



A eutanásia e seus argumentos

Euthanasia and its Arguments



Jorge Cruz

Hospital da Arrábida

Email: jorge.cruz@sapo.pt



Resumo

O autor procura esclarecer o significado atual de eutanásia, distinguindo-a de procedimentos aceitáveis do ponto de vista clínico, ético e legal, e apresenta de forma sumária os principais argumentos utilizados na reflexão e debate desta temática. Os argumentos principais a favor da eutanásia e/ou suicídio assistido são o alívio da dor e do sofrimento, considerados insuportáveis pelo paciente, e o respeito pela sua autonomia pessoal. Os principais argumentos contra são o da inviolabilidade da vida humana e o do risco de maus usos e abusos. Conclui defendendo que os argumentos a favor da eutanásia e/ou do suicídio assistido são insuficientes e insatisfatórios para justificarem a sua legalização.



Abstract

The author seeks to clarify the current meaning of euthanasia, distinguishing it from procedures that are acceptable from a clinical, ethical and legal standpoint. He then presents briefly the main arguments used in the reflection and debate of this theme. The main arguments in favor of euthanasia and/or assisted suicide are the relief of pain and suffering, considered unbearable by the patient, and respect for his personal autonomy. The main arguments against are the inviolability of human life and the risk of misuses and abuses. He concludes that the arguments in favor of euthanasia and/or assisted suicide are insufficient and unsatisfactory to justify its legalization.



Key words

Eutanásia; suicídio assistido; morte; sofrimento; autonomia.

Euthanasia; assisted suicide; death; suffering; autonomy.



Fechas

Recibido: 08/09/2019. Aceptado: 12/09/2019



1. Introdução

O debate acerca da eutanásia tem-se intensificado nos últimos anos, embora a temática não seja recente. Trata-se de um problema persistente (Garrafa e Porto, 2003), pois apesar de ser discutido desde a Antiguidade continua a suscitar controvérsia, sobretudo no mundo ocidental. Para Lord Judge, esta temática é o maior problema ético e legal dos nossos dias (Keown, 2018, p. xiii).

Uma das razões que levam muitas pessoas a manifestarem uma opinião favorável à legalização da eutanásia e/ou do suicídio assistido, é desconhecerem o verdadeiro significado do termo e suas implicações (Gafo, 1993, pp. 95-98), o que põe em causa a sua validade (Keown, 2018, p. 9). Iremos assim começar por definir *eutanásia* e *suicídio assistido* e distinguir estes conceitos de situações clínicas distintas, como por exemplo a obstinação terapêutica ou distanásia. Apresentaremos seguidamente uma sinopse histórica acerca do tema e, por fim, os principais argumentos a favor e contra a prática da eutanásia e do suicídio medicamente assistido ou ajudado.

2. Definição e terminologia

A palavra *eutanásia* resulta da associação de dois termos gregos – “eu” (bom, com bondade) e “thanatos” (morte), podendo ser traduzida literalmente por “boa morte”. No seu sentido etimológico original, representava uma morte natural, serena e sem sofrimento, não envolvendo a intervenção de outra pessoa (Gafo, 2011, p. 241). Pensa-se que a primeira utilização da palavra *eutanásia* com este significado se encontra em Suetónio, historiador romano, que escreve acerca da morte do imperador César Augusto, no século I da era cristã, que faleceu com 75 anos: “Coube-lhe em sorte ter um fim fácil, como sempre desejara. De facto, quase sempre que ouvia dizer que alguém tinha morrido sem qualquer sofrimento, formulava logo os votos para si e para os seus de uma semelhante *euthanasia* – pois era este o termo que costumava usar”(Brandão, 2014). Trata-se do tipo de morte que certamente todos desejamos, tanto para nós próprios como para os outros (Keown, 2018, pp. xii, 9).

Apesar de não existir uma definição universalmente aceite de eutanásia, parece ser consensual que é sempre uma morte antecipada, não natural, provocada pela administração de fármacos letais

A *eutanásia* era pois, originalmente, uma forma de morrer. O filósofo e cientista inglês Francis Bacon, em 1605, foi o primeiro a utilizar o termo *eutanásia* no contexto da saúde, com um significado semelhante ao de Suetónio (Vanderpool, 2004, p. 1421). Porém, a partir do final do século XIX, o significado da palavra mudou radicalmente. Para o bioeticista John Keown, do Kennedy Institute of Ethics, a eutanásia consiste na provocação deliberada e intencional da morte de uma pessoa, a seu pedido, executada por um profissional de saúde que acredita que tal ato irá ser benéfico para essa pessoa (Keown, 2018, pp. 9-10). Apesar de não existir uma definição universalmente aceite de eutanásia, parece ser consensual que é sempre uma morte antecipada, não natural, provocada pela administração de fármacos letais.



Há quem classifique a eutanásia como *não voluntária* quando é realizada em pacientes que não possuem capacidade de decisão autónoma, por serem menores ou apresentarem alterações cognitivas ou da consciência, como p. ex. demência. A chamada eutanásia *involuntária* consiste na morte provocada contra a vontade dos pacientes que, sendo consultados, a recusaram, ou sem o conhecimento da sua vontade, apesar de competentes para darem a sua opinião. Contudo, tanto a eutanásia *não voluntária* como a *involuntária* constituem atos de homicídio, mesmo quando praticadas por profissionais de saúde (Keown, 2018, p. 15). Só a eutanásia voluntária, realizada a pedido

de um doente consciente e com as suas capacidades mentais conservadas, não é considerada homicídio nos três países europeus onde esta prática é legal: Holanda, Bélgica e Luxemburgo¹.

O suicídio medicamente assistido consiste também numa morte antecipada, mas distingue-se da eutanásia na medida em que o médico não intervém diretamente na morte do paciente. A sua função consiste em providenciar os meios necessários para que a morte ocorra, nomeadamente através da prescrição de medicamentos, em dose letal, que o paciente poderá ingerir para pôr termo à vida, ou da transmissão de informação sobre a melhor forma de o fazer (Keown, 2018, p. 16). Do ponto de vista ético, não há diferença entre as duas situações (eutanásia e suicídio assistido), pois em ambos os casos a intenção do médico é provocar a morte do paciente (Brock, 2004, p. 1419). Porém, o suicídio assistido tem tido maior aceitação no contexto norteamericano, sendo legal em vários estados, em parte devido à conotação negativa associada ao termo *eutanásia*, por ter sido utilizado na Alemanha nazi (Keown, 2018, p. 19)².

Os eufemismos “morte assistida” ou “morte digna”, tantas vezes utilizados pelos meios de comunicação para designar a eutanásia ou o suicídio assistido, não têm lugar num debate sério sobre o tema (cf. Keown, 2018, p. 7). A maioria das pessoas prefere certamente ter uma “morte assistida” ou uma “morte digna” do que morrer sozinha, longe do seu lar ou em sofrimento, sem que isso signifique que desejem ser mortas de uma forma direta e ativa pela intervenção de terceiros.

