada de várias formas. A distinção mais comum é a que se faz entre eutanásia passiva e activa ⁽⁹⁾. A questão básica que a eutanásia coloca é determinar se matar é efectivamente mais grave do que deixar morrer. Não obstante as sanções penais previstas para acções e omis-

(5) Ramón Sampredo, um homem tetraplégico que passou 29 anos da sua vida numa cama, lutou judicialmente durante 5 anos por uma "morte digna", não tendo, porém, a sua luta surtido efeito. Apesar dos argumentos invocados (o direito à dignidade, o direito ao livre desenvolvimento da personalidade, o direito à vida, o direito à integridade física e psicológica, e o direito a um processo equitativo), nenhum juiz se deixou convencer pelo seu lema: "Viver é um direito, não uma obrigação". Em 2002, Ramón Sampredo atingiu finalmente o seu objectivo: cometeu suicídio com o auxílio de 11 amigos. Um destes amigos foi levado a tribunal em 2005, porém o procedimento criminal já tinha prescrito, acabando a acusação por ser arquivada, <<http://www.20minutos.es/noticia/11693/0/ramona/maneiro/absuelta/>>.

(6) Vide "Parecer n.º P/05/APB/06 sobre directivas antecipadas de vontade", <http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1148471346directivas_medicas.pdf>.

(7) Designados igualmente "testamentos biológicos" por alguns autores de língua portuguesa.

(8) <<http://www.publico.clix.pt/shownews.asp?id=1270067>>.

(9) Vide Conselho da Europa (CdE), "Replies to the questionnaire for member states relating to euthanasia", <http://www.coe.int/T/E/Legal_Affairs/Legal_co-operation/Bioethics/Activities/Euthanasia/Answers%20Euthanasia%20Questionnaire%20E%2015Jan03.asp#TopOfPage>. Este documento oferece a definição destes conceitos em cada Estado-membro do CdE, nunca se distanciando significativamente da definição sugerida no texto.

sões serem tendencialmente idênticas, o agente é frequentemente punido de forma mais severa em caso de acção do que em caso de omissão. Da mesma forma, a prática de eutanásia passiva, ou seja, a interrupção ou não início de um tratamento de suporte de vida, é punida, quando o é, de forma mais benévola do que a eutanásia activa, ou seja, a intervenção directa de um terceiro na morte do paciente. Todavia, como se verá *infra*, faltam ainda argumentos válidos que comprovem a existência de diferenças substanciais entre estas duas 'categorias' de eutanásia.

Outra distinção comum diz respeito à eutanásia através de meios médicos ordinários e extraordinários. Os primeiros seriam os de uso corrente e de efeitos proporcionais, enquanto os segundos seriam usados em situações excepcionais e exigiriam acções desproporcionais. Certos autores aceitam mais facilmente a suspensão de tratamentos médicos que recorram a meios extraordinários do que aqueles que recorram a meios ordinários. No entanto, torna-se óbvio, sobretudo para os profissionais da saúde, que esta é uma distinção dúbia, até porque qualquer meio de suporte de vida é, pelos menos nas sociedades materialmente abastadas da Europa ocidental e América do Norte, ordinário. Trata-se ainda de uma distinção de difícil concretização, uma vez que os meios que até recentemente eram de raro uso nos hospitais são actualmente parte do quotidiano hospitalar⁽¹⁰⁾.

Por último, o conceito de eutanásia indirecta é igualmente recorrente na literatura médica e jurídica. Tratar-se-ia de causar a morte através da admi-

nistração de drogas que, embora apenas destinadas a diminuir a dor sentida pelo paciente, exercem o efeito de conscientemente acelerar a morte. Estamos perante um 'efeito secundário tolerado', expressamente permitido em países como a Albânia, Dinamarca, Finlândia, Alemanha e Suíça⁽¹¹⁾.

A classificação que efectivamente possui alguma relevância é aquela que diz respeito à distinção entre eutanásia voluntária e involuntária. A primeira refere-se ao desejo de um adulto competente de morrer mediante um acto praticado por um terceiro, mediante o seu pedido lúcido e repetido, sob certas condições previamente estabelecidas, e através de meios indolores. São, portanto, implicadas duas pessoas, adultas e competentes. Tradicionalmente, a eutanásia voluntária fundamenta-se em três valores:

1. Prevenção da crueldade: as leis que proíbem a eutanásia são cruéis, na medida em que exigem que uma pessoa continue a viver contra a sua vontade, enquanto o seu estado físico e mental progressivamente se degrada⁽¹²⁾.

2. Princípio da autonomia e respeito pela autodeterminação: os actos voluntários devem ser permitidos, sempre que não haja interesses seculares legítimos que exijam o contrário⁽¹³⁾.

⁽¹¹⁾ Vide CdE, *op. cit.*

⁽¹²⁾ Para uma análise completa e interessante das implicações mais importantes do princípio da autonomia e respeito pelo direito à autodeterminação, nomeadamente no âmbito do consentimento informado e dos testamentos vitais, vide H. Biggs, *op. cit.*, págs. 95-144.

⁽¹³⁾ Vide, sobre a evolução do conceito de dignidade humana, os diferentes conceitos de dignidade humana, e as suas implicações no âmbito da biomedicina, E. Montero, "Vers une légalisation de l'euthanasie volontaire? Réflexions à propos de la these de l'autonomie", Cahiers de la faculté de droit de Namur, 3, 1998; M. Orlowski, "Voluntary Euthanasia and the Common Law", Clarendon Press, Oxford, 1997, págs. 205-206; H. Biggs, *op. cit.*, págs. 145-174; A. Krajewska,

⁽¹⁰⁾ Para mais pormenores, vide M. Casado Gonzalez, "La eutanasia: Aspectos éticos y jurídicos", REUS, S.A., Madrid, 1994, págs. 24-25.

3. Valorização da dignidade humana: o facto de permitir que o paciente controle a própria morte, dignifica-o.

Em contrapartida, os argumentos mais correntes contra a eutanásia voluntária são os seguintes:

1. Falta de valor ético do consentimento: o direito à autodeterminação é menos importante que o valor da vida.

2. Dificuldade na determinação do consentimento voluntário, em casos de pacientes inconscientes ou sob a influência de drogas que não tenham produzido um testamento vital.

