



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**FACULDADE DE TEOLOGIA**

**MESTRADO INTEGRADO EM TEOLOGIA (1.º grau canónico)**

**OSVALDO DA GRAÇA MORENO GARCIA DE CARVALHO**

**DIGNIDADE HUMANA E O DOENTE EM FIM DE VIDA  
EUTANÁSIA E CUIDADOS PALIATIVOS**

**Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Teologia  
sob orientação de:**

**Prof. Doutor Jerónimo dos Santos Trigo**

**Lisboa**

**2021**

*«Importas porque tu és tu. Importas até ao último momento da tua vida e faremos tudo quanto podemos não só para te ajudar a morrer em paz, mas também para viveres até que morras».*

Cicely Saunders

## AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida, saúde e por tornar-me paciente e perseverante principalmente nos momentos da tribulação. À toda a minha família, pela atenção e compreensão, pelos apoios e toda disponibilidade com que manifestaram durante todo esse tempo de caminhada.

Ao Professor Doutor Pe. Jerónimo dos Santos Trigo, pela oportunidade, confiança e sua disponibilidade para orientar esta dissertação.

Ao Professor Pe. António Rosário, da diocese de Beja, pela amizade, disponibilidade e pelos apoios na elaboração deste trabalho, assim como a Professora Dra. Ana de Albuquerque Queiroz, uma pessoa muito especial para mim, enfermeira muito dedicada ao serviço; obrigado pela pronta aceitação, apesar das limitações de saúde. Que Deus lhe dê saúde e força para continuar com a sua nobre missão.

À Diocese de Santiago de Cabo Verde, na pessoa do seu Bispo, o Cardeal Arlindo Gomes Furtado, pela minha aceitação no seminário, pela confiança e por permitir-me continuar os estudos teológicos, proporcionando todos os meios que são e foram indispensáveis para a sua concretização.

Ao Seminário Maior de Évora e a sua equipa pela formação e acompanhamento durante os anos que aí estive. A casa de formação dos Missionários do Espírito Santo da comunidade de Fraião em Braga, na pessoa do Pe. Hugo Ventura pela formação, amizade e tudo que aí vivi durante os dois anos; aos Espiritanos de Cabo Verde e ao Seminário Diocesano São José da Praia e, a todos que me acompanharam durante todos esses anos de formação, obrigado, que Deus vos abençoe.

Obrigado, ainda a todos os que foram meus professores e colegas, pelo carinho e amizade. À Universidade Católica Portuguesa (Faculdades de Teologia de Braga e de Lisboa) e ao Instituto Superior de Teologia de Évora, aos seus docentes e colaboradores.

As paróquias e seus párocos por onde passai, tanto em Portugal como em Cabo Verde.

A todos, muito obrigado!

## ÍNDICE

RESUMO .....	6
INTRODUÇÃO .....	9
CAP. 1 - O SER HUMANO NA PERSPETIVA ANTROPOLÓGICA .....	11
1. A vida e a pessoa humana .....	11
1.1. Vida biológica e vida biográfica .....	13
1.2. Direito à vida e à dignidade humana .....	14
1.3. Qualidade de vida.....	16
2. Condicionantes da vida – saúde, doença e sofrimento .....	18
2.1. Saúde versus doença.....	19
2.2. O problema da dor e do sofrimento.....	22
3. Morte e morrer .....	25
3.1. O processo de morrer .....	25
3.2. A morte e os seus critérios .....	27
CAP. 2 – EUTANÁSIA: CONCEITOS, ÉTICA E AS LEGISLAÇÕES.....	29
1. Eutanásia – Conceitos e classificações.....	29
1.1. Práticas relacionadas com o fim de vida .....	31
1.2. A história da prática da eutanásia.....	34
1.2.1. Casos históricos de pedido de antecipação de morte.....	36
1.3. Argumentos a favor e contra a prática.....	38
2. Legislações sobre a prática.....	41
2.1. Legislações em alguns países .....	41
2.2. A eutanásia e a realidade jurídica portuguesa .....	45
2.2.1. A proposta legislativa aprovada na Assembleia da República.....	46
2.2.2. Observações do Presidente da República remetidas ao Tribunal Constitucional.....	47
2.2.3. A resposta do Tribunal Constitucional e decisão do Presidente.....	49
2.3. Normas deontológicas dos profissionais de saúde .....	51
3. A ética e o doente em fim de vida.....	55
3.1. Os princípios da não maleficência e da beneficência.....	55
3.2. O direito à vida e o princípio da autonomia.....	57
3.3. Respeitar ou não a vontade do paciente e o testamento vital.....	59
CAP. 3 – PERSPETIVAS TEOLÓGICO MORAL SOBRE A EUTANÁSIA .....	62
1. A doutrina da santidade e sacralidade da vida .....	62
1.1. Promoção da vida e o mandamento “não matarás” .....	63
2. O valor e a defesa da vida humana nas reflexões cristãs.....	65

2.1.	Abordagem teológico-moral da vida.....	65
2.2.	Modernidade secular e a ética da vida.....	66
2.3.	Reflexão eclesial sobre a vida humana.....	67
2.3.1.	O Concílio Vaticano II e Magistério posterior.....	67
2.3.2.	A vida humana nos documentos pontifícios.....	69
3.	Eutanásia e cuidados paliativos na compreensão da Igreja.....	72
3.1.	A Igreja perante a “ajuda a morrer”.....	72
3.2.	O sofrimento e uso dos meios terapêuticos.....	74
3.3.	Cuidados paliativos uma resposta ao sofrimento.....	77
3.3.1.	Indicação e componentes essenciais dos cuidados paliativos.....	79
3.3.2.	Princípios dos cuidados paliativos.....	80
3.3.3.	O acompanhamento dos doentes terminais.....	82
3.4.	A eutanásia e cuidados paliativos.....	85
	CONCLUSÃO.....	87
	BIBLIOGRAFIA.....	91

## RESUMO

Este estudo pretende ser uma reflexão sobre temas, como a dignidade humana e o doente em fim de vida, associando conceitos como eutanásia e cuidados paliativos. Apresenta a problemática da eutanásia, da morte medicamente assistida, e do seu desenvolvimento ao longo da história.

Numa breve observação do panorama jurídica mundial, particularmente da nossa realidade portuguesa, indicam-se propostas legislativas e pareceres sobre esta prática, aliás, nem sempre consensuais, porque se trata de questões sensíveis como o sofrimento proveniente de doenças incuráveis, a autonomia do doente, o poder de decisão na fase terminal da vida, sobretudo a preferência pela prática da morte medicamente assistida.

A Igreja Católica, através da sua doutrina, luta pela defesa da vida humana, sua dignidade em todas as situações, em especial no seu fim. Tomando como fundamento a Sagrada Escritura e o Magistério, apresenta um olhar cristão da vida humana, reconhecendo nela uma realidade sacral. Por isso, condena práticas como a eutanásia, e apoia o cuidado amoroso e próximo proporcionados pelos cuidados paliativos. São verdadeiros instrumentos proporcionadores de um processo de morrer com toda a dignidade.

É um estudo descritivo-reflexivo, que procura destacar, com base na revisão bibliográfica existente, sobretudo nos documentos da Igreja Católica, a importância do cuidar da pessoa que sofre, até ao fim, contrapondo práticas como a eutanásia e os cuidados paliativos.

**Palavras-chave:** eutanásia, vida, excesso terapêutico, morte, autonomia, dignidade humana, doente, morte medicamente assistida.

## ABSTRACT

This study intends to be a reflection on themes such as human dignity and the end-of-life patient, associating concepts such as euthanasia and palliative care. It presents the problems of euthanasia, medically assisted death, and its development throughout history.

In a brief observation of the world legal panorama, particularly of our Portuguese reality, legislative proposals and opinions about this practice are indicated, which are not always consensual, because it deals with sensitive issues such as the suffering caused by incurable diseases, the patient's autonomy, the power of decision in the terminal phase of life, especially the preference for the practice of medically assisted death.

The Catholic Church, through its doctrine, fights for the defense of human life, its dignity in all situations, especially at its end. Based on Sacred Scripture and the Magisterium, it presents a Christian view of human life, recognizing in it a sacred reality. Therefore, it condemns practices such as euthanasia, and supports the loving and close care provided by palliative care. They are true instruments that provide a process of dying with all dignity.

This is a descriptive-reflective study, which seeks to highlight, based on the existing literature review, especially in the documents of the Catholic Church, the importance of caring for the suffering person, until the end, contrasting practices such as euthanasia and palliative care.

**Keywords:** euthanasia, life, therapeutic excess, death, autonomy, human dignity, patient, medically assisted death.

## SIGLÁRIO

AMM - Associação Médica Mundial

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CDOM - Código Deontológico da Ordem dos Médicos

CEP - Conferência Episcopal Portuguesa

CIC - Catecismo da Igreja Católica

*CL - Christifideles laici*

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CNECV - Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida de Portugal

CP – Código Penal

*CV - Caritas in veritate*

DUDH - Declaração Universal dos Direitos Humanos

*EV - Evangelium Vitae*

*GS - Gaudium et Spes*

IASP - International Association for the Study of Pain

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

*SB - Samaritanus bonus*

*SD - Salvifici Doloris*

*VS - Veritatis Splendor*

## ABREVIATURAS

Art. – Artigo

Cit. – Citado

p. – Página

Rev. - Revista

## INTRODUÇÃO

O fim da vida e uma boa morte são temas que tem suscitado alguns debates, envolvendo dos mais críticos, às pessoas mais simples da nossa sociedade. Em muitos países, sobretudo nos mais desenvolvidos, são apresentadas algumas propostas legislativas e pareceres éticos, que nem sempre são consensuais, dando lugar a indefinições e divisão da opinião pública.

Apesar desses vários debates e publicações, tais temas, sobretudo a eutanásia, continuam a ser dos grandes dilemas éticos e morais da atualidade, particularmente para os legisladores. Essas práticas estão relacionadas com as pessoas em fase terminal, bem como com aquelas cujas vidas se encontram marcadas pelas fragilidades da velhice ou outras debilitações, em que a esperança de recuperação ou de melhores condições, em muitos dos casos, são praticamente nulas, e o sofrimento e a drama da morte são realidades bem presentes.

O problema reside na questão da vida, do direito à vida, e da dignidade da pessoa humana, e, do mesmo modo, a questão da qualidade da vida particularmente no seu fim. Veremos que, fruto dessas inquietações, a ética como a doutrina da Igreja, têm salientando o valor da vida humana, a sua dignidade e o respeito pela mesma em todas as situações.

Por isso, reprovam-se todas as ações que ameaçam a sua continuidade, e igualmente sublinha-se que é preciso garantir a qualidade e algumas outras condições, para que a fase final da vida de qualquer pessoa, seja vivida da melhor forma, até que aconteça a morte.

Este estudo buscará, de forma particular, abordar sinteticamente essas questões dando especial atenção a dignidade humana e à prática da eutanásia. Sem dúvida este não será o último, como muitos outros estudos já realizados sobre esses temas. Porém, nele tentaremos apresentar algumas atualizações, particularmente no contexto da realidade portuguesa.

Refletir-se-á, no primeiro capítulo, sobre os conceitos da vida, tanto a biológica como a biográfica, sobre a sua qualidade, a sua dignidade e os problemas que inquietam a pessoa humana, como as doenças, os sofrimentos e a própria morte. Tudo isso tendo em atenção o contexto hodierno, em que as ciências médicas são apresentadas como capazes de resolverem muitos problemas da humanidade.

Num segundo momento, falaremos da problemática da eutanásia, esclarecendo os conceitos relacionado com a prática, o seu desenvolvimento ao longo da história, as argumentações pró e

contras, e um breve panorama jurídica mundial. Também as questões como a autonomia do doente, o testamento vital e os princípios da bioética merecerão abordagens, visto que são pontos cruciais no debate sobre a prática da morte medicamente assistida, como veremos nos exemplos de alguns casos concretos.

Partido dessas questões, a visão da Igreja Católica sobre esses temas terá relevância neste estudo. Apresentaremos ideias concretas como o olhar cristão sobre a vida humana, já que a mesma goza da santidade e sacralidade. Falaremos da promoção e defesa da dignidade e integridade da vida humana pela Igreja Católica, tomando como fundamento a Sagrada Escritura e o Magistério. De entre estas formas, encontramos as apostas, num cuidado amoroso e próximo, como apresentados nos cuidados paliativos. É precisamente sobre a importância desses cuidados e dos cuidadores que concluiremos esse estudo, procurando destacá-lo como verdadeiros instrumentos proporcionadores de um processo de morrer mais digno.

O tema deste estudo foi escolhido com intuito de procurar destacar a importância do cuidar da pessoa que sofre até ao fim, reconhecendo a dignidade, a santidade e sacralidade da sua vida, contrapondo práticas como os cuidados paliativos e a eutanásia.

Buscará o estudo apresentar as respostas mais plausíveis e atuais para as questões como: qual é a atitude do homem atual perante a doença, o sofrimento e a morte? Como é compreendida hoje a prática da eutanásia e em que situação encontramos em relação a sua aplicação e jurisdição civil? Como se posiciona os cristãos e a Igreja Católica perante o seu debate e a prática em si? E, por fim, porquê que os cuidados paliativos são apresentados como a aposta para situações de sofrimentos e na promoção do viver e morrer com maior dignidade?

Para responder essas questões, o estudo terá, como base e fonte, a revisão bibliográfica a partir dos conteúdos sobre o tema, utilizando livros, revistas, artigos e dissertações relacionados, e sobretudo, referenciará os documentos da Igreja Católica de entre eles, a Encíclica *Evangelium Vitae* de S. João Paulo II, e a *Declaratio de Euthanasia* da Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé sobre a Eutanásia, no qual a vida humana, as práticas como a eutanásia são bem apresentados.

## CAP. 1 - O SER HUMANO NA PERSPETIVA ANTROPOLÓGICA

A vida humana é um grande mistério, concretizado em processos que se iniciam na concepção, passando pela gestação, nascimento e crescimento, continuando até estes mesmos processos levarem essa vida ao derradeiro e definitivo momento de sua existência: a morte<sup>1</sup>. Por isso, o melhor enquadramento que podemos fazer da vida, do seu valor, qualidades, direitos e sentido, de um modo geral, é compreender o seu próprio conceito, tendo em atenção o contexto social hodierno, onde são apresentadas muitas teses e opiniões.

### 1. A vida e a pessoa humana

O quê é a vida? Será possível encontrar um sentido para a vida? Estas são exemplos das várias perguntas que, particularmente, em situações limites, desafiam o homem, tal como o sofrimento, o mal e a morte. Aliás, «se a nossa vida não tivesse fim e fosse livre de sofrimento, poderia acontecer ninguém perguntar porque existe mundo»<sup>2</sup>.

O conceito da vida será aqui tomado no sentido restrito da “vida humana”, e referir-se-á à existência do indivíduo humano, tanto na dimensão biológica como filosófica - psíquica, considerada diacronicamente, no processo que vai da concepção à morte, e sincronicamente, nas suas relações essenciais com os demais homens e com o mundo humano. Portanto, saber o que é a vida, ou ter uma ideia mínima sobre a mesma, ajudar-nos-á a compreender e a cuidar dela, seja ao nível individual, familiar ou global.

A vida orgânica pode ser compreendida como «propriedade que caracteriza os organismos, cuja existência evolui do nascimento até a morte», ou ainda, «conjunto de atividades e funções orgânicas que constituem a qualidade que distingue o corpo vivo do morto»<sup>3</sup>. Porém, essas mesmas definições, quando aplicadas ao ser humano, não abrangem a totalidade do que realmente pode caracterizar a vida humana.

---

<sup>1</sup> Cf. Evandro Arlindo Melo e Mário António Sanches, «A Evangelium Vitae e a dignidade do embrião humano», *Pistis & Praxis: Teologia e Pastoral* 7, n. 3 (2015): 576.

<sup>2</sup> Cf. Gilberto Couto, *A Eutanásia Descodificada* (Lisboa, Edições Parténon, 2016), 25.

<sup>3</sup> Cf. Rodrigo Travitzki «O que é vida? Há uma definição precisa? [...]», acedido a 14 de novembro de 2019, <http://www.rizomas.net/ensino-de.biologia/recursos-pedagogicos/202-o-que-e-vida-ha-uma-definicao...>

De ponto de vista filosófico, a capacidade de ação imanente é o principal aspeto que distingue a vida humana. Nesta característica e particularidade, está o facto de ela ser capaz de uma atividade que parte do sujeito e tende a aperfeiçoar o próprio sujeito. Portanto, o salto qualitativo e irreduzível do fenómeno vida, é constituído pela capacidade real que possui o homem de ser causa e fim da própria ação<sup>4</sup>.

Segundo Elio Sgreccia, existem diferentes níveis da vida, e na língua grega clássica, três termos são apresentados para indicar aspetos diversos do fenómeno da vida: *zoé*, *bios*, *psyché*. *Zoé* refere-se à vitalidade que se exprime em todos os seres vivos, o princípio da vida, a vida biológica e a vida mediante a qual vivemos.

*Bios* individual, plural e mortal, refere às modalidades ou condições da vida, física, temporal e finita. É a vida que vivemos, na sua individualidade empírica, vinculada à temporalidade. É o viver, o “curso, a duração ou o modo de vida”; denota a “vida” nas suas manifestações externas e concretas. E o *psyché* é o sopro vital, portanto, a vida em si. É o que nos permite reconhecer e afirmar como um *eu*; abre a dimensão do sentido e abrange, portanto, a totalidade da existência e vida do ser humano<sup>5</sup>.

Nessa totalidade da vida humana, encontramos a consciência, e esta apresenta-se como a forma superior dada à mesma vida. Através desta faculdade cognoscitivo-sensorial, o homem escolhe a forma do próprio agir e também o seu fim. Essa escolha, na medida em que é livre, acaba por implicar a ética. Não apenas a escolha do agir e o carácter ético da ação, mas na vida em que estão presentes os aspetos cognitivos e sensorial, está também particularmente marcada pela questão do sentido<sup>6</sup>.

O sentido da existência humana tem, ao longo dos tempos, preocupado muita gente<sup>7</sup>. É uma questão que desafia todo homem, embora em graus diferentes de reflexão, do pouco consciente ao rigorosamente filosófico. Essa questão também é rejeitada por vários motivos: por considerá-la irrelevante, um absurdo, ou por ter uma resposta impossível, no plano da reflexão filosófica.

---

<sup>4</sup> Cf. Elio Sgreccia, *Manual de Bioética - Fundamentos e Ética Biomédica*, trad. Mário Matos (Lisboa: Princípiá Editora, 2016), 104.

<sup>5</sup> Cf. Sgreccia, *Manual de Bioética - Fundamentos e Ética Biomédica*, 104-105.

<sup>6</sup> Cf. Sgreccia, 103, 106.

<sup>7</sup> Cf. José Torres, *O Caminho da vida humana* (Braga: Editorial Hospitalidade, 2010), 172.

## 1.1. Vida biológica e vida biográfica

Diz-se que a vida biológica enquanto organismos, não tem o mesmo valor do que a vida biográfica, enquanto pessoa<sup>8</sup>. A vida biológica e a vida biográfica são correspondentemente apresentadas como a vida orgânica, animal, corporal, estando centrada na estrutura celular e metabólica. A vida humana pessoal para além da vida biológica, abrange também o intelectual, moral, cultural e espiritual, ou a vida afetada pelas suas referências a valores<sup>9</sup>.

Dessa distinção salienta-se que as biografias não podem ser reduzidas a categorias biológicas, porque o homem é um ser com, e fazedor da história, mas também, porque uma redução apenas a esta categoria, empobrece o ser homem<sup>10</sup>.

É evidente que qualquer tentativa de redução não é apropriada, isto particularmente quando se trata de vida social, pois embora as estruturas sociais humanas sejam formadas por organismos, elas não são organismos<sup>11</sup>. Do social, através da biografia do homem, compreendemos a sua personalidade e a forma como foi influenciada pela sociedade.

Portanto, o homem, ao longo do seu existir, acumula histórias e experiências pessoais. Possui uma vivência repleta ou não de factos, faz um percurso de vida e a tudo isso chamamos biografia. Esta vida pessoal é privilegiada pela capacidade que o ser humano tem de pensar e escolher, interagir, produzir e trabalhar coisas; o que em algumas situações não acontece plenamente, como é o caso dos doentes em estado vegetativo<sup>12</sup>.

No entanto, a pessoa é singular, é também diferente, e tem as suas características, os seus anseios, as suas necessidades e fragilidades, e esses patrimónios e diferenças merecem ser respeitados em todas as situações. Esse respeito e o reconhecer que “o outro é diferente de mim”, não significam que uma pessoa é melhor do que a outra, ou que tem mais valor. Como se consagra nos direitos universais do homem, no que se refere à dignidade, somos todos iguais<sup>13</sup>.

---

<sup>8</sup> Cf. Couto, *A Eutanásia Descodificada*, 30.

<sup>9</sup> Cf. Gustavo Bueno, *El sentido de la vida* (Oviedo: Pentalfa Ediciones, 1996), 385.

<sup>10</sup> Cf. Bueno, *El sentido de la vida*, 386.

<sup>11</sup> Cf. Bueno, 386.

<sup>12</sup> Cf. Alexandra Sofia Jóia Maló, *Eutanásia: o direito à vida/o direito à vida com qualidade* (Lisboa: Universidades Lusíada Dissertações, 2009), 86.

<sup>13</sup> Cf. Cilene Rennó Junqueira, *Bioética: conceito, fundamentação e princípios* (S. Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2011), 16.

Toda a pessoa humana, independentemente da situação, tem valor pelo simples facto de ser pessoa. Portanto, a sua realidade humana é composta por diversas dimensões: a biológica, a psicológica, a social ou moral e a espiritual. Juntas, compõem o indivíduo todo; ou seja, a pessoa na sua totalidade, um ser biológico e biográfico.

Por isso, as reflexões e ações diante da pessoa, sejam em situações de conflitos éticos ou não, devem ser guiadas pelo respeito a esses fundamentos, uma totalidade dotada de dignidade por si mesma. Só quando se age dessa forma, é que se pode estar certo de que se está a agir de forma ética<sup>14</sup>. É essa capacidade de ação livre e responsável, que diferencia a pessoa dos outros animais e que forma a biografia. Diz-se que sem a razão ou sem pensamento, somos apenas corpos sem sentido de vida<sup>15</sup>, ou um ser biológico.

## 1.2. Direito à vida e à dignidade humana

A pessoa, tem direito à vida e à dignidade, e estas referem-se aos cuidados necessários que devem ser garantidos pela sociedade, em termos de zelar pela vida dos indivíduos. Estes são consagrados como direitos fundamentais, um bem a defender, condicionando todos os demais direitos da pessoa.

Como direito fundamental prioritário, o direito à vida está na base de todos os outros direitos; isto é, aqueles existem por causa dela e para lhe conferir proteção<sup>16</sup>. Em todo o caso, a própria disposição<sup>17</sup>, que garante e estatui esse direito à vida, determina que não se trata do direito de a dispor a bel-prazer<sup>18</sup>. Da mesma forma, diz-se que o direito à vida é intransmissível e indisponível, abarcando isso, o direito de não ser morto e o direito a uma vida digna<sup>19</sup>.

<sup>14</sup> Cf. Junqueira, *Bioética: conceito, fundamentação e princípios*, 16.

<sup>15</sup> Cf. Sandra Cristina P. dos Santos, *Eutanásia e suicídio assistido: o direito e liberdade de escolha* (Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra - Teses de Mestrado, 2011), 52, <http://hdl.handle.net/10316/19198>.

<sup>16</sup> Na Constituição da República Portuguesa, o direito fundamental à vida está claramente entroncado noutros direitos e princípios, de entre eles a dignidade da pessoa humana (art. 1º), a identidade pessoal e o desenvolvimento da personalidade (art. 26º n.º 1), a universalidade (art. 12º n.º 1), e a igualdade (art. 13º). Cf. J. J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República Portuguesa Anotada* (Coimbra: Coimbra Editora, 2014), 448.

<sup>17</sup> Cf. Rui Januário e André Figueira, *O crime de homicídio a pedido - Eutanásia: direito a morrer ou direito de viver* (Lisboa: Ed. Quid Juris Sociedade Editora, 2009), 217.

<sup>18</sup> Cf. Mário Raposo, «Eutanásia. Alguns Problemas Envolvidos», *Brotéria: cristianismo e cultura* 182, n. 3 (2000): 297.

<sup>19</sup> Cf. Daniel Serrão, «Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer», em *Ética em Cuidados de Saúde*, ed. Daniel Serrão e R. Nunes (Porto: Porto Editora, 1998), 15.

Portanto, podemos dizer que a vida é um direito imprescindível, não significando apenas estar vivo, mas também ter garantida a dignidade, de acordo com a condição humana. É a partir da compreensão do real significado da expressão direito à vida e direitos humanos, que se percebe a garantia de uma vida digna, pois estes direitos encontram-se diretamente relacionados com o princípio da dignidade da pessoa humana.

Também na discussão sobre as diversas práticas que envolvem a vida humana, é comum debruçarmo-nos sobre a questão da dignidade humana e a qualidade de vida, para justificar ou recusar algumas ações, como veremos ainda neste estudo.

A conceção da dignidade humana e a preocupação com a sua defesa e promoção, já vem desde há muito tempo e em diversos documentos. Encontramos na Declaração Universal dos Direitos do Homem<sup>20</sup>, um claro exemplo. No preâmbulo é referido que «o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo»<sup>21</sup>.

A dignidade de qualquer ser humano deve ser tomada como a finalidade comum de todo e qualquer Estado, não só face às questões morais ou religiosas, mas também para conseguir alcançar um crescimento íntegro e sereno da humanidade e garantir a qualidade de vida que todos almejam. Em alguns Estados, a questão pode até ser encarada de outra forma<sup>22</sup>, mas a preocupação de base deve ser a mesma.

A par disso, aparece também quem defenda, face a algumas práticas, que o conceito de dignidade tem uma vertente meramente subjetiva. No entanto, é preciso encarar o seu sentido com maior rigor como o fez o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), de Portugal, ao utilizar o termo, “dignidade humana”, para negar as ameaças à vida humana, correlacionando-o com os Direitos Humanos, já que a dignidade humana pressupõe o respeito por eles<sup>23</sup>.

Na perspetiva jurídica, a dignidade da pessoa humana configura uma das bases da República Portuguesa, sendo fundamento de limitação à atuação do Estado. Este princípio eleva o conceito

---

<sup>20</sup> Cf. ONU, «Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)», proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, por meio da Resolução 217 A (III). da Assembleia Geral, acedido a 10 de março de 2020, <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>.

<sup>21</sup> Cf. ONU, «Declaração Universal dos Direitos Humanos», preâmbulo.

<sup>22</sup> Cf. Maló, *Eutanásia: o direito à vida/o direito à vida com qualidade*, 84.

<sup>23</sup> Cf. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), «Reflexão ética sobre a dignidade humana», Documento de trabalho 26/CNE/99, acedido a 09 de março de 2020, <https://www.cnecv.pt/pt/pareceres/reflexao-etica-sobre-a-dignidade-humana-26-cnecv-99>.

da pessoa a um primeiro pressuposto; coloca-a no topo do ordenamento jurídico, e faz com que ela não seja vista nem entendida como um objeto, mas antes como sujeito, “fim e não meio de relações jurídico-sociais”<sup>24</sup>.

A dignidade da pessoa humana torna-se no garante contra excessos e absolutismos políticos, sociais e religiosos, apresentando-se com uma valoração e amplitude normativa intrinsecamente próprias. A Constituição determina isso e ainda garante uma igualdade na dignidade a todos os cidadãos. O Estado, consciente disso, tem de assumir a proteção das pessoas, principalmente quando expostas as situações que atentam a sua dignidade e integridade<sup>25</sup>.

A dignidade humana é congénita e está ligada à vida desde seu início, independentemente de suas condições concretas<sup>26</sup>. É algo intrínseco; «a vida humana reveste-se de dignidade só por ser humana e sempre que é humana»<sup>27</sup>. Esta dignidade da vida humana está intimamente relacionada com a questão da qualidade de vida.

### 1.3. Qualidade de vida

Falar da “qualidade de vida” ou da vida com qualidade, não é, no geral, uma questão consensual, porque seria necessário avaliar cada situação em concreto com muito pormenor, uma vez que, se para um certo sujeito uma situação reveste de alguma qualidade, pode ser que para outro a percepção e a avaliação sejam o contrário, ou seja degradante<sup>28</sup>.

A falta de consenso teórico faz com que muitas pesquisas utilizem conceitos como saúde, bem-estar e estilo de vida, como sinónimos de qualidade de vida<sup>29</sup>. Porém, a sua definição na literatura especializada apresenta-se, de forma global, enfatizando a satisfação geral com a vida, felicidade, referindo-se ainda a algo bom, digno e positivo.

---

<sup>24</sup> Cf. Canotilho e Moreira, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, 198; cf. Alfredo José A. Santos, *Os Problemas Penais da Eutanásia e Suicídio Assistido* (Dissertação) (Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa, 2016), 33.

<sup>25</sup> Cf. Santos, *Os Problemas Penais da Eutanásia e Suicídio Assistido*, 33-34.

<sup>26</sup> Cf. R. Altisent Trota et al. (Comité de Ética de la SECPAL), «Declaración sobre la eutanasia de la sociedad Española de Cuidados Paliativos», *Medicina Paliativa* 9, n. 1 (2002): 39.

<sup>27</sup> Cf. Pedro Vaz Patto, «A Eutanásia em face da Constituição Portuguesa», *Direito e Justiça* 16, n. 2 (2002): 208.

<sup>28</sup> Cf. Maló, *Eutanásia: o direito à vida/o direito à vida com qualidade*, 86.

<sup>29</sup> Cf. Érico F. Pereira, Clarissa S. Teixeira e Anderlei dos Santos, «Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação», *Rev. Brasileira de Educação Física e Esporte* 26, n. 2 (2012): 241, <https://www.revistas.usp.br/rbefe/article/view/45895/49498>.

Encontramos ainda o conceito como referente ao conjunto de condições necessárias, tanto desde o ponto de vista biológico como psicológico, social e espiritual, que dão lugar a uma vida autónoma e humana; isto é, a capacidade de realizar as funções próprias do ser humano, como conhecer, falar e mover-se. Essa qualidade de vida não depende unicamente de fatores exógenos ou ambientais, mas também endógenos, que afetam, tanto a sua saúde somática, a psicológica, como a espiritual<sup>30</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define, segundo Vaz Serra e outros autores, qualidade de vida, como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores, nos quais está inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>31</sup>. Trata-se de um conceito alargado, influenciado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com características salientes do respetivo meio<sup>32</sup>.

A mesma definição atualizada diz que a qualidade de vida, «reflete a percepção dos indivíduos de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas ou, ainda, de que não lhes estão sendo negadas oportunidades para alcançar a felicidade e a autorrealização, independentemente do seu estado de saúde físico ou das condições sociais e económicas»<sup>33</sup>.

Essa é uma classificação conceptual em si bastante subjetiva, porque remete o conceito da qualidade de vida para o campo da percepção individual; ou seja, toma como ponto de partida as necessidades e satisfação do sujeito<sup>34</sup>.

Contudo, os estudos sobre o tema são realizados de acordo com os vários critérios económicos, psicológicos e biomédicos. O critério biomédico ou abordagens médicas, normalmente tratam da questão da qualidade de vida, principalmente para oferecer melhorias nas condições de vida dos enfermos<sup>35</sup>. É dos movimentos dentro das ciências afins, que surge a crescente preocupação com questões relacionadas com o tema.

---

<sup>30</sup> Cf. Francesc T. Rossellò, «Calidad de vida», em *El Final de la Vida*, ed. Francisco J. Elizari Basterra (Navarra: Verbo Divino Editorial, 2007), 115.

<sup>31</sup> Cf. Adriano Vaz Serra et al., «Estudos psicométricos do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) ...», *Psiquiatria Clínica* 27, n. 1 (2006): 28, <http://hdl.handle.net/10316/21539>.

<sup>32</sup> Cf. Serra, et al., «Estudos psicométricos do instrumento de avaliação de qualidade de vida...», 28.

<sup>33</sup> OMS, «Promoción de la salud: Glosario», (Genebra, 1998), 29, acedido a 23 de janeiro de 2020, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1).

<sup>34</sup> Cf. Pereira, Teixeira e Santos, «Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação», 242.

<sup>35</sup> Cf. Maria C. S. Minayo, Zulmira M. A. Hartz e Paulo M. Buss, «Qualidade de vida e saúde: um debate necessário», *Ciência & Saúde Coletiva* 5, n. 1 (2000): 8, <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>.

Em vários casos, o conceito é também empregue como sinónimo de saúde; porém, isto não é uniforme, visto que as condições de saúde seriam aspetos a serem considerados, dentro do parâmetro da qualidade de vida que é muito mais abrangente<sup>36</sup>.