Os eufemismos “morte assistida” ou “morte digna”, tantas vezes utilizados pelos meios de comunicação para designar a eutanásia ou o suicídio assistido, não têm lugar num debate sério sobre o tema (cf. Keown, 2018, p. 7). A maioria das pessoas prefere certamente ter uma “morte assistida” ou uma “morte digna” do que morrer sozinha, longe do seu lar ou em sofrimento, sem que isso signifique que desejem ser mortas de uma forma direta e ativa pela intervenção de terceiros.

3. O que não é eutanásia

Já nos anos 90 do século passado, o teólogo jesuíta espanhol Javier Gafu referia que, “com muita frequência, os meios de comunicação apresentam resultados de sonda-

- 1 A distinção entre eutanásia ativa e passiva pode gerar ambiguidade e deve ser evitada (Warnock e Macdonald, 2008, p. 92). Poderá considerar-se eutanásia passiva desligar o ventilador de um paciente que dele necessita para respirar, mas num doente que cumpra os critérios de morte cerebral e que está morto apesar da manutenção artificial das funções cardíaca e respiratória, desligar o ventilador não só não é eutanásia como é considerado um procedimento clínico correto (Cruz, 2004, p. 95-99).
- 2 Os médicos nazis não estavam a praticar eutanásia quando matavam crianças e adultos alemães com patologias como cegueira congénita, autismo, trissomia 21, esquizofrenia, epilepsia, esclerose múltipla e muitas outras, porque não havia um pedido voluntário e consciente destas pessoas para serem mortas (cf. Hooker, 2014, p. 198). Conforme refere Sgreccia (2009, p. 858), “a ideologia que tende atualmente a legitimar por lei a eutanásia não é a mesma” do nacional-socialismo, que tinha motivações eugénicas.

A maioria das pessoas prefere certamente ter uma “morte assistida” ou uma “morte digna” do que morrer sozinha, longe do seu lar ou em sofrimento, sem que isso signifique que desejem ser mortas de uma forma direta e ativa pela intervenção de terceiros



Não iniciar ou suspender tratamentos ineficazes ou de benefício duvidoso para o paciente, evitando a chamada distanásia ou obstinação terapêutica, não só não é eutanásia como é considerado boa prática médica

gens com as opiniões da população sobre o tema da eutanásia. Dão percentagens mais ou menos elevadas de pessoas favoráveis à eutanásia, ou à sua legalização” (Gafo, 1996, p. 95). Os resultados das sondagens refletem, por um lado, a cobertura jornalística do tema na maioria dos países, que é de uma maneira geral favorável à

legalização da eutanásia e suicídio assistido, baseando-se na exploração sensacionalista de histórias individuais dramáticas e extremas (Keown, 2018, p. 1)³. Por outro lado, traduzem uma dificuldade de distinção entre a eutanásia ou suicídio assistido e situações clínicas, como as que iremos abordar, em que a decisão de não intervir ou cessar tratamentos é perfeitamente legítima, do ponto de vista clínico, ético ou legal (cf. Marcoux, Mishara, & Durand 2007)⁴.

Em primeiro lugar, importa sublinhar que a suspensão ou abstenção de tratamentos inúteis ou desproporcionados para o estado clínico do paciente não constitui um ato de eutanásia. A morte natural é um acontecimento biológico que faz parte da condição humana. Não iniciar ou suspender tratamentos ineficazes ou de

benefício duvidoso para o paciente, evitando a chamada distanásia ou obstinação terapêutica, não só não é eutanásia como é considerado boa prática médica. São exemplos de obstinação terapêutica uma intubação nasogástrica para alimentação de pacientes em situação de morte iminente ou medidas de reanimação cardiorrespiratória em pacientes com condições incuráveis e terminais conhecidas, o que muitas vezes apenas leva a um prolongamento do processo de morrer e não beneficia a pessoa (Pellegrino, 2000).

Infelizmente ainda se assiste, por vezes, à transfusão de sangue ou a tratamentos de quimioterapia em doentes nas últimas horas de vida, o que traduz muitas vezes a dificuldade dos médicos em lidarem com a morte dos seus pacientes, ou ainda à pressão dos familiares para que tudo se faça para evitar o falecimento dos seus entes queridos, conforme assinala João Lobo Antunes: “não é raro acontecer que ao aliar-se ao doente, recusando-se a açoitá-lo como a um cavalo no derradeiro galope, o médico seja objeto da censura muda ou explícita daqueles que, por bem, se recusam a aceitar que a corrida já terminou” (Antunes, 2002, p. 167)⁵.

Deste modo, a decisão de não iniciar ou prosseguir um tratamento ineficaz ou inadequado à situação clínica de determinado paciente é considerada boa prática médica. Como afirma Daniel Serrão, “trata-se de uma decisão médica eticamente correta à qual, só por abuso de linguagem, se pode chamar eutanásia. A manutenção destes tratamentos é distanásia, sendo muito grave que, mesmo depois de verificada a morte, es-

3 Elio Sgreccia revela a estratégia dos movimentos pró-eutanásia: “começa-se com uma sensibilização da opinião pública relativamente aos «casos piedosos», exaltam-se as sentenças brandas dos tribunais que em tais casos instruíram os procedimentos penais, para se chegar depois à exigência da legitimação por lei, depois de a opinião pública já estar oportunamente sensibilizada pelos *massmedia* e pelos debates públicos” (Sgreccia, 2009, p. 858).

4 Alguns estudos têm revelado que esta dificuldade abrange os próprios profissionais de saúde (cf. Lindblad et al., 2010).

5 Um estudo recente revelou que, na Bélgica (onde a eutanásia é permitida), 16% dos doentes oncológicos receberam quimioterapia no último mês de vida (Bekelman et al., 2016). Nos EUA, uma percentagem significativa da despesa com seguros de saúde é utilizada nas duas últimas semanas de vida, o que confirma a futilidade de muitos destes tratamentos (Warnock e Macdonald, 2008, p. 100).



ses meios extraordinários continuem ligados ao doente em clara falta de respeito pelo cadáver” (Serrão, 1996, p. 386).

Também não é eutanásia a administração de medicamentos com uma finalidade terapêutica, como por exemplo a morfina, ainda que possam ocasionalmente encurtar a vida do paciente. A utilização de medicamentos para tratar a dor intensa é considerada boa prática clínica (Keown, 2018, pp. 14-15). O que não é lícito é deixar o paciente sofrer se houver recursos disponíveis para aliviar o sofrimento. Em nossa opinião, um dos grandes erros da medicina moderna é o uso parcimonioso de analgésicos potentes em doentes terminais, “pelo absurdo receio de abuso ou habituação, ou quem sabe, de responsabilização criminal pela sua prescrição” (Antunes, 2002, p. 167). Se algum paciente vier a falecer como resultado da administração de um medicamento destinado a aliviar-lhe a dor ou outro sintoma, ou de uma intervenção cirúrgica realizada em seu benefício, isso não constitui um ato de eutanásia (Keown, 2018, p. 40). Um outro exemplo é a utilização de sedativos e analgésicos (a chamada sedação paliativa) para tratar sintomas como p. ex. dor ou dispneia, não controlados de outra forma, provocando no paciente terminal um estado de consciência muito diminuído ou mesmo perda de consciência (Berlinger, Jennings e Wolf, 2013, pp. 183-184). É também uma atuação eticamente correta, embora ocasione habitualmente uma antecipação da morte do paciente (cf. Osswald, 2013, p. 57). Se, pelo contrário, este procedimento for instituído com o objetivo de aceleração da morte, será uma forma de eutanásia involuntária (cf. Billings e Block, 1996).