3. Risco de diagnóstico médico errado.

4. Possibilidade de novas descobertas médicas.

5. O uso das técnicas mais modernas controla as dores.

6. A objecção referida na literatura inglesa como "slippery slope" (literalmente "encosta escorregadia", traduzido no presente texto por "efeito avalanche"), que argumenta que a adopção de uma legislação mais permissiva no âmbito da eutanásia pode conduzir a práticas imprevisíveis e de gravidade indesejável.

Tomando estes argumentos tradicionais em consideração, cremos ser razoável afirmar que a maioria das objecções que se colocam à eutanásia voluntária não resiste a uma análise rigorosa. De facto, o valor

ético do consentimento está hoje em dia de tal forma enraizado no direito médico, inclusive quando se trata da recusa de tratamentos médicos essenciais à vida, que é perfeitamente legítimo levantar a questão se o consentimento para a morte não deve ser igualmente respeitado. A determinação do consentimento voluntário nos casos *supra* mencionados obtém-se através da divulgação e promoção dos testamentos vitais e da figura dos procuradores de saúde. Quanto ao risco de diagnóstico médico errado, é possível praticamente eliminá-lo através da obrigatoriedade de uma segunda opinião médica. Por outro lado, a importância de novas descobertas médicas revela-se nula, já que o momento relevante da nova descoberta não seria o da descoberta em si, mas o da disponibilidade do novo tratamento ao público. Ora, quando um paciente é considerado para efeitos de eutanásia encontra-se geralmente na fase final de uma doença terminal, pelo que certamente não pode esperar pela disponibilização de uma nova descoberta ao público. Além disso, as técnicas de controlo de dores não eliminam qualquer sofrimento sentido pelos pacientes em estado terminal, nem as drogas mais modernas impedem que os pacientes se apercebam do estado artificial e irreversível em que se encontram. Por último, o argumento do "efeito avalanche" não se dirige ao mérito ou demérito da eutanásia em si, mas sim a uma série de acontecimentos catastróficos que presumivelmente se sucederiam à liberalização da eutanásia. Estes riscos são meramente retóricos, uma vez que se pode facilmente elaborar legislação que preveja os requisitos estritamente necessários e o respectivo sistema de controlo. Em todo o caso, é possível contrariar quaisquer argumentos fortes contra a eutanásia mediante uma legis-

lação cuidadosamente elaborada e que leve em consideração todas as preocupações *supra* mencionadas ⁽¹⁴⁾. Além disso, a eutanásia voluntária é uma figura praticamente idêntica à do suicídio medicamente assistido, com a mera diferença de que neste o acto final determinante é da autoria do paciente e não do médico. A relevância dessa diferença é, porém, insignificante, se existente, já que quer os meios, quer os resultados em causa são idênticos.

No âmbito da eutanásia não voluntária, os casos são de natureza diversa: dizem respeito a pessoas que não expressaram o desejo de morrer, por terem perdido, no decurso da doença, as capacidades mentais ou físicas, ou por nunca terem tido a capacidade de prestar tal consentimento. Estes casos relacionam-se sobretudo com cuidados paliativos. Destituído de qualquer valor terapêutico, este tipo de cuidados destina-se meramente a prolongar artificialmente a vida quando já não existem quaisquer possibilidades de cura ou recuperação. A maioria das equipas médicas e famílias são actualmente a favor da não prossecução de cuidados médicos, bem como da prática da eutanásia em pacientes em estados vegetativos permanentes ou dependentes de equipamento de suporte de vida. O facto de estas práticas serem comuns hoje em dia nos hospitais não justifica *per se* a sua legalização. Porém, a manutenção de vidas vegetativas no hospital por tempo indeterminado não oferece qualquer esperança ao paciente, sendo, aliás, dramática para todos os que o rodeiam. Ainda que os interesses familiares e sociais sejam absolutamente secundários no âmbito de uma questão tão

pessoal como a morte, não deixam de poder assumir um papel auxiliar em certas circunstâncias. Trata-se, aliás, de uma situação comum nos casos, precisamente, de pacientes em estado vegetativo permanente, cabendo à família e à equipa médica a ponderação de todos os aspectos relevantes para o caso em questão.

3. Desenvolvimentos recentes na Europa continental

O Parlamento Europeu (PE) já contribuiu para o debate público sobre a eutanásia. Alguns eurodeputados afirmaram que os Estados-membros da União Europeia (UE) deveriam caminhar na direcção da legalização da eutanásia ⁽¹⁵⁾. No entanto, as declarações formais emanadas do PE são bastante mais cautelosas, chegando a expressar ideias contrárias ⁽¹⁶⁾.

Além disso, as posições legais geralmente adoptadas na maioria dos Estados europeus são ainda bastante repressivas das práticas relacionadas de alguma forma com a eutanásia. Este é o caso, por exemplo, da Alemanha. Os resultados colhidos no quadro da

141

⁽¹⁴⁾ Para uma análise exaustiva de todos estes argumentos e outros relativos à eutanásia, vide M. Orlowski, *op. cit.*, págs. 187-256.

⁽¹⁵⁾ "The European Parliament, (...) 28. Considers that the prohibition of torture and inhuman and degrading treatment, as well as the protection of human dignity, include the prohibition of over treatment, the promotion of palliative care, respect for the patient's wishes, as expressed through his or her will, for example; calls on the Member States to consider the possibility of amending laws on the end of life to this end by regulating euthanasia", Projecto de Resolução do PE, in Committee on Citizens' Freedoms and Rights, Justice and Home Affairs, "Report on the situation as regards fundamental rights in the European Union (2003) (2003/2006(INI))". Vide <<http://www2.europarl.eu.int/omk/sipade2?PUBREF=-//EP//TEXT+REPORT+A5-2004-0207+0+DOC+XML+V0//EN&L=EN&LEVEL=2&NAV=S&LSTDOC=Y>>.

⁽¹⁶⁾ Vide, e.g., "Respect for human rights in the European Union in 1995", <<http://www2.europarl.eu.int/ocil/file.jsp?id=108582>> e "Report on Fundamental rights situation in the European Union for 2001", <<http://www2.europarl.eu.int/ocil/file.jsp?id=204772>>.

actual legislação ⁽¹⁷⁾ e jurisprudência alemãs são, em termos globais, insatisfatórios e injustos. Com efeito, os tribunais alemães chegaram à incongruência de aceitar, por um lado, a licitude do suicídio assistido em caso de pacientes capazes de cometer suicídio, negando, por outro lado, tal assistência a pacientes com deficiências físicas incapacitantes ao ponto de não serem capazes de cometer suicídio sozinhos ⁽¹⁸⁾. Por esta razão, um grupo de trabalho foi recentemente encarregue de discutir possíveis alterações legislativas, no sentido de melhorar a protecção da autonomia dos pacientes terminais. A legalização da eutanásia 'activa' estava expressamente excluída do âmbito de trabalho deste grupo ⁽¹⁹⁾. O debate alemão concentra-se agora na protecção prática do direito à autodeterminação dos pacientes. Esta preocupação revela algum progresso no debate alemão, esperando-se que conduza a uma maior coerência e adequação da legislação e jurisprudência às necessidades e desejos dos pacientes.