No entanto, a qualidade de vida ligado à saúde, «é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela perceção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e as oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos»<sup>37</sup>. De igual modo, ela tem sido proposta como um instrumento, para verificar a saúde da população e incentivar medidas da sua promoção.

Todavia, para que a vida humana tenha qualidade principalmente na saúde, é necessário, mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, enfrentar os seus determinantes em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas de saúde saudáveis, e uma efetiva articulação intersectorial e a mobilização da população<sup>38</sup>. Isso permitiria a qualidade de vida e da saúde acessível em maior escala.

Essas preocupações com a qualidade de vida e da saúde, estão substancialmente apresentadas na Declaração Universal dos Direitos do Homem. Aprovada pela terceira Assembleia das Nações Unidas (ONU), em 10 de dezembro de 1948, esta declaração afirma no art. 25º § 1 que:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para a garantia da sua saúde e do seu bem-estar e da respetiva família, sobretudo quanto à alimentação, vestuário, habitação, tratamento médico e serviços sociais necessários, segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice e noutros casos de perda de meios de subsistência em consequência de circunstâncias independentes da sua vontade<sup>39</sup>.

## **2. Condicionantes da vida – saúde, doença e sofrimento**

A vida humana está sujeita a um conjunto de condições que determinam de certa forma o próprio bem-estar da pessoa, dada a sua importância. Entre eles, podemos elencar a saúde, a doença

---

<sup>36</sup> Cf. Pereira, Teixeira e Santos, «Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação», 241.

<sup>37</sup> Cf. Maryane O. Campos e João F. R. Neto, «Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde», *Rev. Baiana de Saúde Pública* 32, n. 2 (2008): 234, <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2008.v32.n2.a1438>.

<sup>38</sup> Cf. Paulo M. Buss, «Promoção da saúde e qualidade de vida», *Ciência & Saúde Coletiva* 5, n. 1 (2000): 163, <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>.

<sup>39</sup> ONU, «Declaração Universal dos Direitos Humanos», art. 25.

e o sofrimento. São temas de estudos que, ao longo dos tempos, têm preocupado as várias áreas do saber da ciência médica, e os que estudam o comportamento e a vivência do homem, principalmente em situações de adversidades ou limites.

## 2.1. Saúde versus doença

A noção da saúde é um dos temas em que mais e melhor se refletiu a percepção que o homem teve sobre si mesmo. Para «os epicuristas a perfeita saúde estava no contentamento que procura a discreta satisfação de todo o desejo»<sup>40</sup>.

Partindo deste exemplo, pode-se dizer que a saúde não é ausência de doença, mas um estado de bem-estar físico, psicológico e social que permite ao homem a sua verdadeira realização. A saúde não é um conceito estático, mas «um processo sumamente dinâmico, encaminhado à consecução, conservação e fomento do equilíbrio entre todos os elementos que compõem a situação existencial do homem»<sup>41</sup>.

A OMS define-a como «um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a simples ausência de doença ou enfermidade»<sup>42</sup>. Esta definição, como acontece com a da qualidade de vida, na prática, é um pouco constatável, já que o “gozar de um completo bem-estar”, não corresponde à situação concreta de nenhum ser humano. Porém, a mesma supera os limites de uma conceção organicista de saúde, porque inclui o estado psicológico e social<sup>43</sup>. Portanto, é utópico falar de um “perfeito bem-estar”<sup>44</sup>.

Para entender o conceito médico de saúde, poderíamos situá-la entre as conceções biológica e a antropológica. Pode falar-se de «saúde biológica, quando as estruturas e funções parciais de um organismo concordam entre si, dentro de um todo que funciona devidamente e se consegue uma integração harmónica»<sup>45</sup>. Já o conceito antropológico é mais amplo, pois abarca a totalidade dos

<sup>40</sup> Javier Gafo, *Nuevas perspectivas en la moral médica* (Madrid: Iberico Europea de Ediciones, 1978), 38-39.

<sup>41</sup> Cf. Paul Sporken, *Medicina y ética en discusión. Los grandes problemas de la ética médica* (Urroz-Villa, Navarra: Ed. Verbo Divino, 2006), 69.

<sup>42</sup> Cf. OMS, «Documentos básicos - suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006», acedido a 23 de janeiro de 2020, [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).

<sup>43</sup> Cf. Sgreccia, *Manual de Bioética - Fundamentos e Ética Biomédica*, 158.

<sup>44</sup> Cf. Marco Segre e Flávio Carvalho Ferraz, «O conceito de saúde», *Rev. Saúde Pública* 31, n. 5 (1997): 539, <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.

<sup>45</sup> Cf. Sporken, *Medicina y ética en discusión. Los grandes problemas de la ética médica*, 69.

fatores integrantes do ser humano, biológico, psíquico, emocional, social e ético<sup>46</sup>. Neste caso, a saúde resulta mais compreensível como o equilíbrio dinâmico entre o *soma* e a *psiquê* ao nível individual, e entre o indivíduo e o ambiente, não só social, mas também ambiente ecológico<sup>47</sup>.

Isto significa que, embora os aspetos físicos da doença e da saúde tenham primazias no plano da atividade quotidiana dos profissionais de saúde, estes devem ter em conta os aspetos psíquicos e emocionais do doente, bem como os aspetos ambientais, familiar e social, que podem influenciar a cura negativa ou positivamente<sup>48</sup>. No entanto, é a pessoa que deve gerir responsabilmente a sua saúde, o seu equilíbrio, como um bem próprio.

Igualmente, é ao nível ético que se deve fazer a maior integração da definição de saúde, porque ela existe radicada no espírito do homem e na sua liberdade, já que muitas doenças resultam de opções éticas erradas. Mesmo quando a doença tem uma origem independente do *ethos* da pessoa e das suas responsabilidades, a prevenção, a terapia, e a reabilitação implicam a vontade e a liberdade do sujeito, tal como a responsabilidade da comunidade<sup>49</sup>.

A obrigação de cuidar da saúde é, antes de mais, uma obrigação da própria pessoa, visto que a obrigação do médico é um dever subsidiário, isto é, «uma obrigação subordinada, que deve respeitar a decisão pessoal do doente»<sup>50</sup>. Além disso, o modo como o doente enfrenta a doença ou como o cidadão gere a sua saúde, é influenciado pelo quadro dos valores ético-religiosos da própria pessoa.

Relativamente à doença, se perguntarmos sobre o seu conceito, provavelmente aparecerão algumas definições. À primeira vista, responder parece ser simples, porque temos uma compreensão intuitiva da mesma, alcançando mentalmente imagens ou memórias de casos concretos. Porém uma definição satisfatória é surpreendentemente difícil, e não ajuda muito defini-la como o oposto da saúde, dado que as definições de saúde são igualmente complicadas<sup>51</sup>.

Os profissionais de saúde habitualmente utilizam o conceito mais formal, apresentado pela OMS, segundo a qual a doença é «alteração ou desvio do estado fisiológico em uma ou várias

<sup>46</sup> Cf. José Rui da Costa Pinto, *Questões actuais de Ética Médica*, (Braga: Editorial A. O., 1996), 15.

<sup>47</sup> Cf. Sgreccia, *Manual de Bioética - Fundamentos e Ética Biomédica*, 158.

<sup>48</sup> Cf. Costa Pinto, *Questões actuais de Ética Médica*, 16.

<sup>49</sup> Cf. Costa Pinto, 16.

<sup>50</sup> Cf. Gafo, *Nuevas perspectivas en la moral médica*, 44.

<sup>51</sup> Cf. Jackie Leach Scully, «What is a disease? Disease, disability and their definitions», *EMBO Reports* 5, n. 7 (2004): 650, <https://doi.org/10.1038/sj.embor.7400195>.

partes do corpo, devido a causas geralmente conhecidas, manifestadas por sintomas e sinais característicos, e cuja evolução é mais ou menos previsível»<sup>52</sup>.

Esta é uma definição bastante completa, porém talvez pouco compreensível. A doença faz parte da vida em geral e é quase impossível evitá-la dentro do processo biológico, como parte natural da interação do indivíduo com o mundo, tanto ambiental quanto em contato com outros seres humanos, animais e matéria em geral<sup>53</sup>.

A doença, bem como o sofrimento, esteve sempre entre os problemas que afligem a humanidade. Em qualquer época, infinidade de doenças atingem o ser humano, de forma mais ou menos grave, sendo, de algum modo, o reflexo e manifestação da sua fragilidade<sup>54</sup>. O homem experimenta na doença a sua incapacidade, os seus limites, a sua finitude, e nela pode inclusive entrever a morte. Deste modo, a angústia e o fechar-se em si e até, por vezes, o desespero, são comportamentos que podem aparecer como consequência das doenças<sup>55</sup>.

Também ao longo do tempo histórico, a humanidade constatou mudanças das doenças. Em parte, como resultado de expectativas crescente de saúde, em parte, devido a mudanças na capacidade de diagnóstico, mas, sobretudo, devido à mistura de razões sociais e económicas<sup>56</sup>.

Se noutros tempos as pessoas padeciam de doenças infecciosas, na sociedade contemporânea, a medicina, em contraste, fruto do progresso científico, procura combater tanto as enfermidades não infecciosas como as doenças crónicas. Ou seja, atualmente são essas doenças que mais têm preocupado a medicina e as próprias políticas de promoção de saúde pública e da qualidade de vida das pessoas.

A investigação sobre as doenças avançou tanto, que é cada vez mais fácil, encontrar em alguém aparentemente saudável alguma enfermidade. São na maioria doenças crónicas, tal como a diabetes, a hipertensão arterial, e uma grande variedade de tumores cancerígenos ou não. Estes, em alguns casos, requerem tratamentos dolorosos que perduram por toda a vida, devido à falta da cura, e fazem com que o doente se sujeite a muitos medicamentos e a mudança do próprio estilo de vida.

---

<sup>52</sup> Cf. Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud (2019). Acedido a 15 de fevereiro de 2020. <https://tratamientoyenfermedades.com/definicion-enfermedad-oms-concepto-salud/>.

<sup>53</sup> Cf. Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud (2019).

<sup>54</sup> Cf. Torres, *O Caminho da vida humana*, 444.

<sup>55</sup> Cf. Torres, *O Caminho da vida humana*, 446.

<sup>56</sup> Cf. Scully, «What is a disease? Disease, disability and their definitions», 650.

Há quem diga que, «somos todos doentes ou candidatos a doentes. Porém, nunca devemos esquecer que todo o doente é pessoa...»<sup>57</sup>. Esta ideia, pretende sublinhar a atenção que cada ser humano merece, sobretudo quando está afetada por alguma enfermidade<sup>58</sup>. Isto porque, quando o homem não possui saúde, são diversas as limitações, que alteram o completo bem-estar e a qualidade de vida.

Em síntese, a doença é compreendida não só como ausência de saúde, mas enquanto fenómeno cumulativo, quando elementos prejudiciais se agregam progressivamente, piorando a saúde do indivíduo com o passar do tempo<sup>59</sup>. Ela apresenta-se como uma carência, como a negação do elemento positivo constituído pela saúde. É uma noção complexa, que ultrapassa a noção de desgaste, alteração ou defeito<sup>60</sup>.

A doença também não sucede de igual modo em todas as pessoas, e tende a apresentar diferente manifestação para cada doente. É por isso que os critérios para sua definição e classificação, não abrangem todas as singulares possibilidades de expressão do adoecimento<sup>61</sup>. Cada pessoa tem a sua singularidade anatómica e fisiológica, e isto influi na reação do próprio organismo, quando acometido por uma enfermidade. Por isso, nos cuidados a prestar, deve privilegiar-se e ter em atenção primeiramente a pessoa que está doente.

## 2.2. O problema da dor e do sofrimento

Correlativa à doença, encontra-se a questão do mal e do sofrimento. O mal afeta-nos a todos; ninguém escapa a essa realidade sob as mais diversas formas, desde o mal físico até ao que nos atinge no mais recôndito do coração<sup>62</sup>. Ele pode ser explicado de diferentes modos, de acordo

---

<sup>57</sup> Torres, *O Caminho da vida humana*, 445.

<sup>58</sup> Cf. Torres, 444.

<sup>59</sup> Cf. Francisco J. A. De Oliveira, «Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto?» em *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*, ed. Luiz F. D. Duarte e Ondina F. Leal (Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998), 84.

<sup>60</sup> Cf. Sgreccia, *Manual de Bioética - Fundamentos e Ética Biomédica*, 182.

<sup>61</sup> Cf. D. Czeresnia, EMGS Maciel e RAM Oviedo, «Os sentidos da saúde e da doença», *Cad. Saúde Pública* 30, n. 10 (Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013), 15.

<sup>62</sup> Cf. João Batista Libanio, «O problema do mal», *Horizonte - Rev. Estudos de Teologia e Ciências da Religião* 5, n. 9 (2006): 13, <http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/505>.

com a época e os valores éticos e religiosos das pessoas. O mesmo parece fugir a qualquer explicação especulativa, quer seja filosófica, quer seja teológica<sup>63</sup>.

Diante desse mistério que acompanha o ser humano, levanta-se a questão sobre a sua origem. Porém, tal como a doença, o mal e o sofrimento esconde-se no mistério da inteligibilidade, apesar de muitas teorias procurarem desvendar este enigma<sup>64</sup>.

O problema do mal é normalmente unido ao do sofrimento. Este, por sua vez, é daquelas áreas em que é enganoso separar a experiência corporal da psíquica. Ou seja, o sofrimento não é a dor. O termo “dor” refere-se principalmente ao corpo; é sensação dolorosa sentida em uma parte do corpo ou no seu todo. Sofrimento é mais amplo; o mesmo é definido como dor física ou moral. Essas duas dimensões, ou esses dois aspetos do mal-estar, estão intimamente misturados<sup>65</sup>.

A dor ainda pode ser definida como sendo «uma experiência sensorial e emocional desagradável, ligada a uma lesão tecidual real ou descrita como tal»<sup>66</sup>, ou ainda como algo subjetivo, sendo importante a manifestação verbal do sujeito, a experiência que implica associação entre os elementos da experiência sensorial e um estado afetivo aversivo<sup>67</sup>.

Em relação às patologias, como as oncológicas e não só, a dor é sentida como experiência altamente desagradável, mesmo quando ligeira ou moderada<sup>68</sup>. A pessoa que padece da dor, aspeto neurofisiológico, normalmente experimenta o sofrimento, aspeto subjetivo e emocional, e vice-versa. Aquele que experimenta na própria carne a insidiosa dor crónica ou terminal, percebe-a como uma montanha inatingível que lhe produz exaustão física e emocional. Essa dor é horrível, principalmente quando se prolonga no tempo<sup>69</sup>.

A dor e o sofrimento andam juntos; sofre a pessoa e não só o corpo do paciente. Perante sofrimentos intensos e duradouro, a pessoa apresenta, às vezes, perturbações no esquema corporal e aparece a perda do eu e da realidade. O doente terminal, por exemplo, pode experimentar

---

<sup>63</sup> Cf. Couto, *A Eutanásia Descodificada*, 26-27.

<sup>64</sup> Cf. Couto, 15.

<sup>65</sup> Cf. Emmanuelle Gilloots, «Souffrance et douleur», *Revue Gestalt* 1, n. 30 (2006): 23, <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2006-1-page-23.htm>.

<sup>66</sup> José A. da Silva e Nilton P. Ribeiro-Filho, «A dor como um problema psicofísico», *Rev. Dor* 12, n. 2 (2011): 139, <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000200011>.

<sup>67</sup> Cf. Salvador Urraca Martínez, «Morir, hoy», em *El Final de la Vida*, ed. Francisco J. Elizari Basterra (Navarra: Verbo Divino Editorial, 2007), 51.

<sup>68</sup> Cf. Walter Osswald, *Sobre a Morte e o Morrer* (Lisboa: Relógio D'Água Editores, 2013), 42.

<sup>69</sup> Cf. Martínez, «Morir, hoy», em *El Final de la Vida*, 52.

sofrimento inexplicável, e nessas situações, a ansiedade e o medo são respostas habituais, particularmente quando há percepção da morte potencial ou real<sup>70</sup>.

O sofrimento pode ser classificado como físico ou mental. A sua intensidade pode apresentar todos os graus, do leve a insuportável. Junto com a intensidade, outros fatores, como a duração e frequências da ocorrência, são também usualmente considerados. Também a atitude do paciente em relação ao sofrimento pode variar, dependendo da extensão em que o considerem leve ou grave, evitável ou inevitável, útil ou desnecessário, aceitável ou inaceitável e menor ou grave.

Não é, nem nunca será, o sofrimento algo objetivável. É o doente que no-lo diz, pelo que dele captamos apenas uma impressão, trata-se de uma experiência pessoal e intransmissível. Mais do que uma dor ou outro sintoma físico ou psicológico, o sofrimento é uma dependência, um padecimento existencial; é tudo isto e nada disto, uma vez que o doente pode não saber sequer o que o faz sofrer<sup>71</sup>.

Trata-se de um mal-estar generalizado, de uma vivência de se sentir ameaçado, com múltiplas facetas: dor, medo, ansiedade, perda de afetos, autonomia em risco, alteração da imagem corporal, perda de papel social, de expectativas, de planos, bem como aparecimento de sintomas “humilhantes” como dependência para higiene ou alimentação<sup>72</sup>. Por isso, é necessário avaliar cada caso e sopesar a existência ou a inexistência de cada um dos fatores apontados para ajudar o doente.

Porém, como ajudar o doente a suportar ou ultrapassar o sofrimento? Somente uma relação privilegiada e intensificada de apego, feita de compreensão e solidariedade, de simples gestos, constitui a resposta apropriada para tirar o paciente da sua ilha de sofrimento<sup>73</sup>. Em todo o caso, é muito difícil explicar a um ser humano qualquer, sobretudo na situação limite, o seu sentido<sup>74</sup>, e é nestes contextos em que se avista as questões da morte e o morrer.

---

<sup>70</sup> Cf. Martínez, 54.

<sup>71</sup> Cf. Cf. Couto, *A Eutanásia Descodificada*, 20.

<sup>72</sup> Cf. Osswald, *Sobre a Morte e o Morrer*, 43.

<sup>73</sup> Cf. P. Chantier, «Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur, sous la dir. de C. Marin et N. Zaccã-Reyners, 2013», acessado a 19 de fevereiro de 2020, <http://blog.ac-versailles.fr/oeildeminerve/index.php/post/21/02/2013/Souffrance-et-douleur...>

<sup>74</sup> Cf. Cf. Couto, *A Eutanásia Descodificada*, 28.

### 3. Morte e morrer

A morte e o processo de morrer são fenómenos que geram angústia, medo e ansiedade e, apesar de fazerem parte da realidade humana, ainda são considerados tabus<sup>75</sup>. Trata-se de um processo inevitável, e as atitudes das pessoas em relação a eles, são influenciadas pelos sistemas de crenças pessoais, culturais, sociais e filosóficas.

Nem sempre ao longo dos tempos, a morte e todo o mistério que a envolve, foi encarada da mesma forma e nem despertou comportamentos idênticos. O próprio processo de morrer foi evoluindo de acordo com as épocas, contextos sociais, históricos e culturais. Atualmente grandes debates acontecem suscitados pelo tema, sobretudo quando se fala de morte digna, com destaque para temas como o direito à morte, em relação à ética das práticas médicas em doentes terminais.

#### 3.1. O processo de morrer

O morrer sucedia noutros tempos em casa; a pessoa era acompanhada por sentimentos saudosistas e dolorosos da perda, circundada pelas pessoas que lhe eram as mais queridas, apoiada nos símbolos e no conforto proporcionado pela fé. Porém, esse paradigma social alterou-se. Desde o século XIX até a contemporaneidade, o hospital passou a ser o local onde se morre, conferindo à morte um significado mais técnico<sup>76</sup>.

Essa mudança levou com que fosse cada vez mais frequente a morte solitária, e, em certos casos, numa cama hospitalar<sup>77</sup>. É no contexto desta viragem hodierna, que o mistério referente à morte levanta algumas questões, desde a recusa até a aceitação e em, certos casos, o desejo da sua antecipação, através de práticas médicas.

Segundo E. Kubler-Ross, o morrer é um processo que acontece por fases. Ela descreve, a partir de uma investigação com os doentes terminais hospitalizados, que, numa situação de morte

---

<sup>75</sup> Cf. Rudval Silva, Ana E. R. Campos e Álvaro Pereira, «Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva», *Rev. da Escola de Enfermagem da USP* 45, n. 3 (2011): 739, <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300027>.

<sup>76</sup> Cf. Rodrigo A. Bastos et al., «Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: Uma metassíntese qualitativa», *Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. 17 (2017): 58, <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0184>.

<sup>77</sup>Cf. Osswald, *Sobre a Morte e o Morrer*, 22.

iminente, ocorrem sucessivamente cinco fases: de negação, não acredito, não pode ser; de rejeição/revolta, não aceito, é inaceitável; de negociação, “só quero viver até ao Natal”, ou “até à formatura da filha”; de depressão e aceitação, chegou a hora. Porém, salienta que o mais importante é ter atenção para a necessidade de diálogo e relação com esses doentes terminais, em clima de respeito, de verdade e de compaixão<sup>78</sup>.

É importante a presença de terceiros no processo de morrer, o acompanhamento amoroso ao longo da fase terminal da pessoa, o discernimento e a compreensão do sentido e significado da doença e sofrimento na vida, sem esquecer ainda que a vida biológica é finita e temporal. Todos esses fatores podem levar à experimentação de uma morte tranquila ou boa morte, se é que podemos assim dizer.

Convém ter também presente que, como seres de inter-relação, os humanos não morrem só por eles; os familiares, os amigos, e os conhecidos não são meros comparsas no drama do morrer de alguém. O próprio morrer não é um acontecimento meramente individual ou restrito, mas é de significado e impacto familiar e social<sup>79</sup>.

Perante as nações e os seus legisladores, parece que o próprio morrer tende a deixar de pertencer ao indivíduo, para ser do “domínio público”. De igual modo, o processo de morrer também acaba, em certa medida, por estar sujeito à responsabilidade, à decisão e à ação dos técnicos de saúde, principalmente quando se trata de um doente terminal<sup>80</sup>. A questão torna-se mais preocupante e depara-se com o problema ético, quando, a partir do pedido do próprio doente, ocorra a colaboração dos profissionais de saúde para antecipar a morte, ou, por outro lado, para prolongar a vida.

Portanto, na sociedade contemporânea, os benefícios das ciências, apesar de proporcionarem ao homem não só a longevidade, mas também a possibilidade de nunca chegar a ser moribundo, para além de levantarem séria dúvida na área da bioética, também têm sido os responsáveis para as novas compreensões da vida, sofrimento e morte, principalmente no processo de morrer, que passou a ser controlado e assistida pela medicina.

---

<sup>78</sup> Cf. Elisabeth Kubler-Ross, *Sobre a Morte e o Morrer* (Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes, 1985), 51-125.

<sup>79</sup> Cf. Osswald, *Sobre a Morte e o Morrer*, 21.

<sup>80</sup> Cf. Cf. José H. B. Oliveira, *Viver a Morte: Abordagem Antropológica e Psicológica* (Porto: Edições Almedina, 1998), 15.

### 3.2. A morte e os seus critérios

O conceito de morte e os critérios para a determinar, evoluíram, sobretudo a partir da segunda metade do século XX. Antes, era observando se um indivíduo respirava ou não, que se determinava o estar vivo ou morto. Depois, com o aparecimento do estetoscópio, a existência ou não de batimentos cardíacos passou a ser determinante. Com a invenção da reanimação cardiopulmonar e da ventilação mecânica e o início da transplantação de órgãos, a morte passou a ser determinada pela perda total das funções cerebrais<sup>81</sup> ou morte do tronco cerebral<sup>82</sup>.

Este seria o processo que conduz à paragem progressiva da atividade fisiológica do organismo, podendo ser de uma forma súbita, doenças agudas ou acidentes, ou lenta, doença crónico-degenerativa, seguida de uma degeneração dos tecidos<sup>83</sup>.

De acordo com o critério de Harvard, a morte cerebral, ao contrário do coma, é a expressão clínica de um dano encefálico total, irreparável e definitivo. Nela normalmente constata-se ausência total de reação a estímulos dolorosos externos, ausência de movimentos musculares espontâneos ou reflexos que os pudessem fazer supor, pupilas fixas, dilatadas e sem possibilidade de reação à luz, eletroencefalograma plano e persistência destas características por um período mínimo de 24 horas<sup>84</sup>, o que permite a colheita de órgãos para transplantes.

É um estado em que o indivíduo perde a personalidade e a memória, não pode sentir fome, sede ou emoções; também não consegue respirar nem manter a temperatura corporal sem auxílio de máquinas. Quando isso acontece, as células mortas começam a decompor-se e as enzimas dispensadas agredem e destroem as outras células, iniciando assim um processo inexorável<sup>85</sup>.

O termo “morte” é ainda usado em múltiplos sentidos, podendo estar entre o morrer, o acontecimento, o processo, e o estar morto, o facto<sup>86</sup>. Pode ainda ser encarado a partir dos contextos

<sup>81</sup> Cf. Ferraz Gonçalves, «Conceitos e Critérios de Morte», *Nascer e Crescer* 16, n. 4 (2007): 245.

<sup>82</sup> Segundo o parecer n.º 10 de 1995 da Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida (C.N.E.C.V.), a Lei n.º 12/93, de 22 de abril e a Lei n.º 141/99 de 28 de agosto, estabeleceu que a morte se verifica aquando da morte cerebral, ou seja, diz-nos o n.º 2 da Lei 141/99 de 28 de agosto, «a morte corresponde à cessação irreversível das funções do tronco cerebral».

<sup>83</sup> Cf. Almir C. Moreira e Marcia T. L. Lisboa, «A Morte - Entre o Público e o Privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem», *Rev. Enferm UERJ* 14, n. 3 (2006): 448.

<sup>84</sup> Cf. HARVARD MEDICAL SCHOOL, «A definition of irreversible Coma - Report of the Ad Hoc Committee to examine the definition of Brain Death», *JAMA* 205, n. 6 (1968): 339, <https://doi:10.1001/jama.1968.03140320031009>.

<sup>85</sup> Cf. Antonio Puca, «A morte cerebral é verdadeira morte? Um problema aberto», *Revista Bioethikos* 6, n. 3 (2012): 322.

<sup>86</sup> Cf. Osswald, *Sobre a Morte e o Morrer*, 20.

religiosos, filosóficos, biológicos ou ideológicos, já que estes, embora não muito consensuais, tentaram apresentar respostas e interpretações à questão com certo fundamento<sup>87</sup>. Também, os critérios, juntamente com a determinação do momento e da forma da morte, são de grandes relevâncias, porque têm implicações importantes, tanto do ponto de vista legal e social, como ético<sup>88</sup>.

Igualmente o momento da morte é, sem dúvida, uma experiência única, e para alguns é um momento libertador; porém, a preocupação é morrer bem. A questão de toda discussão não é a morte em si, já que esta é uma realidade de todos os homens, porém o problema reside no como chegar a ela. A compreensão da ideia de uma boa morte, é o ponto referencial de toda a controvérsia sobre o fim da vida<sup>89</sup>, embora para muitos a morte ideal seja compreendida como morrer sem passar por sofrimentos.

---

<sup>87</sup> Cf. Oliveira, *Viver a Morte: Abordagem Antropológica e Psicológica*, 19.

<sup>88</sup> Cf. Gonçalves, «Conceitos e Critérios de Morte», 245.

<sup>89</sup> Cf. Osswald, *Sobre a Morte e o Morrer*, 20.

## CAP. 2 – EUTANÁSIA: CONCEITOS, ÉTICA E AS LEGISLAÇÕES

O debate sobre a dignidade humana, bem como sobre o direito à vida e a reivindicação do direito à morte, é tema bem presentes na nossa atualidade. É nesse contexto que entra a questão da morte medicamente assistida, através de práticas como a eutanásia.

Ao contrário do que se julga, como veremos, a eutanásia não é um tema recente; porém, atualmente, a prática conquistou novos impulsos, devido à sua caracterização como o ato que proporciona a “boa morte”. Por isso, falar hoje da eutanásia resulta entrar num terreno complexo e movediço, dado a sua abrangência e falta de consenso, até linguístico, o que causa sérias interpelações quer no plano ético, social e jurídico.

### 1. Eutanásia – Conceitos e classificações

Etimologicamente a palavra eutanásia vem do grego, “*eu*” - bem, “*thánatos*” – morte, e literalmente significa “boa morte” ou “bem morrer”. Diz-se que teve origem com o filósofo inglês Francis Bacon, no séc. XVII<sup>90</sup>. No entanto, o mesmo foi adquirindo outros sentidos, como algo mais específico: procurar, por ação ou omissão<sup>91</sup>, dar a morte tranquila e sem dor aos que sofrem de doenças incuráveis<sup>92</sup>; para os defensores da prática, é uma maneira digna de morrer.

As definições da prática são nitidamente heterogêneas, no âmbito médico, nos *mass media*, nas sondagens e na sociedade em geral. Nessas diversas compreensões, a prática aparece particularmente como um crime ou simplesmente como um ato de misericordiosa solidariedade<sup>93</sup>.

Atualmente, quando falamos de eutanásia, designamos uma conduta cujo objetivo é provocar a morte rápida, através de substância letal ou medicação<sup>94</sup>, a uma pessoa que possui uma

<sup>90</sup> Cf. Sandra A. Pereira e Ana C. D. Pinheiro, «Eutanásia», *Rev. de Direito Público* 3, n. 3 (2008): 181, <https://doi:10.5433/1980-511X.2008v3n3p180>.

<sup>91</sup> Cf. R. Altisent Trota, et al., «Declaración sobre la eutanasia de la sociedad Española de Cuidados Paliativos», *Medicina Paliativa* 9, n. 1 (2002): 38.

<sup>92</sup> Cf. Carlos J. Alonso, «La Eutanasia: argumentos que hacen pensar», em *Eutanasia: Licencia para matar*, coord. Carlos Javier Alonso (Navarra: Ediciones Digitales, 2008), 7.

<sup>93</sup> Cf. Alonso, «La Eutanasia: argumentos que hacen pensar», 8.

<sup>94</sup> Cf. Elizabeth Latimer e James McGregor, «Euthanasia, physician-assisted suicide and the ethical care of dying patients», *CAN MED ASSOC J.* 151, n. 8 (1994): 1135.

doença grave e irreversível<sup>95</sup>, ou se encontra em estado terminal, a seu pedido. A prática, por regra, exige o pedido expresso dos interessados<sup>96</sup>. Porém, mesmo tendo isso, é amplamente apontada como uma forma de homicídio, pois implica que um sujeito cause morte a outro, mediante um ato positivo ou omissão<sup>97</sup>.

A questão do pedido ou não, é fundamental no contexto da prática da eutanásia. Perante tal, surgem outros temas como a autonomia e a vontade do indivíduo que solicita, bem como diversos pontos importantes, de entre os quais salientamos os quesitos jurídicos, as legislações vigentes, a pessoa do profissional de saúde, e toda a problemática ética. Porém, no que concerne à classificação, ela geralmente acontece de diferentes modos.

Quando a questão é quem executa, classifica-se a eutanásia como ativa e a passiva. A eutanásia ativa acontece quando a morte do indivíduo resulta de um ato intencional e positivo<sup>98</sup>, é consequência da ação ou omissão, por injeção letal ou administração de medicamentos supressores da consciência e depressores da respiração<sup>99</sup>.

A eutanásia passiva ocorre quando a morte resulta da supressão intencional de suportes indispensáveis à manutenção da vida, como a respiração assistida, o suporte cardiocirculatório, a alimentação ou a hidratação<sup>100</sup>. É também designada como uma omissão de procedimentos terapêuticos e de cuidados indispensáveis para que se possa manter a vida. «A não realização de um tratamento, ou a sua interrupção, quando tal se traduza num encurtamento do tempo de vida que ao paciente poderia ser artificialmente concedido»<sup>101</sup>, é eutanásia passiva.

Em relação à doente, assinala-se a eutanásia voluntária, que ocorre quando, partindo do seu pedido firme, insistente e explícito, ou seja, com consentimento informado do doente, sucede a intervenção de uma pessoa, cuja intenção é proporcionar-lhe a morte<sup>102</sup>. Esse pedido pode ser

---

<sup>95</sup> Cf. Trota, et al., «Declaración sobre la eutanasia de la sociedad Española de Cuidados Paliativos», 37; cf. David J. Roy e Charles-Henri Rapin, «A propos de l'euthanasie», *European Journal of Palliative Care* 1, n. 1 (1994): 1.

<sup>96</sup> Cf. Osswald, *Sobre a Morte e o Morrer*, 54.

<sup>97</sup> Cf. Alonso, «La Eutanasia: argumentos que hacen pensar», 8.

<sup>98</sup> Cf. Marcel J. Mélançon, «Légaliser l'euthanasie et le suicide médicalement assisté?», *Quoi de neuf ? Le Magazine de l'Area* (2010): 19; Cf. Jorge F. Dias, «Comentário ao artigo 133.º», em *Comentário Conimbricense do Código Penal - Tomo I*, dir. Jorge F. Dias (Coimbra: Coimbra Editora, 1999), 12.