Um dos grandes erros da medicina moderna é o uso parcimonioso de analgésicos potentes em doentes terminais, “pelo absurdo receio de abuso ou habituação, ou quem sabe, de responsabilização criminal pela sua prescrição”

Por último, não é eutanásia o direito que qualquer paciente consciente e lúcido tem de recusar qualquer tratamento médico ou cirúrgico, mesmo que seja considerado necessário para evitar a sua morte precoce, como por exemplo uma cirurgia, com intenção curativa, para remoção de um tumor maligno. Como refere Miguel Oliveira da Silva, em Portugal “qualquer cidadão autónomo e livre pode recusar uma terapêutica, decidir ter alta hospitalar a pedido contra parecer médico, manter práticas de vida malsãs que lhe antecipam a morte, tentar ou cometer suicídio” (Silva, 2017, p. 180). Respeitar a vontade do paciente que, de uma forma esclarecida, pede à equipa de saúde para suspender tratamentos ou que lhe sejam retirados meios artificiais de suporte vital, é também eticamente legítimo e tem suporte jurídico (Smith, 2016, p. 90), exceto em algumas situações de urgência, em que o paciente corra risco de vida e não esteja em condições de expressar o seu consentimento informado.

Desde 2012, está em vigor em Portugal a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, que regula as chamadas diretivas antecipadas de vontade em matéria de cuidados de saúde, que podem assumir a forma de testamento vital ou a nomeação de um procurador de cuidados de saúde, criando igualmente o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). O testamento vital é um documento escrito por um adulto psicologicamente competente, no qual manifesta a sua vontade livre e esclarecida sobre os cuidados de saúde que deseja ou não receber caso se encontre incapaz mais tarde, por motivo de doença ou acidente, de expressar a sua vontade de forma autónoma. Entre os cuidados que o



paciente deseja ou não receber incluem-se “não ser submetido a reanimação cardiopulmonar” ou “não ser submetido a meios invasivos de suporte artificial de funções vitais” (cf. RENTEV, 2014).

4. Sinopse histórica

Praticamente todos os códigos de ética médica, desde essa altura e até aos nossos dias condenam a eutanásia, como sendo contrária à missão e propósito da medicina, que consiste em “curar se possível, cuidar sempre, aliviar o sofrimento e promover a saúde”

Fazendo agora uma breve referência histórica, importa referir que o aborto, o infanticídio e o suicídio por razões médicas eram comuns e socialmente aceites no mundo antigo greco-romano. A ajuda ao suicídio, quando não havia esperança de cura, era executada através da secção de vasos sanguíneos ou da administração de venenos. A palavra grega *pharmakon*, da qual resultou o vocábulo *farmácia*, significava originalmente *veneno*, e os médicos da Antiguidade eram mais conhecidos pela sua utilização de venenos e produtos tóxicos, com a intenção de matar, do que pela administração de substâncias com propriedades curativas (Drane, 2003, p. 232). Porém, no final do Período Arcaico (século V a. C.) é redigido na cidade grega de Cós o primeiro código de ética médica designado Juramento Hipocrático, que constitui um marco histórico, na medida em que declara solenemente que aos médicos está interdito provocarem intencionalmente a morte de um paciente. Praticamente todos os códigos de ética médica, desde

essa altura e até aos nossos dias condenam a eutanásia, como sendo contrária à missão e propósito da medicina, que consiste em “curar se possível, cuidar sempre, aliviar o sofrimento e promover a saúde” (Pellegrino, 2002).

A literatura universal apresenta diversos exemplos que retratam uma antecipação da morte com o intuito de aliviar a dor ou o sofrimento, como na obra ficcional do escritor francês Roger Martin du Gard *Os Thibault* (1922). Contudo, tanto nesta como noutras obras, não se pode designar de eutanásia o ato de provocação da morte de um paciente, pois não houve nenhum pedido voluntário e consciente nesse sentido. São situações de homicídio, ainda que executados com intenções aparentemente altruístas (cf. Osswald, 2013, p. 51).

No início do século XX, assistiu-se ao aparecimento das primeiras associações pró-eutanásia da época contemporânea, com a criação da *Voluntary Euthanasia Legislation Society* no Reino Unido, em 1935 (designada *Dignity in Dying* desde 2006), e da *Euthanasia Society of America* nos EUA, em 1938 (designada em 1975 *Society for the Right to Die*). Após a Segunda Guerra Mundial, assistiu-se a uma diminuição do interesse por esta temática, com a revelação das atrocidades cometidas pelos médicos nazis e a sua participação no infame “programa nazi de eutanásia”, responsável pelo massacre de mais de 200.000 pessoas (Gorsuch, 2006, pp. 36-38). A partir dos anos 60, verificou-se um renovado interesse por este assunto, principalmente nos países anglo-saxónicos. Na Holanda, o debate da temática da eutanásia iniciou-se em 1969 com a publicação de um livro do médico holandês Van den Berg, que apresenta a tese seguinte: “a me-



dicina foi longe demais, expõe os doentes a situações de crueldade; o único antídoto efetivo contra o poder médico induzido pela tecnologia é dar ao doente maior controle sobre a sua própria vida e existência” (Ten Have, 2009, pp. 324-325).

A intensificação do debate sobre a eutanásia e suicídio assistido nas últimas décadas, à escala mundial, resultou, por um lado, dos enormes progressos científicos e tecnológicos na área da saúde, permitindo que um maior número de pessoas vivam mais tempo, mas que contribuíssem para uma medicalização e prolongamento do processo de morrer (cf. Gawande, 2014, pp. 149-190). Por outro lado, verificou-se uma mudança na relação assistencial médico-paciente e ao advento de novos modelos de relação clínica, que se baseiam na valorização da autonomia do paciente e surgiram em grande medida como resposta ao paternalismo da tradição hipocrática (Cruz, 2014).

5. Principais argumentos a favor

Os dois principais argumentos apresentados a favor da legalização e prática da eutanásia e do suicídio assistido são o alívio da dor e do sofrimento, considerados insuportáveis pelo paciente, e o respeito pela sua autonomia e liberdade individual. Há um terceiro, em que se alegam motivos de natureza económica, que apesar de minoritário tem vindo a assumir maior expressão, sobretudo em países onde a eutanásia é legal (Hooker, 2014, p. 207; Beuselinck, 2017, p. 108).

Os dois principais argumentos apresentados a favor da legalização e prática da eutanásia e do suicídio assistido são o alívio da dor e do sofrimento, considerados insuportáveis pelo paciente, e o respeito pela sua autonomia e liberdade individual

Os motivos principais para um pedido de eutanásia ou suicídio assistido incluem a presença de dor e outros sintomas físicos, como vômitos, convulsões, agitação psicomotora, etc., considerados insuportáveis pelo próprio; a ansiedade e problemas psicológicos ou psiquiátricos; o receio ou situação de perda de autonomia e dependência; o desejo de não ser uma sobrecarga ou fardo para os familiares ou cuidadores; e o sentimento pessoal de que o projeto de vida chegou ao fim (Wyatt, 2009, pp. 197-199). Este último

motivo, em que há uma falta de sentido de vida, é referido sobretudo por pessoas com doenças crónicas degenerativas do sistema nervoso central ou tetraplegia, que apesar das suas limitações físicas não são geralmente pacientes em situação terminal, embora representem os casos mais mediáticos de pedidos de ajuda para morrer.