É igualmente interessante constatar que, até nos países com um sistema legal tradicionalista e repressivo da prática da eutanásia, os tribunais manifestam por vezes uma certa evolução positiva. Este é o caso, por exemplo, da Itália, em que o caso de Eluana Englaro reavivou o debate sobre a eutanásia. Trata-se de uma jovem em estado vegetativo há 15

anos. Apesar de o Tribunal de Recurso de Milão (*Corte di Appello di Milano*) ter negado o pedido do pai (e guardião) para retirar o tubo de alimentação e hidratação forçada, argumentando que não se trata de um tratamento terapêutico, reconheceu também que o pai tinha o direito de expressar consentimento ou recusa de tratamento para a filha ⁽²⁰⁾.

No que diz respeito à França, o debate sobre a eutanásia não tem cessado ao longo das duas últimas décadas. A Lei de 4 de Março de 2002 ⁽²¹⁾, que regula os direitos dos pacientes e a qualidade do sistema de saúde, enfatizou a protecção do direito à dignidade da pessoa doente, colocando-se a favor de um maior respeito pela liberdade do paciente e pelo direito à recusa de tratamento ⁽²²⁾. Em 2004, uma proposta legislativa relativa "aos direitos dos pacientes e ao fim da vida" conquistou apoio suficiente no Senado ⁽²³⁾. O relatório redigido por uma comissão especial da Assembleia Nacional francesa ⁽²⁴⁾ sobre esta proposta legislativa concluiu que o legislador deveria melhorar e modernizar o *status quo*, sem, no entanto, legalizar completamente a eutanásia. Esta opção deveria tomar em consideração as práticas comuns nos hospitais franceses, entre as quais

⁽²⁰⁾ Noticiado em "La Repubblica", de 22 de Março de 2005, pág. 16. O recurso para o Tribunal Supremo italiano (Cassazione) foi igualmente recusado, <<http://www.repubblica.it/2005/cf/sezioni/cronaca/eutanasia/deciscassaz/deciscassaz.html>>.

⁽²¹⁾ "Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé", Lei n.º 2002-303, de 4 de Março de 2002, JO n.º 54, de 5 de Março de 2002, págs. 4118 *et seq.*, <<http://www.legifrance.gouv.fr/>>.

⁽²²⁾ Resposta à pergunta I.2 do documento do CdE, *op. cit.*

⁽²³⁾ Lei n.º 2005-370, de 22 de Abril de 2005, JO n.º 95, de 23 de Abril de 2005, <<http://www.senat.fr/dossierleg/pp104-090.html>>.

⁽²⁴⁾ "Rapport fait au nom de la Commission Spéciale chargée d'examiner la proposition de loi (n.º 1882) de M. Jean Leonetti et plusieurs de ses collègues relative aux droits des malades et à la fin de vie", <<http://www.assemblee-nationale.fr/12/rapports/r1929.asp>>.

⁽¹⁷⁾ Arts. 211-213 e 323 do Código Penal alemão.

⁽¹⁸⁾ Para uma melhor compreensão destes resultados, *vide* K. Becker-Schwarze, "Möglichkeiten der rechtlichen Regulierung einer selbstbestimmten Entscheidung am Lebensende", in Gert Brüggemeier (Ed.), "Liber Amicorum, Eike Schmidt zum 65. Geburtstag am 26.11.2004", C.F.Müller Verlag, Heidelberg, 2005, págs. 1-31.

⁽¹⁹⁾ "Bericht der Arbeitsgruppe 'Patientenautonomie am Lebensende' vom 10. Juni 2004", <<http://www.bmj.bund.de>>. Para mais desenvolvimentos sobre o debate alemão actual, *vide* K. Becker-Schwarze, *op. cit.*, pág. 2.

o desligar de 75.000 a 100.000 máquinas de reanimação todos os anos, assim como o desejo dos pacientes de maior certeza legal. A proposta legislativa foi aprovada, reconhecendo o direito à recusa de tratamento essencial à sobrevivência, ou seja, o direito à eutanásia “passiva”, inclusive no caso de pacientes que não se encontrem em estado terminal (arts. 1.º e 6.º). Este diploma estabelece também que a decisão relativa ao tratamento de um paciente inconsciente deve ser tomada através de um procedimento colegial. Por outras palavras, a eutanásia ‘passiva’ também é prevista para pacientes inconscientes (arts. 5.º e 9.º). Além disso, a eutanásia ‘indirecta’ é igualmente aceite, conquanto o paciente esteja consciente da sua prática (art. 2.º). Por último, o valor legal dos testamentos vitais é reconhecido (art. 7.º). Enquanto relator, Jean Leonetti, comentou que esta lei colocou de novo no centro do debate o direito à liberdade e à autonomia da vida humana, assim como o respeito pela pessoa. No entanto, a Lei Leonetti é ainda considerada por muitas pessoas como um instrumento legal repressivo, na medida em que o suicídio assistido continua a ser proibido, pelo que o objectivo do movimento pela liberalização da eutanásia em França é a aprovação de uma Lei Vincent Humbert (25). Vincent Humbert, então um jovem consciente e paraplégico, morreu em Setembro de 2003, após ter repetidamente pedido à mãe e a um médico que o ajudassem a morrer (26). As condutas da mãe e do médico eram puníveis com uma pena de prisão de 5 a 20 anos respectivamente, porém o juiz de instrução decidiu arquivar o pro-

cesso (27). O caso, que teve grande repercussão nos meios de comunicação social franceses, não teria obtido uma resolução favorável através da Lei Léonetti. Consequentemente, o movimento pró-liberalização da eutanásia desaprova a Lei Léonetti, reclamando uma lei mais progressiva.