<sup>99</sup> Cf. Osswald, *Sobre a Morte e o Morrer*, 56.

<sup>100</sup> Cf. Osswald, 56.

<sup>101</sup> Cf. Jorge F. Dias, «A Ajuda Médica à Morte», *Rev. Brasileira de Ciências Criminas* n. 100 (2013): 24.

<sup>102</sup> Cf. Roy e Rapin, «A propos de l'euthanasie», 1; cf. E. Emanuel et al., «Euthanasia and physician assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public», *The Lancet* 347, n. 29 (1996): 1805-1810. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)91621-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)91621-9).

manifestado por uma declaração antecipada de vontade ou testamento vital<sup>103</sup>, e não pode ser resultante de uma situação de desespero ou perturbação.

A eutanásia não voluntária, acontece quando, perante um doente mentalmente incapaz de solicitar explicitamente a prática, o médico intencionalmente provoca a sua morte, recorrendo à administração de fármacos ou de outros meios<sup>104</sup>.

Encontramos ainda a eutanásia involuntária; nesta não existe a solicitação expressa e/ou consentimento informado do paciente, tendo ou não o mesmo a capacidade para discernir/decidir entre a vida e a morte. Este ato é amplamente condenado pelos diversos ordenamentos jurídicos, porque nela a terceira pessoa, pressupondo ser a opção mais conveniente, decide provocar a morte do doente<sup>105</sup>.

Contudo, tratando-se da questão da vontade do paciente, ou da falta dela, tanto a eutanásia ativa involuntária como a não voluntária devem, em princípio, ser consideradas crime<sup>106</sup>. Deparamos também ainda com quem fale de auto eutanásia, mas esta, no concreto não existe, pois quem põe termo à própria vida comete o suicídio.

A distinção da eutanásia em ativa/passiva, no sentido estrito, não tem relevância partindo da perspetiva ética, sempre que se mantenha constante a intenção e o resultado que é terminar com a vida do doente<sup>107</sup>. O que está em causa, é uma ação ou omissão direta e intencional de qualquer auxílio, para que aconteça a morte a alguém, por parte de terceiros, embora sob solicitação daquele<sup>108</sup>. Aqui também pode-se trazer ao debate o suicídio medicamente assistido, que apesar de algumas aproximações são práticas distintas.

### **1.1. Práticas relacionadas com o fim de vida**

Atualmente, o suicídio medicamente assistido é uma prática também muito debatida em algumas sociedades. Caracteriza-se por ser um ato voluntário pelo qual o indivíduo provoca

---

<sup>103</sup> Cf. Pedro Galvão, *Éticas com Razões* (Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2015), 48.

<sup>104</sup> Cf. Emanuel, «Euthanasia and physician assisted suicide».

<sup>105</sup> Cf. Emanuel.

<sup>106</sup> Cf. José Manuel Pinto e Teresa M. da Cunha, *Eutanásia e Suicídio Assistido* (Lisboa: Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar – DILP, 2016), 9.

<sup>107</sup> Cf. Trota, et al., «Declaración sobre la eutanasia de la sociedad Española de Cuidados Paliativos», 38.

<sup>108</sup> Cf. Pinto e Cunha, *Eutanásia e Suicídio Assistido*, 9.

intencionalmente a própria morte, em determinadas circunstâncias<sup>109</sup>, decorrente ou não do sofrimento ou doenças.

Na sociedade contemporânea essa prática ganhou novos contornos. O debate ético gira em torno da sua despenalização e da assistência médica para a sua concretização, visto que este ato leva a recorrer-se ao profissional de saúde, com intenção de conseguir dele meios ou fármacos indispensáveis para a sua concretização<sup>110</sup>.

Esta prática não pode ser confundida ou associada a eutanásia. Nela é a pessoa que deseja morrer que põe fim a própria vida, como já dissemos, mediante a ingestão de fármaco letal. A tarefa do médico neste caso, limita-se a dispensar o medicamento em questão ou emitir uma receita que permite o solicitante consegui-lo. Diferentemente na eutanásia, é o próprio profissional de saúde quem provoca a morte da pessoa que lhe pede ajuda para morrer.

Essas práticas podem ser relacionadas pelo uso de expressões como a “morte medicamente assistida”, o que pode ter intuito apaziguador. O suicídio medicamente assistido ainda poderia ser designado como “suicídio farmacologicamente assistido”, ou apenas “suicídio assistido”, sendo que o produto letal pode também ser fornecido por qualquer pessoa não necessariamente um profissional de saúde<sup>111</sup>.

A distanásia e a obstinação terapêutica, são também práticas muito debatida quando se estuda a eutanásia. Segundo a etimologia, o termo “distanásia” vem do grego *dis* – mal, *thánatos* – morte, e corresponde ao prolongamento por maior tempo possível da vida de um enfermo incurável, através de meios artificiais ou terapêuticos disponíveis<sup>112</sup>. Diz-se que as situações de distanásia, surgiram graças aos avanços científicos e tecnológicos da medicina, o que permitiu aos profissionais de saúde possuírem mais meios de suporte de vida.

Assim como a eutanásia, esta prática é considerada como eticamente reprovável, porque instrumentaliza a pessoa, subordinando a sua dignidade<sup>113</sup>. Nela está implícita a atitude derivada

---

<sup>109</sup> Cf. Albert Royes, «La Eutanasia y el Suicidio Medicamente Asistido», *Psicooncología* 5, n. 2-3 (2008): 323, <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220323A>.

<sup>110</sup> Cf. Emanuel, «Euthanasia and physician assisted suicide»; Cf. Nunes, Madeira e Silva, «Suicídio Ajudado e Eutanásia - Terminologia e sistemática de argumentos», 7.

<sup>111</sup> Cf. Nunes, Madeira e Silva, «Suicídio Ajudado e Eutanásia - Terminologia e sistemática de argumentos», 8.

<sup>112</sup> Cf. Pinto e Cunha, *Eutanásia e Suicídio Assistido*, 10.

<sup>113</sup> Cf. Januário e Figueira, *O crime de homicídio a pedido - Eutanásia: direito a morrer ou direito de viver*, 61; cf. Trota et al., «Declaración sobre la eutanasia de la sociedad Española de Cuidados Paliativos», 38.

do desejo em preservar a vida ou tentar atrasar a morte iminente e inevitável de um doente a qualquer custo, recorrendo a todos os meios<sup>114</sup>, numa tentativa muitas das vezes vã.

Perante um doente terminal, deve saber-se que é lícito conformar-se com os meios normais da medicina, e também que a rejeição dos meios excepcionais ou desproporcionados, não equivale ao suicídio ou omissão irresponsável de cuidados de saúde. Antes pelo contrário, os seus atos significam a aceitação da condição humana, sendo uma das características, a morte inevitável<sup>115</sup>.

Entre a distanásia e obstinação terapêutica, há quem os refira como sendo sinónimos, e também quem faça a distinção entre ambos. Encaram a “distanásia” como uma morte em más condições, incómoda, com sofrimento e mau tratamento da dor<sup>116</sup>, enquanto a “obstinação terapêutica” é definida como o «prolongamento do processo do ato de morte, por meio de tratamentos que apenas têm o objetivo de prolongar a vida biológica do paciente»<sup>117</sup>.

Contudo, ambas as situações se sobrepõem, na medida em que sugerem e remetem para a insistência inútil em terapêuticas que não contribuem de forma significativa para a melhoria do estado de um doente terminal<sup>118</sup>. Face a estas práticas e respetiva negatividade moral, encontramos a ortotanásia.

A “ortotanásia” é caracterizada como «atuação correta perante a morte por parte daqueles que assistem alguém, que sofre de uma enfermidade em fase terminal»<sup>119</sup>. O vocábulo tem origem léxico do grego *orthos* – certo, reto; *thánatos* – morte, e entende-se como o ato pelo qual se renuncia ao prolongamento precário e penoso da vida, em sofrimento intolerável ou em estado terminal<sup>120</sup>, através de meios artificiais, como medicamentos ou equipamentos médicos.

Com o abdicar do tratamento inútil, o ato permite ao paciente morrer, encarando esse processo mais naturalmente possível, deixando a doença, sem prognóstico de cura, seguir o seu curso normal<sup>121</sup>. Nesse caso, ao paciente apenas se oferecem simples suportes paliativos e meios proporcionados, respeitando a dignidade do seu perecimento<sup>122</sup>.

<sup>114</sup> Cf. Alonso, «La Eutanasia: argumentos que hacen pensar», 10.

<sup>115</sup> Cf. Alonso, «La Eutanasia: argumentos que hacen pensar», 11.

<sup>116</sup> Cf. Januário e Figueira, *O crime de homicídio a pedido - Eutanásia: direito a morrer ou direito de viver*, 61.

<sup>117</sup> João Carlos Macedo, «A morte adiada», em *Pessoas transparentes – Questões actuais de bioética*, org. Manuel Curado e Nuno Oliveira (Coimbra: Editora Almedina, 2019), 198.

<sup>118</sup> Cf. Trota et al., «Declaración sobre la eutanasia de la sociedad Española de Cuidados Paliativos», 38.

<sup>119</sup> Cf. Alonso, «La Eutanasia: argumentos que hacen pensar», 11; cf. Januário e Figueira, *O crime de homicídio a pedido - Eutanásia: direito a morrer ou direito de viver*, 64.

<sup>120</sup> Cf. Pinto e Cunha, *Eutanásia e Suicídio Assistido*, 10.

<sup>121</sup> Cf. Pinto e Cunha, 10.

<sup>122</sup> Cf. Pérez Pérez, «La Bioética y la Eutanasia», 186.

O ato aplica-se «àquelas situações em que se decide deixar um paciente “morrer em paz”, ou seja, de uma forma realmente humana, cessando o prolongamento artificial daquela vida reduzida já ao seu estado meramente vegetativo e sem qualquer esperança de recuperação»<sup>123</sup>. Segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), a prática é a expressão de morte digna, isto é, «a morte natural, com todos os alívios médicos adequados, através de uma intervenção global no sofrimento humano»<sup>124</sup>.

O termo apareceu, face à necessidade de um vocábulo distinto a da eutanásia, para designar o que realmente significa a “boa morte”, já que este significado é atribuído erradamente a eutanásia<sup>125</sup>. A ortotanásia encontra-se num extremo oposto à distanásia, na medida em que ela consiste na interrupção dos suportes extraordinários de vida de um doente terminal, enquanto, distanásia como já vimos, procura prolongar a vida de um doente terminal.

## 1.2. A história da prática da eutanásia

A Eutanásia é atualmente um dos temas muito falados, e em Portugal, como sabemos, foi recentemente debatida na Assembleia da República, semelhante ao que se tem ocorrido em outros países na Europa e fora dela. Como já vimos, trata-se do pedido feito por uma pessoa, por norma a um profissional de saúde, para que este ponha fim à sua vida<sup>126</sup>. A origem da prática remonta aos tempos antigos, e a discussão sobre a mesma tem acompanhado a humanidade desde esses longínquos tempos.

A partir desses tempos, humanistas, físicos e médicos, que se empenhavam em solidificar um novo tipo de ciência e do conceito de homem, começaram a encarar a ideia de uma forma de “bem morrer”<sup>127</sup>, ou seja, morrer sem sofrimento. São Thomas More, no séc. XVI, parece ter dado

<sup>123</sup> Brito e Rijo, *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal...*, 36.

<sup>124</sup> Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), «Reflexão sobre o Manifesto “Morrer com Dignidade” – Que atuação perante o sofrimento?», acedido a 20 de maio de 2020, [https://www.apcp.com.pt/uploads/Manifesto\\_Pro\\_Eutanasia\\_Posicao\\_da\\_APCP\\_vfinal.pdf](https://www.apcp.com.pt/uploads/Manifesto_Pro_Eutanasia_Posicao_da_APCP_vfinal.pdf).

<sup>125</sup> Cf. Alonso, «La Eutanasia: argumentos que hacen pensar», 11.

<sup>126</sup> Cf. Osswald, *Sobre a Morte e o Morrer*, 51.

<sup>127</sup> Cf. Santos, *Eutanásia e suicídio assistido: o direito e liberdade de escolha*, 21.

alguma atenção ao tema do fim da vida, da boa morte, ou do direito de morrer com dignidade como uma das instituições básicas de sua "Utopia"<sup>128</sup>.

Posteriormente, encontramos no séc. XVII Francis Bacon, a quem é atribuído a origem do termo “eutanásia”, aquando da sua aplicação na obra “*Historia vitae et mortis*”. Segundo este médico e filósofo:

...a função do médico é restituir a saúde e mitigar os sofrimentos e as dores, não só quando essa mitigação possa conduzir à cura, mas também quando serve para alcançar uma morte tranquila e fácil... Na minha opinião os médicos deviam conduzir-se para essa prática e dar a sua assistência para facilitar e aliviar os sofrimentos e agonias da morte<sup>129</sup>.

No século XVIII, a eutanásia passa a ser considerada como conduta ou ação no sentido de conseguir ou provocar uma morte sem sacrifício, indolor suave e fácil. Posteriormente, no século XIX, será definida como um ato de piedade para com o enfermo<sup>130</sup>; ou seja, uma ação para terminar com a vida de uma pessoa por clemência, “morte piedosa”<sup>131</sup>.

Será a partir do séc. XX, que se verificará a prática propriamente dita e o vigor dos esforços para a sua promoção e defesa, com o surgimento de várias organizações pró-eutanásia. São exemplos a “Voluntary Euthanasia Legalisation Society”, em Inglaterra, a “Euthanasia Educational Fund”, nos EUA, e a constituição da Federação Mundial de Sociedades para o Direito à Morte. Da mesma forma, apareceu a questão do *Living Will*, testamento vital, bem como, vários casos mediáticos de mortes, assunto que apresentaremos mais adiante.

Ainda durante o séc. XX, a prática da eutanásia foi muito discutida em vários parlamentos e ao nível do público em geral, com recurso aos media, sem esquecer os debates sucedidos na Comissão das Nações Unidas para os Direitos do Homem. Esta prática tem, contudo, sido vivamente condenada pela Associação Médica Mundial, levando à apresentação na Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa de uma proposta de Declaração Europeia dos Direitos do Doente<sup>132</sup>, do qual resultou “o direito de não sofrer”.

<sup>128</sup> Cf. Carlos Eduardo Lins Da Silva, «O direito de morrer com dignidade», acedido a 16 de outubro de 2021, <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz16049909.htm>. Cf. Thomas MOORE, *A Utopia*, 134-135.

<sup>129</sup> F. BACON, *Historia vitae et mortis*, 1623

<sup>130</sup> Cf. Santos, *Eutanásia e suicídio assistido: o direito e liberdade de escolha*, 23.

<sup>131</sup> Cf. António J. S. L. de Brito e José M. S. L. Rijo, *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal - Direito sobre a vida ou Direito de viver* (Coimbra: Edições Almedina, 2000), 26.

<sup>132</sup> Cf. Brito e Rijo, *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal...*, 64.

A partir daí, alguns Estados adaptaram os seus códigos penais, criando leis sobre a prática, e regulamentando o direito dos pacientes que sofrem de doenças incuráveis. Ainda no panorama atual da eutanásia, a atenção recai sobre os direitos do indivíduo, o princípio da autonomia, bem como a ideia da liberdade para decidir sobre o ato da própria morte.

### **1.2.1. Casos históricos de pedido de antecipação de morte.**

A vida humana é digna e merece cuidados e defesa sempre e até ao fim, que acontece com a morte, independentemente da situação em que a pessoa se possa encontrar. Isso é reconhecido em vários países, como vimos, com a recusa dos pedidos de práticas como a eutanásia, e através de legislações que punem quem atenta contra este bem.

Porém, às vezes, aparecem casos de sofrimentos incomportáveis, derivados de doenças incuráveis ou de estado de vida, terminal ou ainda por outras razões, o que faz com que se questione a amplitude desta defesa da vida diante das situações limite. Isso contribui para reacender o debate ético e jurídico, sobre a possibilidade de admissão para estas situações de práticas como a eutanásia.

Apresentamos de forma sintética, alguns casos mediáticos de pessoas que manifestaram sistematicamente pedidos de morte assistida através da eutanásia.

O primeiro exemplo é do francês Vincent Lambert, ex-enfermeiro, que morreu em 2019 após 11 anos em estado vegetativo. Lambert em 2008, com 32 anos de idade, sofreu um acidente de trânsito do qual ficou tetraplégico e em estado vegetativo irreversível, sem nenhuma possibilidade de recuperação, segundo concluíram as diversas avaliações médicas.

Desde então, o seu destino tornou-se uma batalha legal que até provocou a divisão familiar. Seus pais, católicos devotos, lutavam com a ajuda de várias associações pró-vida para mantê-lo vivo, opondo-se à mulher e alguns outros familiares. Para a mulher, a sua luta ia ao encontro e em respeito às convicções do marido, que havia deixado claro em ocasiões anteriores, sem registo escrito, que não desejava ser mantido em suporte de vida se viesse a precisar.

Contudo, depois de longa batalha judicial pela eutanásia, os médicos para cumprirem uma decisão da Corte de Cassação, a maior instância jurisdicional francesa, suspenderam o tratamento e procederam à remoção dos aparelhos que permitiam a Lambert a alimentação e a hidratação, administrando-lhe uma sedação profunda e contínua. O mesmo viria a falecer poucos dias depois,

aos 42 anos de idade; a sua morte foi enquadrada na “*lei Léonetti*”, que possibilita interromper um tratamento em um caso de “obstinação irracional”<sup>133</sup>.

Outro exemplo é do espanhol Ramón Sampetro, que foi, sem dúvida, um dos casos de pedido de morte, a eutanásia, mais falado até então. Ramón ficou tetraplégico aos 25 anos, sem perder as faculdades intelectuais e sensoriais. Foi o primeiro cidadão espanhol a pedir a eutanásia ativa voluntária e lutou incansavelmente na justiça pelo que, segundo o mesmo, era “seu direito de morrer dignamente”, dada a incapacidade de se suicidar.

Seus pedidos foram por várias vezes recusados pela justiça, porque o Código Penal espanhol não o permitia, caracterizando o tipo de ação como homicídio. Face as sucessivas rejeições, Ramón morreu em 12 de janeiro de 1998, por envenenamento com cianeto de potássio, com o auxílio dos amigos, conforme planeou<sup>134</sup>, bem retratado no filme intitulado “*Mar Adentro*”<sup>135</sup>.

Caso semelhante aconteceu ao jovem francês Vincent Humbert, que sofreu um grave acidente automobilístico, em setembro de 2000, aos 20 anos. Este permaneceu durante três dias entre a vida e a morte, obrigando os médicos a utilizarem todos os recursos, até mesmo a aplicação de técnicas de ressuscitação, que precederam ao estado de coma, que perdurou durante nove meses.

Uma vez que tinha ficado tetraplégico, Vincent era alimentado por uma sonda, e em algumas ocasiões tinha de usar máscara para respirar; não falava, mas continuava lúcido e ouvia. Segundo relatos, as suas intensas dores físicas eram constantes, e o único movimento que ainda mantinha era uma leve pressão com o polegar direito, através do qual comunicava.

Nessa comunicação, solicitava aos médicos a eutanásia, para pôr fim ao sofrimento, mas sem sucesso, porque a prática é ilegal em França. Tal como Ramón Sampetro, foram feitos inúmeros pedidos reivindicando o “direito de morrer”, e até uma tentativa de homicídio pela mãe. No entanto, Vincent viria a falecer devido à suspensão da ventilação e de todas as medidas terapêuticas ativas que o mantinha vivo, ato assumido pelo médico que o acompanhava<sup>136</sup>.

<sup>133</sup> Cf. F. Dumoulin, «Francês símbolo da luta pela eutanásia morre após guerra jurídica que envolveu Igreja Católica», acessado a 20 de maio de 2020, <https://oglobo.globo.com/sociedade/frances-simbolo-da-luta-pela-eutanasia-morre-apos-guerra-juridica-que-envolveu-igreja-catolica-23799365>.

<sup>134</sup> Cf. José R. Goldim, «Caso Ramón Sampetro Suicídio Assistido», acessado em 20 de maio de 2020, <https://www.ufrgs.br/bioetica/sampetro.htm>.

<sup>135</sup> Um filme franco-italio-espanhol de 200, gênero drama, dirigido por Alejandro Amenábar.

<sup>136</sup> Cf. Ray Pereira, «Deficiência e autodeterminação humana: compaixão e insensibilidade no caso Vincent Humbert», *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 14, n. 1 (2007): 120-121; cf. José R. Goldim, «Caso Vincent Humbert Eutanásia Ativa Voluntária», acessado em 20 de maio de 2020, <https://www.ufrgs.br/bioetica/humbert.htm>.

Terri Schiavo (Theresea Marie Schindlera) foi outro caso problemático sobre o sofrimento e morte, tornando-se assim um ícone da questão da eutanásia no século XXI; esteve no centro do “movimento do direito a morrer” nos Estados Unidos. A norte-americana de 41 anos sofreu uma paragem cardíaca em fevereiro de 1990, que resultou em graves e irreversíveis lesões cerebrais, reduzindo-a a um completo estado vegetativo definitivo<sup>137</sup>.

Depois de cerca de 15 anos numa completa dependência, o seu marido e representante legal, entrou num processo judicial para que fosse removido todo o suporte de vida da esposa, alegando, embora sem nada que o comprovasse, ser esta a vontade manifestada pela mesma quando ainda estava consciente<sup>138</sup>.

No entanto, este processo teve a oposição dos pais da Terri, segundo os quais, a filha ainda detinha consciência. O caso ganhou tanto mediatismo e levantou sérios problemas éticos e legais. A Terri, que se encontrava nos cuidados paliativos, por três vezes lhe retiraram a sonda da alimentação e hidratação, e por duas vezes foi recolocada. Porém, viria a falecer em 31 de março de 2005, na sequência da decisão da Supremo Tribunal Federal, que ordenou que se desligasse todo o suporte que a mantinha viva, em consequência das várias petições do marido<sup>139</sup>.

Dos casos apresentados, a recusa ao pedido da eutanásia prende-se principalmente pela determinação da indisponibilidade a vida, um bem a defender. No caso de doentes terminais, é preciso apostar nos cuidados continuados e paliativos, criando condições para que os momentos restantes da vida de qualquer pessoa estejam revestidos de qualidade. Fazendo isto, práticas como a eutanásia, a distanásia ou o suicídio assistido não teriam sentido para esses doentes.

### **1.3. Argumentos a favor e contra a prática.**

Quando falamos na aceitação ou não da eutanásia, obrigatoriamente surgem as questões da dignidade humana, bem como da autonomia da pessoa que pede<sup>140</sup>. Algumas pessoas e grupos defensores da prática e da sua despenalização, reivindicam que a vida de um indivíduo não merece ser mantida mais do que em determinadas condições, contrapondo a convicção dos que consideram

<sup>137</sup> Cf. A. Caplan, «Ten Years After Terri Schiavo, Death Debates Still Divide Us: Bioethicist», acedido a 12 de abril de 2020, <https://www.nbcnews.com/health/health-news/bioethicist-tk-n333536>.

<sup>138</sup> Cf. Caplan, «Ten Years After Terri Schiavo, Death Debates Still Divide Us: Bioethicist».

<sup>139</sup> Cf. Osswald, *Sobre a Morte e o Morrer*, 56.

<sup>140</sup> Cf. Maló, *Eutanásia: o direito à vida/o direito à vida com qualidade*, 85.

a vida humana um bem superior e um direito inalienável e indisponível; ou seja, que não pode estar ao dispor da decisão de outros, nem do próprio sujeito.

Aqueles que defendem e reivindicam a despenalização da eutanásia e a sua aceitação social, basicamente utilizam alguns argumentos como:

- o direito de cada um dispor da própria vida, no uso da liberdade e autonomia individual<sup>141</sup>; o respeito pela autodeterminação da pessoa<sup>142</sup>; e o direito a morte digna, sem dor e querida pelos que padecem sofrimentos incuráveis e atrozes, em fase terminal;
- a necessidade de regular uma situação que existe de facto, perante o escândalo da sua persistência na clandestinidade<sup>143</sup>;
- defender os pacientes sujeitos ao obstinação terapêutico, e respeitar o direito de recusar tratamentos<sup>144</sup>; a oportunidade de lidar mais humanamente com o problema do sofrimento prolongado e sem sentido;
- a não defesa da morte, mas a opção pela mesma, por parte de quem a entende como a melhor opção ou a única, para o fim da dor, a morte lícita provocada por um ato de piedade, para aliviar o sofrimento insuportável de um doente terminal<sup>145</sup>, uma ação humanitária contra muitas situações de doentes terminais que são claras promoções da desumanização;
- a manifestação de solidariedade social com a “eliminação de vidas desprovidas de sentido”, que constituem um grande peso para os familiares e para a sociedade<sup>146</sup>.

Opostamente os que encontram na despenalização da eutanásia mais inconveniências do que vantagens, fundamentam-se em alguns argumentos contra a práticas de entre as quais salientamos:

---

<sup>141</sup> Cf. Jorge A. Pérez Pérez, «La Bioética y la Eutanasia», *El Ágora USB* 8, n. 1 (2008): 185, <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/1522/1321>.

<sup>142</sup> Cf. Rui Nunes, Ass. Portuguesa de Bioética, *Parecer N.º. P/13/APB/08 – Proposta de um referendo nacional sobre a prática da eutanásia, Preâmbulo*, 3; cf. José António E. Pina, *A responsabilidade dos médicos* (Lisboa: Lidel, 2003), 399-400.

<sup>143</sup> Cf. Pina, *A responsabilidade dos médicos*, 399-400.

<sup>144</sup> Cf. Trota et al., «Declaración sobre la eutanasia de la sociedad Española de Cuidados Paliativos», 38.

<sup>145</sup> Cf. Nunes, Ass. Portuguesa de Bioética, *Parecer N.º. P/13/APB/08*, 5; cf. Pérez Pérez, «La Bioética y la Eutanasia», 185.

<sup>146</sup> Cf. Pina, *A responsabilidade dos médicos*, 399-400.

- o direito à vida humana como um valor absoluto, inviolável e sagrado<sup>147</sup>;
- em termos religiosos, a usurpação do direito à vida humana, um direito exclusivo reservado a Deus, o único com poder de a dar e de a tirar;
- a assistência proporcionada e o tratamento aos doentes com intenso sofrimento e doenças incuráveis, através da promoção dos cuidados continuados e paliativos;
- um pedido de eutanásia é mais um pedido angustiado de atenção, afeto e de calor humano, que dificilmente são proporcionados ao doente terminal<sup>148</sup>;
- a violação das normas básicas da medicina, sua integridade moral, pondo em causa a própria essência da profissão<sup>149</sup>;
- a legalização abrirá a possibilidade de incentivos e prática forçada e abusiva em relação aos mais frágeis e menos favorecidos<sup>150</sup>.

Também há quem diga que se pode vir a cair numa situação de desequilíbrio em relação a prática. Os opositores da eutanásia, alertam que a sua aprovação poderá vir a ser apenas o primeiro passo rumo a uma inevitável liberalização da prática, espelhando o que é denominada “*slippery slope*” adaptada em português por “rampa deslizante”. Porém, os que defendem a prática acham-no inconsistente, porque tende a condicionar a ação futura das pessoas. Dizem que o evento tem a salvaguarda de ser a pedido do doente, e que, se respeitada, não haverá razões para temer os “eventos indesejáveis”<sup>151</sup>.

No entanto, mesmo que se aceite apenas o pedido de morte em determinadas condições conforme a lei, dizem os opositores que, ao fim de um certo tempo, ninguém garante que não haverá adulteração da norma originalmente aprovada, e que não venham a ser aceites formas mais radicais da prática da eutanásia ou suicídio medicamente assistido, partindo até da decisão de terceiros, para dar morte involuntária àqueles que socialmente são considerados “inúteis”<sup>152</sup>.

<sup>147</sup> Cf. Nunes, Ass. Portuguesa de Bioética, *Parecer N.º P/13/APB/08*, 5.

<sup>148</sup> Cf. Pina, *A responsabilidade dos médicos*, 399-400.

<sup>149</sup> Cf. Nunes, Ass. Portuguesa de Bioética, *Parecer N.º P/13/APB/08*, 5.

<sup>150</sup> Cf. Pina, *A responsabilidade dos médicos*, 399-400; cf. Nunes, Ass. Portuguesa de Bioética, *Parecer N.º P/13/APB/08*, 5.

<sup>151</sup> Cf. Couto, *A Eutanásia Descodificada*, 75.

<sup>152</sup> Cf. Lucília Nunes, Luis D. Madeira e Sandra H. e Silva, «Suicídio Ajudado e Eutanásia - Terminologia e sistemática de argumentos», 23, acedido a 4 de outubro de 2019, [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24723/1/1523878003\\_SA%20e%20MPP\\_working%20Paper.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24723/1/1523878003_SA%20e%20MPP_working%20Paper.pdf).

O argumento da “rampa deslizante” proporciona ainda algumas questões, como os fundamentos morais sobre as injeções letais que se administram, a lógica do reconhecimento dos direitos a dispor da própria vida pelo Estado, a noção da subjetividade do conceito de “sofrimento insuportável”, bem como o papel do médico que avalia cada caso, etc.

## **2. Legislações sobre a prática**

Pela importância que lhe é devida e pelas questões conexas, a eutanásia encontra-se tratada em distintas normas e pareceres jurídicos e em muitas legislações. Em Portugal, o projeto de lei para a sua despenalização foi debatido e aprovado pela Assembleia da República, não acontecendo o mesmo nas observações do Presidência da República e do Tribunal Constitucional. Porém, estão vigentes normas e orientações principalmente para os profissionais de saúde, que, mais do que opor a esta prática, procuram destacar a grandeza da vida e a importância da sua proteção.

### **2.1. Legislações em alguns países**

No que se refere ao panorama jurídico do mundo atual sobre a eutanásia, este é distinto e específico em cada país. Em alguns existem leis favoráveis, segundo as quais não há impedimento legal, sob determinadas condições, para a prática da morte assistida, eutanásia ou suicídio, em particular com o auxílio dos profissionais de saúde<sup>153</sup>. Noutros países, há legislações no sentido contrário, que não aceitam a eutanásia.

Contudo, cresce o número de países que procuram criar leis para proporcionarem aos seus cidadãos o dito “direito à morte”, pela prática de eutanásia. Na Europa, os primeiros países a aprovarem esta prática foram a Holanda e a Bélgica<sup>154</sup>. Neles, no pedido, o estado de consciência e de sofrimento do doente são condições uniformes e essenciais a observar na tomada de decisão.

---

<sup>153</sup> Cf. Trota, et al., «Declaración sobre la eutanasia de la sociedad Española de Cuidados Paliativos», 37-38.

<sup>154</sup> Cf. Nunes, Madeira e Silva, «Suicídio Ajudado e Eutanásia - Terminología e sistemática de argumentos», 31.

Na Holanda, a eutanásia e o suicídio assistido deixaram de constituir crimes, pela “Lei sobre a cessação da vida a pedido e o suicídio assistido”<sup>155</sup>, de abril de 2002. Antes, o país tinha-se tornado um autêntico laboratório social mundial para o estudo da prática, e atualmente está entre os principais países onde ocorre a sua realização<sup>156</sup>.

A eutanásia é permitida, desde que, seja perpetrada por um médico, tendo este o dever de reportar o caso e provar que agiu de acordo com as determinações legais, para não ser acusado da prática de um crime e, em concreto, que ele tenha a convicção de que o paciente se encontra num sofrimento insuportável sem perspectiva ou esperança de melhoras, mas consciente, e que o seu pedido é voluntário, convicto e reiterado, e não exista outra solução plausível para a situação<sup>157</sup>.

Em regra, na Holanda, todos a partir dos 18 anos, podem solicitar esta prática. Quem tiver entre 16 e 18 anos, e for plenamente consciente e capaz de compreender os seus interesses, tem a possibilidade de tomar a decisão sozinho; porém os pais ou responsáveis legais, deverão estar implicados no processo. Já no caso de menores, entre 12 e 16 anos, os pais ou tutores devem manifestar o seu consentimento explícito em relação à decisão do menor<sup>158</sup>. A prática neste país tem suscitado algumas preocupações, como o elevado número de casos e ainda as denúncias de irregularidades<sup>159</sup>.

A Bélgica aprovou em 2002, a lei que tornou lícita a eutanásia em todas as suas modalidades. No art. 2º da “Lei da Eutanásia”, a prática é compreendida como um “ato praticado por alguém para intencionalmente pôr termo à vida de outra pessoa, a pedido desta”. Em 2014, a lei foi alterada, de modo a conceder a menores com doenças terminais a possibilidade de recorrer à prática<sup>160</sup>.