5.1. Argumento da dor e sofrimento insuportáveis

Todos os seres humanos, em algum momento da sua existência, experimentam algum tipo de dor ou sofrimento. Embora os dois termos apareçam habitualmente associados, são duas realidades distintas. A dor é uma experiência sensorial ou emocional desagradável, associada a lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em função dessa lesão (International Association for the Study of Pain). Os estímulos dolorosos são transmitidos ao sistema nervoso central, seja qual for a localização da lesão, e é ao nível do cérebro que ocorre a perceção da dor. É uma experiência subjetiva e



individual, dependente de fatores somáticos e psicológicos. A intensidade da dor pode ser avaliada através de escalas, sendo considerado boa prática clínica anotar-se este parâmetro na folha de registo dos sinais e sintomas vitais do paciente (Comissão Nacional de Controlo da Dor, 2011).

A palavra sofrimento deriva do verbo latino *suffere*, que significa suportar ou carregar. Pode ser definido como um estado de grande angústia ou aflição, associado a acontecimentos que ameaçam a integridade de uma pessoa (Cassell, 2004, p. 32). A presença de dor e outros sintomas físicos é uma das principais causas de sofrimento, mas este pode existir mesmo na ausência de problemas de natureza somática⁶ James Drane (2010, pp.

Vários estudos têm revelado que os pedidos de eutanásia ou suicídio assistido raramente estão relacionados com a presença e intensidade da dor ou de outros sintomas físicos, mas sim com aspetos psicossociais

13-34) identifica algumas causas de sofrimento: doenças mentais (como a depressão), doenças físicas graves, doenças terminais, envelhecimento, relacionamentos desfeitos, violência social (como discriminação, injustiça e exclusão social), catástrofes naturais, atos terroristas, tortura e falta de empatia e compaixão.

O alívio do sofrimento é o argumento utilizado na defesa da eutanásia de animais que estão a sofrer por doença ou abandono, e que é aceite de modo consensual na maioria dos países (cf. Kure, 2011, pp. xi-xii). Tom Beauchamp (2014, pp. 227-228), um dos promotores do principialismo, considera que o argumento-chave a favor da eutanásia e do suicídio assistido é o alívio do sofrimento de uma pessoa que pede para ser morta, desde que estejam reunidas quatro condições: o estado clínico ser extremamente penoso (*burden-*

some), não ser possível um controlo eficaz da dor, o paciente efetuar um pedido informado, e um médico disponibilizar-se para executar o ato de eutanásia. Contudo, vários estudos têm revelado que os pedidos de eutanásia ou suicídio assistido raramente estão relacionados com a presença e intensidade da dor ou de outros sintomas físicos, mas sim com aspetos psicossociais, entre os quais o medo de se ser um fardo para os outros e estar dependente de terceiros, nomeadamente para cuidados básicos de alimentação, higiene e locomoção. (cf. Emanuel *et al.*, 1996; Suarez-Almazor *et al.* 2002, Sulmasy *et al.* 2016).

Edmund Pellegrino (1992, pp. 30-42) defende que o processo de morrer é uma experiência única e significativa na vida de um ser humano, e que muitas vezes é nesta fase da vida que cada um descobre a sua verdadeira identidade. A eutanásia terminaria abruptamente este processo e impediria o paciente e seus familiares e cuidadores desta experiência irrepetível e, num certo sentido, enriquecedora. Para Margaret Somerville (2014, p. xiv), a legalização da eutanásia impede a procura de sentido de vida, algo que por vezes só se alcança após uma doença prolongada.

Como refere Daniel Serrão, “mesmo quando o fim da vida está próximo e causa na pessoa tristeza e sofrimento, há ainda condições para haver vida, alegria e manifestações do espírito de uma profundidade, de uma intensidade e de uma verdade que nunca antes tinham sido vividas”(Serrão, 2010, p. 112).

6 Há situações em que pode existir dor sem sofrimento (p. ex. num atleta que vence uma prova desportiva) e outras em que o sofrimento pode estar presente na ausência de dor (p. ex. após a comunicação da notícia do diagnóstico de uma doença grave ou fatal).



A eutanásia e o suicídio assistido não aliviam nem eliminam o sofrimento; eliminam a pessoa que sofre

Os Cuidados Paliativos, na atualidade, possibilitam o tratamento eficaz da dor e do sofrimento físico considerado insuportável pelo paciente. Este tipo de cuidados (que em alguns países constituem uma especialidade autónoma, a Medicina Paliativa) são uma intervenção ativa, interdisciplinar e holística, dirigida a pessoas com doenças graves, avançadas e/ou incuráveis, independentemente da idade, e dirigida também aos seus familiares. Os Cuidados Paliativos valorizam a vida mas encaram a morte como um processo normal. Não antecipam nem atrasam a morte intencionalmente. Proporcionam aos doentes o alívio da dor e de outros sintomas incómodos. Integram os aspetos psicológicos, sociais e espirituais dos cuidados, de forma que os pacientes possam encarar a morte de uma forma mais tranquila. Além disso, proporcionam apoio aos familiares e cuidadores durante a doença do paciente e durante o luto. Podem ser prestados em regime de internamento hospitalar e também no domicílio (Sepúlveda et al., 2002).

Em nossa opinião, a melhor resposta dos serviços de saúde para os raríssimos pedidos de eutanásia ou suicídio assistido será a implementação de uma rede nacional de Cuidados Paliativos, preferencialmente domiciliários, que possa lidar de forma competente e adequada com a dor e o sofrimento, não com fins curativos mas tendo em vista a melhor qualidade de vida possível, apesar da doença⁷. Reconhecemos que ainda há um longo caminho a percorrer, em todo o mundo, para que estes cuidados de excelência estejam disponíveis para todos os que deles necessitem (cf. Keown, 2012, p. 312), o que em nosso entender constitui um imperativo ético. A eutanásia e o suicídio assistido não aliviam nem eliminam o sofrimento; eliminam a pessoa que sofre.

5.2. Argumento da autonomia pessoal

Um dos argumentos mais invocados a favor da eutanásia é o respeito pela autonomia e liberdade individual da pessoa que pede para morrer. Os defensores da eutanásia e do suicídio assistido defendem o direito de controlarem o momento, o lugar e as circunstâncias da sua morte. O filósofo alemão Nietzsche (1844-1900), um dos pais do existencialismo, afirmava: “morrer orgulhosamente, quando não é mais possível viver orgulhosamente” (Nietzsche, 2006, p. 60). Na opinião de Laura Santos, “para muitas pessoas, especialmente para quem sempre teve uma vida muito ativa, ou foi mesmo desportista, a perspectiva da dependência total pode parecer-lhes de tal modo contrária à identidade que foram construindo ao longo da vida que se torna para elas algo de insuportável, arruinando a sua narrativa pessoal” (Santos, 2009, p. 360).