A vizinha Espanha ofereceu-nos igualmente um impressionante e emocionante caso, o de Ramón Sampedro, que inspirou o filme “Mar Adentro” *supra* mencionado. O caso envolveu vários tribunais, inclusive instâncias internacionais. A herdeira de Sampedro, Manuela Sanlés Sanlés, prosseguiu com os pedidos judiciais apresentados por Sampedro, acabando por recorrer ao Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (TEDH), invocando a violação por parte do Estado espanhol do direito de Ramón Sampedro a uma vida e a uma morte dignas e à não-intervenção do Estado no exercício das suas liberdades e no seu direito à igualdade. O pedido foi considerado inadmissível *ratione personae*, dado que uma herdeira não tinha o direito de prosseguir o pedido em causa. O caso chegou posteriormente ao Comité dos Direitos Humanos das Nações Unidas (28). A herdeira invocou a violação dos direitos de Sampedro a não ser submetido a tratamento desumano ou degradante, à vida, à liberdade de pensamento e consciência, a manifestar as suas crenças pessoais pela prática ou ritos, e à igual protecção da lei (arts. 7.º, 6.º, 18.º, 9.º, 2.º e 26.º do Pacto Inter-

143

(25) <<http://www.loi-vincent-humbert.com>>.

(26) <<http://www.liberation.fr/page.php?Article=257255&AG>>.

(27) <http://www.lefigaro.fr/debats/20060320.FIG000000272_je_choix_de_vincent_mon_combat.html?100559>.

(28) Comunicação n.º 1024/2001, *Sanles Sanles v. Espanha* (Decisão adoptada em 30 de Março de 2004, oitava sessão), in Report of the Human Rights Committee (Volume II), págs. 505-511, <[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/f0c6766939e65645c1256ff0024998f/\\$FILE/G0443700.pdf](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/f0c6766939e65645c1256ff0024998f/$FILE/G0443700.pdf)>.

nacional de Direitos Civis e Políticos respectivamente). No entanto, o Comité não se pronunciou sobre o pedido, uma vez que Sampedro cometeu suicídio, não tendo as autoridades acusado as pessoas que o auxiliaram. Também em Espanha, em 2005, um escândalo médico trouxe maior consciência à opinião pública sobre os problemas relacionados com a eutanásia "indirecta". Uma série de denúncias anónimas alertaram as autoridades de inspecção sanitária para cerca de 400 casos de sedação excessiva num hospital na região de Madrid (29). Todos os médicos que integravam as comissões internas do hospital demitiram-se como sinal de protesto contra as suspeitas levantadas (30). Porém, os peritos chamados a investigar as alegações concluíram que 73 casos de sedação "inadequada ou não recomendada" (31) tinham efectivamente ocorrido. Consequentemente, foram movidos processos disciplinares contra 4 médicos envolvidos (32). Embora este caso e as reacções por ele suscitadas tenham indicado uma abertura à prática da eutanásia "indirecta" por parte do pessoal médico, o primeiro-ministro Zapatero declarou que o governo espanhol não tinha qualquer intenção de alterar as normas que proíbem a eutanásia (33).

Radicalmente diferente é a situação na Suíça, que nos últimos anos foi acusada de facilitar o chamado "turismo de morte": pacientes em estado ter-

minal viajam para esse país de forma a obterem a assistência médica que lhes permita morrer e que lhes é negada nos seus próprios países (34). De facto, o suicídio assistido é legal (conquanto o autor não seja motivado por motivos egoístas (35)), e as directivas médico-éticas da Academia Suíça de Ciências Médicas permitem quer a eutanásia "passiva" quer a eutanásia "indirecta" (36). Além disso, entre 75% e 80% da população é favorável à legalização da eutanásia activa (37). Por último, em Setembro de 2005, o Conselho Federal aprovou uma proposta parlamentar no sentido de legislar a prática da eutanásia "passiva" e "indirecta" (38).

Em todo o caso, o mais eminente paradigma da prática da eutanásia no mundo actual continua a ser os Países Baixos (39). Com a aprovação da "Lei sobre o Fim da Vida mediante Pedido e Suicídio Assistido (Procedimentos de Revisão)", os Países Bai-

(29) <http://news.bbc.co.uk/1/hi/uk_politics/2782887.stm> e <<http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/3623874.stm>>. Alega-se, igualmente, que o mesmo se passa nos Países Baixos, embora em menor escala (Abigail Levene/Reuters, Público, de 1 de Abril de 2002, pág. 19).

(30) Art. 115.º do Código Penal, *a contrario*; vide resposta a pergunta II.9 em CdE, *op. cit.*

(31) As directivas da ASSM relativas à assistência médica a pacientes terminais ou vítimas de dores extremas não possuem estatuto legal, mas as autoridades políticas reconhecem a sua validade legal supletiva e os tribunais referem as suas disposições. Dado que estas directivas permitem tanto a "eutanásia passiva" como a "eutanásia activa indirecta", as autoridades consideram estas práticas lícitas (*vide* a resposta suíça à pergunta II.5 em CdE, *op. cit.*).

(32) Vide Service des Affaires Européennes du Sénat, "L'euthanasie — Étude de législation comparée n.º 49", Janeiro de 1999, <http://www.senat.fr/lc/lc49/lc49_mono.html>.

(33) <http://www.parlament.ch/afsf/data/lfgesch/2005/f_gesch_20053352.htm>.

(34) A Associação Médica dos Países Baixos é a única no mundo a aceitar que o exercício da profissão médica inclui prestar auxílio aos pacientes em ter uma morte tranquila e digna. Para uma análise aprofundada do regime legal holandês, vide U. de Vries, "A Dutch perspective: The limits of lawful euthanasia", 13 *Annals Health L.* 365, 2004. A Bélgica legalizou igualmente a prática da eutanásia alguns anos após os Países Baixos o terem feito (Lei de 28 de Maio de 2002 relativa à eutanásia).

(29) <<http://www.20minutos.es/noticia/15299/0/lamela/leganes/hospital/>>.

(30) <<http://www.20minutos.es/noticia/19055/0/severo/ochoa/leganes/>>.

(31) <<http://www.20minutos.es/noticia/26838/0/sedaciones/severo/ochoa/>>.

(32) <<http://www.20minutos.es/noticia/28089/0/Expediente/suspension/medicos/>>.