Semelhante à Holanda, a prática requer que o paciente seja maior de idade, ou menor emancipado com capacidade de discernimento; o pedido seja feito por escrito, de forma voluntária,

---

<sup>155</sup> Designada em inglês “*Termination of Life Request and Assisted Suicide Act*”. Legislação da eutanásia na Holanda. <http://www.minbuza.nl/binaries/en-pdf/pdf/euth-amendedbill-en.pdf>

<sup>156</sup> Cf. Brito e Rijo, *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal...*, 85-88; cf. Maló, *Eutanásia: o direito à vida/o direito à vida com qualidade*, 34.

<sup>157</sup> Cf. Pinto e Cunha, *Eutanásia e Suicídio Assistido*, 29; cf. Royes, «La Eutanasia y el Suicidio Medicamente Asistido», 330; cf. Maló, *Eutanásia: o direito à vida/o direito à vida com qualidade*, 34-35; cf. Nunes, Madeira e Silva, «Suicídio Ajudado e Eutanásia - Terminologia e sistemática de argumentos», 31.

<sup>158</sup> Cf. Pinto e Cunha, *Eutanásia e Suicídio Assistido*, 29; cf. Maló, *Eutanásia: o direito à vida/o direito à vida com qualidade*, 34-35.

<sup>159</sup> Cf. Leo Pessini, *Eutanásia: Por que abreviar a vida* (São Paulo: Editora do Centro Universitário, São Camilo: Edições Loyola, 2004), 117-118.

<sup>160</sup> Cf. Pinto e Cunha, *Eutanásia e Suicídio Assistido*, 17; cf. Nunes, Madeira e Silva, «Suicídio Ajudado e Eutanásia - Terminologia e sistemática de argumentos», 31.

refletido e livre de pressões externas; o paciente deve encontrar-se em situação médica irreversível e em sofrimento físico ou psicológico constante, insuportável<sup>161</sup>.

O ato deve ser praticado por um médico, ao qual incumbe ainda, na relação com o doente, o dever de prestar informações acerca do seu estado de saúde e da sua esperança de vida, apresentar as valências dos cuidados paliativos e respetivas consequências, avaliar a natureza, o histórico do sofrimento e o próprio pedido em causa, dar um espaçamento temporal na evolução do seu estado, ouvir outros especialistas e proporcionar ao paciente a necessária reflexão sobre o seu pedido<sup>162</sup>.

O Luxemburgo foi o terceiro país europeu a despenalizar eutanásia, com a alteração do Código Penal (CP) em 2009<sup>163</sup>. Foi aditado ao Código Penal uma disposição esclarecendo que não comete crime o médico que satisfaça um pedido de eutanásia ou suicídio medicamente assistido, em conformidade com os requisitos estabelecidos na lei. Nesta lei também se encontram bem destacadas normas para a prática dos cuidados paliativos, bem como disposições sobre as diretivas antecipadas de vontades do paciente<sup>164</sup>.

Em França, a eutanásia ativa e o suicídio assistido não são autorizadas, sendo expressamente proibido provocar deliberadamente a morte a alguém. O ato, embora não constitua crime específico, é passível de sanções penais por homicídio<sup>165</sup>. O direito à morte, dita com dignidade, não está consignado na Constituição, mas é mencionado no Código da Saúde Pública, que recentemente sofreu alterações<sup>166</sup>, quando se fez referência à morte com dignidade e aos doentes em fim de vida (art. L 1110° n.º 2)<sup>167</sup>.

Na lei francesa, está consagrado o direito às disposições antecipadas de vontade ou testamento vital e, ainda o direito à objeção de consciência por parte dos médicos. O debate sobre a eutanásia teve grande destaque no país com o caso do tetraplégico Vincent Lambert<sup>168</sup>.

---

<sup>161</sup> Cf. Nicolas Aumonier, Bernard Beignier e Philippe Letellier, *L'Euthanasie* (Paris: Presses Universitaires de France, 2017), 76; cf. Pessini, *Eutanásia: Por que abreviar a vida*, 118-119; cf. Brito e Rijo, *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal...*, 89.

<sup>162</sup> Cf. Aumonier, Beignier e Letellier, *L'Euthanasie*, 77; cf. Maló, *Eutanásia: o direito à vida/o direito à vida com qualidade*, 36-37.

<sup>163</sup> Cf. Aumonier, Beignier e Letellier, *L'Euthanasie*, 78.

<sup>164</sup> Cf. Pinto e Cunha, *Eutanásia e Suicídio Assistido*, 35.

<sup>165</sup> Art. 221° n.º 1 e 221° n.º 5 do Código Penal

<sup>166</sup> Lei n.º 2016-87, de 2 de fevereiro de 2016

<sup>167</sup> Cf. Pinto e Cunha, *Eutanásia e Suicídio Assistido*, 28.

<sup>168</sup> Sobre o caso de Vincent Lambert falaremos mais afrente. cf. Cristina Sambado, «Em que países a eutanásia não é considerada crime?», acedido a 12 de junho de 2020, [https://www.rtp.pt/noticias/pais/em-que-paises-a-eutanasia-nao-e-considerada-crime\\_es1206076](https://www.rtp.pt/noticias/pais/em-que-paises-a-eutanasia-nao-e-considerada-crime_es1206076).

A Espanha, por sua vez, foi um dos pioneiros na discussão do tema; porém, apesar de muitas lutas dos defensores da prática, só em março de 2021 é que o parlamento espanhol aprovou, na generalidade, o projeto-lei para legislar sobre a morte medicamente assistida. O Código Penal vigente pune a eutanásia ativa considerando-a um crime, sob a alçada do art. 143<sup>o169</sup>. É um crime também em Itália, onde se proíbe qualquer tipo de eutanásia<sup>170</sup>.

No Reino Unido, apesar de várias tentativas e iniciativas de legalização, como a da *Assisted Dying for the Terminally Ill Bill*<sup>171</sup>, a eutanásia é punida como qualquer homicídio em geral<sup>172</sup>. No Brasil é crime punido como homicídio privilegiado, segundo o código penal art. 121<sup>o173</sup>.

Nos Estados Unidos, a práxis, enquanto ato de pôr fim a vida por terceiros é proibida e comparada a crime de homicídio a nível federal<sup>174</sup>. Em relação a suicídio assistido é diferente. Este é regulamentado e permitido em cinco Estados, de entre estes, o de Oregon, onde existe a lei da “Morte Digna”, aprovada em 1997<sup>175</sup>. Por sua vez, no Código Penal canadiano a eutanásia ativa é enquadrada no art. 231<sup>o</sup>, na categoria de homicídio de segundo grau<sup>176</sup>. Porém, em 5 de junho de 2014, foi votada uma lei que autoriza, em certas condições, a assistência à morte devido a “doenças incuráveis e sofrimentos excepcionais”<sup>177</sup>.

Na Suíça não existe uma legislação específica sobre a eutanásia ativa. O art. 114<sup>o</sup> n.º 1 do Código Penal, sob a epígrafe “homicídio a pedido da vítima”, pune com prisão ou multa quem, por motivos atendíveis, provoque a morte de outra pessoa a seu pedido. No entanto, é admitida a eutanásia passiva, através da interrupção dos tratamentos, e a indireta em que a morte não é diretamente visada, mas aceite como consequência indireta da administração de morfina<sup>178</sup>.

O suicídio assistido se encontra descriminalizado nos casos em que o suicida seja um doente terminal condenado a morrer em virtude da doença ou lesão que o afete. Pune-se “incitamento e assistência ao suicídio”, se o agente for movido por razões egoístas. Neste país surgiram

<sup>169</sup> Cf. Pinto e Cunha, *Eutanásia e Suicídio Assistido*, 25.

<sup>170</sup> Cf. Santos, *Eutanásia e suicídio assistido: o direito e liberdade de escolha*, 31.

<sup>171</sup> Iniciativa legislativa apresentada na Câmara dos Comuns em 2003.

<sup>172</sup> Cf. Pinto e Cunha, *Eutanásia e Suicídio Assistido*, 42; cf. Brito e Rijo, *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal...*, 88.

<sup>173</sup> Cf. Pinto e Cunha, 19; cf. Santos, *Eutanásia e suicídio assistido: o direito e liberdade de escolha*, 33.

<sup>174</sup> Cf. Aumonier, Beignier e Letellier, *L'Euthanasie*, 65.

<sup>175</sup> Oregon Death with Dignity Act. 1994; cf. Pinto e Cunha, *Eutanásia e Suicídio Assistido*, 26; cf. Maló, *Eutanásia: o direito à vida/o direito à vida com qualidade*, 39.

<sup>176</sup> Cf. Pinto e Cunha, *Eutanásia e Suicídio Assistido*, 21.

<sup>177</sup> Cf. Aumonier, Beignier e Letellier, *L'Euthanasie*, 72.

<sup>178</sup> Cf. Pinto e Cunha, *Eutanásia e Suicídio Assistido*, 44.

organizações como a *Exit* e a *Dignitas*, conhecidas por se dedicarem a ajudar os doentes terminais a suicidarem-se<sup>179</sup>.

## 2.2. A eutanásia e a realidade jurídica portuguesa

Portugal seria o quarto país na Europa, a legalizar a eutanásia, se o Presidente da República tivesse promulgado a lei aprovada na Assembleia da República, e se esse entrasse em vigor seria o sétimo no mundo. Entretanto, até ao presente, no ordenamento jurídico português, ações e práticas, como o caso da eutanásia e do suicídio assistido, são abordadas e regulamentadas particularmente a partir de normas que salientam a importância, o respeito e a salvaguarda da vida em todas as situações.

A prática de morte medicamente assistida compromete os direitos fundamentais da pessoa, como o direito a vida, os princípios da dignidade humana. O Código Civil deixa claro o devido reconhecimento do valor inviolável da vida humana e da sua dignidade. O art. 70º n.º 1, determina que «a lei protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita ou ameaça de ofensa à sua personalidade física ou moral»<sup>180</sup>.

Em janeiro de 2021 foi discutida e aprovada na Assembleia da República, o texto final dos projetos de lei que define e regula as condições especiais em que a antecipação da morte medicamente assistida, não é punível. Em relação às pessoas em estado de doença terminal, já existe, há algum tempo, a legislação sobre o testamento vital<sup>181</sup>. O utente dos serviços tem direito a consentir ou a recusar a prestação de cuidados de saúde<sup>182</sup>. Este direito é de importância fulcral para a compreensão da questão da eutanásia passiva<sup>183</sup>.

<sup>179</sup> Cf. Pinto e Cunha, *Eutanásia e Suicídio Assistido*, 44; Cf. Cf. Aumonier, Beignier e Letellier, *L'Euthanasie*, 73.

<sup>180</sup> Cf. Ministério da Justiça, «Decreto-Lei n.º 47344, Aprova o Código Civil e regula a sua aplicação - Revoga, a partir da data da entrada em vigor do novo Código Civil, toda a legislação civil relativa às matérias que o mesmo abrange», *Diário do Governo n.º 274/1966, Série I de 1966-11-25*, <https://dre.pt/application/conteudo/477358>.

<sup>181</sup> Cf. Assembleia da República. «Lei n.º 25/2012 de 16 de julho, regula as diretivas antecipadas de vontade». *Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16*, p. 3728 – 3730. <https://data.dre.pt/eli/lei/25/2012/07/16/p/dre/pt/html>.

<sup>182</sup> Art. 3º da Lei 15-2014, de 21 de março

<sup>183</sup> Cf. Pinto e Cunha, *Eutanásia e Suicídio Assistido*, 40.

### **2.2.1. A proposta legislativa aprovada na Assembleia da República**

Da proposta legislativa aprovada para a despenalização da morte medicamente assistida - eutanásia, no n.º 1 do art. 2.º, encontramos:

Considera-se antecipação da morte medicamente assistida não punível a que ocorre por decisão da própria pessoa, maior, cuja vontade seja atual e reiterada, séria, livre e esclarecida, em situação de sofrimento intolerável, com lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico ou doença incurável e fatal, quando praticada ou ajudada por profissionais de saúde<sup>184</sup>.

Segundo a mesma lei no art. 2.º - 2, consideram-se legítimos apenas os pedidos de antecipação da morte apresentados por cidadãos nacionais ou legalmente residentes em território nacional.

O diploma, art. 3.º, 1-2, indica que a abertura do procedimento clínico de antecipação da morte, é efetuado por pessoa que preenche os requisitos apresentado, em documento escrito, datado e assinado pelo próprio, a ser integrado em Registo Clínico Especial (RCE) criado para o efeito. A decisão do doente em qualquer fase do procedimento clínico de antecipação da morte, é estritamente pessoal e indelegável (art. 10.º, 1).

De acordo com o art. 20.º, nenhum profissional de saúde pode ser obrigado a praticar ou ajudar ao ato de antecipação da morte de um doente, se, por motivos clínicos, éticos ou de qualquer outra natureza, entender não o dever fazer, sendo assegurado o direito à objeção de consciência a todos que o invoquem.

---

<sup>184</sup> Cf. Assembleia da República, «DECRETO N.º 109/XIV, Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal», acesso 17.07.2021, <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=61485230.docx&Inline=true>.

### 2.2.2. Observações do Presidente da República remetidas ao Tribunal Constitucional

Na sequência da aprovação da despenalização da morte medicamente assistida - eutanásia, pelo Parlamento português, o Presidente da República, enviou ao Tribunal Constitucional (TC) o diploma para fiscalização preventiva da constitucionalidade<sup>185</sup>, conforme a nota:

Considerando que recorre a conceitos excessivamente indeterminados, na definição dos requisitos de permissão da despenalização da morte medicamente assistida, e consagra a delegação, pela Assembleia da República, de matéria que lhe competia densificar, o Presidente da República decidiu submeter a fiscalização preventiva de constitucionalidade o decreto da Assembleia da República que regula as condições especiais em que a antecipação da morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal, nos termos do requerimento, em anexo, enviado hoje ao Tribunal Constitucional<sup>186</sup>.

E esclarece na 3º alinha que:

... não é objeto deste requerimento ao Tribunal Constitucional, em todo o caso, a questão de saber se a eutanásia, enquanto conceito, é ou não conforme com a Constituição. Mas antes a questão de saber se a concreta regulação da morte medicamente assistida operada pelo legislador no presente decreto se conforma com a Constituição, numa matéria que se situa no core dos direitos, liberdades e garantias dos cidadãos, por envolver o direito à vida e a liberdade da sua limitação, num quadro de dignidade da pessoa humana<sup>187</sup>.

A principal dessas normas é a que define a condição central para que se permita uma antecipação da morte medicamente assistida não punível: "situação de sofrimento intolerável". Para o Presidente da República Portuguesa, no n.º 6º do requerimento: "Este conceito não se encontra minimamente definido, não parecendo, por outro lado, que ele resulte inequívoco das *leges artis* médicas"<sup>188</sup>. Por isso:

<sup>185</sup> O Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa, enviou em 18 de fevereiro para o Tribunal Constitucional (TC) o diploma do Parlamento que despenaliza a morte medicamente assistida, para fiscalização preventiva da constitucionalidade.

<sup>186</sup> Presidência da República, «Presidente da República submete decreto da eutanásia ao Tribunal Constitucional», acesso 17.07.2021, <https://www.presidencia.pt/atualidade/toda-a-atualidade/2021/02/presidente-da-republica-submete-decreto-da-eutanasia-ao-tribunal-constitucional/>.

<sup>187</sup> Presidência da República, «Excelentíssimo Senhor Conselheiro Presidente do Tribunal Constitucional», acesso 17.07.2021, [https://www.presidencia.pt/archive/doc/Requerimento\\_Tribunal\\_Constitucional\\_20210218.pdf](https://www.presidencia.pt/archive/doc/Requerimento_Tribunal_Constitucional_20210218.pdf)

<sup>188</sup> Cf. Presidência da República, «Excelentíssimo Senhor Conselheiro Presidente do Tribunal Constitucional»...

Com efeito, ao remeter-se para o conceito de sofrimento, ele parece inculcar uma forte dimensão de subjetividade. Uma vez que estes conceitos devem ser, nos termos do decreto, como adiante se concretizará, preenchidos, no essencial, pelo médico orientador e pelo médico especialista, resulta pouco claro como deve ser mensurado esse sofrimento: se da perspectiva exclusiva do doente, se da avaliação que dela faz o médico. Em qualquer caso, um conceito com este grau de indeterminação não parece conformar-se com as exigências de densidade normativa resultantes da Constituição, na matéria *sub judice*<sup>189</sup>.

O Presidente, no n.º 7º e 8º, considerou ainda ferido de subjetividade outro critério para a eutanásia, em conjugação com o anterior: a existência de uma "lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico". Dada a "total ausência de densificação do que seja lesão definitiva de gravidade extrema, nem de consenso científico, não parece que o legislador forneça ao médico interveniente no procedimento um quadro legislativo minimamente seguro de que possa guiar a sua atuação"<sup>190</sup>. E mais:

...nada se referindo quanto à sua natureza fatal [da "lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico"], não se vê como possa estar aqui em causa a antecipação da morte, uma vez que esta pode não ocorrer em consequência da referida lesão, tal como alerta, no seu parecer, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida<sup>191</sup>.

Por isso, no entender o Presidente da República:

Sendo o presente decreto o único instrumento legislativo que pode ser analisado neste momento, e padecendo ele das insuficiências assinaladas, a sua inconstitucionalidade não pode ser sanada com a expectativa de um regime futuro, cujo conteúdo se desconhece, ainda que dele o legislador faça depender a entrada em vigor do regime presente. É sobre este, e apenas sobre ele, que deve recair o juízo de conformidade constitucional<sup>192</sup>.

<sup>189</sup> Presidência da República, «Excelentíssimo Senhor Conselheiro Presidente do Tribunal Constitucional...

<sup>190</sup> Cf. Presidência da República, «Excelentíssimo Senhor Conselheiro Presidente do Tribunal Constitucional» ...

<sup>191</sup> Cf. Presidência da República, «Excelentíssimo ...»; Cf. Miguel Figueiredo Lopes, «Eutanásia. Presidente envia lei para o TC. Saiba todos os argumentos», acesso 17.07.2021, <https://www.dn.pt/politica/eutanasia-marcelo-enviou-diploma-ao-tribunal-constitucional-para-fiscalizacao-preventiva-13366917.html#media-1>.

<sup>192</sup> Presidência da República, «Excelentíssimo Senhor Conselheiro Presidente do Tribunal Constitucional» ...

Ou seja, segundo o n.º 14º do requerimento: "ao não fornecer aos médicos quaisquer critérios firmes para a interpretação destes conceitos, deixando-os, no essencial, excessivamente indeterminados, o legislador criou uma situação de insegurança jurídica que seria, de todo em todo, de evitar, numa matéria tão sensível"<sup>193</sup>.

### 2.2.3. A resposta do Tribunal Constitucional e decisão do Presidente

Ao analisar o pedido de fiscalização preventiva do projeto da lei de despenalização da eutanásia, aprovada pela Assembleia da República, em janeiro de 2020, que foi apresentado pelo Presidente da República, o Tribunal Constitucional português pronunciou-se pela sua inconstitucionalidade com fundamento na “violação do princípio de determinabilidade da lei” e da “insuficiente densidade normativa”.

A inconstitucionalidade resulta do “carácter excessivamente indeterminado do conceito de sofrimento intolerável” e do “carácter excessivamente indeterminado do conceito de lesão definitiva de gravidade extrema de acordo com o consenso científico”<sup>194</sup>, segundo o Presidente da instituição.

O Tribunal apreciou, tendo concluído pela negativa, a questão de saber se a inviolabilidade da vida humana consagrado no artigo 24.º, n.º 1<sup>195</sup>, da Constituição da República, constitui um “obstáculo inultrapassável” a uma norma que admite a antecipação da morte medicamente assistida “em determinadas condições”, como propõe a lei em debate, no art. 2.º, n.º 1<sup>196</sup>. A este respeito considerou o Tribunal que o direito a viver, não pode transfigurar-se num dever de viver em quaisquer circunstâncias<sup>197</sup>.

<sup>193</sup> Cf. Presidência da República, «Excelentíssimo ...»; Cf. Miguel Figueiredo Lopes, «Eutanásia. Presidente envia lei para o TC. Saiba todos os argumentos»...

<sup>194</sup> Cf. Agência Ecclesia «Portugal: Tribunal Constitucional chumba lei da eutanásia», acesso 17.07.2021, <https://agencia.ecclesia.pt/portal/portugal-tribunal-constitucional-chumba-lei-da-eutanasia/>

<sup>195</sup> O artigo 24.º, n.º 1, da Constituição determina que "a vida humana é inviolável".

<sup>196</sup> PAÍS, «Tribunal Constitucional chumba lei da eutanásia», acesso 18.07.2021, <https://sicnoticias.pt/pais/2021-03-15-Tribunal-Constitucional-chumba-lei-da-eutanasia>

<sup>197</sup> Tribunal Constitucional, «Acórdão do Tribunal Constitucional», in *Diário da República n.º 70/2021, Série I de 2021-04-12*, n.º 123/2021, pag. 38 (5 – 93), <https://data.dre.pt/eli/actconst/123/2021/04/12/p/dre>.

Para João Caupers Presidente do Tribunal Constitucional:

“...tal solução impõe a instituição de um sistema legal de proteção que salvaguarde em termos materiais e procedimentais os direitos fundamentais em causa, nomeadamente o direito à vida e à autonomia pessoal de quem pede a antecipação da sua morte e de quem nela colabora” e que, “por isso mesmo, as condições em que, no quadro desse sistema, a antecipação da morte medicamente assistida é admissível têm de ser claras, precisas, antecipáveis e controláveis”<sup>198</sup>, de modo a permitir “um juízo igualmente claro quanto à respetiva legitimidade constitucional”, para não pôr em causa a “inviolabilidade da vida humana”, consagrada na Constituição<sup>199</sup>.

Segundo os juízes do Tribunal Constitucional, o legislador poderia ter utilizado “outros conceitos, muito mais comuns na prática (médica ou jurídica), que, sem perder plasticidade, seriam prontamente apreensíveis quando associados ao pressuposto relativo ao sofrimento intolerável”<sup>200</sup>. O texto refere o exemplo da “lesão incapacitante ou que coloque o lesado em situação de dependência”, definida na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, base II, alínea i)<sup>201</sup>.

Esta lesão é definida como:

...a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença incurável e ou grave em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária<sup>202</sup>.

Para o Tribunal Constitucional, é “possível, desejável e exigível uma maior densificação”, quanto ao conceito de “gravidade extrema” da lesão, “designadamente por referência às lesões corporais e às lesões funcionais” e quanto à “afetação da capacidade, temporária ou permanente para o trabalho”<sup>203</sup>. A “imprecisão” no conceito, segundo os juízes no acórdão, “não permite

<sup>198</sup> PAÍS, «Tribunal Constitucional chumba lei da eutanásia» ...

<sup>199</sup> Cf. Tiago Petinga, «Acórdão do Constitucional deixa pistas para alteração à lei da Eutanásia», Acesso em 18.07.2021, <https://sicnoticias.pt/especiais/eutanasia/2021-03-15-Acordao-do-Constitucional-deixa-pistas-para-alteracao-a-lei-da-Eutanasia>

<sup>200</sup> Tribunal Constitucional, «Acórdão do Tribunal Constitucional», pag. 51.

<sup>201</sup> Cf. Tiago Petinga, «Acórdão do Constitucional deixa pistas para alteração à lei da Eutanásia» ...

<sup>202</sup> Assembleia da República, «Lei de Bases dos Cuidados Paliativos», in Diário da República n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05, n.º 52/2012, pag. 5119 – 5124. <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>.

<sup>203</sup> Cf. Tiago Petinga, «Acórdão do Constitucional deixa pistas para alteração à lei da Eutanásia» ...; Cf. Tribunal Constitucional, «Acórdão do Tribunal Constitucional», pag. 53.

delimitar, ainda que considerando o contexto normativo em que se insere, com o indispensável rigor, as situações de vida em que pode ser aplicado"<sup>204</sup>.

### **Decisão do Presidente da República**

O diploma foi vetado pelo Presidente da República e devolvido, neste caso, ao Parlamento, que poderá reformulá-lo expurgando o conteúdo julgado inconstitucional, ou confirmá-lo por maioria de dois terços, conforme a nota apresentada pela Presidência.

Na sequência do Acórdão do Tribunal Constitucional, que considerou inconstitucionais normas do diploma submetido a fiscalização preventiva da constitucionalidade, o Presidente da República devolveu à Assembleia da República, sem promulgação, nos termos do n.º 1 do artigo 279.º da Constituição, o Decreto da Assembleia da República que regula as condições especiais em que a antecipação da morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal<sup>205</sup>.

### **2.3. Normas deontológicas dos profissionais de saúde**

Se ao nível legislativo, como já vimos, em Portugal só tivemos recentemente discussão e determinação sobre a eutanásia, o mesmo não podemos dizer em relação às organizações e comissões dos que lidam com a vida humana e a saúde em particular. Encontramos, até então, importantes normas deontológicas vinculativas para os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, bem como pareceres que reafirmam o compromisso exigido a esses agentes e ao Estado com a defesa e promoção da vida.

Em relação aos médicos, o Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM), perante a delicada questão da eutanásia, procurou regulamentar, de acordo com o ordenamento jurídico civil vigente, a atuação legal desses profissionais e o comportamento dos mesmos que se presume ser adequado, face às questões da morte medicamente assistida.

---

<sup>204</sup> Cf. Tiago Petinga, «Acórdão do Constitucional deixa pistas para alteração à lei da Eutanásia» ...

<sup>205</sup> Presidência da República Portuguesa, «Presidente da República veta eutanásia por inconstitucionalidade», março de 2021, acesso 20.07.2021. <https://www.presidencia.pt/atualidade/toda-a-atualidade/2021/03/presidente-da-republica-veta-eutanasia-por-inconstitucionalidade/>.

Segundo este diploma, o antigo Código de 1956, determina no art. 37º n.º 2 que «a incurabilidade da doença não justifica o abandono do doente» e no art. 47º n.º 2 que «constituem falta grave ... a prática da eutanásia» e, o n.º 4 que «não é considerado eutanásia a abstenção de qualquer terapêutica não indicada, quando tal resulte de opção livre e consciente do doente ou do seu representante legal»<sup>206</sup>.

No art. 49º, encontramos ainda determinado que:

...em caso de doença, comportando prognóstico seguramente infausto a muito curto prazo, deve o médico evitar obstinação terapêutica sem esperança, podendo limitar a sua intervenção à assistência moral ao doente e à prescrição ao mesmo de tratamento capaz de o poupar a sofrimento inútil, no respeito do seu direito a uma morte digna e conforme à sua condição, de ser humano.

Contudo, o art. 50º de mesmo Código refere que:

1º. ...a decisão de pôr termo ao uso de meios extraordinários de sobrevivência artificial em caso de coma irreversível, com cessação sem regresso da função cerebral, deve ser tomada em função dos mais rigorosos conhecimentos científicos disponíveis no momento e capazes de comprovar a existência de morte cerebral; 2º. Essa decisão deve ser tomada com a anuência expressa de dois médicos não ligados ao tratamento do doente.

De igual modo, o novo Regulamento Deontológico da Ordem dos Médicos, do ano 2016, nos art. 65º a 67º, proíbe expressamente a eutanásia, o suicídio assistido e a distanásia, dando relevo ao respeito pela dignidade do doente no fim da vida, através de e com a promoção dos cuidados paliativos<sup>207</sup>.

Entretanto, perante o processo de uma morte, no contexto de doença e sofrimento intolerável, em que há solicitação pelo doente ou consentimento dado pelo seu responsável legítimo, para a realização do ato de antecipação da morte, mesmo que a lei o permita<sup>208</sup>, o médico pode recusar a prática alegando o uso do direito à objeção de consciência (art. 12º e 13º)<sup>209</sup>.

<sup>206</sup> Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 40651, de 21 de Junho de 1956, tendo sido mantido em vigor através do artigo 104.º do novo Estatuto, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 282/77, de 5 de Julho e disponível em «<http://ordemdosmedicos.com>».

<sup>207</sup> Cf. Ordem dos Médicos, Regulamento n.º 707/2016, Regulamento de Deontologia Médica, Diário da República, 2.ª série — N.º 139 — 21 de julho de 2016.

<sup>208</sup> De acordo com o art. 38º, 47º n.º 2 e 90º n.º 2 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos antigo, e 12º, 13º, 16º e 17º do novo Estatuto.

<sup>209</sup> Ordem dos Médicos, Regulamento n.º 707/2016, Regulamento de Deontologia Médica, Diário da República, 2.ª série — N.º 139 — 21 de julho de 2016.

A mesma determinação é reafirmada pela Associação Médica Mundial (AMM). Segundo a mesma, «nenhum médico deve ser obrigado a participar da eutanásia ou suicídio assistido, nem deve ser obrigado a tomar decisões de encaminhamento de paciente para esse fim»<sup>210</sup>. Nesta declaração, a Associação reconhece que o médico pode e deve respeitar o direito do doente em recusar tratamentos.

Sobre a questão da morte medicamente assistida, a Associação Médica Mundial «reitera o seu forte compromisso aos princípios da ética médica e esse respeito deve ser mantido pela vida humana. Por isso, a Associação opõe-se firmemente à eutanásia e ao suicídio medicamente assistido»<sup>211</sup>.

Se a atenção dispensada aos doentes, principalmente na fase terminal, é fundamental para a qualidade de cuidados a prestar pelos profissionais de saúde, os enfermeiros nisto são peças cruciais. Portanto, para orientar a tomada de decisão e avaliar a ação destes agentes, o Código Deontológico do Enfermeiro<sup>212</sup> apresenta algumas diretivas, de forma a garantir-lhes uma atuação segura e legal. Isto, sobretudo, quando se deparam com situações de sofrimento insuportável dos pacientes, e quando estes procuram auxílios para antecipar a morte.

Nesse Código o respeito e a defesa da vida e da sua dignidade até ao fim, é bem salientado nos artigos 103º e 108º, que passamos a citar:

Art. 103º (Dos direitos à vida e à qualidade de vida): O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de: 1. - atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias; [...]; 3. - participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida.

Art. 108º (Do respeito pela pessoa em situação de fim de vida): O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: 1. - defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; 2. - respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas.

<sup>210</sup> Cf. Asociación Médica Mundial (AMM), «Declaración de la AMM sobre la Eutanasia y Suicidio con Ayuda Médica», adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019, acedido a 13 de fevereiro de 2020, <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica/>.

<sup>211</sup> Cf. AMM, «Declaración de la AMM sobre la Eutanasia y Suicidio con Ayuda Médica».

<sup>212</sup> Consta de anexo da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (“Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais”), que modificou, republicando, o diploma ortogonal que aprovara o Estatuto.

Ao nível europeu, a Convenção Europeia dos Direitos do Homem determina, no art. 2º n.º 2 que «ninguém poderá ser intencionalmente privado de vida...». À semelhança de muitos outros pareceres das várias organizações pró-vida, esta convenção para a proteção dos direitos do homem apresenta seu apoio incondicional à exclusão do “direito à morte”<sup>213</sup>.

Recentemente o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), em Portugal, face aos projetos de lei para a despenalização da morte medicamente assistida, que foi aprovado recentemente pelo Parlamento Português, apresentou o seu parecer. Segundo este Conselho, os projetos de lei apresentados «não constituem uma resposta eticamente aceitável para a salvaguarda dos direitos de todos/as e das decisões de cada um em final da vida»<sup>214</sup>.

Nesta apreciação, afirma ainda que o Estado, antes de considerar a antecipação da morte, deve “cuidar da pessoa que pede para morrer”, através de “respostas mediadas, relacionais e integradoras, que respeitem e abriguem as várias dimensões do sofrimento”, como as respostas médicas, através dos cuidados paliativos, ou sociais<sup>215</sup>.

Porém, afirma que ao falhar com estas respostas, «haverá sempre o risco de o Estado considerar que lhes dará plena satisfação através da criação e legalização dos procedimentos de antecipação da morte»<sup>216</sup>; isto é, a ideia de que o sofrimento só pode ter um fim com práticas como a eutanásia e não com outras respostas.

Diz o Conselho que o pedido de alguém para morrer, deve ser “entendido como um pedido de ajuda”. Nele, sentimentos como “medo, perda de controlo, solidão, sentimento de fardo, dor física insuportável”, têm de ser compreendidos e abordados “num plano humano e solidário e não ser secundarizados por uma resposta jurídica que consagre a morte a pedido”. Reforça ainda que, atualmente, executar a morte a pedido, não é “um ato da profissão”, nem dos médicos, nem dos

---

<sup>213</sup> Cf. European Court of Human Rights Council of Europe (ECHRCE), «Convenção Europeia dos Direitos do Homem», acedido a 28 de novembro 2019, [https://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_POR.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_POR.pdf).

<sup>214</sup> Cf. Rita Porto, «As 9 razões do Conselho de Ética para chumbar os projetos da eutanásia», acedido a 18 de junho de 2020, <https://observador.pt/2020/02/18/conselho-nacional-de-etica-para-as-ciencias-da-vida-chumba-projetos-de-lei-que-despenalizam-eutanasia/>.