O conceito de autonomia, baseado num individualismo exacerbado, surgiu historicamente com o Iluminismo do século XVIII. Para Immanuel Kant (1724-1804), a autonomia é a capacidade que o ser humano racional tem de estabelecer as suas próprias leis universais. Para John Stuart Mill (1806-1873), um dos principais apologistas do

⁷ Os pedidos reiterados de eutanásia são muito raros. O desabafo “quem me dera morrer” é mais comum, e traduz geralmente o desejo de afeto e consolo ou resulta do controlo inadequado da dor (cf. Barreto, 1996, p. 381).



liberalismo político, trata-se de uma escolha livre e individual, isenta de qualquer controle ou restrição social ou política (cf. Kure, 2011, p. 134). O princípio do respeito pela autonomia, um dos quatro princípios basilares da bioética contemporânea, indica que as pessoas devem poder viver de acordo com as suas decisões autónomas, i.e. livres de coerção, desde que o exercício desse princípio não colida com os direitos de terceiros. A valorização da autonomia do paciente requer a obtenção de um consentimento informado, livre e esclarecido, antes de qualquer ato médico, bem como a aceitação da vontade expressa livremente pelo paciente de não se submeter a determinado tratamento médico ou cirúrgico (Beauchamp e Childress, 2001, pp. 77-80). Como refere Javier Gafo, “o que realça o princípio de autonomia é o respeito pela pessoa, pelas suas

A doença, quando grave, cria um estado de vulnerabilidade e condiciona uma redução da autonomia, liberdade e capacidade de decisão dos pacientes

próprias convicções, opções e escolhas, que devem ser protegidas, inclusive de forma especial, pelo facto de estar doente” (Gafo, 2011, p. 35).

Segundo Pellegrino e Thomasma, algumas mudanças que se verificaram, nas últimas décadas, na relação assistencial médico-paciente, contribuíram para a importância conferida ao princípio da autonomia. As mais significativas incluem o papel cada vez mais ativo do paciente no processo deliberativo, os enormes avanços científicos e tecnológicos no exercício da medicina, que aumentaram substancialmente a complexidade e incerteza das decisões, e a intervenção crescente de agentes económicos e políticos na tomada de decisão médica (Pellegrino e Thomasma, 1998, p. 11). Uma das consequências positivas do reconhecimento do princípio do respeito pela autonomia do paciente foi a introdução do imperativo legal de obtenção de um consentimento informado antes de qualquer tratamento médico ou cirúrgico, após ponderação dos seus riscos e benefícios. No entanto, teve igualmente consequências negativas, a principal das quais foi suscitar o aparecimento de novos modelos no relacionamento médico-paciente, como o comercial e o contratual, baseados na autonomia do paciente, que se regem por fatores socioeconómicos, em que não é requerida excelência moral no exercício da profissão mas o simples cumprimento das normas deontológicas e das leis do país. Assentam num clima de desconfiança em relação aos serviços de saúde, desvalorizam o papel do médico na procura do bem do paciente e levam à prática de uma medicina de natureza defensiva (cf. Cruz, 2014).

A doença, quando grave, cria um estado de vulnerabilidade e condiciona uma redução da autonomia, liberdade e capacidade de decisão dos pacientes (cf. Pellegrino, 2006; Cassell, 2004, p. 25). A enorme assimetria de poder que existe habitualmente na relação médico-paciente, é exacerbada em situações de dor ou sofrimento significativos, sendo difícil comprovar que um pedido de eutanásia ou de suicídio assistido é verdadeiramente livre e sem qualquer tipo de coação⁸. É também conhecido que a

8 Os maus tratos e violência contra idosos são uma triste realidade da sociedade contemporânea. É um fenómeno que tem vindo a aumentar e ocorre muitas vezes por parte de familiares da vítima. A violência contra idosos pode ser física e/ou psicológica, e inclui muitas vezes a utilização abusiva dos seus bens e recursos materiais. (cf. Dias, 2015). Num enquadramento legal favorável à eutanásia, não é possível excluir que alguns pedidos de uma morte antecipada possam resultar de uma tentativa de fuga de uma situação de abusos e maus tratos frequentes.



depressão clínica, a demência, o *delirium* e outras perturbações mentais, em pacientes com patologias graves, podem comprometer seriamente a sua capacidade de decisão autônoma (cf. Drickamer et al., 1997)⁹. Quando os médicos ou outros profissionais de saúde abusam do poder que possuem, em termos de conhecimentos científicos e técnicos, e matam um paciente que pede para morrer, que muitas vezes se encontra em depressão clínica ou sem controlo adequado da dor ou outros sintomas, estão a demitir-se do seu dever e responsabilidade de cuidar do paciente, nomeadamente tratando a patologia depressiva ou administrando terapêutica analgésica, de acordo com as *leges artis*.

A legalização da eutanásia, em vez de promover a autonomia dos pacientes face ao poder dos médicos, acaba por conceder ainda mais poder aos profissionais, pois são eles quem decide se a pessoa cumpre ou não os critérios para ter acesso a uma morte antecipada

Henk Ten Have assinala um paradoxo na prática da eutanásia na Holanda. Começou inicialmente como uma reação ao enorme poder dos médicos e aos avanços tecnológicos, procurando salvaguardar a autonomia do paciente. No entanto, trinta anos depois, o que acabou por acontecer foi um incremento desse poder, pois “são eles quem decide se o sofrimento é tão insuportável que o pedido de eutanásia pode ser concedido” (Ten Have, 2009, p. 330). A legalização da eutanásia, em vez de promover a autonomia dos pacientes face ao poder dos médicos, acaba por conceder ainda mais poder aos profissionais, pois são eles

quem decide se a pessoa cumpre ou não os critérios para ter acesso a uma morte antecipada (cf. Sulmasy et al., 2016).

A autonomia de uma pessoa não é um valor absoluto mas tem limites, mesmo em sociedades democráticas e permissivas. Existem inúmeras leis e regras de conduta a que os cidadãos de um país têm de se submeter, mesmo que discordem delas, como por exemplo respeitar os sinais de trânsito ou não conduzir sob o efeito de álcool ou drogas. No contexto da saúde, se o paciente solicitar algo que prejudique a sua saúde ou atrase a sua recuperação, viole a consciência do médico ou ponha em causa o *ethos* da profissão, como acontece com os pedidos de eutanásia, tais pedidos não deverão ser satisfeitos (Pellegrino, 1994).

6. Principais argumentos contra

Existem dois argumentos principais contra a eutanásia e o suicídio assistido: o argumento da inviolabilidade da vida humana e o argumento do risco de maus usos e abusos, também designado argumento do risco da “rampa escorregadia”.