(33) <<http://www.20minutos.es/noticia/17268/0/eutanasia/zapatero/legalizacion/>>.

xos tornaram-se o primeiro país no mundo a legalizar a eutanásia “activa” (40). O governo holandês esclareceu que esta lei não necessita, de forma alguma, de ser alterada na consequência do caso *Pretty* decidido pelo TEDH (41). De facto, a lei é compatível com o art. 2.º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem (CEDH), já que não existe nos Países Baixos um “direito à eutanásia” e os médicos não podem ser obrigados a aceder a todo e qualquer pedido de eutanásia (42). Além disso, o regime legal holandês representa um compromisso entre a protecção do direito à vida e o direito à autodeterminação, cuja importância foi sublinhada pelo TEDH. Em 2004, as autoridades holandesas promoveram um novo estudo independente a fim de avaliar a forma como esta lei estava a ser aplicada (43). O relatório concluiu que se deveria continuar a desenvolver esforços no sentido de incrementar o respeito pelos requisitos estipulados pela lei, o que, em todo

o caso, tem vindo a evoluir desde 1995. O relatório concluiu também que a crescente transparência mostra inequivocamente o impacto positivo da adopção de legislação que regule práticas médicas já existentes (tais como a eutanásia, seja ela “passiva”, “indirecta” ou “activa”), em vez de simplesmente proibi-las e ignorar a sua prática ilegal. A prática holandesa não é isenta de abusos, nomeadamente no que diz respeito à não comunicação de casos de eutanásia, o que impossibilita o controle do cumprimento dos requisitos, verificando-se também o não cumprimento de vários requisitos em alguns dos casos comunicados. No entanto, ainda que a experiência holandesa revele as dificuldades que existem em assegurar o cumprimento estrito de todos os requisitos, também demonstra claramente que os cenários dantescos previstos pela argumentação do “efeito avalanche” não se concretizaram. Não é possível defender a análise excessivamente crítica da solução legal holandesa apresentada por certos autores (44): não existem noutros países dados rigorosos disponíveis, obtidos segundo os mesmos parâmetros aplicados aos estudos holandeses, pelo que é impossível extrair conclusões amplas sobre a política holandesa relativa à eutanásia e muito menos condená-la.

145

(40) “Wet van 12 April 2001 houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek van hulp bij zelfdoding en: wijziging van het wetboek van strafrecht en van de wet op lijkbezorging”, Staatsblad 2002, 165 (Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act).

(41) *Pretty v. Reino Unido* (processo n.º 2346/02), TEDH em 29 de Abril de 2002. A decisão do TEDH afirmava igualmente que, apesar de a solução legal inglesa ser aceitável, isso não significava que nenhuma outra lei ou aplicação fosse consistente com a Convenção Europeia dos Direitos do Homem (§ 30).

(42) O Supremo Tribunal holandês (*Hoge Raad*) decidiu no caso *Brongersma*, em Dezembro de 2002, que a mera formulação repetida de um pedido de eutanásia não era suficiente para que a sua prática fosse legal (decisão do *Hoge Raad* n.º 00797/02, de 24 Dezembro de 2002, NJ (Dutch Law Reports) 2003, 167). O paciente neste caso não estava num estado terminal, mas simplesmente “cansado de viver”. Estas circunstâncias não permitiam a exclusão de culpa do médico, dado que os requisitos estabelecidos pela lei holandesa não tinham sido respeitados. Consequentemente, o direito à autonomia pessoal deve, por vezes, ser preterido em prol da protecção do direito à vida, o que significa que a eutanásia continua a ser criminalmente punível em certas circunstâncias.

(43) Vide “Comments by the Government of the Netherlands on the concluding observations of the Human Rights Committee” (CCPR/CO/72/NET), Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, Comité dos Direitos Humanos das Nações Unidas, CCPR/CO/72/NET/Add.3, 16 de Dezembro de 2004.

4. A evolução nos países anglo-saxónicos

Em Inglaterra, em virtude do sistema de direito comum em vigor, foi aos tribunais que coube, ao longo das últimas décadas, o papel principal na defi-

(44) Vide, e.g., J. Keown *et al.*, “Euthanasia, ethics and public policy: An argument against legalisation”, Cambridge University Press, Cambridge, 2002, págs. 136-149.

nição das regras aplicáveis à eutanásia ⁽⁴⁵⁾. Após o famoso caso *Pretty* ter percorrido uma longa viagem judicial pelo Supremo Tribunal (*High Court*), pela Câmara dos Lordes (*House of Lords Chamber*) e pelo TEDH, em 2002 ocorreu outro caso, altamente mediatizado, que se tornou num marco na evolução do regime legal da eutanásia na Inglaterra. O Supremo Tribunal decidiu que o ventilador que mantinha Miss B viva poderia ser desligado, contrariando, assim, jurisprudência anterior ⁽⁴⁶⁾. Miss B estava completamente consciente, apresentava repetidamente pedidos nesse sentido e prestou consentimento informado. Como o advogado de Miss B salientou, a distinção legal entre o caso da sua cliente e o de Mrs *Pretty* era um mero “tecnicismo sem qualquer relevância no mundo real” ⁽⁴⁷⁾. Miss B foi a primeira cidadã britânica a solicitar a cessação de tratamento necessário à manutenção da vida em estado consciente. Todos os casos chegados até então aos tribunais ingleses diziam exclusivamente respeito a pacientes em estado vegetativo permanente ⁽⁴⁸⁾. Posteriormente, o Lorde Joffe apresentou uma proposta legislativa no sentido de legalizar o suicídio assistido (“*Assisted Dying Bill*”) ⁽⁴⁹⁾. A proposta previa a possibilidade de um adulto competente com

uma doença terminal ou uma doença física grave e incurável poder solicitar assistência médica para morrer. Apesar de mais de 80% da população apoiar a proposta ⁽⁵⁰⁾, os Lordes decidiram recentemente adiar a sua leitura por um período de seis meses ⁽⁵¹⁾. Esta manobra parlamentar destinou-se, evidentemente, a evitar debater a proposta, inviabilizando assim a sua aprovação, tal como se passou em 10 de Dezembro de 1997 com a proposta apresentada pelo membro do parlamento Joe Ashton.

