

**PARECER N.º P/13/APB/08 – PROPOSTA DE UM
REFERENDO NACIONAL SOBRE A PRÁTICA DA EUTANÁSIA**

RELATOR: RUI NUNES

I – PREÂMBULO

O debate social e político em torno da eutanásia origina uma acesa controvérsia num diálogo nem sempre construtivo em torno do conceito de morte com dignidade. Porém, apesar da importância deste debate apaixonado – e em constante crescente na nossa sociedade – existe uma manifesta falta de informação objectiva sobre os motivos que podem originar um pedido desta natureza. Progressivamente, porém, diversos estudos têm demonstrado uma crescente aceitação desta prática quer pela classe médica¹ quer pela população em geral².

Deve realçar-se que na maioria das democracias ocidentais cresce a noção de que, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, os doentes devem ser livres de recusar determinados tratamentos, à luz do princípio do respeito pela autonomia individual. Assim, é já hoje possível qualquer doente, capaz e competente, recusar um tratamento médico, mesmo que desta forma se abrevie o momento da morte. A discussão pública ao longo dos últimos anos em torno da legalização das Directivas Antecipadas de Vontade³ – em especial do Testamento Vital – é de isso um bom exemplo.

Mais ainda, em doenças incuráveis e terminais tem-se questionado se este direito à autodeterminação é ilimitado, nomeadamente no atinente ao pedido para terminar a própria vida, ou se existem fronteiras que não devem ser ultrapassadas. Deve realçar-se que o conceito de eutanásia internacionalmente reconhecido se reporta à perspectiva holandesa, ou seja à morte intencional de um doente, a seu pedido (firme e consistente), através da intervenção directa de um profissional de saúde. Trata-se

¹ Gonçalves F: A Boa Morte: Ética no Fim da Vida. Dissertação de Mestrado em Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 2006.

² Associação Portuguesa de Bioética: Inquérito Nacional à Prática da Eutanásia, Relatores: Rui Nunes, Ivone Duarte, Ricardo Soares, Guilhermina Rego, 2007 (www.apbioetica.org).

³ Ver a propósito da legalização do Testamento Vital em Portugal o Parecer N.º P/05/APB/06 sobre Directivas Antecipadas de Vontade, Associação Portuguesa de Bioética, Porto, 2006, (www.apbioetica.org) e o Projecto de Diploma N.º P/06/APB/06 que regula o Exercício do Direito a Formular Directivas Antecipadas de Vontade no Âmbito da Prestação de Cuidados de Saúde e Cria o Correspondente Registo Nacional, Associação Portuguesa de Bioética, 2006, Porto, 2006 (www.apbioetica.org).

de um processo voluntário por oposição à “eutanásia não-voluntária”, sem o conhecimento do doente, ou à “eutanásia involuntária”, contra a sua vontade. Mais ainda, a eutanásia voluntária pressupõe a livre expressão da vontade individual ou, por outro lado, a vontade previamente expressa e, nesta perspectiva, apenas se pode referir ao termo “eutanásia” quando a morte é provocada por um médico ou outro profissional de saúde. Numa perspectiva clínica subentende-se a morte directa do paciente através da utilização de medicamentos especificamente administrados para o efeito (usualmente barbitúricos e relaxantes neuro-musculares e, menos frequentemente, opiáceos).

Neste contexto evolutivo tem existido um intenso escrutínio da comunidade internacional sobre a *physician assisted death* (que inclui tanto a eutanásia activa como a assistência médica ao suicídio), com o objectivo de determinar a tendência de evolução deste tipo de prática. Isto é, e como salienta aliás Timothy Quill⁴, é fundamental monitorizar a evolução da morte assistida em todas as democracias ocidentais, nomeadamente no que se refere à fiscalização do cumprimento das normas e regulamentos existentes nesta matéria. E, assim, prevenir a ocorrência de práticas claramente ilegítimas, tal como a eutanásia não-voluntária e involuntária.

Assim, está fora do âmbito da eutanásia, e portanto deste parecer, a suspensão ou abstenção de tratamentos⁵, ou a administração de medicamentos com uma finalidade terapêutica – nomeadamente a sedação⁶ – sendo a morte superveniente uma consequência esperada mas não desejada (não intencional). Na perspectiva ética, a complexidade da situação agrava-se quando se proclama que a morte directa e intencional é sempre ilegítima mas “deixar morrer” (*let die*) seria aceitável nalgumas circunstâncias. Sobretudo quando a intenção seria outra, por exemplo aliviar o sofrimento ou providenciar a analgesia necessária. Porém, esta distinção tende a esbater-se dado que a consequência previsível seria a morte do doente.