Há um terceiro que deverá ser mencionado, que podemos denominar de argumento da missão da medicina, que passaremos a enunciar. A prática da eutanásia ou suicídio assistido são incompatíveis com a missão primordial da medicina, que consiste em combater a doença, conservar a vida e aliviar a dor e o sofrimento, o que está em

⁹ Tem sido demonstrado em diversos estudos que cerca de 80-90% dos suicídios ocorrem em pessoas em estado de depressão clínica (cf. Osswald, 2016, p. 23).



consonância com o Juramento Hipocrático e outros códigos de ética e deontologia profissional. Na verdade, praticamente todos os códigos de ética médica, nacionais e internacionais, rejeitam a eutanásia e o suicídio assistido (Keown, 2018, p. 67). A Associação Médica Mundial considera que “a eutanásia [...] é um ato contra a ética. Isto não impede o médico de respeitar a vontade do doente no sentido de permitir que continue o processo natural que leva à morte, na fase terminal da doença” (WMA Declaration on Euthanasia) o que, como vimos, é não só lícito como desejável do ponto de vista ético e legal.

Uma sociedade que despenaliza a eutanásia corre o risco de provocar uma enorme insegurança dos cidadãos face à atividade das equipas de saúde

Tom Beauchamp, apesar de ter uma posição favorável em relação à licitude da eutanásia, num plano teórico, reconhece que a sua legalização iria prejudicar a relação médico-paciente, uma vez que os clínicos não estariam tão empenhados em salvar vidas e seriam menos sensíveis à necessidade de controlo da dor dos pacientes (cf. LaFollette, 2014, p. 193). Na opinião de Daniel Serrão, “a aceitação da eutanásia pela sociedade levaria

à quebra de confiança que o doente tem no médico. Uma sociedade que despenaliza a eutanásia corre o risco de provocar uma enorme insegurança dos cidadãos face à atividade das equipas de saúde” (Serrão, 1996, p. 384). É o que já se verifica em países onde a eutanásia é legal, onde muitos pacientes têm medo de ser mortos sem o seu consentimento, ao abrigo das leis da eutanásia, quando necessitam de recorrer aos serviços de saúde. Na Holanda, muitos idosos transportam consigo cartões mencionando explicitamente que não pretendem a eutanásia (Sulmasy et al., 2016).

6.1. Argumento da inviolabilidade da vida humana

Um dos argumentos mais antigos contra a prática da eutanásia fundamenta-se no princípio da sacralidade ou inviolabilidade da vida humana, de clara matriz judaico-cristã mas enunciado por outras religiões e mesmo por quem não professe nenhuma (cf. Warnock e Macdonald, 2008, p. 65)¹⁰. Nesta perspetiva, é sempre errado matar vidas inocentes porque a vida humana tem valor e dignidade intrínsecos e estar vivo é considerado um bem, independentemente das circunstâncias (Keown, 2018, pp. 37-38)¹¹. Este argumento traduz-se na proibição da morte intencional, mas isso não significa que seja requerido preservar-se a vida humana a todo o custo. Esta posição, denominada vitalismo, não é defensável do ponto de vista ético nem clínico (cf. Serrão, 1998, pp. 88-89; Keown, 2018, pp. 56-57).

A dimensão espiritual do ser humano, reconhecida por todas as religiões e culturas desde a Antiguidade, distingue-o de todos os outros seres vivos e confere-lhe dignidade. Segundo John Keown (2012, p. 3), o princípio da sacralidade ou inviolabilidade da

10 Apesar dos argumentos de natureza religiosa terem tanta legitimidade como qualquer outro (cf. Johnson, 2007, pp. 17-18; Osswald, 2013, pp. 70-71), há inúmeros argumentos contra a eutanásia e o suicídio assistido de cariz laico ou secular (cf. Sulmasy, 2016).

11 Segundo John Kilner (2004, p. 1198), uma vez que o conceito de dignidade humana pode ser utilizado pelos dois lados do debate, quer da eutanásia quer de outros temas, é necessário uma clarificação do seu significado por parte dos que o invocam na sua argumentação.



vida humana foi formulado originalmente por teólogos, mas tem sustentabilidade em termos exclusivamente filosóficos e é um princípio fundamental do direito. Foi reconhecido pela escola grega de Cós, responsável pela elaboração do Juramento Hipocrático no século V a. C. (Keown, 2018, pp. 37-39) e encontra-se formulado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia como “direito à vida”.

O princípio da sacralidade ou inviolabilidade da vida humana foi formulado originalmente por teólogos, mas tem sustentabilidade em termos exclusivamente filosóficos e é um princípio fundamental do direito

A Constituição da República Portuguesa reitera esta ideia ao declarar que “a vida humana é inviolável” (art. 24.º, n.º 1), de modo que qualquer medida no sentido de permitir a eutanásia e/ou o suicídio assistido, exigiria uma alteração profunda do sistema jurídico português, levaria a uma menor eficácia das ações de prevenção do suicídio, e colocaria em risco os elementos mais vulneráveis e fragilizados da população, como as crianças, os idosos, e os portadores de algum tipo de deficiência. Um grave problema, em caso de legalização, é que o alegado “direito à eutanásia” rapidamente se tornaria a norma em pacientes portadores de patologias crônicas ou terminais, pois passaria a haver

uma pressão, direta ou indireta, para que o paciente recorra a essa opção, não só para se “libertar” do sofrimento mas também para libertar os outros da responsabilidade de cuidar dele (cf. Albert, 2019). Como nos recorda a história recente dos abusos cometidos na experimentação com seres humanos, são sempre os mais pobres e vulneráveis da sociedade as principais vítimas de abusos (cf. Cruz, 2012, p. 49).

6.2. Argumento do risco de maus usos e abusos

Alguns promotores da legalização da eutanásia e suicídio assistido defendem que é melhor haver uma lei que autorize estas práticas, em determinadas circunstâncias excepcionais, do que um vazio legal. No entanto, as leis não evitam os abusos e o que acaba por acontecer é uma flexibilidade dos critérios enunciados na lei, com a condescendência das autoridades, tal como se verificou com a despenalização da prática do aborto em diversos países (Keown, p. 68). Na Holanda e na Bélgica, onde a eutanásia é legal desde 2002, tem-se verificado uma progressão inevitável para a “eutanásia” não-voluntária e involuntária, que não são mais do que modalidades de homicídio. John Keown, na sua obra *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legalisation* (2018, pp. 112-122) apresenta e analisa detalhadamente os dados conhecidos e publicados sobre a prática da eutanásia na Holanda, que revelam que mais de 1000 pessoas são mortas todos os anos, no âmbito das leis da eutanásia, sem terem dado o seu consentimento^{12,13}.

12 Foi precisamente a impossibilidade de evitar abusos o principal motivo da rejeição de todas as propostas de despenalização da eutanásia no Reino Unido, a última das quais em 2015.

13 As Nações Unidas consideram que a lei da eutanásia na Holanda viola a Declaração Universal dos Direitos Humanos, pois coloca em risco o direito à segurança e integridade da vida de uma pessoa (Pereira, 2011).



O sistema que regula a eutanásia na Holanda e na Bélgica baseia-se nos formulários preenchidos pelos próprios médicos que a praticam, e mesmo assim muitos casos de eutanásia não são comunicados às autoridades (cf. Montero, 2017, p. 48). Na Holanda, milhares de certidões de óbito foram ilegalmente emitidas em casos de eutanásia, referindo que a morte resultou de causas naturais, reduzindo assim a possibilidade de uma investigação criminal do caso (Keown, 2018, p. 121). Dos 6019 casos de eutanásia realizados na Holanda em 2016 e comunicados às autoridades, em 141 casos os pacientes apresentavam demência e em 60 casos doenças psiquiátricas (Beaufort, 2018, p. 196), o que levanta questões acerca da legitimidade do consentimento, se alguma vez existiu.