Também na Nova Zelândia o Parlamento teve a oportunidade de se pronunciar sobre este tema. Em 2003, uma proposta legislativa intitulada “*Morte com Dignidade*” (“*Death with Dignity Bill*”), que permitiria a prática da eutanásia voluntária, foi rejeitada pelo Parlamento, com 60 votos contra, 58 votos a favor e uma abstenção ⁽⁵²⁾. Mais recentemente, outro acontecimento lançou novamente o debate sobre a eutanásia neste país: Andrew Morris, um homem que sofria de paralisia bulbar progressiva (também conhecida como doença de Fazio-Londe), uma doença degenerativa nervosa motora, morreu em 9 de Março de 2005, após ter prometido que morreria de fome. Andrew Morris planeou deixar de comer enquanto ainda podia alimentar-se sozinho, na medida em que não desejava que ninguém fosse criminalmente punido por o ajudar a morrer ⁽⁵³⁾. Andrew Morris acabou por morrer de pneumonia,

⁽⁴⁵⁾ *Vide* *Airedale N. H. S. Trust v. Bland*, Câmara dos Lordes (*House of Lords Chamber*), 9 de Fevereiro de 1993, AC 789; *Re T* (Adult refusal of medical treatment), 1992, Câmara Civil do Tribunal de Recurso (*Civil Chamber of the Appeal Court*).

⁽⁴⁶⁾ *Ms. B. v an NHS Hospital*, decisão do Supremo Tribunal (*High Court*) de 22 de Março de 2002, [2002] EWHC 429 (Fam), <http://www.hmcourts-service.gov.uk/judgmentsfiles/j1075/B_v_NHS.htm>.

⁽⁴⁷⁾ <<http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/1890624.stm>>.

⁽⁴⁸⁾ Inês Nadaís, “Cidadã britânica reclama direito à eutanásia”, Público, em 7 de Março de 2002, pág. 35.

⁽⁴⁹⁾ <<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200304/ldbills/017/200401.htm>>.

⁽⁵⁰⁾ <http://news.bbc.co.uk/1/hi/uk_politics/2782887.stm>.

⁽⁵¹⁾ <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/4763067.stm>> and <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld199900/ldhansrd/pdv/lds06/text/60512-01.htm#topichd_2>.

⁽⁵²⁾ <http://www.hansard.parliament.govt.nz/hansard/Final/FINAL_2003_07_30.htm>.

⁽⁵³⁾ <http://www.nzherald.co.nz/index.cfm?c_id=1&ObjectID=10007151>.

relacionada com a sua recusa em utilizar o tubo de alimentação endogástrico que o poderia alimentar artificialmente. A pessoa que tomava conta dele de forma voluntária, Phillipa Grace, respeitou os desejos do paciente e limitou-se a dar-lhe água até ele morrer ⁽⁵⁴⁾. Apesar de Phillipa Grace não ter sido acusada pela morte de Andrew Morris, a polícia procedeu a uma investigação e levantou-se a hipótese de proceder-se à sua acusação ⁽⁵⁵⁾. Este caso representa um exemplo extremamente ilustrativo das dificuldades em distinguir as condutas que devem ser punidas e aquelas que não devem. Apesar de Phillipa Grace ou quaisquer outros serviços médicos com acesso a Andrew Morris terem, de facto, o dever de assistência, podendo ser legalmente acusados por homicídio por omissão, também Andrew Morris se limitou a exercer o seu direito fundamental à autodeterminação. Esta situação gritante de autonomia do paciente revela a urgência da necessidade de reformulação da concepção tradicional do direito criminal neste âmbito.

Precisamente nesta linha de pensamento, o direito à autodeterminação do paciente é considerado um valor de estatuto muito elevado nos Estados Unidos da América (EUA) ⁽⁵⁶⁾. Além disso, todos os Estados dos EUA adoptaram legislação que reconhece a cada indivíduo o direito a expressar antecipadamente a sua recusa de "obsessão terapêutica" ("therapeutic relentlessness"), quer através de um tes-

tamento vital, quer através da designação de um procurador com poderes para tomar decisões médicas ⁽⁵⁷⁾. Não obstante, vários aspectos respeitantes à eutanásia geram grande controvérsia em diversos Estados ⁽⁵⁸⁾. Milhares de mortes todos os dias são, alegadamente, de uma forma ou de outra, planeadas, toleradas ou indirectamente assistidas. Para estes fins recorre-se ao efeito duplo de medicação contra as dores, que tem como efeito secundário acelerar a morte, ou à cessação de tratamentos necessários para manter ou prolongar a vida ou recusa em tentar usá-los ⁽⁵⁹⁾. A "Lei sobre a Morte com Dignidade" do Estado de Oregon legalizou o suicídio medicamente assistido pela primeira vez no mundo, sob a condição de cumprimento de certas condições ⁽⁶⁰⁾. Embora o número de pessoas que recorrem a esta possibilidade ter vindo a aumentar desde 1998, a percentagem de doentes terminais que dela fazem uso ronda apenas 0,125% de todas as mortes anuais ⁽⁶¹⁾. Outro dado importante é não haver conhecimento de casos não comunicados, não só de acordo com as

147

⁽⁵⁷⁾ Service des Affaires Européennes du Sénat, *op. cit.*

⁽⁵⁸⁾ Vide, por exemplo, *Vacco v. Quill* (521 U.S. 793, 117 S.Ct. 2293) e *Washington v. Glucksberg* (521 U.S. 702, 117 S.Ct. 2258), assim como K. M. Sullivan e G. Gunther, "Constitutional Law", fourteenth edition, New York, Foundation Press, 2001, pág. 578.

⁽⁵⁹⁾ The New York State task force on life and the law, "When Death is Sought. Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context", <<http://www.health.state.ny.us/nysdoh/consumer/patient/preface.htm>>.

⁽⁶⁰⁾ Em 1994, os eleitores do Estado de Oregon aprovaram, em referendo, a legalização do suicídio assistido: "The Oregon Death with Dignity Act", <<http://oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/statute.pdf>>. A compatibilidade desta lei com a legislação federal, nomeadamente com o *Federal Controlled Substance Act*, foi posteriormente questionada. Porém, os tribunais decidiram a favor do Estado de Oregon e a lei entrou em vigor em 2002. Vide "Oregon response to U.S. Department of Justice opinion on physician assisted suicide", <<http://www.doj.state.or.us/11072001.htm>>.

⁽⁶¹⁾ Department of Human Services, Office of Disease Prevention and Epidemiology, "Seventh Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act", 10 de Março de 2005, <<http://egov.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year7.pdf>>.

⁽⁵⁴⁾ Correspondência pessoal trocada com Phillipa Grace por intermédio de terceiro e em arquivo.

⁽⁵⁵⁾ <<http://www.20minutos.es/noticia/10304/0/eutanasia/ramon/sampedro/>>.