Em síntese, existem argumentos éticos válidos a favor e contra a prática da eutanásia, argumentos que podem ser sintetizados da seguinte forma^{7 8}:

⁴ Quill T: Physician Assisted Death in Vulnerable Populations. *British Medical Journal* 335; 2007: 625-626.

⁵ Sobre este tema ver Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: *Guidelines* sobre Suspensão e Abstenção de Tratamento em Doentes Terminais, 2008, (Relator: Rui Nunes) www.sbem-fmup.org

⁶ De acordo com Chiu et al, por sedação deve entender-se o uso de fármacos para aliviar sintomas refractários causadores de sofrimento intolerável que não foram passíveis de alívio por outros meios num período de tempo aceitável. Ver Chiu T, Hu W, Lue B, Cheng S, Chen C: Sedation for Refractory Symptoms of Terminal Cancer Patients in Taiwan. *Journal of Pain Symptom Management* 21; 2001: 467-472.

⁷ Battin M: Euthanasia and Physician Assisted Suicide. *In* The Oxford Handbook of Practical Ethics (Editor: Hugh LaFollette), Oxford University Press, Oxford, 2003.

⁸ Beauchamp T, Childress J: Principles of Biomedical Ethics, Fifth Edition, Oxford University Press, New York, 2001.

- PRINCIPAIS ARGUMENTOS CONTRA: carácter sagrado da vida humana, integridade da profissão médica, e abuso potencial (*slippery-slope*);
- PRINCIPAIS ARGUMENTOS A FAVOR: respeito pela autodeterminação da pessoa e alívio da dor e do sofrimento (compaixão).

Os exemplos da Holanda (onde a eutanásia voluntária e a assistência médica ao suicídio estão formalmente legalizadas desde 2002) ou do Estado norte-americano do Oregon (onde está legalizada a assistência médica ao suicídio desde 1997 através do *Oregon Death With Dignity Act*), contribuíram em larga medida para a globalização do debate sobre a legitimidade da eutanásia⁹. Note-se que a opinião pública de muitos países democráticos é maioritariamente favorável à sua aplicação. Recentemente, também em Espanha¹⁰ foi proclamada a intenção de legalizar este tipo de prática.

Porém, convém apreciar com prudência a evolução da eutanásia na Holanda após a sua legalização. Os dados existentes revelam que 1,7% de todas as mortes ocorridas neste país em 2005 se deveram à eutanásia e que este valor é significativamente mais baixo do que o registado em 2001, ocasião em que 2,6% das mortes tiveram aquela origem. Porém, de acordo com o mais recente estudo de colaboração multicêntrico realizado na Holanda sobre a eutanásia por Van der Heide et al¹¹, evidencia-se uma evolução positiva no que diz respeito ao controlo da eutanásia voluntária, mas permanecem algumas dúvidas sobre outras decisões médicas em fim de vida, tal como a sedação com morfina. Como já se referiu, este tipo de tratamento pretende o alívio da dor e do sofrimento, não sendo a morte intencionalmente desejada. E, quando esta ocorre, trata-se apenas de um efeito subsidiário em relação ao objectivo principal que é o alívio do sofrimento através da sedação.

Porém, e ainda que se evidenciasse alguma evolução do número absoluto de casos de eutanásia na Holanda ao longo dos últimos anos, Margaret Battin et al¹² referem que a evidência científica demonstra que não existiu qualquer agravamento do risco de prática da eutanásia voluntária em grupos vulneráveis em comparação com a

⁹ Também a província Australiana *Northern Territory* legalizou, ainda que temporariamente, a prática da eutanásia voluntária e do suicídio assistido através da lei *Rights of the Terminally Ill Act* (1995). Ver Stoffell B: Voluntary Euthanasia, Suicide and Physician-Assisted Suicide. In *A Companion to Bioethics* (Editors: Helga Kuhse, Peter Singer), Blackwell Publishers, Ltd, Oxford, 1998.

¹⁰ Uma sondagem efectuada pelo Instituto NOXA em Setembro de 2008 revela que 79% dos espanhóis são favoráveis à legalização da eutanásia, tendo o governo espanhol anunciado que ao longo desta legislatura o código penal seria alterado de modo a permitir esta prática.

¹¹ Van der Heide A, et al: End-of-life Practices in The Netherlands under the Euthanasia Act. *The New England Journal of Medicine*, 356; 2007: 1957-1965.