Na Bélgica, é permitida e praticada a eutanásia em pacientes maiores de 18 anos em situação de sofrimento psicológico resultante de doença grave e alegadamente incurável, como depressão clínica, esquizofrenia e anorexia nervosa (Raus e Sterckx, 2015, p. 82)¹⁴.

Há o risco da doação de órgãos *post-mortem* ser a motivação para alguns pacientes solicitarem a eutanásia

Neste país, em 2007 começaram a ser divulgados os primeiros casos de colheita de órgãos de pacientes mortos por eutanásia, para serem utilizados em transplantes (Stammers, 2017, p. 130). Do ponto de vista clínico, estes pacientes parecem reunir as condições necessárias para a doação de órgãos, uma vez que a maior parte dos fármacos utilizados para provocar a morte não apresentam toxicidade para os órgãos do paciente, e mais de metade das pessoas submetidas a eutanásia não apresentarem doenças oncológicas ou de outra natureza que sejam uma contra-indicação para

a colheita e utilização dos órgãos (cf. Shaw, 2015, p. 186). No entanto, de um ponto de vista ético trata-se, em nossa opinião, de uma instrumentalização inaceitável da pessoa humana, não sendo possível assegurar em que medida tal doação foi verdadeiramente livre e voluntária. Como adverte Cohen-Almagor (2013), há o risco da doação de órgãos *post-mortem* ser a motivação para alguns pacientes solicitarem a eutanásia.

Na Holanda e na Bélgica, onde o número de casos de eutanásia tem vindo a aumentar exponencialmente, entre os quais por motivo de doença psiquiátrica (cf. Silva, 2017, p. 194), está-se a debater a possibilidade de alargar a eutanásia a todas as pessoas que manifestem esse desejo por estarem “cansados de viver”, mesmo que não sofram de doença grave ou incurável (Cohen-Almagor, 2017, p. 188).

7. Considerações finais

Ter uma boa morte, sem sofrimento, é um desejo legítimo de todo o ser humano. A palavra *eutanásia*, embora do ponto de vista etimológico possa ser traduzida por “boa morte”, tem na atualidade um significado distinto. Consiste na provocação deliberada e intencional da morte de uma pessoa, a seu pedido, executada por um profissional de saúde que acredita que tal ato irá ser benéfico para essa pessoa. A maioria dos códigos de ética e

14 Desde 2014 é permitida na Bélgica a eutanásia de menores “com capacidade de discernimento” e que apresentem uma doença incurável.



deontologia profissional e ordenamentos jurídicos consideram que a eutanásia e o suicídio assistido são práticas inaceitáveis do ponto de vista ético e legal, o que explica a sua proibição na generalidade dos países e estados do mundo.

Qualquer mudança legislativa que venha a permitir aos médicos terminarem intencionalmente com a vida de pacientes, mesmo após o pedido voluntário e reiterado destes últimos, põe em risco a missão e propósito da medicina e das ciências da saúde, e a própria ética e deontologia profissionais. Em vez de promover a autonomia dos pacientes, coarctar a sua liberdade e capacidade de decisão, pois em última análise são os médicos que tomam a decisão final e definitiva sobre quem pode ser morto por eutanásia.

A proposta de legalização da eutanásia e/ou do suicídio assistido é apresentada como uma solução de último recurso, em circunstâncias excepcionais, mas o exemplo de países como a Holanda ou a Bélgica, que permitem estas práticas, confirmam que o Estado não tem capacidade de regular a atuação dos médicos que as executam e de impedir que muitas pessoas sejam mortas contra a sua vontade ou sem terem formulado qualquer pedido nesse sentido. Enveredar pela eutanásia e/ou suicídio assistido parece ser a solução mais fácil para o alívio da dor e sofrimento insuportáveis, que desresponsabiliza o Estado e os serviços de saúde de cuidarem do paciente de uma forma global, tendo em conta a sua dimensão física mas também a mental, a social e a espiritual.

A legalização da eutanásia e/ou do suicídio assistido é, em suma, um enorme retrocesso civilizacional, que nos remete para o Período Arcaico dos cuidados de saúde.

Bibliografia

- Albert, M. (2019). Nota del editor invitado: Legalización de la eutanasia: lo que está en juego. *Cuadernos de Bioética*, 30(98), 19-21.
- Antunes, J. L. (2002). *Memória de Nova Iorque e Outros Ensaios*. Lisboa: Gradiva.
- Beauchamp, T. (2014). Justifying Physician-Assisted Death. In H. LaFollette (ed.), *Ethics in Practice: An Anthology* (4th ed.). West Sussex, UK: Wiley Blackwell.
- Beauchamp, T., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Bekelman, J. E., Halpern, S. D., Blankart, S. D., et al. (2016). Comparison of site of death, health care utilization, and hospital expenditures for patients dying with cancer in 7 developed countries. *Journal of the American Medical Association*, 315(3), 272-283. DOI: <https://www.doi.org/10.1001/jama.2015.18603>
- Berlinger, N., Jennings, B., & Wolf, S. M. (2013). *The Hastings Center Guidelines for Decisions on Life-Sustaining Treatment and Care near the End of Life: Revised and Expanded Second Edition*. New York: Oxford University Press.
- Beuselink, B. (2017). 2002-2016: Fourteen Years of Euthanasia in Belgium: First-Line Observations by an Oncologist. In D. A. Jones, C. Gastmans, & C. MacKellar (eds.), *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium*. Cambridge: Cambridge University Press.



- Billings, J. A., & Block, S. D. (1996). Slow euthanasia. *Journal of Palliative Medicine*, 12, 21-30.
- Barreto, J. (1996). Suicídio Assistido. In L. Archer, J. Biscaia, & W. Osswald (coord.), *Bioética* (pp. 377-382). Lisboa: Verbo.
- Brandão, J. L. (2014). Páginas de Suetónio: a morte de Augusto ou o "Mimo da vida". *Boletim de Estudos Clássicos* (Universidade de Coimbra), 59, 61-73.
- Brock, D. W. (2004). Life-Sustaining Treatment and Euthanasia: Ethical Aspects. In S. G. Post (Ed.), *Encyclopedia of Bioethics* (3rd ed.), vol. 3 (pp. 1410-1421). New York: Thomson Gale.
- Cassell, E. J. (2004). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine* (2nd ed). New York: Oxford University Press.
- Cohen-Almagor, R. (2013). First do no harm: pressing concerns regarding euthanasia in Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 515-521.
- Cohen-Almagor, R. (2017). Euthanizing People Who Are 'Tired of Life'. In D. A. Jones, C. Gastmans, & C. MacKellar (eds.), *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium* (pp. 188-201). Cambridge: Cambridge University Press.
- Comissão Nacional de Controlo da Dor. (2011). *Dor como 5.º Sinal Vital: Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/dor-5-sinal-vital-folheto-pdf.aspx>
- Cruz, J. (2004). *Morte Cerebral: Do Conceito à Ética*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cruz, J. (2012). *Que Médicos Queremos?: Uma abordagem a partir de Edmund D. Pellegrino*. Coimbra: Alameda.
- Cruz, J. (2014). A relação médico-paciente na perspectiva de Pellegrino e Thomasma. *Revista Brasileira de Bioética*, 10(1-4), 10-22.
- Dias, I. (2015). Envelhecimento e violência contra os idosos. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 249-273.
- Drane, J. (2003). *More Humane Medicine: A Liberal Catholic Bioethics*. Pennsylvania: Edinboro University Press.
- Drane, J. (2010). *Finding Relief from Suffering and Depression: The Role of Understanding and Faith*. New York: St. Pauls.
- Drickamer, M. A., & Melinda, A. L. (1997). Practical issues in physician-assisted suicide. *Annals of Internal Medicine*, 126, 146-151
- Dutch Doctor Faces Trial in Landmark Euthanasia Case. <https://bioethics.com/archives/47938> DELETE
- Emanuel, E. J., Fairclough, D. L., Daniels, E. R., & Clarridge, B. R. (1996). Euthanasia and physician-assisted suicide: Attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *The Lancet*, 347, 1805-1810.
- Gafo, J. (1996). *10 Palavras Chave em Bioética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Gafo, J. (2011). *Bioética*. Lisboa: Paulus.
- Garrafa, V., & Porto, D (2003). Interventional bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, 17(5-6), 399-416.