⁽⁵⁶⁾ Vide "Patient Self Determination Act 1990", <<http://thomas.loc.gov/>>; *Re Quinlan*, 70 N.J. 10, 355 A.2d 647; *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 497, U.S. 261 (1990).

autoridades, mas também com vários autores, o que parece indicar a eficaz aplicação deste diploma. Ainda mais significativo é o facto de as autoridades sanitárias do Estado de Oregon (*Oregon Health Division*) não terem até hoje detectado quaisquer sinais de abuso deste instituto legal ou influência, na decisão do paciente, dos encargos financeiros inerentes aos tratamentos médicos nos EUA. Por último, a legalização do suicídio medicamente assistido teve um impacto benéfico inesperado: os médicos tornaram-se mais conscientes das alternativas existentes no âmbito dos tratamentos que podem ser oferecidos em fim de vida, tais como medicação disponível para os pacientes terminais, identificação de patologias como depressões e reencaminhamento de pacientes para unidades de cuidados paliativos.

O debate mais recente e intenso sobre a eutanásia nos EUA deveu-se ao caso Terri Schiavi. Esta mulher de 41 anos morreu no dia 31 de Março de 2005, após 15 anos de estado vegetativo e 13 dias de fome e desidratação. Este dramático caso girou em torno da seguinte questão: quem decide sobre o direito a morrer de alguém que já não é competente para o fazer e não redigiu um testamento vital? Após uma sucessão interminável de acções judiciais, recursos e questões processuais, o Tribunal Estatal de Circuito (*State Circuit Court*) ordenou a remoção do tubo que mantinha Terri Schiavi viva, tendo o Supremo Tribunal (*Supreme Court*), com base no estado vegetativo persistente e no desejo alegadamente expresso pela paciente, recusado o recurso contra esta decisão ⁽⁶²⁾. O caso celebrou-se, agu-

dizando-se a sua carga emotiva, devido à intensidade das reacções quer do grande público, quer da classe política. Esta maratona judicial, que durou 7 anos, conheceu 20 decisões e 5 recusas do Supremo Tribunal em ouvir o caso ⁽⁶³⁾. Um aspecto que convém reter é que a maioria dos Americanos, independentemente das suas crenças religiosas ou políticas, condenou a intromissão precipitada do Congresso neste processo judicial ⁽⁶⁴⁾, sendo a favor da remoção do tubo de alimentação ⁽⁶⁵⁾. Por último, este caso consciencializou ainda o público para a necessidade de salvaguardar o respeito pelo direito à autodeterminação durante a doença: nos períodos de maior agitação em torno do caso Terri Schiavo, mais de 2000 pessoas por dia solicitaram aconselhamento à organização Envelhecer com Dignidade (*"Aging with dignity"*), especializada em redigir testamentos vitais ⁽⁶⁶⁾.

5. Algumas considerações e comentários comparativos

As diferentes soluções legais que podemos encontrar nos diversos países revelam também discordâncias profundas e irreconciliáveis na forma como se julga que se deve regulamentar esta questão. Até os países que têm em comum a legalização da eutaná-

⁽⁶²⁾ <<http://edition.cnn.com/2005/LAW/03/30/schiavo/index.html>> e

⁽⁶²⁾ <<http://edition.cnn.com/2005/LAW/03/30/schiavo/index.html>> e <<http://edition.cnn.com/2005/US/03/31/schiavo/index.html>>.

⁽⁶³⁾ De acordo com uma sondagem levada a cabo pela estação de televisão ABC, 70% dos Americanos acreditam que o presidente e o Congresso não deviam ter interferido neste caso (noticiado no *"Corriere della Sera"*, em 22 de Março de 2005, pág. 9, e no *"La Repubblica"*, em 22 de Março de 2005, pág. 8).

⁽⁶⁴⁾ *Ibidem*. Vide igualmente <<http://edition.cnn.com/2005/LAW/03/23/schiavo.poll/index.html>>.

⁽⁶⁵⁾ Noticiado no *"La Repubblica"*, em 22 de Março de 2005, pág. 8. Vide igualmente <<http://www.agingwithdignity.org/>>.

sia, tais como a Bélgica e os Países Baixos, seguiram opções divergentes. Enquanto os Países Baixos modificaram as suas normas penais relativas ao homicídio a pedido da vítima e ajuda ao suicídio, a Bélgica optou por não alterar o seu código penal e não fazer nenhuma referência expressa ao suicídio assistido⁽⁶⁷⁾. Além disso, na Bélgica o pedido de eutanásia tem de ser apresentado por escrito, enquanto nos Países Baixos não existe essa obrigatoriedade.

Uma conclusão aparentemente pacífica pode ser referida: o reconhecimento legal dos testamentos vitais tem aumentado consideravelmente nos últimos anos. Até agora, entre os que adoptaram legislação no sentido de reconhecer um estatuto legal aos testamentos vitais, contam-se a Dinamarca, vários cantões suíços, metade dos Estados ou Territórios australianos e todos os Estados Americanos. Existe, portanto, uma tendência generalizada a favor de conceder a qualquer pessoa o direito de expressar antecipadamente a sua recusa de "obsessão terapêutica", quer através da redacção de um testamento vital, quer através da nomeação de um procurador com poderes de decisão no âmbito médico⁽⁶⁸⁾.

Os dados *supra* mencionados evidenciam um outro aspecto: a distinção entre eutanásia "passiva", "indirecta" e "activa" é de valor muito limitado, pois não é suficientemente clara, sendo a sua utilidade praticamente nula. A Dinamarca oferece-nos um exemplo particularmente elucidativo de como a fronteira entre estes conceitos (supostamente) diferentes

é, afinal, ténue ao ponto de os tornar inúteis. Se por um lado, a eutanásia "activa" continua a ser proibida na Dinamarca, por outro lado, a prática da eutanásia "passiva" e "indirecta" foram oficialmente reconhecidas e reguladas pela Lei do Exercício da Profissão Médica de 1992 e pela Lei do Estatuto do Paciente de 1998. Um relatório do Comité de Ética de 1996 revelou, porém, que 1 em 10 médicos recorre à administração de morfina a fim de reduzir o tempo de vida dos pacientes terminais⁽⁶⁹⁾. Uma prática consensualmente considerada como compatível com a ética médica está somente a um passo da prática da eutanásia activa.