<sup>215</sup> Cf. Porto, «As 9 razões do Conselho de Ética para chumbar os projetos da eutanásia».

<sup>216</sup> Cf. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), «Parecer sobre o PROJETO DE LEI N.º 67/XIV/1.ª, 14, “Regula o Acesso à Morte Medicamente Assistida”, 108/CNECV/2020», acedido a 20 de junho de 2020, <https://www.cnecv.pt/pt/pareceres/parecer-n-o-108-cnecv-2020-sobre-o-projeto-de-lei-n-o-67-xiv-1a>.

enfermeiros, nem dos farmacêuticos. Por isso, por não ser um ato de profissão, não é possível invocar “a figura do objetor de consciência”<sup>217</sup>.

Sem dúvida que estes pareceres e regulamentos deontológicos e jurídicos, são de extrema importância. Porém, o dever fundamental de proteger a vida humana e de legislar nesta situação, com atuações que põem em causa esta vida e a própria dignidade da pessoa humana, cabe primeiramente ao Estado, sendo isto bem presente na Constituição da República.

### **3. A ética e o doente em fim de vida.**

A definição do início e fim da vida humana, é sem dúvida crucial para determinar a proteção a dar a esse bem. No primeiro capítulo, vimos toda a questão sobre a vida, ela que é um direito de cada pessoa. Um direito que implica respeito e proteção. Isto envolve a questão da autonomia, do testamento vital e a dos princípios da bioética, o que iremos abordar neste ponto.

#### **3.1. Os princípios da não maleficência e da beneficência**

Perante dilemas ou não sobre o que se concerne nas diretivas antecipadas de vontade, o certo é que na prática médica, os primeiros princípios a considerar, e que constituem um dos pilares do exercício da medicina é o da não maleficência, evitar o mal, e da beneficência, fazer o bem. A partir do mesmo, os profissionais de saúde procuram o benefício do paciente, ao propor um tratamento, mesmo que isso possa, em certos casos, opor-se à vontade do mesmo, porém reconhecendo os seus direitos e a sua dignidade<sup>218</sup>.

Perante este princípio, o profissional de saúde deve utilizar todos os meios ao seu dispor, da forma mais adequada, para melhorar a saúde do doente. Ele parte do objetivo central da medicina, que é cuidar da vida, com a obrigação de respeitar e estar ao serviço dos projetos de vida dos pacientes e respeitar a sua independência, bem como a sua própria conceção de dignidade<sup>219</sup>.

---

<sup>217</sup> CNECV, «Parecer sobre o PROJETO DE LEI N.º 67/XIV/1.ª, 14, “Regula o Acesso à Morte Medicamente Assistida”, 108/CNECV/2020».

<sup>218</sup> Cf. Junqueira, *Bioética: conceito, fundamentação e princípios*, 18.

<sup>219</sup> Cf. Roy e Rapin, «A propos de l'euthanasie», 2.

Deverá, ainda, ponderar os benefícios e riscos das terapêuticas a administrar aos doentes, privilegiando o interesse dos mesmos. Esta tarefa não é fácil, na medida em que depende dos valores e interesses dos implicados, bem como da hierarquização e avaliação desses valores, ponderando as consequências<sup>220</sup>.

Na perspetiva dos defensores da morte assistida, estar vivo nalgumas situações acarreta maior sofrimento e dor do que a própria morte. Por isso, colocar um fim a uma vida assim, seria fazer um bem maior à pessoa que padece. Salientam ainda que só o saber de que podem optar pela morte assistida, proporciona ao doente alguma segurança psicológica<sup>221</sup>. Seguindo este raciocínio, à luz deste princípio, poder-se-ia dizer que aos médicos impõe-se a obrigação de constituir a morte assistida como uma opção válida para aliviar o sofrimento.

Contudo, este princípio não pode ser isolado na atuação médica, mas perspetivado sempre em conjunto com os demais princípios éticos<sup>222</sup>. O que seria mais benéfico para os doentes terminais e que suprimiria o sofrimento desnecessário, era apostar nos cuidados continuados e paliativos, e isso enquadra bem no princípio da beneficência.

Atualmente a medicina dispõe de grandes meios terapêuticos capazes e necessários para mitigar o sofrimento e possibilitar uma morte tranquila. Sem dúvida que a utilização de alguns desses meios, podem conduzir uma diminuição da sobrevida do doente; porém este ato não pode ser perspetivado como eutanásia. É eticamente aceitável, «a aplicação de medicamentos destinados a aliviar a dor do paciente, ainda que possam ter, como efeito secundário, a redução do tempo previsível de vida»<sup>223</sup>.

Para o doente cuidado em fim de vida, não se justifica a utilização do princípio de beneficência para legalizar a morte assistida, quando para além dos bens que a medicina pode proporcionar, é reconhecida a sua dignidade<sup>224</sup>.

---

<sup>220</sup> Cf. J. A. Esperança Pina, *Ética, deontologia e direito médico* (Lisboa: Editora Lidel, 2013), 12.

<sup>221</sup> Cf. Emanuel, «Euthanasia and physician assisted suicide».

<sup>222</sup> Cf. J. Keown, «Evaluating eutanásia», em *Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida*, coord. R. Nunes, G. Rego e I. Duarte (Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2009), 193.

<sup>223</sup> Cf. Freitas, *Eutanásia e suicídio medicamente assistido: atitudes dos médicos*, 37.

<sup>224</sup> Cf. Emanuel, «Euthanasia and physician assisted suicide»; cf. Freitas, *Eutanásia e suicídio medicamente assistido: atitudes dos médicos*, 37.

### 3.2. O direito à vida e o princípio da autonomia.

Para os defensores da eutanásia, existe de facto o direito à vida; porém, uma vida com certa qualidade; o que falta em muitos dos afetados pelas doenças ou lesões incuráveis em sofrimento. Segundo estes, é necessário reconhecer diante do direito a viver, um direito a morrer sem dor, evitando assim a indignidade sujeita pela dor irresistível. Dizem ainda que nesses casos, há que entender que o “direito a morrer” tem preferência sobre o direito a viver<sup>225</sup>.

Contudo, visto que o direito à vida é um direito objetivo, não há lugar nem razão para falar de um “direito à morte”, embora haja o direito de recusar o prolongamento artificial da vida<sup>226</sup>. Morrer é uma condição da natureza humana; todos morremos, e a lei não tem ou não deve ter autoridade sobre este acontecimento. Falar do direito à morte, não tem em si mesmo sentido, e muito menos o que está em causa, o direito de fazer morrer<sup>227</sup>.

Por isso, ninguém deve rogá-lo, nem mesmo sob pretexto de autonomia e de liberdade. Também a indisponibilidade da vida não legitima qualquer intervenção ou terapêutica num doente, principalmente contrariando a sua vontade ou sem o seu consentimento de forma atual e livre<sup>228</sup>.

Mesmo sendo a vida indisponível, hoje, ao falar-se do direito a morrer com dignidade ou de morte digna, pretende-se do Estado, através da alteração à legislação, estender a cada um o direito de “determinar a sua morte”, a “intervenção prática de terceiros no ato”, a “despenalização desta intervenção”, bem como a criação de condições necessárias para a realização da prática.

O argumento da “autonomia pessoal” está entre os mais citados na defesa da prática da eutanásia. É apresentado como um direito da pessoa, o que lhe permite escolher o que considera melhor para si, ou, no extremo, o direito a ser deixado a si próprio. Consiste, na «regulação pessoal do próprio, livre, sem interferências externas e sem limitações pessoais»<sup>229</sup>, na própria liberdade.

A liberdade, porém, embora se diga que é condição necessária para o valor ético de uma ação, não parece ser suficiente para garantir que essa ação sirva os seus próprios interesses. O seu exercício requer um conhecimento pleno da situação e das opções, a organização de crenças, de

<sup>225</sup> Cf. Pérez Pérez, «La Bioética y la Eutanasia», 184.

<sup>226</sup> Cf. Brito e Rijo, *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal...*, 99.

<sup>227</sup> Cf. Hans Jonas, *Le droit de mourir*, trad. Philippe Ivernel (Paris : Editora Rivages, 1996), 77.

<sup>228</sup> Cf. Helena Sofia R. F. G. e Freitas, *Eutanásia e suicídio medicamente assistido: atitudes dos médicos* (Lisboa: Dissertação Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, 2017), 48, <http://hdl.handle.net/10451/32826>.

<sup>229</sup> Cf. Macedo, «A morte adiada», 200.

intenções e de desejos, e ainda destringer pressões sociais e culturais que possam condicionar uma heteronomia. Na questão do fim de vida, respeitar a liberdade da pessoa na sua escolha, requer considerar que ela esteja consciente e informada sobre todos esses fatores<sup>230</sup>.

Portanto, o direito da pessoa doente à autonomia para decidir, deve ser avaliado à luz da sua vivência, e também considerado no contexto da sua vulnerabilidade, não se podendo descurar a avaliação do contexto sociofamiliar, ou a ausência deste, em que a pessoa se insere particularmente na fase final da vida<sup>231</sup>.

Os que defendam o direito à autonomia do indivíduo para determinar o curso da sua vida, de igual modo, reivindicam para estes a autonomia para determinar, na medida do possível, a forma como deve decorrer a sua morte, já que esta é uma decisão extremamente importante para quem sofre. São de opinião de que, se um doente terminal, procura auxílio junto de médicos para morrer, de forma livre e consciente, deverá ser permitido ao médico ajudá-lo no seu propósito<sup>232</sup>. Portanto, fazendo isso, estará a respeitar a sua autonomia, honrando a sua escolha<sup>233</sup>.

É complexo abordar o tema da autonomia para justificar ou opor a questões como o direito e a liberdade para decidir o fim da própria vida. A própria autonomia não só engloba uma escolha pessoal, mas também influencia os outros e sofre por parte dos outros<sup>234</sup>. No caso da prática da eutanásia, admitindo um pedido de morte, este confronta-se com a autonomia do sujeito que lhe terá de lhe dar resposta<sup>235</sup>.

Entretanto, como a autonomia da pessoa não é absoluta e nem o pode ser, embora represente um importante valor, o significado que lhe é atribuído não pode sobrepor-se a outros valores e princípios basilares particularmente de ética médica<sup>236</sup>. Sujeita-se a limites, quer os colocados pela segurança pública, quer, ainda, pela proteção dos direitos e liberdades dos outros.

De facto, é frágil e limitado a autonomia, porque o deter o controlo sobre a própria vida, pode incluir tópicos como a recusa voluntária de alimentação, de tratamento, mas não o “deter” o

<sup>230</sup> Cf. Nunes, Madeira e Silva, «Suicídio Ajudado e Eutanásia - Terminologia e sistemática de argumentos», 12.

<sup>231</sup> Cf. Nunes, Madeira e Silva, «Suicídio Ajudado e Eutanásia - Terminologia e sistemática de argumentos», 12-13.

<sup>232</sup> Cf. Margaret Pabst Battin, *Ending Life: Ethics and the Way We Die* (Oxford Scholarship Online, 2005), 20.

<sup>233</sup> Cf. Maria Patrão Neves, «Introdução: A bioética como reflexão e como prática», em *Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*, coord. Maria Patrão Neves (Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002), 30.

<sup>234</sup> Cf. David Jeffrey, *Against Physician Assisted Suicide: A Palliative Care Perspective* (Florida: Ed. CRC Press, 2008), 40.

<sup>235</sup> Cf. Nunes, Madeira e Silva, «Suicídio Ajudado e Eutanásia - Terminologia e sistemática de argumentos», 13.

<sup>236</sup> Cf. Osswald, *Sobre a Morte e o Morrer*, 46-47.

controlo sobre quando e como morrer<sup>237</sup>. Para um doente terminal, sobretudo em sofrimento insuportável, uma escolha verdadeiramente autónoma raramente é possível, não só pela existência de influências sociais, mas também porque, talvez, possam existir outros fatores concorrentes como patologia psiquiátrica<sup>238</sup>.

No caso da morte, mistério pessoal e intransmissível, quando alguém ajuda ou facilita os meios para que a pessoa possa, por si só, antecipá-la<sup>239</sup>, «significa a adesão ao juízo ético da pessoa que afirma o valor da sua autonomia acima de todos os valores»<sup>240</sup>.

O direito à autonomia é considerado subalterno ao direito à vida, estando por isso proibidos atos de disposição sobre o próprio corpo, sempre que ocasionem uma diminuição permanente da sua integridade física. A vida humana é um bem que não pode ser reduzido à tomada de decisão autónoma e individual de uma pessoa<sup>241</sup>.

Sobre a licitude da intervenção do médico, uns defendem que é lícito ao médico limitar-se à prescrição dos fármacos necessários ao doente para que o mesmo termine com a sua vida, já que, com isso, a responsabilidade pelo ato recai sobre o próprio indivíduo<sup>242</sup>, como acontece na prática do suicídio assistido. Há também quem defenda que ninguém pode impor a outros a obrigação de fazer o que na sua convicção é moralmente errado<sup>243</sup>. Em todo o caso, como já abordamos, o médico pode legitimamente abster-se do ato.

### **3.3. Respeitar ou não a vontade do paciente e o testamento vital.**

Face às questões da autonomia, da reivindicação dos direitos sobre a vida e morte e a decisão sobre o seu processo, aparece bem saliente a questão sobre o respeito pelo doente e pela sua vontade que muitas das vezes é expressa através “do testamento vital”. Em termos concretos, de que trata este documento e qual o seu alcance prático?

<sup>237</sup> Cf. Nunes, Madeira e Silva, «Suicídio Ajudado e Eutanásia - Terminologia e sistemática de argumentos», 13.

<sup>238</sup> Cf. Battin, *Ending Life: Ethics and the Way We Die*, 20.

<sup>239</sup> Cf. Walter Osswald, *Um fio de ética - exercícios e reflexões* (Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004), 89.

<sup>240</sup> Serrão, «Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer», 88.

<sup>241</sup> Cf. H. HAVE, «Eutanásia: objecções morais», *A condição humana*, (2009): 327.

<sup>242</sup> Cf. HAVE, «Eutanásia: objecções morais», 327.

<sup>243</sup> Cf. Battin, *Ending Life: Ethics and the Way We Die*, 20.

Na história, “o testamento vital” tem integração legal há bastante tempo em alguns países, dentre os quais se salientam os EUA, onde já existe, há mais de 40 anos. Ali é apelidado de “*living will*”, traduzido como “diretivas antecipadas de vontades”. Com este instrumento, respeitando as exigências legais, a pessoa expressa que, caso vier a padecer de uma doença incurável e que lhe cause demasiado sofrimento, quer ou não, que lhe seja aplicado determinados meios terapêuticos extraordinários para lhe prolongarem a vida<sup>244</sup>. Em Portugal ela entrou em vigor 2012 e foi regulamentada em 2014<sup>245</sup>.

Na grande maioria dos ordenamentos jurídicos, o “testamento vital” quase não tem qualquer eficácia, a não ser quando existam leis que o exigem como condição. No caso português, o diploma é tomado em consideração também no âmbito do direito penal, em alguns aspetos da análise e punição da conduta, como para o caso de dispensa de pena (art. 74º), de atenuação especial de pena (art. 72º), do consentimento (art. 38º), e de exclusão da ilicitude (art. 31º)<sup>246</sup>, no Código Penal.

Por detrás desta lei, está a valorização da expressão da vontade do subscritor em relação ao tratamento, uma extensão do seu consentimento informado, o que exige do mesmo, consciência e cognição no ato da sua redação<sup>247</sup>. Com isso, antecipa-se à situação em que estará, provavelmente, incapaz de dar o seu consentimento<sup>248</sup>, e declara-se logo que aceita ou não as práticas e terapêuticas que poderão ser necessárias à sua vida<sup>249</sup>.

Este testemunho deixa transparecer que existe uma sobrevalorização da autonomia, mas nunca num sentido absoluto e nem puramente individual<sup>250</sup>. Em muitos países, sobretudo naqueles em que a prática de morte medicamente assistida é permitida, é um documento muito importante principalmente nos contextos da tomada de decisão<sup>251</sup>.

---

<sup>244</sup> Cf. Brito e Rijo, *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal...*, 58-59.

<sup>245</sup> Lei n.º 25/2012 de 16 de julho, regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Assembleia da República, «Lei n.º 25/2012 de 16 de julho, Regula as diretivas antecipadas de vontade», *Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16*, p. 3728 – 3730. <https://data.dre.pt/eli/lei/25/2012/07/16/p/dre/pt/html>.

<sup>246</sup> Cf. Maló, *Eutanásia: o direito à vida/o direito à vida com qualidade*, 126.

<sup>247</sup> A manifestação da vontade, através da declaração antecipada de vontade, tem valor a partir do momento em que o doente não tenha mais capacidade de se exprimir. Ainda um doente pode designar um procurador de cuidados de saúde, que o representará quando se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal.

<sup>248</sup> As instruções que se apontam no testamento vital aplicam-se numa situação terminal, sob um estado permanente de inconsciência, ou uma lesão cerebral irreversível que, além da consciência, não possibilite que a pessoa recupere a capacidade para tomar decisões e expressar os seus desejos futuros.

<sup>249</sup> Cf. Osswald, *Sobre a Morte e o Morrer*, 46.

<sup>250</sup> Cf. Osswald, 46-47.

<sup>251</sup> Cf. Maló, *Eutanásia: o direito à vida/o direito à vida com qualidade*, 126-127.

Em França, por exemplo, uma pessoa através das “diretivas antecipadas”, pode antecipadamente afirmar o seu pleno direito de recusar ou não os tratamentos médicos “extraordinários”, particularmente na hora de agonia <sup>252</sup>. À partida, isso deve ser respeitado pela equipa de saúde; contudo, os médicos, como sucede em alguns países, não são obrigados a respeitar o “testamento vital” em determinadas situações.

Ainda sobre o respeitar ou não a vontade do paciente declarante, a lei do testamento vital em Portugal é pouco clara. Por exemplo, a recusa a ser ventilado artificialmente não terá efeito, quando essa técnica estiver clinicamente indicada, já que se não for aplicada, a omissão conduzirá à morte evitável do doente prevista no Código Penal. A legislação procura sobretudo, evitar que a obediência ao disposto no testamento vital conduzisse à eutanásia<sup>253</sup>.

Segundo Walter Osswald, a ambiguidade na formulação legal do diploma em causa, gera alguns conflitos, principalmente devido a interpretações divergentes do texto da lei<sup>254</sup>. Para ele, é fundamental a natureza indicativa, mas não vinculativa do diploma, já que com ele fica-se a conhecer as predileções e opções filosóficas e/ou religiosas do declarante, e o médico tê-las-á em conta no seu agir. Porém, se o mesmo fosse de carácter vinculativo, seria fonte inexaurível de conflitos e dilemas, porque, ao excluir uma técnica potencialmente salvadora, o declarante impossibilitava ao médico salvar a sua vida e criaria dilemas morais insustentáveis<sup>255</sup>.

---

<sup>252</sup> Cf. Aumonier, Beignier e Letellier, *L'Euthanasie*, 99.

<sup>253</sup> Cf. Osswald, *Sobre a Morte e o Morrer*, 47-48.

<sup>254</sup> Na ótica de Walter Osswald, essa lei representa um possível compromisso legislativo, sobre uma matéria em relação à qual se não estabeleceu debate público nem se manifestou interesse generalizado da população. A mesma prevê uma validade de 5 anos, renováveis por expressa declaração do seu autor.

<sup>255</sup> Cf. Osswald, *Sobre a Morte e o Morrer*, 47-48.

### CAP. 3 – PERSPETIVAS TEOLÓGICO MORAL SOBRE A EUTANÁSIA

Atualmente às modernas tecnologias, unem-se as questões suscitadas pela própria auto-compreensão do homem, as opções individuais e as das instituições, bem como o que se refere às atuações diante da vida e das decisões perante a morte.

Na doutrina da Igreja Católica encontramos uma compreensão do ser humano e da sua vida que, sem dúvida, vai ao encontro da perspectiva antropológica já referida neste estudo, e que retrata o porquê da Igreja se opor às práticas como a morte medicamente assistida, em concreto, a eutanásia, apresentada no capítulo anterior. Isto parte principalmente, e não só, da noção, de santidade e de sacralidade da vida, que é um dom de Deus. Neste capítulo apresentaremos a posição da Igreja face a essas práticas, e, em particular, sobre a eutanásia, refletindo sobre a vida humana, no contexto teológico.

#### 1. A doutrina da santidade e sacralidade da vida

No cristianismo, Deus é reconhecido como o Criador que dá a vida a todos os seres. Ao homem, particularmente, para além da vida, foi-lhe concedida uma posição especial entre os viventes, o que lhe confere uma dignidade intrínseca à própria humanidade criada por Deus, como nos relata a Sagrada Escritura: «então Deus disse: Façamos o homem à nossa imagem e semelhança» (Gn 1, 26). Aqui reside, para os crentes, o fundamento da dignidade humana: ser criado à imagem e semelhança de Deus.

Por isso, é importante formular uma filosofia sobre a vida, e apostar na descoberta de novas técnicas biológicas e médicas que auxiliem na promoção da vida, saúde e do bem-estar do ser humano. Porém, esses empreendimentos não podem cancelar as finalidades da própria vida humana, não podem ser mecanicistas ou utilitaristas e nem devem interpretar o homem como mero instrumento<sup>256</sup>. Só a partir dessa lógica é que compreenderemos a vida humana como uma realidade essencial, detentora de especial valor, e com isso mentalizar-nos de que a mesma é um dom de Deus criador.

---

<sup>256</sup> Cf. Sgreccia, *Manual de Bioética - Fundamentos e Ética Biomédica*, 106.

É precisamente em relação ao valor da vida humana como dom/dádiva de Deus, que aparece defendido pela Igreja o preceito de não matar. Uma preocupação da Igreja e não só, sempre presente. As dificuldades em relação a isso vieram pelas reflexões mais filosóficas, ou seja, perante o determinar “quem” é a pessoa humana, e “o que é” que constitui a vida dessa pessoa<sup>257</sup>.

Com certeza que o problema não se limitou a isso, definir a pessoa humana ou o elencar os critérios indispensáveis para que um ser humano seja considerado pessoa, e o que na ausência ou perda dos mesmos, faz com que deixe de o ser. Vimos, porém, no primeiro capítulo, que foram apresentados muitos critérios para fundamentar essa questão e estruturar uma definição mais adequada à pessoa humana, embora com algumas lacunas, particularmente, a nível moral e legal.

Quando se defendem a santidade e a sacralidade da vida, quer-se defender um bem essencial, obra da criação divina. Por isso, antes de qualquer intervenção do homem no próprio homem, é fundamental ter a consciência de que se está perante uma realidade que, para além de digna, é sagrada, à qual devemos respeito e proteção.

É por causa desta santidade e sacralidade, para além de outras razões, que os crentes são a favor da vida e contra os atos que a ameaçam<sup>258</sup>. O respeito incondicional pela dignidade humana, acontece com o reconhecimento do carácter sagrado e divino da vida<sup>259</sup>; por isso, tem todo o sentido o mandamento “não matarás!”.

### **1.1. Promoção da vida e o mandamento “não matarás”**

Na doutrina da Igreja, a defesa da vida humana fundamenta-se no preceito “não matarás”. Nisso estão de acordo tanto o cristianismo como judaísmo: o ser humano foi criado «à imagem e semelhança de Deus» (Gn 1, 26), como fruto da Sua atenção minuciosa e deliberada (Gn 2, 7)<sup>260</sup>.

<sup>257</sup> Cf. José-Román F. Andrés, *Bioética – La fuente de la vida* (Salamanca: Ediciones Sígueme, 2007), 21.

<sup>258</sup> Cf. Urbano Zilles, «A Sacralidade da Vida», *Teocomunicação* 37, n. 157 (2007): 349.

<sup>259</sup> Cf. Zilles, «A Sacralidade da Vida», 350.

<sup>260</sup> Cf. Discurso que João Paulo II proferiu no Conselho Central dos Judeus (Berlim 23.6.1996), no qual recorda que o Cristianismo compartilha com o Povo Judeu a crença de que Deus é o criador do mundo e Senhor da história e que o homem foi criado à sua imagem, como afirma o primeiro livro da Bíblia: «Essa semelhança com Deus é o fundamento da dignidade inviolável do homem e dos direitos que dela derivam. O respeito a Deus e a dignidade humana estão intimamente relacionados». Discurso que João Paulo II proferiu no Conselho Central dos Judeus (Berlim 23.6.1996), acessado a 20 de fevereiro de 2020, [http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/speeches/1996/june/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_19960623\\_consiglio-ebrei.html](http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/speeches/1996/june/documents/hf_jp-ii_spe_19960623_consiglio-ebrei.html).

O “não matar” está bem presente na história do povo de Deus. Para Abraão, considerado pelas religiões como o pai e modelo da fé, a vida é um dom gratuito, surpreendente e até festivo (Gn 18, 12). Porém, essa mesma vida é também responsabilidade e compromisso (Gn 16 e 21, 9-21). É precisamente o relato do sacrifício de Isaac que as religiões cristãs evocam como sendo o momento mais importante da confirmação da dignidade da vida humana<sup>261</sup>.

No Novo Testamento, Jesus não se limita a repetir os mandamentos da lei de Moisés. Ele leva-os à sua plenitude, devolvendo-lhes o seu sentido último. Para Ele não basta o “não matar”: é preciso superar as raízes da ira contra os irmãos<sup>262</sup>; ou seja, a força libertadora do Reino de Deus, tem de originar uma mudança de atitudes em relação à violência e contra a violência em todas as relações humanas<sup>263</sup>. São Paulo diz-nos que «não matarás» e todos os demais mandamentos, se resumem em «amarás o teu próximo como a ti mesmo» (Rom 13, 9).

Os mandamentos nos ensinam o caminho da vida<sup>264</sup>. Diz a Encíclica *Evangelium Vitae*, que o quinto mandamento estabelece o ponto de partida de um caminho da verdadeira liberdade, que leva à promoção ativa da vida contra as ameaças e a desenvolver determinadas atitudes e comportamentos ao seu serviço. De igual modo, isso é o exercício da nossa responsabilidade para com as pessoas sob o nosso cuidado, sobretudo os que carecem de maior atenção (EV 76).

O mandamento “não matarás”, implica o imperativo de respeitar, amar e promover a vida de cada pessoa, seja quem for, segundo as exigências e as dimensões do amor de Deus em Jesus Cristo. Constitui um serviço de amor para com o próximo, uma solicitude pessoal e social, para que a vida humana seja defendida e promovida sempre, mas sobretudo quando é débil ou ameaçada (EV 77). O mandamento «não matar» (Ex 20, 13; Dt 5, 17), de facto, é um sim à vida, da qual Deus se faz garante: «torna-se apelo a um amor solícito que tutela e promove a vida do próximo»<sup>265</sup>.

O Catecismo da Igreja Católica (CIC), na explicação do mandamento “não matar”, afirma que:

...a vida humana é sagrada, porque desde a sua origem, postula a ação criadora de Deus e mantém-se para sempre numa relação especial com o Criador, seu único fim. Só Deus é Senhor da vida,

<sup>261</sup> Cf. Andrés, *Bioética – La fuente de la vida*, 23-24.

<sup>262</sup> Cf. Andrés, 25.

<sup>263</sup> Cf. Wolfgang Schrage, *Ética del Nuevo Testamento* (Salamanca: Ediciones Sígueme, 1987), 116.

<sup>264</sup> Cf. *Evangelium Vitae* 75, EV nas próximas citações.

<sup>265</sup> *Samaritanus Bonus*, 1; cit. João Paulo II, Carta Enc. *Veritatis splendor*, n. 15: AAS 85 (1993), 1145.

desde o seu começo até ao seu termo: ninguém, em circunstância alguma, pode reivindicar o direito de dar a morte diretamente a um ser humano ... (CIC 2258).

É pelo respeito ao Criador e à própria dignidade da pessoa humana, que se compreende a proibição contida no quinto mandamento. O Catecismo resume os dados bíblicos fundamentais sobre esse respeito pela vida humana, particularmente perante questões como o homicídio, o aborto, a eutanásia e o suicídio (CIC 2268).

Perante as situações em que atualmente se atenta contra a vida e se provoca a morte dos outros, este documento da Igreja salienta que «o quinto mandamento proíbe igualmente fazer seja o que for com intenção de provocar indiretamente a morte duma pessoa» (CIC 2269).

## **2. O valor e a defesa da vida humana nas reflexões cristãs**

A teologia cristã tem refletido ao longo dos séculos sobre a vida humana, o seu valor e dignidade. Tal reflexão foi com frequência motivada pelas circunstâncias históricas que atravessavam as comunidades, particulares ou universal, e as suas raízes de certa forma transcendiam aqueles momentos concretos em que se produziam. Elas provinham não só da antropologia, mas também da teologia, da consideração de Deus como Senhor da vida.

### **2.1. Abordagem teológico-moral da vida**

A defesa da vida humana esteve sempre na Igreja e muitas vezes, entre os Padres da Igreja aos teólogos, assumiram esta causa. Estes procuraram salientar no homem e na vida humana, a particularidade de ser criado à imagem e semelhança de Deus; por isso, merecedor de toda a dignidade, do direito à vida e de viver até ao último instante.

Na *Summa Theologica* de S. Tomás, encontramos em destaque aquilo que parece marcar a orientação teológico-moral de seu pensamento sobre a vida do ser humano. Ele apresenta-nos o homem como imagem e semelhança de Deus, não apenas em relação à alma, mas o homem no seu todo, como ser vivente, um ícone de Deus. Isto porque, segundo o seu pensamento, a vida física e

a própria corporeidade humana são partes integrantes dessa imagem de Deus: «a própria figura do homem é um vestígio que representa a imagem de Deus na alma»<sup>266</sup>.

Portanto, «a vida é um dom entregue ao homem por Deus...»<sup>267</sup>. É um “bem” fundamental e necessário para a realização pessoal, é a base de todas as outras dimensões da própria vida. A dignidade humana converte-se assim no fundamento que eleva a vida física ao nível do máximo respeito<sup>268</sup>; por isso, diz S. Tomás: «considerado em si mesmo, não é lícito tirar a vida a ninguém...»<sup>269</sup>.

Estas notas, justificam e reforçam a preocupação que já vem desde há muito tempo com a defesa do valor e o respeito indispensável à vida humana em toda a sua singularidade. Reforçam a ideia e a posição da Igreja Católica e não só, quando se opõem a todas as práticas que atentam contra essa iconalidade divina que é o homem, nas suas fragilidades e sofrimentos.

## 2.2. Modernidade secular e a ética da vida

A vida humana, no mundo atual, enquanto fundamentada na sua iconalidade com Deus, confronta-se frequentemente com o processo da secularização. É relegada qualquer dimensão transcendente da vida humana, situando a mesma meramente no plano horizontal da existência. Para a cultura contemporânea é anacrónico e faz pouco sentido afirmar a santidade da vida humana, e que Deus é dono e Senhor da mesma. A determinação dos limites da vida e a responsabilidade, individual ou social, diante dela, seriam com efeito uma tarefa estreitamente humana<sup>270</sup>.

Na mesma linha, a cultura moderna proporcionou uma radical viragem antropológica até à imanência subjetiva, procurando conduzir ao esquecimento a dimensão vertical do ser humano. A natureza humana, como parâmetro de normatividade, foi sendo substituída pela pessoa na sua individualidade concreta<sup>271</sup>. O centro a partir do qual tudo flui e converge, passou a ser o homem, sem a ligação ao transcendente.

<sup>266</sup> Cf. TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, I, q. 93, a. 6, ad 3m.

<sup>267</sup> Cf. TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, II-II, q. 64, a. 5.

<sup>268</sup> Cf. Andrés, *Bioética – La fuente de la vida*, 31-32.

<sup>269</sup> TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, II-II, q. 64, a. 6.

<sup>270</sup> Cf. Andrés, *Bioética – La fuente de la vida*, 35-36.

<sup>271</sup> Cf. Andrés, 36.

Aparece ainda a questão da qualidade de vida e da promoção do bem-estar. O homem moderno passou a considerar-se senhor da sua vida, dono absoluto da sua própria existência e com o direito de dispor da vida humana. É a partir daqui, relegando para o segundo plano a visão cristã, que o próprio homem questiona se a vida é tolerável, quando não existam a qualidade ou um conjunto de circunstâncias mínimas<sup>272</sup>. Surgem dúvidas sobre os proveitos de continuar a viver perante situações desagradáveis.

Nessa mentalidade secular, em que se abraça a razão humana e o naturalismo filosófico, rejeitando dogmas religiosos e o sobrenatural, a vida humana passou a ser de certa forma relativizada. Tirar a presença da religião e de Deus na ética e moral dos homens, proporcionou ao próprio homem mais liberdade sobre decidir a sua vida e seu viver, sujeição a práticas e técnicas diversas, ao ponto de chegar a reivindicar o “direito à morte”.