¹² Battin M, van der Heide A, Ganzini L, van der Hal G, Onwuteaka-Philipsen B: Legal Physician-assisted Dying in Oregon and the Netherlands: Evidence Concerning the Impact on Patients in “Vulnerable” Groups. *Journal of Medical Ethics* 33; 2007: 591-597.

população em geral. Nomeadamente, em idosos, em deficientes, em doentes mentais, em doentes crónicos, em pessoas com baixo nível cultural, ou nas minorias étnicas e raciais. Fica por determinar, contudo, a verdadeira realidade no que se refere à eutanásia não-voluntária e involuntária, nomeadamente quando se trata de doentes incompetentes, designadamente crianças e recém-nascidos com graves deficiências neurológicas¹³.

Ciente desta problemática a Associação Portuguesa de Bioética entendeu ser seu dever promover uma reflexão crítica sobre a morte medicamente assistida – nomeadamente sobre a eutanásia e o suicídio assistido – na perspectiva, ética, jurídica e social. O presente parecer insere-se nesta trajectória tentando contribuir para um debate plural na sociedade portuguesa sobre um dos temas que mais dividem os portugueses.

II – CONSIDERANDO QUE:

- a) A fase final da vida humana suscitou desde sempre inúmeras dúvidas existenciais, sobretudo quando existe a possibilidade de intervir medicamente para aliviar a dor e o sofrimento;
- b) Em doenças incuráveis e terminais tem-se questionado se a autonomia individual é ilimitada ou se existem barreiras éticas intransponíveis;
- c) A evolução da medicina originou a possibilidade de prolongar a existência humana para além daquilo que é razoável, pelo que as sociedades democráticas e plurais têm questionado os limites da intervenção médica em doentes terminais¹⁴;
- d) A situação ideal seria uma prática profissional digna, adequada e diligente, ou seja aquilo que se designa por ortotanásia¹⁵;

¹³ Para minorar este problema, Harm van Marwijk et al. advogam que os especialistas em Medicina Geral e Familiar devem discutir esta problemática desde o início da sua carreira profissional e que o tema da morte assistida deve ser obrigatoriamente incluído no programa de pós-graduação desta especialidade médica. Marwijk H, Haverkate I, The AM: Impact of Euthanasia on Primary Care Physicians in The Netherlands. *Palliative Medicine* 21 n°7; 2007: 609-614.

¹⁴ O estabelecimento de critérios deve ser o mais consensual possível para impedir disparidades eticamente inaceitáveis na suspensão ou abstenção de tratamentos em doentes terminais. Sobre o estabelecimento de um consenso sobre esta matéria ver Stanley J: The Appleton Consensus: Suggested International Guidelines for Decisions to Forego Medical Treatment. *Journal of Medical Ethics*, 15; 1989: 129-136.

¹⁵ A suspensão ou abstenção de meios desproporcionados de tratamento – incluindo a reanimação cardio-pulmonar e as “Ordens de Não Reanimar” – são hoje prática corrente em todo o mundo ocidental, cristalizando a noção de que vida humana merece ser sempre

- e) Ainda que nem sempre seja fácil traçar uma linha divisória entre suspensão ou abstenção de meios desproporcionados de tratamento, a utilização desproporcionada de intervenções médicas suscita dilemas éticos de enorme impacto nas sociedades ocidentais, sendo hoje universalmente considerada como má prática médica, ou seja obstinação terapêutica ou distanásia;
- f) Existem diferenças clínicas importantes entre a suspensão (*withdraw*) e a abstenção (*withhold*) de tratamento, particularmente em doentes terminais, mas que estas diferenças tendem a esbater-se consideravelmente do ponto de vista ético¹⁶;
- g) Os cuidados paliativos, ou seja cuidados globais que se prestam aos doentes cuja afecção não responde ao tratamento curativo¹⁷, são hoje reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde como uma componente integrante da luta contra o cancro, estendendo-se também ao tratamento de doentes terminais com SIDA, doenças cardíaco-pulmonares, hepáticas, neurológicas, entre outras¹⁸;
- h) Para muitos doentes, a solidão em que se encontram pode implicar que a morte assistida – quer na forma de eutanásia quer de assistência ao suicídio – seja considerada a solução final, ainda que não desejada, para o seu dilema existencial;
- i) Diversos argumentos têm sido sucessivamente apresentados a favor desta prática, nomeadamente os que radicam na qualidade de vida do moribundo e no dever de respeito da sua dignidade face à degradação evidente das condições de vida existentes;

respeitada na sua dignidade, sobretudo no final da sua existência. Neste contexto, o Conselho Federal de Medicina (Brasil) determinou – através da Resolução do CFM n.º 1.805/2006 – que “Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal”.