Que razão pode existir para acreditar que permitir que um bebé sofra dores extremas durante vários dias consecutivos até morrer é eticamente mais aceitável do que pôr fim à sua vida com uma injeção letal? Não agir equivale a agir: é decidir o que fazer, da mesma forma que decidir agir é uma opção. A decisão de não recorrer a um tratamento de suporte de vida ou de cessar o seu uso não pode ser considerado um mero caso de omissão, trata-se antes de uma decisão⁽⁷⁰⁾. Quer a eutanásia "indirecta", quer a eutanásia "activa" têm as mesmas características⁽⁷¹⁾:

— Intenção: aliviar a dor do paciente e proporcionar-lhe uma morte indolor.

⁽⁶⁹⁾ Service des Affaires Européennes du Sénat, *op. cit.*

⁽⁷⁰⁾ Vide C. A. Defanti, *op. cit.*, pág. 245; M. Casado Gonzalez, *op. cit.*, págs. 19-22 e 25. Da mesma opinião, considerando a distinção entre eutanásia activa e passiva meramente aparente e não fundamental, vide Y. Kenis, "L'euthanasie et l'opinion publique — Un divorce entre les médecins et la société?", in Pin-sart M.-G. et Susanne C. (Eds.), "L'euthanasie ou la mort assistée", Bruxelles, De Boeck, 1991, págs. 35-43.

⁽⁷¹⁾ I. Kennedy, "Il diritto di morire", in Cosimo Marco Mazzoni (Ed.), *op. cit.*, págs. 217-236.

⁽⁶⁷⁾ Lei de 28 de Maio de 2002 sobre a eutanásia, com entrada em vigor em 20 de Setembro de 2002, Belgisch Staatsblad/Moniteur Belge, 22 de Junho de 2002, págs. 28515-28520, <http://www.juridat.be/cgi_tit/titf.pl>.

⁽⁶⁸⁾ Service des Affaires Européennes du Sénat, *op. cit.*

- Motivação: assistir o paciente o melhor possível.
- Comportamento: administração de uma ou várias drogas.
- Resultado: morte do paciente.

Estas distinções tratam-se de mera retórica: nem os meios (a administração de drogas), nem o resultado (a morte do paciente) são considerados errados *per se*, mas a retórica e os rituais que envolvem estas práticas ainda fazem toda a diferença ⁽⁷²⁾. O sistema sancionatório criminal que confirma e protege esta retórica e estes rituais é, por conseguinte, incoerente e injusto. A teoria do risco consentido pouco pode fazer para contrariar esta argumentação, na medida em que a administração de drogas a um paciente em estado terminal não tem, regra geral, qualquer outro limite que não seja a morte. Além disso, o facto de este sistema pretender defender os pacientes é obviamente irónico, uma vez que são precisamente os doentes terminais que desejam abdicar dessa protecção, pretendendo, acima de tudo, que esta não lhes seja imposta. A intervenção activa, tal como a administração de uma droga mortal que interrompa dores insuportáveis e provoque a morte, é mais benéfica para o paciente do que a espera passiva e frequentemente longa e agonizante ⁽⁷³⁾. A existência de soluções normativas e judiciais distintos para "categorias" diferentes de eutanásia não possui qualquer fundamento sólido. Omissões e acções

deviam, pelo menos no que diz respeito ao objecto da presente discussão, ser avaliadas da mesma forma pela lei.

6. Conclusão

Manter as normas que proíbem as práticas relacionadas com a eutanásia e ocasionalmente aplicá-las de forma mais flexível, consoante as circunstâncias específicas de cada caso, produz inevitavelmente incerteza e não protege adequadamente nem a posição dos médicos, nem a posição dos pacientes ⁽⁷⁴⁾. Além disso, tolerar as discrepâncias que actualmente existem entre o "direito dos livros" e o "direito na prática" tende a conduzir ao desrespeito pela lei ⁽⁷⁵⁾. Vários autores já concretizaram propostas específicas sobre formas possíveis de aplicação de regras que permitam a prática da eutanásia, assegurando, simultaneamente, a protecção e salvaguarda dos direitos e interesses de todos os envolvidos ⁽⁷⁶⁾. Independentemente dessas propostas, os casos de legislação, presentemente em vigor, que legalizaram a prática da eutanásia "activa" ou do suicídio assistido, nomeadamente na Bélgica e nos Países Baixos, são exemplos inequívocos de técnica legislativa de grande qualidade, na medida em que conseguiram um compromisso equilibrado entre os interesses de todas as pessoas envolvidas e os deveres de protecção das autoridades públicas.

⁽⁷²⁾ M. Odowski, *op. cit.*, págs. 456-457.

⁽⁷³⁾ *Ibidem*.

⁽⁷⁴⁾ Para uma análise das diferentes reformas legislativas possíveis, *vide* M. Odowski, *op. cit.*, págs. 456-493; J. M. Freeman, *op. cit.*, págs. 166-167; A. A. Morris, "Voluntary Euthanasia", *Washington Law Review*, 1970, págs. 239 *et seq.*; F. G. Miller, T. E. Quill, H. Brody, *et al.*, "Regulating physician-assisted death", *in* N. Engl. J. Med., 331, 1994, págs. 119-123.

⁽⁷²⁾ No mesmo sentido, *vide* P. Rescigno, "Autoderminazione e testamento in vita", *in* Cosimo Marco Mazzoni (Ed.), *op. cit.*, pág. 283.

⁽⁷³⁾ C. A. Defanti, *op. cit.*, pág. 246; L. Schwarzenberg, "Penser l'euthanasie", *in* Pinsart M.-G. et Susanne C. (Eds.), *op. cit.*, págs. 89-97, especialmente pág. 96.

A diferença óbvia e perigosa que existe entre os países que assumem frontalmente uma política aberta no âmbito das práticas relacionadas com a eutanásia e aqueles que não o fazem é que estas práticas ocorrem sem qualquer tipo de controlo ou regulamentação nestes últimos. Actualmente assiste-se a um complexo jogo social, em que a linguagem, em particular a terminologia legal e médica, é manipulada com astúcia, inventando-se eufemismos que apazi-

guem uma má consciência moral e um mal-estar político. Reina a hipocrisia. O objectivo último da medicina já não deve ser percebido como a manutenção da vida a qualquer custo, mas sim a promoção do bem-estar e eliminação do sofrimento. Ainda que salvar vidas continue a ser o princípio condutor máximo, este deve dar precedência à compaixão e ao respeito pelo direito à autodeterminação do paciente.