### **2.3. Reflexão eclesial sobre a vida humana**

No contexto de um mundo secularizado, em que Deus é muitas vezes relegado para a subjetividade, a Igreja manifesta a sua presença realizando grandes eventos, como o Concílio Vaticano II, e faz-se ouvir também, por meio dos vários documentos pontifícios. Através destes, encontramos orientações sobre a vida humana, sua grandeza e dignidade. Estas orientações não compreendem apenas a dimensão físico-corporal do homem, mas também a sua unidade psicossomática e a própria projeção para a transcendência.

#### **2.3.1. O Concílio Vaticano II e Magistério posterior**

Segundo o Concílio Vaticano II, na Constituição Pastoral *Gaudium et Spes*, o anseio humano por conservar a vida não pode limitar-se unicamente ao futuro intra-histórico, «a vida humana e a missão de a transmitir, não se limitam a este mundo, nem podem ser medidas ou compreendidas unicamente em função dele, mas estão sempre relacionadas com o eterno destino

---

<sup>272</sup> Cf. Andrés, 36-37.

do homem»<sup>273</sup> (GS 51d). É por isso, que a mesma faz parte das preocupações da Igreja, uma vez que ela está unida à vocação celeste.

A vida merece todo o respeito, portanto, é necessário «tornar acessíveis ao homem todas as coisas de que necessita para levar uma vida verdadeiramente humana» (GS 26b). Neste sentido, as organizações e os grupos económicos, «devem ter presentes estes fins e reconhecer a grave obrigação que têm de vigiar para que assegurem os requisitos necessários a uma vida digna dos indivíduos e de toda a comunidade» (GS 70), garantido o equilíbrio entre todas as dimensões da vida e do viver humano.

O outro fragilizado, de acordo com a doutrina tradicional da teologia cristã, deve ser considerado, sem exceção, como um “outro eu”, merecedor de cuidado pela sua vida, e dos meios de que necessita para vivê-la dignamente (GS 27a). Segundo o Concílio:

...tudo quanto se opõe à vida, como seja toda a espécie de homicídio, genocídio, aborto, eutanásia e suicídio voluntário; tudo o que viola a integridade da pessoa humana [...], tudo quanto ofende a dignidade inerente da pessoa humana [...], todas estas coisas e outras semelhantes são infamantes; 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 (GS 27).

No entanto, a doutrina conciliar não se limita apenas a condenar práticas que atentam contra a vida. Em várias referências e em nome da Igreja, reconhece e aplaude a mentalidade e os modernos meios e práticas que tornam possível a defesa de uma vida humana digna e com qualidade<sup>274</sup>, sobretudo na área da saúde e nas situações de doenças incuráveis, de sofrimento intenso e prolongado, ou no fim da vida. Por isso afirma que os cristãos se alegram com os vários meios que permitem hoje aos homens avançar no fomento de amor e ao respeito a vida (GS 47a).

Na sequência do Concílio Vaticano II, a Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé, ao apresentar a “Declaração sobre a Eutanásia”, em 1980, evidenciou sinteticamente o valor da vida humana. Segundo a mesma, essa vida é «o fundamento de todos os bens, a fonte e a condição necessária de toda a atividade humana e de toda a convivência social»<sup>275</sup>. Destaca ainda que, para

<sup>273</sup> *Gaudium et Spes*, 51d, GS nas próximas citações.

<sup>274</sup> Cf. Andrés, *Bioética – La fuente de la vida*, 39.

<sup>275</sup> Cf. Sacra Congregatio Pro Doctrina Fidei, *Declaratio de Euthanasia*. AAS 72 (1980) 542-552. Valor da vida humana.

além do seu carácter sagrado e aceitação de que ninguém pode dispor dela a seu bel-prazer, os crentes veem na vida um dom do amor de Deus, o que lhes exige obrigação de a conservar.

Dessa responsabilidade deve constatar que ninguém pode atentar contra a vida de um homem, todos os homens têm o dever de conformar a sua vida com a vontade do Criador, e a morte voluntária ou suicídio é tão inaceitável como o homicídio, já que tal ato constitui uma recusa da soberania de Deus e do seu desígnio de amor<sup>276</sup>.

### **2.3.2. A vida humana nos documentos pontifícios**

A luta incansável pela defesa da vida e da dignidade humana, foi também, sem dúvida, uma das preocupações dos vários Pontífices. Como resultado disso, encontramos uma grande variedade de documentos apresentados ao longo dos tempos. S. João Paulo II foi, sem dúvida, o grande defensor da causa. Denunciou fenómenos e práticas que põem em perigo tanto a vida humana, como a justa distribuição dos recursos que proporcionam a qualidade de vida das pessoas.

Segundo S. João Paulo II, «a origem e o fundamento do dever de respeitar absolutamente a vida humana, devem-se encontrar na dignidade própria da pessoa, e não simplesmente na inclinação natural para conservar a própria vida física»<sup>277</sup>. Essa dignidade é o bem mais precioso que o homem tem, e graças ao qual ele transcende em valor todo o mundo material. É uma condição que não depende do ter nem do ser, mas por aquilo que o próprio homem é; ou seja, o ser humano é sempre “um valor em si e por si”, e exige ser considerado e tratado como tal<sup>278</sup>.

Na exortação apostólica pós-sinodal *Christifideles laici* do ano 1989, S. João Paulo II evidencia-nos que, «descobrir e ajudar a descobrir a dignidade inviolável de cada pessoa humana constitui uma tarefa essencial, a tarefa central e unificadora do serviço que a Igreja» presta aos homens (CL 37). Esse e o direito à vida, são direitos naturais, universais e invioláveis, que ninguém, individual ou coletivo, autoridades ou não, podem modificar e, muito menos, eliminar, porque emanam do próprio Deus (CL 38).

---

<sup>276</sup> Cf. Sacra Congregatio Pro Doctrina Fidei, *Declaratio de Euthanasia*.

<sup>277</sup> *Veritatis Splendor*, 50a, VS nas próximas citações.

<sup>278</sup> Cf. *Christifideles laici*, 37, CL nas próximas citações.

A Igreja tem por objetivo sempre lutar pela defesa do direito à vida, da dignidade e de todo o bem-estar da pessoa humana. Ela «nunca se deu por vencida perante todas as violações que o direito à vida, que é próprio de cada ser humano, tem sofrido e continua a sofrer» (CL 38). Também, de acordo com a Encíclica *Evangelium Vitae*, do ano 1995, qualquer ameaça à dignidade e à vida do homem não pode deixar de se repercutir no próprio coração da Igreja, uma vez que, cada homem está confiado à solicitude materna da Igreja (EV 3).

Como instituição com responsabilidade social, a Igreja, cumprindo a sua própria missão, não pode ficar indiferente; antes pelo contrário, sente que deve estar ao lado dos que perante tais práticas, percebem que estão em causa as suas vidas e a própria dignidade.

S. João Paulo II, dedica-se, nos seus documentos, a expor e defender o valor da vida humana. A sua atenção incide sobretudo sobre a atitude da consciência perante as leis civis que permitem ou até promovam práticas tais como o aborto e a eutanásia. A própria Encíclica *Evangelium Vitae* pretende ser, uma reafirmação concreta e firme do «valor da vida humana e da sua inviolabilidade e, conjuntamente, deseja ser um ardente apelo dirigido em nome de Deus a todos e cada um: respeita, defende, ama e assiste a vida, cada vida humana» (EV 5).

Para os crentes, a vida terrena e temporal está projetada para uma realidade eterna. Embora sendo temporal, é uma realidade sagrada, que «nos é confiada para a guardarmos com sentido de responsabilidade e a levarmos à perfeição no amor pelo dom de nós mesmos a Deus e aos irmãos» (EV 2).

Mesmo por entre dificuldades e incertezas, todo o homem sinceramente aberto à verdade e ao bem pode, [...], chegar a reconhecer, na lei natural inscrita no coração (cf. Rm 2, 14-15), o valor sagrado da vida humana desde o seu início até ao seu termo, e afirmar o direito que todo o ser humano tem de ver plenamente respeitado este seu bem primário. Sobre o reconhecimento de tal direito é que se funda a convivência humana e a própria comunidade política (EV 2).

Porém, com o advento das novas tecnologias, a conjuntura social hodierna, caracterizada pela mentalidade utilitarista e pelo capitalismo produtivo, tende a sujeitar a vida humana a muitas formas de ameaças, cada vez mais sofisticadas e camufladas; o ser humano vê-se de diversas formas ameaçado<sup>279</sup>.

---

<sup>279</sup> Cf. Melo e Sanches, «A *Evangelium Vitae* e a dignidade do embrião humano», 577-578.

S. João Paulo II convida-nos a fazer uma análise de todas as práticas e ações a que sujeitam o homem, e, no fundo, a refletir se as mesmas salvaguardam a vida humana em todos os seus momentos<sup>280</sup>. Pretende alertar-nos sobre a essencialidade do reafirmar alguns preceitos éticos, jurídicos e religioso, em relação a vida humana, sobretudo face ao progresso científico (EV 4).

Para ele, o progresso das ciências e a própria investigação científica, devem estar orientados ao respeito da dignidade da pessoa e ao apoio da vida humana, e devem também, acima de tudo, qualificar-se positivamente do ponto de vista ético. S. João Paulo II procurou assentar a sua argumentação, tanto a partir da razão humana, quanto na Palavra de Deus e na tradição da Igreja.

Contudo, hoje é preocupante ver «as legislações de certos países, [...], consentiram em não punir ou mesmo até em reconhecer a plena legitimidade de algumas práticas questionáveis contra a vida». O mesmo se diga, ao verificar «opções que outrora consideradas unanimemente criminosas e rejeitadas pelo senso moral comum, tornarem-se pouco a pouco socialmente respeitáveis» (EV 4), como é o caso da eutanásia e do suicídio assistido.

...pesam sobre os doentes incuráveis e os doentes terminais, num contexto social e cultural que, tornando mais difícil enfrentar e suportar o sofrimento, aviva a tentação de resolver o problema do sofrimento eliminando-o pela raiz, com a antecipação da morte para o momento considerado mais oportuno (EV 15).

Diante desse panorama, os cristãos não podem limitar-se aos pronunciamentos em favor da vida humana, mas devem promover a defesa da vida por meio dos compromissos diários individuais e no esforço pela reforma das estruturas sociais, económicas, políticas e informativas, de modo que também no âmbito público se defenda a vida e se promova a sua qualidade.

Bento XVI, nas Encíclicas “*Deus Caritas Est*”, “*Spe Salvi*” e “*Caritas in Veritate*”, além das referências nos sucessivos encontros e conferências, foi também assíduo defensor da vida e da dignidade humanas. O mesmo procurou expandir a voz profética de S. João Paulo II, apresentando ao mundo reflexões que reafirmam o homem e a sua dignidade<sup>281</sup>.

---

<sup>280</sup> Cf. Melo e Sanches, 578.

<sup>281</sup> Cf. Luciane Marins, «Contribuições do Papa Bento XVI e a defesa da vida e da dignidade humana», acedido a 22 de abril de 2020, <https://noticias.cancaonova.com/especiais/pontificado/bento-xvi/bento-xvi-e-a-defesa-da-vida-e-da-dignidade-humana/>.

Insistiu muito que as iniciativas da sociedade civil, não devem substituir ou minimizar o empenho de cada cidadão na defesa da dignidade humana. Exortando os bispos, na Encíclica *Caritas in veritate*, lembrou-lhes que: «ao defender a vida, não devemos temer a oposição e a impopularidade, recusando qualquer compromisso ou ambiguidade que nos conformem com a mentalidade deste mundo»<sup>282</sup>.

A Igreja, na missão de transmitir aos fiéis a graça do Redentor e a santa lei de Deus, já perceptível nos ditames da lei moral natural, sente o dever de intervir nesta sede para excluir ainda uma vez toda ambiguidade acerca do ensinamento do Magistério sobre a eutanásia e o suicídio assistido, também naqueles contextos em que as leis nacionais legitimaram tais práticas<sup>283</sup> (SB 1).

### 3. Eutanásia e cuidados paliativos na compreensão da Igreja

Na sociedade hodierna, onde mesmo os valores fundamentais da vida humana frequentemente são postos em causa, a modificação da cultura influi no modo de considerar o sofrimento e a morte; a medicina aumentou a sua capacidade de curar e de prolongar a vida em condições que, por vezes, levantam problemas de carácter moral. Assim, os homens que vivem num tal clima interrogam-se com angústia sobre o significado da velhice extrema e da morte. E chegam mesmo a perguntar a si mesmos se não terão o direito de procurar, para si e os seus semelhantes, uma “morte suave” que lhes abrevie os sofrimentos e seja, a seus olhos, mais conforme com a dignidade humana<sup>284</sup>.

#### 3.1. A Igreja perante a “ajuda a morrer”

A Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé, na “Declaração sobre a Eutanásia”, reconhece os ganhos conseguidos pelo avanço técnico da medicina. Porém, mostra que esse progresso também trouxe questões morais preocupantes<sup>285</sup>.

<sup>282</sup> Cf. *Caritas in veritate*, 5. CV nas próximas citações.

<sup>283</sup> *Samaritanus bonus*, 1. SB nas próximas citações.

<sup>284</sup> Sacra Congregatio Pro Doctrina Fidei, *Declaratio de Euthanasia*, introdução.

<sup>285</sup> Cf. Sacra Congregatio Pro Doctrina Fidei, *Declaratio de Euthanasia*, introdução; cf. Santos, *Eutanásia e suicídio assistido: o direito e liberdade de escolha*, 57.

Num contexto cultural frequentemente fechado à transcendência, a experiência do morrer apresenta-se com algumas características. A morte pela eutanásia, torna-se como uma “libertação reivindicada”, quando prevalece a tendência para apreciar a vida, sobretudo na medida em que se goza do prazer e do bem-estar, e o sofrimento que aparece como um contratempo insuportável, é preciso libertar-se (EV 64).

A Igreja, perante a eutanásia, aparece como aquela que sempre considerou o respeito e o apreço pela vida humana, já que é respeitar a criação e o Criador, Autor da vida; além disso, porque esse respeito é um dos alicerces de qualquer sociedade. A vida não é um objeto de que se possa dispor arbitrariamente; é um dom de Deus e uma missão a cumprir<sup>286</sup>. Essa vida deve ser preservada até ao fim, inclusive nas situações de grande sofrimento.

A eutanásia, apresentada como «ação ou omissão que, por sua natureza ou nas intenções, provoca a morte a fim de eliminar toda a dor»<sup>287</sup>, segundo a Igreja Católica, é um crime contra a vida humana; é moralmente inaceitável, porque não respeita o carácter sagrado e inviolável da vida. É um ato intrinsecamente mau, em qualquer ocasião ou circunstância; é uma violação grave da Lei de Deus. 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 (SB 1).

Atualmente, sob o pretexto de liberdade e autonomia, fala-se muito no “direito à morte”. Porém, segundo a Conferência Episcopal Portuguesa, é absurdo falar em “direito à morte”, assim como seria o falar em “direito à doença”<sup>288</sup>. É incoerente reivindicar a eutanásia como um direito à morte<sup>289</sup>, até, porque reivindicar o direito à eutanásia e reconhecê-lo legalmente, equivale a atribuir à liberdade humana um significado perverso e iníquo (EV 20).

Podemos, pelo contrário, falar do “direito a morrer com dignidade”, quando ela acontece, com toda a serenidade e condições humanamente dignas, rodeado de afeto e carinhos dos entes queridos. Isso é possível, se assumirmos o nosso dever de cuidar-nos mutuamente<sup>290</sup>,

<sup>286</sup> Cf. Conselho Permanente da Conferência Ep. Portuguesa (CEP), «Nota Pastoral - Eutanásia: o que está em causa? Contributos para um diálogo sereno e humanizador», 4, acedido a 10 de abril de 2020, [www.conferenciaepiscopal.pt/v1/wpcontent/uploads/CEP\\_Eutanasia\\_NotaPastoral.pdf](http://www.conferenciaepiscopal.pt/v1/wpcontent/uploads/CEP_Eutanasia_NotaPastoral.pdf).

<sup>287</sup> Cf. Sacra Congregatio Pro Doctrina Fidei, *Declaratio de Euthanasia*, II - A Eutanásia.

<sup>288</sup> Cf. CEP, «Nota Pastoral - Eutanásia: o que está em causa?...», 10.

<sup>289</sup> «Não existe, de facto, um direito a dispor arbitrariamente da própria vida, pelo que nenhum profissional da saúde pode fazer-se tutor executivo de um direito inexistente», *Samatitanus Bonus*, cit. Pontifício Conselho para a Pastoral no campo da Saúde, Nova carta dos Profissionais da Saúde, n. 169.

<sup>290</sup> Cf. Maló, *Eutanásia: o direito à vida/o direito à vida com qualidade*, 55.

principalmente quando há falta de saúde, ou se vive acometido pelo sofrimento resultante de doença grave.

A religião católica não é a única a manifestar-se contra a eutanásia e práticas associadas. A ela se juntam o judaísmo, o islamismo, a Igreja ortodoxa russa, etc. Para estas religiões, não é aceitável o comportamento ativo e deliberado de acabar ou encurtar a vida; bem como o contrário, prolongá-la de forma artificial e desnecessária, quando o doente está numa fase em que a morte é inevitável. Por isso, para a Igreja;

São gravemente injustas, portanto, as leis que legalizam a eutanásia ou aquelas que justificam o suicídio e a ajuda ao mesmo, pelo falso direito de escolher uma morte definida impropriamente como digna somente porque escolhida. [...] A existência destas leis fere profundamente as relações humanas e a justiça, ameaçando a mútua confiança entre os homens (SB 1).

### 3.2. O sofrimento e uso dos meios terapêuticos

Não se pode utilizar o sofrimento para justificar o pôr termo à vida. Para os cristãos, a dor física e o sofrimento humano, foram resgatados por Cristo com a sua morte; por isso, não há sofrimentos inúteis. As dores da agonia e da morte no fim da vida, têm um valor especial de salvação e de reparação. É a participação nas dores ou sofrimentos de Cristo<sup>291</sup>, na sua Paixão.

É no mistério da morte e ressurreição de Jesus que os cristãos encontram o sentido para o seu sofrimento<sup>292</sup>. Compreendendo este mistério, será possível encarar a doença incurável e o fim da vida da melhor forma, desaprovando práticas de morte medicamente assistida.

Todavia, tudo isto sobre o sofrimento, não pode ser compreendido como a sua aprovação pela Igreja; pelo contrário, a mesma recomenda que se empreendam lutas para a sua mitigação até onde for possível, mas sem esquecer o seu sentido redentor e purificador (SD 19)<sup>293</sup>.

É necessário fazer tudo para aliviar a dor e limitar o sofrimento; contudo, se a dor física se recupera com medicamentos, há outras dores que só serão atenuadas pela presença, pelo carinho que recebemos nos momentos de provação. Não bastam apenas cuidados de saúde; são também

<sup>291</sup> Cf. *Salvifici Doloris*, 18. SD nas próximas citações.

<sup>292</sup> Cf. CEP, «Nota Pastoral - Eutanásia: o que está em causa?...», 4.

<sup>293</sup> Cf. Santos, *Eutanásia e suicídio assistido: o direito e liberdade de escolha*, 57.

urgentes os cuidados espirituais, o conforto que proporciona a paz e o bem-estar da alma. O sofrimento do outro é também o meu, é semelhante ao meu.

S. João Paulo II na Carta Apostólica *Salvifici Doloris*, de 1984, sublinha que o sofrimento é algo amplo e mais complexo do que a doença. É o que a ciência, apesar dos grandes avanços, não consegue compreender e tratar cabalmente (SD 5). Acredita-se que nela a realidade desanimadora é, sobretudo, não haver quem console ou auxilie quem tem necessidade.

Por isso, aos olhos da Igreja Católica, por vezes, os pedidos de eutanásia ou suicídio assistido, quando efetuados com base em situações de grande sofrimento, não devem ser compreendidas como expressão duma verdadeira vontade da submissão a esta prática, mas, antes, são quase sempre pedidos repletos de angústia para obterem ajuda e afeto<sup>294</sup>, amor, calor humano e sobrenatural.

É nesses contextos que sobressai a grandeza dos cuidadores, principalmente informais, e de toda a prática de cuidados continuados e paliativos. Estes possibilitam aos doentes terminais melhores condições, e, quando a morte se aproxima, condições psicológicas e técnicas tornam mais fácil a sua aceitação e todo o processo envolvente.

... a capacidade de quem assiste uma pessoa atingida por doença crônica ou na fase terminal da vida deve ser aquela de “saber estar”, vigiar com quem sofre a angústia do morrer, “consolar”, ou seja, estar-com na solidão, ser co-presença que abre à esperança. Mediante a fé e a caridade expressas na intimidade da alma, a pessoa que assiste é capaz de sofrer a dor do outro e a abrir-se a uma relação pessoal com o fraco, que alarga os horizontes da vida para além do evento da morte, tornando-se assim uma presença plena de esperança (SB 1).

As técnicas empregues pela ciência médica para suavizar ou suprimir a dor, como o uso dos analgésicos para aliviar os sofrimentos, embora possam proporcionar certos efeitos secundários, como o risco de abreviar os dias de vida, podem ser moralmente conformes com a dignidade humana (EV 65).

Contudo, esta atitude não deve ter por detrás a pretensão de dar a morte, a eutanásia. Que a morte não seja querida, nem como fim nem como meio, mas somente prevista e tolerada como inevitável. Isto enquadra-se no que, hoje, chamamos de cuidados paliativos, o que segundo o

---

<sup>294</sup> Cf. Sacra Congregatio Pro Doctrina Fidei, *Declaratio de Euthanasia*, II - A Eutanásia; cf. Maló, *Eutanásia: o direito à vida/o direito à vida com qualidade*, 54.

parecer da Igreja, constitui uma forma excecional da caridade desinteressada, os quais devem ser estimulados (CIC 2279).

Porém, a um doente não se podem legitimamente interromper os cuidados habitualmente devidos, mesmo que, na situação em causa, a morte seja considerada eminente e inevitável. Reconhece que essas «decisões devem ser tomadas pelo paciente, se para isso tiver competência e capacidade; ou se não for possível, por quem para tal tenha direitos legais, respeitando sempre a vontade razoável e os interesses legítimos do paciente» (CIC 2278).

É necessário apostar nos “cuidados paliativos”, destinados a tornar o sofrimento mais suportável na fase aguda da doença, e assegurar ao mesmo tempo ao paciente um adequado acompanhamento humano (EV 65).

Os assim chamados cuidados paliativos são a expressão mais autêntica da ação humana e cristã de cuidar, o símbolo tangível do compassivo “estar” junto a quem sofre. Eles têm como objetivo «aliviar os sofrimentos na fase final da doença e, ao mesmo tempo, assegurar ao paciente um adequado acompanhamento humano» digno, melhorando-lhe – quando possível – a qualidade de vida e o bem-estar em geral (SB 47)<sup>295</sup>.

De igual modo, mesmo com todos os meios técnicos que os cuidados continuados ou paliativos possam proporcionar, é um ato de maturidade reconhecer que a morte, muitas vezes precedida ou acompanhada de sofrimentos atrozes e de duração desgastante, sobretudo na velhice, será sempre um acontecimento natural, angustiante para o homem<sup>296</sup>.

É um acontecimento inevitável, mas os cristãos tem a sua resposta em Jesus Cristo, e n’Ele, o mesmo tem um especial sentido. Estes podem encarar de frente a morte, sem a provocar, e falar desta “realidade última” sem medo, aceitando naturalmente a morte física na esperança de reviver noutra realidade, na presença de Deus<sup>297</sup>.

---

<sup>295</sup> *Samaritanus Bonus*, cit. Francisco, Discurso à Plenária da Pontifícia Academia para a vida: AAS 107 (2015), 27, com referência a: João Paulo II, Carta enc. *Evangelium Vitae*, n. 65: AAS 87 (1995), 47.

<sup>296</sup> Cf. Oliveira, *Viver a Morte: Abordagem Antropológica e Psicológica*, 15.

<sup>297</sup> Cf. Oliveira, 20.

### 3.3. Cuidados paliativos uma resposta ao sofrimento

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os cuidados paliativos são abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus de familiares, diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento exemplar da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual<sup>298</sup>.

Segundo a Lei de Bases dos cuidados paliativos, estes incluem:

Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psicossociais e espirituais<sup>299</sup>.

Portanto, são ações realizadas por equipas estruturadas, multiprofissionais em trabalho harmónico e convergente, aliando o melhor das competências técnicas que a ciência e o humanismo têm para dar aos que sofrem<sup>300</sup>. Nos cuidados paliativos o foco da atenção não é a doença a ser curada, mas o doente, entendido como um ser biográfico, ativo, com o direito a informação e a autonomia para as decisões a respeito do seu tratamento. A sua melhor concretização preconiza a atenção individualizada ao doente e à sua família, bem como a busca da excelência no cuidar<sup>301</sup>.

A qualidade de cuidados paliativos depende do conhecimento e dos métodos de trabalho dos profissionais<sup>302</sup>. Esse cuidado representa um oferecimento mais integral do conceito de cuidar,

<sup>298</sup> Cf. World Health Organization (WHO), *Cancer Control - knowledge into action: Palliative Care*, (Geneva, 2007), 3.

<sup>299</sup> Assembleia da República, «Lei n.º52/2012 de 5 de Setembro, Lei de Bases dos Cuidados Paliativos», *Diário da República n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05*, p. 5119 – 5124; <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>.

<sup>300</sup> Cf. Isabel G. Neto, «O que são os Cuidados Paliativos», em *Eutanásia? Cuidados Paliativos*, coord. Isabel G. Neto (Lisboa: Alêtheia Editores, 2016), 16.

<sup>301</sup> Cf. Maria G. Sales Maciel, «Definições e Princípios», em *Cuidado Paliativo*, coord. Reinaldo A. de Oliveira (São Paulo: Cremesp, 2008), 16; cf. Fabiana T. B. C. Chino, «Plano de Cuidados: cuidados com o paciente e a família», em *Manual de Cuidados Paliativos*, org. Ricardo T. Carvalho e Henrique A. Parsons (S. Paulo: ANCP, 2012), 392; cf. Bill O'Neill e Marie Fallon, «ABC of Palliative Care: Principles of Palliative Care and Pain Control», *BMJ Clinical Research* 315 (1997): 801, <https://doi:10.1136/bmj.315.7111.801>.

<sup>302</sup> Cf. Rafael C. Ramos et al., *Guía de información sobre Cuidados Paliativos* (Sevilla: ARTEFACTO - Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2009), 7.

cobrimo as necessidades do paciente; afirma a vida e considera a morte como um processo normal, não a antecipando nem a retardando<sup>303</sup>.

Para além de prevenir e aliviar o sofrimento, esse cuidado procura, como objetivo, fortalecer, melhorar ou preservar a qualidade de vida, a dignidade e autonomia do paciente terminal até à morte, e responder às suas necessidades, em tudo o que se refere ao conforto, considerando o respeito pela vida uma premissa fundamental<sup>304</sup>.

Segundo alguns especialistas e estudos realizados, a prática não pode ser descrita como os cuidados dirigidos a pacientes fora da possibilidade de cura. Sublinha-se que, na fase final da vida, entendida como aquela em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível, os cuidados paliativos tornam-se imprescindíveis, para demandar um cuidado específico e contínuo ao doente e à sua família, prevenindo uma morte caótica e com grande sofrimento<sup>305</sup>.

A prática, para além de constituir um campo interdisciplinar em relação aos cuidados totais, ativos e integrais, centra-se ainda na importância da dignidade da pessoa, mesmo que doente, vulnerável e limitada, e no direito do paciente de viver tão ativamente quanto possível, os dias que lhe restam e de morrer com dignidade<sup>306</sup>.

São cuidados baseados em princípios que se recomendam, desde o diagnóstico da doença. Inclui no cuidar, a espiritualidade e a assistência à família, inclusive após a morte do paciente, no período do luto<sup>307</sup>. Esses cuidados afirmam a vida do paciente com uma enfermidade terminal, crónica, degenerativa e irreversível, onde o controle da dor e outros sintomas requerem o apoio médico, social, psicológico, espiritual e familiar<sup>308</sup>.

<sup>303</sup> Cf. Institut Europeen de Bioethique, «Le modèle Berge des Soins Palliatifs intégraux», acessado a 10 de junho de 2020, <https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/20150904-dossiers-euthanasie-et-soins-palliatifs.pdf>.

<sup>304</sup> Cf. Gustavo de Simone, «Los Cuidados Paliativos en el tercer milenio», acessado em 16 de junho de 2020, <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/bcaem/article/view/4989/4593>; cf. Aline F. Cervelin e Maria H. L. Kruse, «Espiritualidade e religiosidade: conhecer para governar», *Esc Anna Nery Rev. de Enfermagem* 18, n. 1 (2014): 137, <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140020>.

<sup>305</sup> Cf. Maciel, «Definições e Princípios», 17.

<sup>306</sup> Cf. Alana Tamar O. de Sousa et al., «Cuidados Paliativos com pacientes terminais: um enfoque na Bioética», *Rev. Cubana de enfermaria* 26, n. 3 (2010): 119, <http://ref.scielo.org/j34nsv>; cf. Neto, «O que são os Cuidados Paliativos», 19; Cf. Société Française D'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), «Face a une demande d'euthanasie», acessado a 22 de maio de 2020, p. 21, [http://www.sfap.org/system/files/face-demande-euthanasie\\_0.pdf](http://www.sfap.org/system/files/face-demande-euthanasie_0.pdf).

<sup>307</sup> Cf. Dalva Y. Matsumoto, «Cuidados Paliativos: Conceito, fundamentos e princípios», em *Manual de cuidados paliativos*, edit. por Ricardo T. de Carvalho (Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos - Diagraphic, 2009), 16.

<sup>308</sup> Cf. Sousa, et al., «Cuidados Paliativos com pacientes terminais: um enfoque na Bioética», 119; cf. Minsalud - Gobierno da Colombia, «ABECÉ: Cuidados Paliativos», acessado a 03 de junho de 2020, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-cuidados-paliativos.pdf>.

Em Portugal, segundo a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), pretende-se que todas as pessoas, residentes, portadoras de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva, tenham acesso a cuidados paliativos de qualidade<sup>309</sup>. Até agora, foram criadas associações e estruturas, bem como a rede nacional, com o objetivo de proporcionar uma cobertura, a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados paliativos<sup>310</sup>.

### 3.3.1. Indicação e componentes essenciais dos cuidados paliativos

Estes cuidados de saúde destinam-se a todos os doentes independentemente da idade e patologias<sup>311</sup>. Todos, em situações de doenças ativas graves, progressivas e incuráveis ou terminais, deveriam receber a atenção dos cuidados paliativos desde o seu diagnóstico<sup>312</sup>. Porém, cumprir essa referência é certamente utópico, dada a insuficiência de recursos e meios, tanto humanos como materiais, na prestação deste serviço, e a própria ineficácia e limitações dos sistemas de saúde.

Tendo em conta as dificuldades, existem alguns critérios de recomendação desses serviços, considerando a prioridade indicativa para os pacientes, em que já se esgotaram todas as possibilidades de tratamento, de manutenção ou de prolongamento da vida, que apresentam sofrimento do moderado ao intenso, e que optaram por manutenção de conforto e dignidade da vida<sup>313</sup>.

Portanto, é aconselhável que a abordagem paliativa seja implementada muito cedo, assim que for conhecida uma doença grave, que, se sabe, não curará, ou quando ocorra uma complicação grave e potencialmente fatal, acidentes graves, não se limitando ao fim da vida<sup>314</sup>.

<sup>309</sup> Cf. CNCP, «Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (Biénio 2017-2018)», 13.

<sup>310</sup> Cf. Ministério da Saúde, «Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados», *Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06*, p. 3856 – 3865, <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>.

<sup>311</sup> Cf. Neto, «O que são os Cuidados Paliativos», 16.

<sup>312</sup> Cf. Matsumoto, «Cuidados Paliativos: Conceito, fundamentos e princípios», 20.

<sup>313</sup> Cf. Maciel, «Definições e Princípios», 23.

<sup>314</sup> Cf. Haute Autorité de Santé. «Note méthodologique et de synthèse documentaire - Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs?», acedido a 22 de maio de 2020, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/note\\_methodologique\\_soins-palliatifs\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/note_methodologique_soins-palliatifs_web.pdf).

Segundo a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, e a especialista Dra. Isabel G. Neto, os cuidados paliativos destinam-se ao acompanhamento de situações complexas como<sup>315</sup>:

- Condições potencialmente fatais, em que o objetivo do tratamento mudou de curativo para paliativo;
- Doentes com as chamadas insuficiências de órgão avançado, ou doenças em que há tratamento disponível para prolongar a vida, mas o prognóstico é incerto;
- Doenças incuráveis, em que o tratamento é paliativo desde o diagnóstico: doença do neurónio motor, atrofia sistémica múltipla, demência, Parkinson;
- Situações neurológicas degenerativas e graves, cuja severidade provoca necessidades médicas complexas, que são ameaçadoras da vida, escleroses, AVC, paralisia cerebral;
- Situações em que o doente tem necessidades complexas, físicas, psicológicas, sociais e/ou espirituais, às quais a equipa de assistência tem dificuldade em dar resposta.