¹⁶ Em Espanha por exemplo, para ultrapassar esta questão da suspensão *versus* abstenção de tratamento recorre-se à expressão “*limitación del esfuerzo terapéutico*”, que abarca simultaneamente ambos os conceitos. Ver Abizanda Campos: *Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET). No Instauración o Retirada de Medidas de Soporte. In Decisiones Terapéuticas al Final de la Vida, Colección Medicina Crítica Práctica* (Editor: Cabré Pericas), EdikaMed, Barcelona, 2003.

¹⁷ Foley K: The Past and the Future of Palliative Care. The Hastings Center Report 35, n.6 (special report); 2005: 42-46.

¹⁸ Holman J, Brendel D: The Ethics of Palliative Care in Psychiatry. The Journal of Clinical Ethics 17 n.4; 2006: 333-338.

- j) Nas sociedades pluralistas tem-se desenvolvido progressivamente a noção de “morte com dignidade” à luz de critérios de qualidade de vida e de ausência de sofrimento;
- k) A eutanásia só é uma opção livre quando se assegurar que se trata de um pedido racional de alguém que não se revê mais no seu projecto de vida pessoal, ou seja, que não se trata de um comportamento apelativo por parte de alguém que se encontra insatisfeito com as condições de vida que lhe são proporcionadas¹⁹;
- l) Está determinado empiricamente que os doentes que solicitam a eutanásia estão frequentemente deprimidos ou sob o efeito de outra doença afectiva tratável e que sentem que a sua vida não vale a pena ser vivida²⁰;
- m) Muitos pedidos de eutanásia se devem a sofrimento intenso, devido ao sentimento de abandono e de exclusão social, e menos frequentemente a dor profunda e insustentável;
- n) De acordo com a nossa ordem jurídica a eutanásia é uma prática ilegal e criminalizada, mas a evolução da sociedade portuguesa, ao longo das últimas décadas, associou-se a uma profunda alteração sociológica no que respeita à admissibilidade da prática da eutanásia e da assistência médica ao suicídio;
- o) A prática da eutanásia é considerada tradicionalmente contrária aos objectivos nucleares da medicina²¹, colocando em causa a sua essência e a sua moralidade interna dado que a ética hipocrática tradicional considera que a vida humana não é um bem disponível ao próprio, existindo determinados limites ao exercício da autonomia individual;
- p) O princípio da autonomia profissional legitimaria a recusa de acto médico que contrarie os valores morais e religiosos ou a consciência profissional;
- q) Na perspectiva da ética personalista, a eutanásia nunca é uma solução, dado que nenhuma pessoa nas suas plenas capacidades cognitivas e emocionais desejaria morrer;

¹⁹ Dubler N: Conflict and Consensus at the End Life. The Hastings Center Report 35, n.6 (special report); 2005: 19-25.

²⁰ Ganzini L, Beer T, Brouns M, Mori M, Hsieh Y: Interest in Physician-Assisted Suicide among Oregon Cancer Patients. The Journal of Clinical Ethics 17 n.1; 2006: 27-38.

²¹ Ou seja, pode argumentar-se – tal como Edmund Pellegrino ou Erich Loewy – que a prática da eutanásia por médicos fere a essência da relação médico/doente e coloca em causa a moralidade interna da medicina ao questionar a sua natureza e os seus objectivos nucleares. Ver Pellegrino E: Doctors Must Not Kill. The Journal of Clinical Ethics 3 n.2; 1992: 95-102. Loewy H: Healing and Killing, Harming and Not Harming: Physician Participation in Euthanasia and Capital Punishment. The Journal of Clinical Ethics 3 n.1; 1992: 29-34.

- r) Nesta óptica, quem pede a eutanásia não quer é viver naquela situação específica, pelo que se trataria de um grito de desespero quanto à vida que está a ser vivida, sendo a vida um bem sagrado, inviolável, e indisponível ao próprio;
- s) Para o utilitarismo a eutanásia pode ser eticamente adequada²² dado que a acção moralmente certa, em qualquer ocasião, é aquela que produza maior felicidade sobre infelicidade e, pelo menos nalgumas ocasiões, o maior balanço entre a felicidade e a infelicidade pode ser alcançado pela morte assistida²³;
- t) A essência de uma democracia plural é a convivência pacífica de distintas visões do bem individual e do bem comum;
- u) Independentemente da sua fundamentação ética é diferente aceitar uma prática no plano conceptual, a legalizá-la, devido às consequências sociais dessa despenalização sobre outros valores sociais.