Nessas situações de cuidados, para melhor garantir a qualidade de serviço, e, conseqüentemente, a salvaguarda da vida e da dignidade do paciente<sup>316</sup>, é necessário ter presente alguns componentes essenciais, como a luta contra a dor e o controle de sintomas, uma comunicação efetiva e eficaz com todos os envolventes, trabalho em equipe interdisciplinar, aposta na reabilitação e continuidade dos cuidados, apoio psicossocial e espiritual inclusive aos familiares, e, ainda, a educação e investigação em múltiplos aspetos<sup>317</sup>.

### 3.3.2. Princípios dos cuidados paliativos

Comenta-se, algumas vezes, erradamente, de que passar a receber os cuidados paliativos é “baixar os braços”, numa clara alusão a uma derrota ou desistência. Igualmente a incurabilidade e a morte são vistas, por alguns, como insucesso e fracasso pessoal e profissional, sobretudo para o médico. Claramente há que fazer por um doente tudo o que seja proporcionado. Porém, os médicos

<sup>315</sup> Cf. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), «Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (Biénio 2017-2018)», 7; acedido a 20 de junho de 2020, [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estratégico-CP\\_2017-2018-1.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estratégico-CP_2017-2018-1.pdf); cf. Neto, «O que são os Cuidados Paliativos», 19.

<sup>316</sup> Cf. Maciel, «Definições e Princípios», 23.

<sup>317</sup> Cf. O'Neill e Fallon, «ABC of Palliative Care: Principles of Palliative Care and Pain Control», 801; cf. Neto, «O que são os Cuidados Paliativos», 21-22; cf. Aumonier, Beignier e Letellier, *L'Euthanasie*, 26-27.

não estão obrigados a prestarem cuidados de saúde que sejam desproporcionados e inúteis, nomeadamente em situações de base irreversível<sup>318</sup>.

As práticas de cuidados paliativos abstêm-se da obstinação terapêutica. Baseiam-se em conhecimentos científicos especializadas nas diversas áreas da ciência médica, respeitando inquestionavelmente o valor e a inviolabilidade da vida humana<sup>319</sup>. Nesse sentido, todas as medidas tomadas pelas equipas técnicas, devem ser orientadas pelos princípios claros e eficazes.

Segundo esses princípios, publicados pela OMS, em 1986, e reafirmados, em 2002, os cuidados paliativos procuram<sup>320</sup>:

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis, através da prescrição de medicamentos, adoção de medidas não-farmacológicas e outros aspetos envolventes.

- Afirmar a vida e encarar a morte como um processo normal; ter presente a finitude da vida. O paciente deve compreender a sua doença, discutir claramente o processo da sua finitude e tomar decisões importantes para viver melhor o tempo que lhe resta.

- Não antecipar e nem postergar a morte; os cuidados paliativos nada têm a ver com eutanásia ou distanásia.

- Integrar os aspetos psicossociais e espirituais no cuidar; sabe-se que a doença, sobretudo quando está em causa a continuidade da vida, costuma trazer uma série de perdas, como da autonomia, autoimagem, segurança, respeito, materiais, bem como sentimentos de angústia, depressão e outros, que interferem objetivamente na sua evolução, apresentando maior dificuldade de controlo<sup>321</sup>. Isso justifica a presença de uma equipe multiprofissional que conduz todo o cuidado, cada qual em seu papel específico, mas agindo de forma integrada e coordenada.

- Oferecer um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até à sua morte. Este princípio determina a importância das decisões e a atitude do cuidador. Segui-los, significa não poupar esforços em prol do melhor bem-estar do paciente, e não se precipitar na atenção à fase final da vida.

---

<sup>318</sup> Cf. Neto, «O que são os Cuidados Paliativos», 17-18.

<sup>319</sup> Cf. CNCP, «Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (Biénio 2017-2018)», 7; cf. Neto, «O que são os Cuidados Paliativos», 17.

<sup>320</sup> Cf. Matsumoto, «Cuidados Paliativos: Conceito, fundamentos e princípios», 16-18; cf. Maciel, «Definições e Princípios», 19-21; cf. World Health Organization (WHO), *Cancer Control - knowledge into action: Palliative Care*, 2007, 3; cf. World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care*. Geneva: WHO; 1990; World Health Organization. *Better palliative care for older people*. Geneva: WHO; 2004.

<sup>321</sup> Cf. Matsumoto, «Cuidados Paliativos: Conceito, fundamentos e princípios», 17.

- Oferecer um sistema de suporte que auxilie a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença e do luto; isto porque, quando uma pessoa adocece, todo o núcleo familiar e social também “adocece”. Portanto, a família em cuidados paliativos, é unidade de cuidados tanto quanto o doente. Deve ser adequadamente acompanhada, mantendo um excelente canal de comunicação com a equipa de cuidados, sobretudo no período do luto.

- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença, através de uma abordagem holística, observando o paciente como um ser biográfico, respeitando os seus desejos e necessidades. Quando o paciente vive com qualidade, sentindo-se respeitado e tendo os seus sintomas controlados, convivendo com os seus familiares, certamente viverá mais.

- Iniciar o mais precocemente possível, outras medidas de manutenção da vida, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar as situações degradantes; fazendo isso permitirá a prevenção dos sintomas e de complicações inerentes à doença de base. Aqui, usam-se, de forma hierárquica e planeada, os recursos que a medicina oferece, levando em consideração os benefícios que podem trazer e os malefícios que devem ser evitados.

De tudo isso, pode-se dizer que, através dos seus princípios, os cuidados paliativos ajudam a prevenir e aliviar o sofrimento da pessoa que se encontra nesta situação, contribuem para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar do paciente e da sua família, e ainda, permitem abordar o processo da morte dentro do respeito dos valores e das crenças de cada pessoa<sup>322</sup>.

### **3.3.3. O acompanhamento dos doentes terminais**

Os doentes terminais, geralmente com históricos de sofrimento físico-psíquico, não raras vezes, são afetados também por fatores como a fragilidade emocional, incluindo a falta de sentido do sofrimento e da vida presente, para além de outros sentimentos que se desenvolvem, como a de inutilidade, causados pela maneira de perceber a sua relação com o que o envolve, e de entre estes, a família e a estrutura cuidadora<sup>323</sup>.

No entanto, o cuidador, nesta fase em que o paciente também tem muita dificuldade em expressar sofrimentos e sintomas, deve desenvolver o poder de observação e comunicação

---

<sup>322</sup> Cf. Ramos et al., *Guía de información sobre Cuidados Paliativos*, 8.

<sup>323</sup> Cf. Minsalud - Gobierno da Colombia, «ABECÉ: Cuidados Paliativos».

silenciosa com o mesmo. Deve procurar perceber as suas diferentes necessidades, proporcionando-lhe o necessário conforto. É nessas situações que os cuidados paliativos se impõem, com destaque para a atenção à família e aos cuidados espirituais, e tornam-se imperiosas ações como os cuidados no leito, a alimentação, e a comunicação amorosa.

O apoio à família é um dos pilares fundamentais dos cuidados paliativos. Eles são afetivamente significativas para os doentes<sup>324</sup>, e os que, em certos casos, têm o poder de decisão sobre o cuidado a prestar, sobretudo quando o doente se encontra incapaz ou inconsciente. A família do doente pode e deve ser agente envolvente em todo processo de cuidados, porque é quem melhor conhece o enfermo, as suas necessidades, peculiaridades, desejos e angústias, que não são muitas vezes verbalizados<sup>325</sup>.

A família do doente necessitará de apoio emocional e outras orientações, já que, muitas vezes, não se encontra preparada para lidar com o que a doença e o prognóstico implicam, sobretudo na fase agónica. Além do mais, porque a sua tranquilidade se reflete no bem-estar do doente<sup>326</sup>.

O doente terminal, para além de receber os cuidados essenciais e suporte de vida, deve receber a atenção constante da família e do seu entorno afetivo, de modo a jamais se sentir abandonado. Só assim terá a capacidade de conviver com a doença e os sofrimentos que dela derivam<sup>327</sup>.

É preciso também, abordar com o doente e a família o reconhecimento dos limites e possibilidades, o controlo adequado da dor e do desconforto, a ciência do diagnóstico, a hipótese de optar pelo local da morte, se assim o desejar, já que tudo isso, juntamente com o acompanhamento espiritual, pode garantir a tão almejada qualidade de vida nos momentos finais e a uma morte digna<sup>328</sup>.

---

<sup>324</sup> Cf. Nicholas A Christakis, «Social networks and collateral health effects», *British Medical Journal* 329 (2004): 184-85, <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7459.184>, cit. por Maria Aparício, «O Apoio à Família em Cuidados Paliativos», em *Eutanásia? Cuidados Paliativos*, coord. Isabel G. Neto (Lisboa: Alêtheia Editores, 2016), 29.

<sup>325</sup> Cf. Matsumoto, «Cuidados Paliativos: Conceito, fundamentos e princípios», 17-18.

<sup>326</sup> Cf. Aparício, «O Apoio à Família em Cuidados Paliativos», 29, 31.

<sup>327</sup> Cf. Maciel, «Definições e Princípios», 24.

<sup>328</sup> Cf. Letícia Andrade, «Providências práticas para toda a família», em *Manual de cuidados paliativos*, edit. por Ricardo T. de Carvalho (Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos - Diagraphic, 2009), 283.

Quando a família desconhece as valências desses cuidados e não é envolvida no processo do familiar doente, diante do seu sofrimento, da exaustão, ansiedade, impotência, e dificuldade em controlar emoções, tende, por vezes, a querer ver-se livre de tudo, o mais depressa possível.

Daí a importância de compreender e apostar nos cuidados espirituais aos pacientes e seus familiares. Tudo isso de forma a garantir a máxima qualidade e dignidade na fase final da vida<sup>329</sup>. Por isso, afirma-se que a dimensão espiritual e a religiosa são fatores que integram e unem os aspetos físicos, psicológicos e sociais da pessoa.

Dos cuidados paliativos faz parte a assistência espiritual ao doente e aos seus familiares. Esta infunde confiança e esperança em Deus ao moribundo e aos familiares, ajudando-os a aceitar a sua morte. É uma contribuição essencial que diz respeito aos agentes de pastoral e à inteira comunidade cristã, a exemplo do Bom Samaritano, para que a rejeição dê lugar à aceitação e sobre a angústia prevaleça a esperança, sobretudo quando o sofrimento se prolonga pela degeneração patológica, ao aproximar-se do fim (SB 4).

Por isso, os agentes de pastoral são vistos como pessoas capacitadas para este ministério específico, e que demonstram a compaixão de Deus pela pessoa humana. Vão ao encontro do doente para oferecer-lhe o conforto e a esperança, ajudando-o a encontrar, no relacionamento íntimo e pessoal com Deus, o significado da vida e os seus propósitos no meio do sofrimento<sup>330</sup>.

O cuidado espiritual, permite ao doente percorrer o caminho do fim da vida dotado de sentido, e, podendo melhor desfrutar os momentos que lhe resta, atingir a paz interior<sup>331</sup>. Permite ainda, o reencontro com Deus, fazendo sentir o Seu amor, a sua misericórdia e a graça; também reafirma que a vida não acaba com a morte<sup>332</sup>.

---

<sup>329</sup> Cf. Neomí Díaz, «Espiritualidad y asistencia en APS», em *Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud*, edit. Graciela Jacob e Luciana Sánchez (Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014), 223.

<sup>330</sup> Cf. Eleny Vassão de Paula Aitken, «Espiritualidade e o Paciente Terminal», em *Cuidado Paliativo*, coord. Reinaldo A. de Oliveira (São Paulo: Cremesp, 2008), 540.

<sup>331</sup> Cf. Díaz, «Espiritualidad y asistencia en APS», 236.

<sup>332</sup> Cf. Eleny Vassão de Paula Aitken, «Papel do assistente espiritual na equipe de Cuidados Paliativos», em *Manual de cuidados paliativos*, edit. Ricardo T. de Carvalho (Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos - Diagraphic, 2009), 239-240.

### 3.4. A eutanásia e cuidados paliativos

Por detrás de toda problemática relacionada com esses dois temas, está a questão da vida, da doença e da morte. Isto, sem dúvida, prende-se com o desejo de todo o ser humano que, para além de viver bem, quer morrer tranquilo, sem temores; mais do que tudo, morrer sem dor e sofrimento. Por isso, quando se discute sobre os cuidados paliativos e a eutanásia, é tão complexo chegar a uma conclusão.

Há quem diga que tanto a eutanásia, como os cuidados paliativos, abordam a mesma problemática: dar uma boa morte ou uma morte digna aos pacientes, em sofrimento, ou ainda acompanhar o doente nesse processo, para que ele aconteça da melhor forma.

No entanto, a medicina paliativa procura eliminar o sofrimento, enquanto a eutanásia opta por ajudar a pessoa que sofre ou que teme vir a sofrer, a antecipar a morte. A diferença de abordagem entre ambos é evidente, sem esquecer que os doentes desejam ser cuidados. A partir desse desejo, os cuidados paliativos tratam de não acelerar nem retardar a morte, mas acompanhar o paciente para que pereça bem ou tenha uma “boa morte”<sup>333</sup>.

O cuidado paliativo é a saída digna para a situação de um doente terminal, assegura, Dr. Carlos Centeno, Coordenador da Unidade de Medicina Paliativa da Clínica Universitária de Navarra. Igualmente insistem a OMS e outras organizações internacionais, que a prática seja um dos elementos essenciais da atenção clínica<sup>334</sup>.

Por isso, na medida em que se aposta nos cuidados paliativos, incrementando e melhorando as suas técnicas, há indicações de que os pedidos da eutanásia diminuem notavelmente, nos países onde ela é permitida. Isso, porque a opção pela eutanásia, sem dúvida, não é uma decisão fácil, assim como não é fácil, ver um parente a suportar dores agudas e intensas, em sofrimento, dias e noites, durante meses e até anos.

Entretanto, se perguntarem qual é a opção mais correta, uma resposta adequada, para a pessoa em sofrimento ou para a família que acompanha todo o processo, é complexa. Certo é que

---

<sup>333</sup> Cf. Andrea M. Gómez Castedo, «Cuidados paliativos vs. Eutanasia», Universidad de la Sabana, 2006, accedido a 07 de outubro de 2019, <http://hdl.handle.net/10818/1758>.

<sup>334</sup> Cf. Europa Press, «Los cuidados paliativos son “la única salida digna” para la situación de un enfermo terminal, según un experto», accedido em 08 de maio de 2020, <https://www.europapress.es/ciencia/laboratorio/noticia-cuidados-paliativos-son-unica-salida-digna-situacion-enfermo-terminal-experto-20051008130050.html>.

a medicina paliativa tem provado que pode, com os meios disponíveis, aliviar ou suavizar a dor e o sofrimento<sup>335</sup>, permitindo viver até a morte com mais condições e dignidade.

### **Dignidade em fim de vida sem eutanásia**

Segundo Dra. Isabel G. Neto, muitos dos que afirmam defender a eutanásia, fazem-no por recusarem legitimamente a ideia de sofrimento intolerável. Também, diz ela, esquecem as opções hoje existentes, para que as pessoas com doenças graves incuráveis vivam e morram com dignidade e qualidade<sup>336</sup>. Por isso, despenalizar a eutanásia com o propósito de permitir ao doente o fim dos sofrimentos e a dignidade, seria uma fácil saída para o mesmo, e, quiçá, a solução que acarreta menos custos para o sistema de saúde<sup>337</sup>.

Portanto, é preciso apostar no desenvolvimento dos cuidados paliativos, pela sua resposta técnica e humanizada, embora pareça ser mais dispendioso em alguns aspetos. Da mesma forma, torna-se necessário capacitar os profissionais de saúde, para que, perante um doente, em sofrimento e no estado terminal, se sintam capazes de ajudar e oferecer toda a atenção, mesmo sendo a eutanásia legal, o paciente, os familiares e o próprio pessoal de saúde, não sejam levados a acharem que tal prática será a única e melhor saída para a situação<sup>338</sup>.

Para a Dra. Isabel G. Neto, invocar o “direito a morrer”, não passa frequentemente de eufemismo, que não é mais do que pretender transformar a morte medicamente assistida em tratamento médico. Reconhecer tal direito poderia ainda facilmente desembocar num “dever de morrer” junto dos mais vulneráveis<sup>339</sup>.

Ninguém pode “matar” ou ajudar o outro a morrer. A vida dos doentes, em qualquer circunstância, não é menos digna do que as outras, e deve ser protegida. Possui pleno direito e deve receber os cuidados ordinários como qualquer outro, embora podendo abdicar dos mesmos<sup>340</sup>.

<sup>335</sup> Cf. Europa Press, «Los cuidados paliativos son “la única salida digna” para la situación de un enfermo terminal».

<sup>336</sup> Cf. Isabel G. Neto, «Dignidade em fim de vida, sem Eutanásia», em *Eutanásia? Cuidados Paliativos*, coord. Isabel G. Neto (Lisboa: Alêtheia Editores, 2016), 217.

<sup>337</sup> Cf. Neto, «Dignidade em fim de vida, sem Eutanásia», 218.

<sup>338</sup> Cf. Neto, 218.

<sup>339</sup> Cf. Neto, 219.

<sup>340</sup> Cf. Luis F. Giraldo-Cadavid, «Muerte, Eutanasia y Cuidados Paliativos», *Rev. Persona y Bioética* 12, n. 2 (2008): 165, <http://ref.scielo.org/2kccxf>.

## CONCLUSÃO

Apesar de todo o progresso técnico e científico registado nos últimos anos, as questões sobre a morte e o fim da vida continuam e sempre serão difíceis de abordar. Igualmente, acontece com o tema da vida e da dignidade humana, sobretudo perante situações, um tanto quanto desagradáveis, como a doença e a velhice. Entretanto, são questões importantes que agregam as grandes preocupações do homem. São fontes de muitas reflexões, principalmente quando entram no elenco, as questões da morte digna, a eutanásia e as outras práticas de morte medicamente assistida.

Todo o questionamento, como vimos, está em torno do comportamento das pessoas perante o sofrimento e a doença, daí recorrendo a algumas práticas, sob a tese da autonomia como direito e liberdade de escolha no governo da própria vida.

É sobre a vida, dos conceitos às diversas abordagens, que este estudo iniciou o primeiro capítulo. Foi possível elencar as diferenças existentes entre a vida biológica e biográfica, expor as questões dos direitos, dignidade e qualidade da vida, especialmente no que concerne a Constituição da República Portuguesa sobre o assunto, assim como apresentar uma breve descrição das situações que condicionam a qualidade e a dignidade da vida, nomeadamente a doença e o sofrimento e até o mistério da morte.

A questão da morte, e com dignidade, trouxe para o debate o tema da eutanásia. Ela foi referenciada juntamente com as outras práticas relacionadas a morte medicamente assistida. Foi ainda apresentada por alguns, como alternativa e solução plausível, para vencer o sofrimento e a doença, pretensamente como forma de lutar contra a perda da dignidade. Como expõe o estudo, eutanásia existe em alguns países e em outros a sua aceitação não é consensual. Os que se opõem, alegam que a prática em vez de trazer dignidade a pessoa que sofre, pelo contrário, tira a sua dignidade e afirma que a vida que padece não é digna e nem merece continuar a ser vivida.

Também levanta sérias questões, como a participação de outros no processo, nomeadamente de profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, acentuam valores como a autonomia e vontade da pessoa singular sobre o valor inviolável que é a vida humana, o direito à vida, presentes nos direitos essenciais do homem.

Do estudo, ficou claro que é preciso manter firme a defesa da vida, em todas as circunstâncias. Na história da prática, como apresentamos, alguns foram os casos de pessoas que lutaram para que fosse permitida a eutanásia. Será que deveriam ser atendidas e respeitadas aquelas vontades? Eticamente são situações complexas e de difícil tomada de posição, principalmente quando entra no debate o tema da liberdade e da autonomia do doente.

A vida é um dom de Deus e a sua dignidade têm a sua fonte em Deus. O homem, feito a imagem e semelhança do seu Criador, como destaca São Tomás de Aquino, é chamado a respeitar e cuidar desse bem, dessa dignidade que é sagrada, santa e inviolável e, conseqüentemente, em todas as situações cuidar da vida e da dignidade do seu próximo. Assim o sublinha a doutrina cristã, destacando o mandamento de “não matar”, como vimos no terceiro capítulo deste estudo.

Apesar das implicações que a modernidade secular tenta impor-nos, não podemos relativizar a iconicidade da vida humana em relação a Deus e de que só Deus é o seu autor. Isso implica a nossa responsabilidade de a preservar. Por isso, perante o sofrimento e quaisquer doenças, é preciso ter esperança, como nos disse a Congregação para a Doutrina da Fé, ao falar sobre a eutanásia no contexto do sofrimento. Essa esperança, não é só porque Deus está ao nosso lado, mas porque também Ele age em nós.

A Igreja Católica, como pudemos constatar, sempre procurou salientar a grandeza do dom da vida, através das várias formas e personalidades. Diz-nos que é dever de todos vigiar para que se assegurem os requisitos necessários a uma vida digna de todos os indivíduos. De igual modo, condena tudo quanto se opõe a vida, particularmente práticas como a eutanásia e suicídios medicamente assistido (*GS 27c*).

São João Paulo II foi, sem dúvida, o destemido defensor da vida e opositor das práticas que procuram antecipar a morte, bem como assegurar a vida a todo o custo. A encíclica *Evangelium vitae* é o documento de referência desta luta. Segundo o mesmo, é preciso cuidar desse bem precioso, é preciso dizer não aos que procuram justificar a morte digna através de práticas como eutanásia para pôr termo ao sofrimento.

No entanto, independentemente da posição adotada por cada um face à morte medicamente assistida, como vimos, é inegável a sua existência. Igualmente é inegável a existência de uma necessidade cada vez maior de apostar em criar condições com excelência, para que as pessoas com doenças terminais e em sofrimento intenso, possam viver a fase final da vida com toda a

naturalidade, conforto e dignidade que merecem, sem pensarem em recorrer às referidas práticas, apostando principalmente em ações como os cuidados continuados e paliativos.

Esses cuidados, como vimos, são essenciais para os que sofrem de doenças incuráveis e crônicas, e, além do mais, para todos os familiares dos doentes. São ações que, quando corretamente empreendidos, promovem a dignidade cheia de esperança, e ajudam a pessoa doente a suportar toda a dor resultante da doença. Igualmente sublinham que existe, e é cada vez mais acentuada, a necessidade de uma maior humanização da morte, sem esquecer que “a morte e o morrer ocorrem ainda dentro da vida, constituindo o seu último capítulo”.

Os cuidados paliativos, ainda como destacamos, são abordagens que promovem o bem-estar, a vida e a sua qualidade. Isto porque partem de ações estruturadas, multiprofissionais aliando o melhor das competências técnicas ao serviço dos que sofrem. Suas ações acentuam o amor e a proximidade, para promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis da doença.

Ajudam a preparar e encarar a morte com naturalidade, sem antecipá-la, nem postergá-la. Integram no processo do cuidar todos os aspetos da vida da pessoa, tantos sociais como espirituais, e oferecem um sistema de suporte para o paciente, bem como para a sua família. Por isso os que proporcionam estes serviços, devem ser movidos sobretudo pelo amor e misericórdia de Deus, devem espelhar o bom Samaritano.

A atenção espiritual, como vimos, deve ser de forma a permitir ao doente percorrer o caminho do fim da vida, dotado de sentido, preparado de forma a desfrutar dos momentos que restam e atingir uma paz interior. Por tudo isso e mais, é que a Igreja reconhece nos cuidados paliativos, a melhor forma de ajudar o doente terminal, o modo ideal de “ajudar o enfermo a morrer”, sem lhe praticar a eutanásia nem a distanásia.

Portanto, se, por um lado, a vida é um dom de Deus, e pelo outro, a morte é iniludível, é necessário que, sem antecipar de algum modo a hora da morte, se saiba aceitá-la com plena responsabilidade e com toda a dignidade, cientes de que, assim, como a morte marca o termo da nossa existência terrena, ao mesmo tempo, nos projeta para a imortalidade. Por isso, todos devem preparar-se cuidadosamente para este acontecimento, à luz dos valores humanos, e os cristãos, mais ainda, à luz da fé, como sublinha a Declaração sobre a eutanásia.

Cientes disso, torna-se cada vez mais pertinente adotar políticas dos cuidados paliativos nos vários âmbitos da sociedade, principalmente nos sistemas de saúde. É preciso garanti-los, como um direito de todos, criando condições técnicas e jurídicas aos vários níveis, para sua maior

concretização. Isso deve começar com a criação de normas que determinem e regulamentem a ação, evitando contornos indesejáveis, como a aproximação desse cuidado com as práticas como a da eutanásia.

Vimos que são temas diferentes com âmbitos práticos e legais diferente, embora para alguns, o propósito ou finalidade é a mesma. A eutanásia proporciona a morte aos que padecem, e os cuidados paliativos procuram proporcionar aos que sofrem e em fase terminal a melhor qualidade de vida, aliviando as dores, dando atenção fundamentado no amor, na proximidade e na singularidade.

Todos os temas aqui tratados, ganharam atualmente uma importância acrescida, porque vivemos em tempos em que para muitos, são de crise, principalmente de valores. Tempo em que somos, muitas das vezes, escravos das tecnociências e da produtividade e utilitarismo. Num tempo em que não poucas vezes somos tentados a procurar caminhos fáceis para resolver os problemas, como é o caso de recorrer à morte para acabar com o sofrimento ou para nunca chegar a sofrer. Porém, é necessário mostrar que vale a pena lutar por valores, pela verdadeira dignidade humana.

Para terminar, salientamos que foi muito satisfatório trabalhar esse tema, os objetivos, apesar de algumas dificuldades bibliográficas e a atualidade do tema, estando em debate, foram de forma geral alcançados. É um estudo muito interessante e que não se esgota facilmente.

## BIBLIOGRAFIA

### Fontes e Documentos

- Andrés, José-Román F. *Bioética – La fuente de la vida*. Salamanca: Ediciones Sígueme, 2007.
- Assembleia da República, Com. De Assuntos constitucionais, direitos, liberdades e Garantias. *Texto final e relatório da discussão e votação na especialidade dos projetos de Lei n.º 4/XIV/1.a (BE); 67/XIV/1.a (PAN); 10/XIV/1.a (PS); 168/XIV/1.a (PEV) e 195/XIV/1.a (IL)*. Lisboa 2021.
- Assembleia da República. «Lei Constitucional n.º1/2005 de 12 de agosto, Sétima revisão constitucional». *Diário da República n.º 155/2005, Série I-A de 2005-08-12* (Constituição de 1976, na redação dada pela Lei Constitucional), p. 4642 – 4686; <https://data.dre.pt/eli/leiconst/1/2005/08/12/p/dre/pt/html>.
- Assembleia da República. «Lei de Bases dos Cuidados Paliativos». *Diário da República n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05, n.º 52/2012*, pag. 5119 – 5124. <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>.
- Assembleia da República. «Lei n.º 25/2012 de 16 de julho, Regula as diretivas antecipadas de vontade». *Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16*, p. 3728 – 3730. <https://data.dre.pt/eli/lei/25/2012/07/16/p/dre/pt/html>.
- Assembleia da República. «Lei n.º52/2012 de 5 de Setembro, Lei de Bases dos Cuidados Paliativos». *Diário da República n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05*, p. 5119 – 5124. <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>.
- Battin, Margaret Pabst. *Ending Life: Ethics and the Way We Die*. Oxford Scholarship Online, 2005.
- Bueno, Gustavo. *El sentido de la vida*. Oviedo: Pentalfa Ediciones, 1996.
- Canotilho, J. J. Gomes e Moreira, Vital. *Constituição da República Portuguesa Anotada*. Coimbra: Coimbra Editora, Vol. I, 4ª Edição, 2014.
- Chabert, Yvette e Roger Philibert, *Croire quand on souffre?*. Paris: Les éditions de l'Atelier/Les éditions Ouvrières, 1993.
- Comissão Teológica Internacional. Comision Pontificia "Iustitia et Pax". *Los cristianos de hoy ante la dignidad y los derechos de la persona humana: documento 1983*. Madrid: Ed. Cete-Espartinas, 1987.

- Conferência Episcopal Espanhola. *A eutanásia: 100 perguntas e respostas sobre a defesa da vida humana e a atitude dos católicos*. CEE (Comissão Episcopal para a Defesa da Vida). Lisboa: Ed. São Paulo, 1994.
- Couto, Gilberto. *A Eutanásia Descodificada*. Lisboa: Edições Parténon, 2016.
- Galvão, Pedro. *Éticas com Razões*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2015.
- Godinho, Inês Fernandes. *Eutanásia, homicídio a pedido da vítima e os problemas de participação em direito penal*. Coimbra: Coimbra Editora, 2015.
- Januário, Rui e Figueira, André. *O crime de homicídio a pedido - Eutanásia: direito a morrer ou direito de viver*. Lisboa: Ed. Quid Juris Sociedade Editora, 2009.
- Jeffrey, David. *Against Physician Assisted Suicide: A Palliative Care Perspective*. Florida: Ed. CRC Press, 2008.
- Jonas, Hans. *Le droit de mourir*. Traduzido por Philippe Ivernel. Paris: Editora Rivages, 1996.
- Junqueira, Cilene Rennó. *Bioética: conceito, fundamentação e princípios*. S. Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2011.
- Kubler-Ross, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morrer*. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes, 1985.
- Kung, Hans. *Uma Boa Morte*, trad. Miguel Serras Pereira. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 2017.
- L'Alliance Mondiale pour les Soins Palliatifs (WPCA), *Manuel de soins palliatifs*. Londres : Britannia, 2008.
- Lamau, Marie-Louise. *Soins palliatifs: origine, inspiration, enjeux éthiques*. Paris: Ed. Centurion, 1994.
- Maló, Alexandra Sofia Jóia. *Eutanásia: o direito à vida/o direito à vida com qualidade*. Lisboa: Universidades Lusíada Dissertações, 2009.
- Ministério da Justiça. «Decreto-Lei n.º 47344, Aprova o Código Civil e regula a sua aplicação - Revoga, a partir da data da entrada em vigor do novo Código Civil, toda a legislação civil relativa às matérias que o mesmo abrange». *Diário do Governo n.º 274/1966, Série I de 1966-11-25*, p. 1883 – 2086. <https://dre.pt/application/conteudo/477358>.
- Ministério da Justiça. «Decreto-Lei n.º 48/95, Aprova o Código Penal». *Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15*, p. 1350 – 1416. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/48/1995/03/15/p/dre/pt/html>.
- Ministério da Saúde. «Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados». *Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06*, p. 3856 – 3865. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>.

- Ministério das Corporações e Previdência Social. «Decreto-lei 40651, de 21 de Junho, Aprova o novo Estatuto da Ordem dos Médicos». *Diário do Governo n.º 127/1956, Série I de 1956-06-21*, <https://dre.pt/application/file/231628>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Congreso de la República. «LEY 1733 DE 2014». *Diario Oficial No. 49.268 de 8 de septiembre de 2014*. Colombia, Bogotá D. C., 2014.
- Ministérios do Ultramar e das Corporações e Previdência Social. «Decreto-Lei n.º 48587, Dá nova redacção a várias disposições do Estatuto da Ordem dos Médicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 40651 - Revoga o § único do artigo 1.º do mesmo Estatuto e os Decretos n.os 41182, 42346 e 46059». *Diário do Governo n.º 225/1968, Série I de 1968-09-23*, 1479 – 1483; <https://dre.pt/application/conteudo/264490>.
- Nicolas Aumonier, Bernard Beignier e Philippe Letellier. *L'Euthanasie*. Paris: Presses Universitaires de France, 2017.
- Nunes, R. «Parecer N.º. P/13/APB/08 – Proposta de um referendo nacional sobre a prática da eutanásia». Porto: Associação Portuguesa de Bioética (APB), 2008. [www.apbioetica.org](http://www.apbioetica.org).
- Oliveira, José H. B. *Viver a Morte: Abordagem Antropológica e Psicológica*. Porto: Edições Almedina, 1998.
- Onambele, Luc. *Loi naturelle et euthanasie: Apport d'Evangelium vitae à la réflexion morale contemporaine*. França: Editions L'Harmattan, 2014.
- Ordem dos Médicos. «Decreto-Lei n.º 282/77, Fica revogado o Estatuto da Ordem dos Médicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 40651, de 21 de Junho de 1956». *Diário da República n.º 153/1977, Série I de 1977-07-05*. [https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/935/201808042123/336925/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?\\_LegislacaoConsolidada\\_WAR\\_drefrontofficeportlet\\_rp=diploma](https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/935/201808042123/336925/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diploma).
- Ordem dos Médicos. «Regulamento n.º 707/2016, de Deontologia Médica». *Diário da República n.º 139/2016, Série II de 2016-07-21*, p. 22575 – 22588. <https://dre.pt/application/conteudo/75007439>.
- Osswald, Walter. *Sobre a Morte e o Morrer*. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 2013.
- Osswald, Walter. *Um fio de ética - exercícios e reflexões*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.
- Pereira, Sandra Martins. *Cuidados paliativos: confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2010.
- Pina, J. A. Esperança. *Ética, deontologia e direito médico*. Lisboa: Editora Lidel, 2013.
- Pina, José António E. *A responsabilidade dos médicos*. Lisboa: Editora Lidel, 2003.

- Pinto, José Rui da Costa. *Questões actuais de Ética Médica*. Braga: Editorial A. O., 4. ed., 1996.
- Platão. *A República*. Traduzido por Enrico Corvisieri. São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda., 1997.
- Rice, R. *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários*. Loures: Ed. Lusodidacta, 2004.
- Roman Flecha, José e Jesus Maria Mugica. *La pregunta moral ante la eutanásia*. Salamanca: Universidade Pontificia, 1985.
- Sandrin, Luciano. *Como enfrentar a dor: entender, aceitar e interpretar o sofrimento*. Lisboa: Paulinas Editora, 2008.
- Schrage, Wolfgang. *Ética del Nuevo Testamento*. Salamanca: Ediciones Sígueme, 1987.
- Serrão, Daniel e Rui Nunes (Coord.). *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora, 1998.
- Serrão, Daniel. «Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer». *Ética em Cuidados de Saúde*. Daniel Serrão e R Nunes, Porto: Porto Editora, 1998.
- Sgreccia, Elio. *Manual de Bioética - Fundamentos e Ética Biomédica*. Traduzido por Mário Matos. Lisboa: Princípia Editora, 2016.
- Silva, Fernando. *Direito Penal Especial - Os Crimes Contra as Pessoas*. Lisboa: Editora Quid Juris, 2017.
- Sporcken, Paul. *Medicina y ética en discusión. Los grandes problemas de la etica medica*. Urroz-Villa (Navarra): Ed. Verbo Divino, 2006.
- Tomás de Aquino. *Summa Theologiae*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos (Provincias Dominicanas en España), 2001.
- Torres, José. *O Caminho da vida humana*. Braga: Editorial Hospitalidade, 2010.
- Tribunal Constitucional. «Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 123/2021». *Diário da República n.º 70/2021, Série I de 2021-04-12, p. 5 - 93*.  
<https://data.dre.pt/eli/actconst/123/2021/04/12/p/dre>.

### **Documentos do Magistério**

- Benedicto XVI: *Litterae Encyclicae «Caritas in veritate»*. AAS 101 (2009) 641-709.
- Catecismo da Igreja Católica (CIC). Coimbra: Ed. Gráfica de Coimbra, 2010.
- Ioannis Pauli PP. II. *Adhortatio Apostolica Post-Synodalis «Christifideles laici»*. AAS (1989), 393-521.

- Ioannis Pauli PP. II. *Epistula Apostolica, Salvifici Doloris, Ad totius Catholicae Ecclesiae Episcopos, Sacerdotes, Religiosas Familias et Fideles de christiana doloris humani significatione*. AAS 76 (1984) 201-250.
- Ioannis Pauli PP. II. *Litterae Encyclicae Evangelium Vitae, Episcopis, Presbyteris et Diaconis Religiosis viris et mulieribus Christifidelibus Laicis universisque bonae voluntatis hominibus de vitae humanae inviolabili bono*. AAS 87 (1995), 401-522.
- Ioannis Paulus PP. II. *Litterae Encyclicae, Veritatis Splendor. Cunctis catholicae Ecclesiae episcopis de quibusdam quaestionibus fundamentalibus doctrinae moralis Ecclesiae*. AAS, 85 (1993), 1133-1228.
- Sacra Congregatio Pro Doctrina Fidei, *Declaratio de Euthanasia*. AAS 72 (1980) 542-552.
- Sacra Congregatio Pro Doctrina Fidei. *Declaratio de abortu procurato*. AAS 66 (1974), 730-747.
- Sacrosanctum Concilium Oecumenicum Vaticanum II. *Gaudium et Spes. Constitutio Pastoralis de Ecclesia In Mundo Huius Temporis*. AAS 58 (1966), 1024-1120.

## **Estudos e Ensaio**

- Aitken, Eleny Vassão de Paula. «Espiritualidade e o Paciente Terminal». Em *Cuidado Paliativo*, coordenado por Reinaldo A. de Oliveira, 533-546. São Paulo: Cremesp, 2008.
- Aitken, Eleny Vassão de Paula. «Papel do assistente espiritual na equipe de Cuidados Paliativos». Em *Manual de cuidados paliativos*, editado por Ricardo T. de Carvalho, 239-240. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos - Diagraphic, 2009.
- Alonso, Carlos J. «La Eutanasia: argumentos que hacen pensar», em *Eutanasia: Licencia para matar*, coordenado por Carlos Javier Alonso, 1-26. Navarra: Ediciones Digitales, 2008.
- Alves, Manuel Isidro. «O sentido do sofrimento na Sagrada Escritura». *Communio*, n.º 6 (1988): 485-495.
- Andrade, Letícia. «Providências práticas para toda a família». Em *Manual de cuidados paliativos*, editado por Ricardo T. de Carvalho, 283-289. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos - Diagraphic, 2009.
- Andrade, Manual da C. «Comentário ao artigo 134.º». Em *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial*, dirigido por Jorge F. Dias. Coimbra: Coimbra Editora, 1999.

- Aparício, Maria. «O Apoio à Família em Cuidados Paliativos». Em *Eutanásia? Cuidados Paliativos*, coordenado por Isabel G. Neto, 29-42. Lisboa: Alêtheia Editores, 2016.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), «Reflexão sobre o Manifesto “Morrer com Dignidade” – Que atuação perante o sofrimento?», acessado a 20 de maio de 2020, [https://www.apcp.com.pt/uploads/Manifesto\\_Pro\\_Eutanasia\\_Posicao\\_da\\_APCP\\_vfinal.pdf](https://www.apcp.com.pt/uploads/Manifesto_Pro_Eutanasia_Posicao_da_APCP_vfinal.pdf).
- Bastos, Rodrigo A., Fabrício A. Lamb, Aleberto M. Quintana, Carmem L. C. Beck e Franco Carnevale. «Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: Uma metassíntese qualitativa». *Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. 17 (jun. 2017): 58-64. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0184>.
- Brito, António J. S. L. de e José M. S. L. Rijo. *Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal - Direito sobre a vida ou Direito de viver?* Coimbra: Edições Almedina, 2000.
- Brito, José Henrique S. de (Coord.). *Bioética: Questões em Debate*. Braga: Ed. Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa, 2001.
- Buss, Paulo M. «Promoção da saúde e qualidade de vida». *Ciência & Saúde Coletiva* 5, n.º 1 (2000): 163-177. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>.
- Campos, Maryane O. e João F. R. Neto, «Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde». *Rev. Baiana de Saúde Pública* 32, n.º 2 (set/dez. 2008): 232-240. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2008.v32.n2.a1438>.
- Capelas, Manuel Luís, S.P.F. Coelho, S.C.F.S. Silva e C.M.D. Ferreira *et al.* *Cuidar a pessoa que sofre: uma teoria de cuidados paliativos*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2017.
- Carvalho, Ricardo T. de. «Legislação em Cuidados Paliativos». Em *Cuidado Paliativo*, coordenado por Reinaldo A. de Oliveira, 613-629. São Paulo: Cremesp, 2008.
- Casanova, Mauricio Correa. «La eutanásia y el argumento moral de la Iglesia en el debate público». *Veritas* 1, n.º 15 (agot./set. 2006): 245-267.
- Cervelin, Aline F. e Maria H. L. Kruse. «Espiritualidade e religiosidade: conhecer para governar». *Esc Anna Nery Rev. de Enfermagem* 18, n.º 1 (2014): 136-142. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140020>.
- Chino, Fabiana T. B. C. «Plano de Cuidados: cuidados com o paciente e a família». Em *Manual de Cuidados Paliativos*, organizado por Ricardo T. Carvalho e Henrique A. Parsons, 392-399. S. Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP, 2012.

- Chiodi, Maurizio. *L'enigma della sofferenza e la testimonianza della cura: teologia e filosofia dinanzi alla sfida del dolore*. Milano: Ed. Glossa, 2003.
- Christakis, N. «Social networks and collateral health effects». *British Medical Journal*, 329: 184-85, cit. por Aparício, Maria. «O Apoio à Família em Cuidados Paliativos». Em *Eutanásia? Cuidados Paliativos*, coordenado por Isabel G. Neto, 29-42. Lisboa: Alêtheia Editores, 2016.
- Cierva, Y. d. e A. Ivereigh. *Cómo defender la fe sin levantar la voz. Respuestas civilizadas a preguntas desafiantes*. Madrid: Ed. Palabra, 2016.
- D'Urbano, E. e A. Solmesky «La atención a la familia y el duelo». Em *Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud*, editado por Graciela Jacob e Luciana Sánchez, 205-210. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014.
- Da Silva, José A. e Nilton P. Ribeiro-Filho. «A dor como um problema psicofísico». *Rev. Dor* 12, n.º 2 (abr./jun. 2011): 138-151. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000200011>.
- Da Silva, Mário Tavares. *Eutanásia - Alguns Aspectos Morais*. Lisboa: Editora AAFDL, 2011.
- De Oliveira, Francisco J. A. «Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto?». Em *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*, editado por Luiz F. D. Duarte e Ondina F. Leal, 81-94. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- Dias, Jorge F. «A Ajuda Médica à Morte: Uma Consideração Jurídico – Penal». *Revista Brasileira de Ciências Criminais (IBCCRIM)*, Editora Revista dos Tribunais, São Paulo), n.º 100 (2013): 15-39.
- Dias, Manuel Madureira. «Valor redentor do sofrimento». *Communio* n.º 6, (1988), 496-506.
- Díaz, Neomí. «Espiritualidad y asistencia en APS». Em *Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud*, editado por Graciela Jacob e Luciana Sánchez, 221-236. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014.
- Drpljanin, Vildan. *The right to die: euthanasia and assisted dying under the European Convention on Human Rights*. *Católica Law Review* 3, n.º 1 (2019) 117-157. <https://doi.org/10.34632/catolicallawreview.2019.9111>.
- Emanuel, E., E. R. Daniels, D. L. Fairclough e B. R. Clarridge. «Euthanasia and physician assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public». *The lancet* 347, n.º 29 (jun. 1996): 1805-1810. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)91621-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)91621-9).

- Freitas, Helena Sofia R. F. G. e. *Eutanásia e suicídio medicamente assistido: atitudes dos médicos*. Lisboa: Dissertação Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, 2017. <http://hdl.handle.net/10451/32826>.
- Gafo, Javier (editor). *La eutanasia y el arte de morir*. Madrid: UPCM - Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas Madrid, 1990.
- Gafo, Javier. *Nuevas perspectivas en la moral médica*. Madrid: Iberico Europea de Ediciones, 1978.
- Gilloots, Emmanuelle. «Souffrance et douleur». *Revue Gestalt* 1, n. ° 30 (2006): 23-32. <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2006-1-page-23.htm>.
- Giraldo-Cadavid, Luis F. «Muerte, Eutanasia y Cuidados Paliativos». *Rev. Persona y Bioética* 12, n.° 2 (jul./dez. 2008): 158-168. <http://ref.scielo.org/2kccxf>.
- Gonçalves, Ferraz. «Conceitos e Critérios de Morte». *Nascer e Crescer - revista do hospital de crianças maria pia* 16, n.° 4 (2007) 245-248.
- Harvard Medical School. «A definition of irreversible Coma - Report of the Ad Hoc Committee to examine the definition of Brain Death». *JAMA* 205, n. ° 6 (agost. 1968): 337-340. <https://doi:10.1001/jama.1968.03140320031009>
- Henriques, Nuno (Coord.). «Eutanásia - Da Morte Evitada à Morte Vivida». *Humanística e Teologia*. Porto: Ed. Universidade Católica Portuguesa, ano 38, Fascículo 1, 2017.
- Jury, Graciela e Nicolás Garrigue. «Plan de atención en el final de vida». Em *Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud*, editado por Graciela Jacob e Luciana Sánchez, 236-252. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014.
- Keown, John. *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legalisation*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. <https://doi:10.1017/CBO9780511495335>.
- Kovács, Maria Julia. «Bioética nas questões da vida e da morte». *Psicologia USP* 14, n.° 2 (2003): 115-167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642003000200008>.
- KUHSE, H., *The Sanctity of Life, Doctrine in Medicine: A Critique*, in *Journal of medical ethics* 14 (1988) 161-163.
- Latimer, Elizabeth e James McGregor. «Euthanasia, physician-assisted suicide and the ethical care of dying patients». *CAN MED ASSOC J.* 151, n. ° 8 (out. 1994): 1133-1136. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337231/pdf/cmaj00056-0039.pdf>.

- Libanio, João Batista, «O problema do mal». *Horizonte - Rev. Estudos de Teologia e Ciências da Religião* 5, n.º 9 (dez. 2006): 13-17.  
<http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/505>.
- Macedo, João Carlos. «A morte adiada». Em *Pessoas transparentes – Questões actuais de bioética*, organizado por Manuel Curado e Nuno Oliveira, 195-208. Coimbra: Editora Almedina, 2019.
- Maciel, Maria G. Sales. «Definições e Princípios». Em *Cuidado Paliativo*, coordenado por Reinaldo A. de Oliveira, 15-32. São Paulo: Cremesp, 2008.
- Marques, António L. «História dos Cuidados Paliativos em Portugal: Raízes». *Rev. Cuidados Paliativos* 1, n.º 1 (2014): 7-12.
- Martínez, Salvador Urraca. «Morir, hoy». Em *El Final de la Vida*, editado por Francisco J. Elizari Basterra, 19-66. Navarra: Verbo Divino Editorial, 2007.
- Matsumoto, Dalva Yukie. «Cuidados Paliativos: Conceito, fundamentos e princípios». Em *Manual de cuidados paliativos*, editado por Ricardo T. de Carvalho, 14-19. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos - Diagraphic, 2009.
- Mélançon, Marcel J. «Légaliser l'euthanasie et le suicide médicalement assisté?». *Quoi de neuf? Le Magazine de l'Area* (fev.-março, 2010): 15-23.
- Melo, Evandro Arlindo e Mário António Sanches, «A Evangelium Vitae e a dignidade do embrião humano», *Pistis & Praxis: Teologia e Pastoral* 7, n.º 3 (set./dez. 2015): 575-596.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=449748257003>.
- Minayo, Maria C. S., Zulmira M. A. Hartz e Paulo M. Buss. «Qualidade de vida e saúde: um debate necessário». *Ciência & Saúde Coletiva* 5, n.º 1 (2000): 7-18.  
<https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>.
- Moreira, Almir C. e Marcia T. L. Lisboa. «A Morte - Entre o Público e o Privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem». *Rev. Enferm UERJ* 14, n.º 3 (jul./set. 2006): 447-454.
- Neto, Isabel G. «Dignidade em fim de vida, sem Eutanásia». Em *Eutanásia? Cuidados Paliativos*, coordenado por Isabel G. Neto, 217-221. Lisboa: Alêtheia Editores, 2016.
- Neto, Isabel G., «O que são os Cuidados Paliativos». Em *Eutanásia? Cuidados Paliativos*, coordenado por Isabel G. Neto, 15-25. Lisboa: Alêtheia Editores, 2016.
- Neves, Maria Patrão. «Introdução: A bioética como reflexão e como prática». Em *Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*, coordenado por Maria Patrão Neves, 29-37. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002.

- O'Neill, Bill e Marie Fallon. «ABC of Palliative Care: Principles of Palliative Care and Pain Control». *BMJ Clinical Research* 315 (set. 1997): 801-4. [https://doi: 10.1136/bmj.315.7111.801](https://doi.org/10.1136/bmj.315.7111.801).
- Oliveira, Abílio. «O Desafio da Morte e da Vida». Em *I Congresso Multidisciplinar de Oncologia: Diferentes Profissionais... Diferentes Saberes... Um Objectivo Comum: O Doente Oncológico*, 143 – 151. Portugal: Editora Claret, 2004.
- Patto, Pedro Vaz. «A Eutanásia em face da Constituição Portuguesa». *Direito e Justiça* 16, n.º 2 (2002) 187-220.
- Pereira, Érico F., Clarissa S. Teixeira e Anderlei dos Santos. «Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação». *Rev. Brasileira de Educação Física e Esporte* 26, n.º 2 (abr./jun. 2012) 241-250. <https://www.revistas.usp.br/rbefe/article/view/45895/49498>.
- Pereira, Ray. «Deficiência e autodeterminação humana: compaixão e insensibilidade no caso Vincent Humbert». *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 14, n.º 1 (jan. - mar. 2007) 119-134.
- Pereira, Sandra A. e Ana C. D. Pinheiro. «Eutanásia», *Rev. de Direito Público* 3, n.º 3 (2008): 181-195. [https://doi:10.5433/1980-511X.2008v3n3p180](https://doi.org/10.5433/1980-511X.2008v3n3p180).
- Pérez Pérez, Jorge A. «La Bioética y la Eutanasia». *El Ágora USB* 8, n.º 1 (agost. 2008): 181-195. <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/1522/1321>.
- Pessini, Leo. *Eutanásia: Por que abreviar a vida*. São Paulo: Editora do Centro Universitário, São Camilo: Edições Loyola, 2004.
- Pinto, José Manuel e Teresa M. da Cunha. *Eutanásia e Suicídio Assistido*. Lisboa: Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar – DILP, 2016.
- Puca, Antonio. «A morte cerebral é verdadeira morte? Um problema aberto». *Revista Bioethikos* 6 n.º 3 (2012): 321-334.
- Ramos, Rafael C., Miguel D. Rodríguez, Auxiliadora F. López, Marisa M. Roselló e Reyes S. Amores. *Guía de información sobre Cuidados Paliativos*. Sevilla: ARTEFACTO - Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2009. [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af195723fcf5\\_guia\\_cuidados\\_paliativos.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af195723fcf5_guia_cuidados_paliativos.pdf)
- Raposo, Mário. «Eutanásia. Alguns Problemas Envolvidos». *Brotéria: cristianismo e cultura* 182, n.º 3 (2016): 297-312.

- Rossellò, Francesc T. «Calidad de vida». Em *El Final de la Vida*, editado por Francisco J. Elizari Basterra, 115-154. Navarra: Verbo Divino Editorial, 2007.
- Roxin, Claus. «A Apreciação Jurídico - Penal da Eutanásia». *Rev. Brasileira de Ciências Criminais* 8, n.º 32 (out./dez. 2000): 9-38. <http://bdjur.tjdft.jus.br/xmlui/handle/tjdft/31021>.
- Roy, David J. e Charles-Henri Rapin. «A propos de l'euthanasie». *European Journal of Palliative Care* 1, n.º 1 (1994): 1-4. <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=326251>.
- Royes, Albert. «La Eutanasia y el Suicidio Médicamente Asistido». *Psicooncología* 5, n.º 2-3 (2008): 323-337. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220323A>.
- Ruiz Valdepeñas, Benjamin Herreros; Pedro Gargantilla e Fernando Bandrés. *Gregorio Marañón: Cumbre y síntesis para el siglo XXI*. Madrid: Ed. Fundacion Gregorio Marañón y Fundacion Tejerina, 2008.
- Santos, Alfredo José Andrade. *Os Problemas Penais da Eutanásia e Suicídio Assistido*. Lisboa: Dissertação, Universidade Autónoma de Lisboa, 2016.
- Santos, Sandra Cristina P. dos. *Eutanásia e suicídio assistido: o direito e liberdade de escolha*. Coimbra: Teses de Mestrado, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2011. <http://hdl.handle.net/10316/19198>.
- Saporetti, L. A., «Espiritualidade em Cuidados Paliativos». Em *Cuidado Paliativo*, coordenado por Reinaldo A. de Oliveira, 521-532. São Paulo: Cremesp, 2008.
- Scully, Jackie Leach. «What is a disease? Disease, disability and their definitions». *EMBO Reports* 5, n.º 7 (jul. 2004): 650-653. <https://doi.org/10.1038/sj.embor.7400195>.
- Segre, Marco e Flávio Carvalho Ferraz. «O conceito de saúde». *Rev. Saúde Pública* [online] 31, n.º 5 (1997): 538-542. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.
- Serra, Adriano Vaz, Maria C. Canacarro, Mário Simões, Marco Pereira, et al., «Estudos psicométricos do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) ...». *Psiquiatria Clínica* 27 n.º 1 (2006): 41-49. <http://hdl.handle.net/10316/21539>.
- Silva, Rudval, Ana E. R. Campos e Álvaro Pereir. «Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva». *Rev. da Escola de Enfermagem da USP* 45, n.º 3 (jun. 2011): 738-744. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300027>.
- Sousa, Alana Tamar O. de, Jael Rúbia F. de Sá França, Maria de Fátima O. dos Santos, Solange Fátima G. da Costa e Claudia Maria R. M. Souto. «Cuidados Paliativos com pacientes

- terminais: um enfoque na Bioética», *Rev. Cubana de enfermaria* 26, n.º 3 (set. – diz. 2010): 117-129. <http://ref.scielo.org/j34nsv>.
- Trigo, Tomás. «"Martin RHONHEIMER, Derecho a la vida y estado moderno. A propósito de la "Evangelium vitae"», *Rialp, Scripta Theologica* 30, n.º 3 (1998) 13-20. <https://hdl.handle.net/10171/44555>.
- Trota, R. Altisent, J. Porta I. Sales, R. Rodeles Del Pozo, A. Gisbert Aguilar, et al. (Comité de Ética de la SECPAL). «Declaración sobre la eutanasia de la sociedad Española de Cuidados Paliativos». *Medicina Paliativa* 9, n.º 1 (2002): 37-40.
- Vidal y Benito, M. «Comunicación médico-paciente-familia». Em *Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud*, editado por Graciela Jacob e Luciana Sánchez, 57-76. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014.
- Villafañe, Emilio Serrano. «Sobre el sentido de la vida, de Miguel Benzo Mestre». *Revista de estudios políticos*, n.º 194 (1974): 191-194.
- Zilles, Urbano. «A Sacralidade da Vida». *Teocomunicação* 37, n.º 157 (set. 2007): 337-351.

## Netgrafia

- Agencia Ecclesia «Portugal: Tribunal Constitucional chumba lei da eutanásia». Acedido 17.07.2021. <https://agencia.ecclesia.pt/portal/portugal-tribunal-constitucional-chumba-lei-da-eutanasia/>.
- Assembleia da República. «DECRETO N.º 109/XIV, Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal». Acedido 17.07.2021. <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=61485230.docx&Inline=true>.
- Caplan, A. «Ten Years After Terri Schiavo, Death Debates Still Divide Us: Bioethicist». Acedido a 12 de abril de 2020. <https://www.nbcnews.com/health/health-news/bioethicist-tk-n333536>.
- Chantier, P. «Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur, sous la dir. de C. Marin et N. Zaccā-Reyners, 2013». Acedido a 19 de fevereiro de 2020. <http://blog.ac-versailles.fr/oeildeminerve/index.php/post/21/02/2013/Souffrance-et-douleur...>
- Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 ; relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement,

- visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. Acedido a 20 de junho de 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-12/a0121073.htm>.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP). «Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (Biénio 2017-2018)». Acedido a 20 de junho de 2020. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrategico-CP\\_2017-2018-1.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrategico-CP_2017-2018-1.pdf).
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV). «Parecer sobre o PROJETO DE LEI N.º 67/XIV/1.ª, 14, “Regula o Acesso à Morte Medicamente Assistida”, 108/CNECV/2020». Acedido a 20 de junho de 2020. <https://www.cneqv.pt/pt/pareceres/parecer-n-o-108-cneqv-2020-sobre-o-projeto-de-lei-n-o-67-xiv-1a>.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV). «Reflexão ética sobre a dignidade humana», Documento de trabalho 26/CNE/99. Acedido a 09 de março de 2020. <https://www.cneqv.pt/pt/pareceres/reflexao-etica-sobre-a-dignidade-humana-26-cneqv-99>.
- Conselho Permanente da Conferência Ep. Portuguesa (CEP). «Nota Pastoral - Eutanásia: o que está em causa? Contributos para um diálogo sereno e humanizador». Acedido a 10 de abril de 2020. [www.conferenciaepiscopal.pt/v1/wpcontent/uploads/CEP\\_Eutanasia\\_NotaPastoral.pdf](http://www.conferenciaepiscopal.pt/v1/wpcontent/uploads/CEP_Eutanasia_NotaPastoral.pdf).
- Da Silva, Carlos Eduardo Lins. «O direito de morrer com dignidade». Acedido a 16 de outubro de 2021. <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz16049909.htm>.
- De La Fuente, Victoria, Ivana Petreska, Bernd Schmid e Adrien Schwizguébel. «Soins Palliatifs». *Immersion en Communauté – Univ. De Genève*, 2006. Acedido a 20 de junho de 2020. [http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2005\\_2006/travaux/06\\_r\\_soins\\_palliatifs.pdf](http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2005_2006/travaux/06_r_soins_palliatifs.pdf).
- Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud (2019). Acedido a 15 de fevereiro de 2020. <https://tratamientoyenfermedades.com/definicion-enfermedad-oms-concepto-salud/>.
- Discurso que João Paulo II proferiu no Conselho Central dos Judeus (Berlin 23.6.1996). Acedido a 20 de fevereiro de 2020. [http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/speeches/1996/june/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_19960623\\_consiglio-ebrei.html](http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/speeches/1996/june/documents/hf_jp-ii_spe_19960623_consiglio-ebrei.html).
- Dumoulin, F. «Francês símbolo da luta pela eutanásia morre após guerra jurídica que envolveu Igreja Católica». Acedido a 20 de maio de 2020.

- <https://oglobo.globo.com/sociedade/frances-simbolo-da-luta-pela-eutanasia-morre-apos-guerra-juridica-que-envolveu-igreja-catolica-23799365>.
- EUROPA PRESS. «Los cuidados paliativos son “la única salida digna” para la situación de un enfermo terminal, según un experto». Acedido em 08 de maio de 2020. <https://www.europapress.es/ciencia/laboratorio/noticia-cuidados-paliativos-son-unica-salida-digna-situacion-enfermo-terminal-experto-20051008130050.html>.
- European Court of Human Rights Council of Europe (ECHRCE). «Convenção Europeia dos Direitos do Homem». Acedido a 28 de novembro 2019. [https://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_POR.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_POR.pdf).
- Goldim, José R. «Caso Ramón Sampederro Suicídio Assistido». Acedido em 20 de maio de 2020. <https://www.ufrgs.br/bioetica/sampederro.htm>.
- Goldim, José R. «Caso Vincent Humbert Eutanásia Ativa Voluntária». Acedido em 20 de maio de 2020. <https://www.ufrgs.br/bioetica/humbert.htm>.
- Gómez Castedo, Andrea M. «Cuidados paliativos vs. Eutanásia». Universidad de la Sabana, 2006. Acedido a 07 de outubro de 2019. <http://hdl.handle.net/10818/1758>.
- Haute Autorite de Sante. Note méthodologique et de synthèse documentaire - «Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs?». Acedido a 22 de maio de 2020. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/note\\_methodologique\\_soins-palliatifs\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/note_methodologique_soins-palliatifs_web.pdf).
- Herranz, P. de Gonzalo. *Eutanásia y dignidad del morir*. Navarra: Universidad de Navarra, 1999. Acedido a 10 de maio de 2020. <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/eutanasia-y-dignidad-del-morir>.
- Institut Europeen de Bioethique. «Le modèle Berge des Soins Palliatifs intégraux». Acedido a 10 de junho de 2020. <https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/20150904-dossiers-euthanasie-et-soins-palliatifs.pdf>.
- Lopes, Miguel Figueiredo. «Eutanásia. Presidente envia lei para o TC. Saiba todos os argumentos». Acesso 17.07.2021. <https://www.dn.pt/politica/eutanasia-marcelo-enviou-diploma-ao-tribunal-constitucional-para-fiscalizacao-preventiva-13366917.html#media-1>.
- Marins, Luciane. «Contribuições do Papa Bento XVI e a defesa da vida e da dignidade humana». Acedido a 22 de abril de 2020.

<https://noticias.cancaonova.com/especiais/pontificado/bento-xvi/bento-xvi-e-a-defesa-da-vida-e-da-dignidade-humana/>.

Minsalud - Gobierno da Colombia. «ABECÉ: Cuidados Paliativos». Acedido a 03 de junho de 2020.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-cuidados-paliativos.pdf>.

Netherlands Ministry of Foreign Affairs. «*Termination of Life Request and Assisted Suicide Act*». (Legislação da eutanásia na Holanda). Acedido a 21 de maio de 2020.

[http://www.patientsrightscouncil.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Netherlands\\_Ministry\\_of\\_Justice\\_FAQ\\_Euthanasia\\_2010.pdf](http://www.patientsrightscouncil.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Netherlands_Ministry_of_Justice_FAQ_Euthanasia_2010.pdf).

Nunes, Lucília, Luis D. Madeira e Sandra H. e Silva. «Suicídio Ajudado e Eutanásia - Terminologia e sistemática de argumentos». Acedido a 4 de outubro de 2019.

[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24723/1/1523878003\\_SA%20e%20MPP\\_working%20Paper.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24723/1/1523878003_SA%20e%20MPP_working%20Paper.pdf).

OMS. «Promoción de la salud: Glosario». Ginebra, 1998. Acedido a 23 de janeiro de 2020.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1).

ONU, Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, por meio da Resolução 217 A (III). da Assembleia Geral. Acedido a 10 de março de 2020. <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). «Documentos básicos - Suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006». Acedido a 23 de janeiro de 2020. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).

PAÍS. «Tribunal Constitucional chumba lei da eutanásia». Acesso 18.07.2021, <https://sicnoticias.pt/pais/2021-03-15-Tribunal-Constitucional-chumba-lei-da-eutanasia>.

Petinga, Tiago. «Acórdão do Constitucional deixa pistas para alteração à lei da Eutanásia». Acesso em 18.07.2021. <https://sicnoticias.pt/especiais/eutanasia/2021-03-15-Acordao-do-Constitucional-deixa-pistas-para-alteracao-a-lei-da-Eutanasia>.

Porto, Rita. «As 9 razões do Conselho de Ética para chumbar os projetos da eutanásia». Acedido a 18 de junho de 2020. <https://observador.pt/2020/02/18/conselho-nacional-de-etica-para-as-ciencias-da-vida-chumba-projetos-de-lei-que-despenalizam-eutanasia/>.

- Presidência da República Portuguesa. «Presidente da República veta eutanásia por inconstitucionalidade». Acedido 20.07.2021. <https://www.presidencia.pt/atualidade/toda-a-atualidade/2021/03/presidente-da-republica-veta-eutanasia-por-inconstitucionalidade/>.
- Presidência da República. «Excelentíssimo Senhor Conselheiro Presidente do Tribunal Constitucional». Acedido 17.07.2021. [https://www.presidencia.pt/archive/doc/Requerimento\\_Tribunal\\_Constitucional\\_20210218.pdf](https://www.presidencia.pt/archive/doc/Requerimento_Tribunal_Constitucional_20210218.pdf).
- Presidência da República. «Presidente da República submete decreto da eutanásia ao Tribunal Constitucional». Acedido 17.07.2021. <https://www.presidencia.pt/atualidade/toda-a-atualidade/2021/02/presidente-da-republica-submete-decreto-da-eutanasia-ao-tribunal-constitucional>.
- Sambado, Cristina. «Em que países a eutanásia não é considerada crime?». Acedido a 12 de junho de 2020. [https://www.rtp.pt/noticias/pais/em-que-paises-a-eutanasia-nao-e-considerada-crime\\_es1206076](https://www.rtp.pt/noticias/pais/em-que-paises-a-eutanasia-nao-e-considerada-crime_es1206076).
- Simone, Gustavo de. «Los Cuidados Paliativos en el tercer milenio». Acedido em 16 de junho de 2020. <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/bcaeem/article/view/4989/4593>.
- Société Française D'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), «*Face a une demande d'euthanasie*». Acedido a 22 de maio de 2020. [http://www.sfap.org/system/files/face-demande-euthanasie\\_0.pdf](http://www.sfap.org/system/files/face-demande-euthanasie_0.pdf).
- Travitzki, Rodrigo. «O que é vida? Há uma definição precisa? [...]». Acedido a 14 de novembro de 2019. <http://www.rizomas.net/ensino-de-biologia/recursos-pedagogicos/202-o-que-e-vida-ha-uma-definicao-precisa-veja-a-resposta-de-pensadores-importantes.html>.