III – A ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA É DE PARECER QUE:

1. Se devem implementar medidas concretas que permitam evitar pedidos de eutanásia voluntária quando esta não seja verdadeiramente desejada;
2. Se devem envidar todos os esforços para prestar auxílio àqueles que sofrem e que encontram num pedido de eutanásia um grito de alerta e de esperança sobre a sua qualidade de vida, devendo a sociedade organizar-se para incluir, acompanhar e integrar os doentes terminais e as pessoas portadoras de doenças crónicas;
3. O papel da família é de importância fundamental face ao número crescente de pessoas idosas em todas as sociedades ocidentais sendo a inversão da pirâmide demográfica um extraordinário desafio que a todos interpela, devendo a família assumir claramente as suas responsabilidades neste domínio;
4. Ao Estado compete a tarefa de dar condições às famílias para que possam acolher devidamente os idosos, não sendo de excluir apoios directos àqueles agregados familiares que objectivamente não tenham recursos para o efeito (*cash for care*);

²² Na esteira desta corrente de pensamento, John Harris sugere que é moralmente errado encurtar a vida de uma pessoa se desta forma se estiver a privar essa pessoa de alguma coisa que ela valoriza especialmente – tal como a vida. Contudo, obtido o consentimento esclarecido, e se a pessoa deixar de valorizar a vida em si própria, este autor advoga que não existe nada de intrinsecamente errado em permitir a morte assistida. Ver Harris J: *The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics*. Routledge, London, 1991.

²³ Rachels J: *The Elements of Moral Philosophy*, Third Edition, McGraw-Hill College, New York, 1999.

5. O Estado deve promover a generalização dos cuidados paliativos a nível domiciliário, nos Centros de Saúde e cuidados em hospitais oncológicos e outros estabelecimentos de saúde;
6. A medicina de acompanhamento pode ser observada por muitos doentes como uma verdadeira alternativa à eutanásia, alicerçada tanto em redes sociais de apoio – que galvanizem os recursos individuais do doente incurável – como na família, elemento nuclear de uma sociedade justa e equitativa;
7. O Estado deve implementar uma política efectiva de luta contra a dor, nomeadamente através da implementação generalizada do Plano Nacional de Luta Contra a Dor;
8. A humanização da saúde é uma tarefa que respeita a todos os sectores da sociedade, tendo os profissionais de saúde a responsabilidade de exercer a sua profissão na convicção de que lidam com pessoas humanas particularmente vulneráveis;
9. Devem ser implementadas medidas que permitam fomentar cuidados domiciliários ou institucionalizados de grande qualidade, nomeadamente no que diz respeito ao acompanhamento espiritual dos doentes terminais;
10. A legalização das Directivas Antecipadas de Vontade seria um importante vector de afirmação dos direitos individuais, nomeadamente dos doentes terminais, reforçando o sentimento de auto-controlo e de independência face a intervenções médicas não desejadas;
11. Importa definir rapidamente um quadro regulatório de práticas tal como a suspensão ou a abstenção de meios desproporcionados de tratamento, de modo a não serem administrados tratamentos considerados “fúteis” ou “heróicos”;
12. No quadro de uma doença irreversível e terminal, as Ordens de Não-Reanimar são eticamente legítimas se as manobras de reanimação forem claramente desproporcionadas;
13. Independentemente da implementação concreta de um vasto conjunto de medidas sociais com vista melhorar os cuidados assistenciais a doentes terminais existirão sempre pedidos genuínos de eutanásia – no quadro do exercício racional da autodeterminação;
14. É fundamental promover um debate sério e participado sobre a legitimidade da eutanásia no plano ético/social e sobre a necessidade de legislar nesta matéria;
15. A Assembleia da República, o Governo e demais órgãos de soberania devem promover ao longo da próxima legislatura – e após um debate plural e

participado sobre esta temática – a realização de um referendo nacional de modo a ser possível auscultar a população portuguesa no que respeita à morte medicamente assistida;

16. Neste contexto, e tratando-se de uma questão que remete para a esfera da consciência individual, os partidos políticos com representação parlamentar devem apresentar as suas propostas sobre a prática da eutanásia no programa eleitoral das próximas eleições legislativas;
17. Ainda que não exista uma cultura referendária no nosso país, o *empowerment* da sociedade é um factor decisivo para um verdadeiro desenvolvimento civilizacional, pelo que é eticamente inadmissível que não seja efectuada uma consulta popular de modo a legitimar qualquer evolução legislativa sobre a prática da eutanásia.

13 de Outubro de 2008
Aprovado pela Associação Portuguesa de Bioética