- Gawande, A. (2014). *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End*. New York: Metropolitan Books.
- Gorsuch, N. M. (2006). *The Future of Assisted Suicide and Euthanasia*. New Jersey: Princeton University Press.
- Hooker, B. (2014). Rule-Utilitarianism and Euthanasia. In H. LaFollette (ed.), *Ethics in Practice: An Anthology* (4th ed.). West Sussex, UK: Wiley Blackwell.
- International Association for the Study of Pain. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
- Kilner, J. F. (2004). Human Dignity. In S. G. Post (ed.), *Encyclopedia of Bioethics* (3rd ed.), vol. 2, (pp. 1193-1200). New York: Thomson Gale.
- Keown, J. (2012). *The Law and Ethics of Medicine: Essays on the Inviolability of Human Life*. Oxford: Oxford University Press.
- Keown, J. (2018). *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legalisation* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kure, J. (2011). *Euthanasia – The “Good Death” Controversy in Humans and Animals*. Croatia: InTech.
- LaFollette, H. (2014). *Ethics in Practice: An Anthology* (4th ed.). West Sussex, UK: Wiley Blackwell.
- Lindblad, A., Juth, N., Fürst, C. J., & Lynöe, N. (2010). When enough is enough; terminating life-sustaining treatment at the patient's request: a survey of attitudes among Swedish physicians and the general public. *Journal of Medical Ethics*, 36(5), 284-289.
- Marcoux, I., Mishara, B. L., Durand, C. (2007). Confusion between euthanasia and other end-of-life decisions: influences on public opinion poll results. *Canadian Journal of Public Health*, 98(3), 235-239.
- Montero, E. (2017). The Belgian Experience of Euthanasia Since Its Legal Implementation in 2002. In D. A. Jones, C. Gastmans, C. MacKellar (eds.), *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium* (pp. pp. 26-48). Cambridge: Cambridge University Press.
- Nietzsche, F. (2006). *Crepúsculo dos ídolos ou Como se filosofa com o martelo*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras.
- Osswald, W. (2013). *Sobre a Morte e o Morrer*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Pellegrino, E. D. (1992). Doctors Must Not Kill. In R. I. Misbin (ed.), *Euthanasia: The Good of the Patient, the Good of Society* (pp. 27-42). Maryland: University Publishing Group.
- Pellegrino, E. D. (1994). Patient and physician autonomy: Conflicting rights and obligations in the physician-patient relationship. *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, 10, 47-68.
- Pellegrino, E. D. (2000). Decisions at the End of Life: The Use and Abuse of the Concept of Futility. In J. W. Koterski (ed.), *Life and Learning X Proceedings of the Tenth University Faculty for Life Conference* (85-110). Washington DC: Georgetown University.
- Pellegrino, E. D. (2000). Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 69(6), 378-384.
- Pellegrino, E. D. (2006). Toward a Reconstruction of Medical Morality. *The American Journal of Bioethics*, 6(2), 65-71.
- Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1988). *For the Patient's Good: Toward the Restoration of Beneficence in Health Care*. New York: Oxford University Press.



- Pereira, J. (2011). Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Current Oncology*, 18(2): e38-e45.
- RENTEV. (2014). Registo Nacional de Testamento Vital. Diretiva Antecipada de Vontade. https://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2014/06/Rentev_form_v0.4.12.pdf
- Santos, L. (2009). *Ajudas-me a Morrer? A Morte Assistida na Cultura Ocidental do Século XXI*. Lisboa: Sextante.
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24, 91-96.
- Serrão, D. (1996). Eutanásia e Distanásia. In L. Archer, J. Biscaia, & W. Osswald (coords.), *Bioética* (pp. 382-385). Lisboa: Verbo.
- Serrão, D. (1998). Ética das Atitudes Médicas em Relação com o Processo de Morrer. In D. Serrão, R. Nunes (coords.), *Ética em Cuidados de Saúde* (pp. 83-92). Porto: Porto Editora.
- Serrão, D. (2010). Os Médicos e o Processo de Morrer. In D. Serrão, *Na Academia das Ciências: Comunicações Regimentais, Elogios Académicos, Outras Participações* (pp. 107-115). Porto: Edição de Autor.
- Sgreccia, E. (2009). Bioética, Eutanásia e Dignidade da Morte (cap. XV). In *Manual de Bioética: Fundamentos e ética biomédica* (pp. 853-920). Cascais: Princípia.
- Shaw, D. M. (2015). Saving Lives with Assisted Suicide and Euthanasia: Organ Donation After Assisted Dying. In M. Cholbi, J. Varelius (eds.), *New Directions in the Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine*, vol. 64, (pp. 185-192). Switzerland: Springer.
- Silva, M. O. (2017). *Eutanásia, Suicídio Ajudado, Barrigas de Aluguer: Para um debate de cidadãos*. Alfragide: Editorial Caminho.
- Smith, W. J. (2016). *Culture of Death: The Age of "Do Harm" Medicine* (2nd ed.). New York: Encounter Books.
- Somerville, M. A. (2014). *Death Talk: The Case against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*. Montreal & Kingston: McGill-Queen's University Press.
- Suarez-Almazor, M. E., Newman, C., Hanson, J., & Bruera, E. (2002). Attitudes of terminally ill cancer patients about euthanasia and assisted suicide: predominance of psychosocial determinants and beliefs over symptom distress and subsequent survival. *Journal of Clinical Oncology*, 20(8), 2134-2141.
- Sulmasy, D. P., Travaline, J. M., Mitchell, L. A., & Ely, E. W. (2016). Non-faith-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia. *The Linacre Quarterly*, 83(3), 246-257.
- Ten Have, H. (2009). Eutanásia: Objecções Morais. In *A Condição Humana: Ética, Saúde e Interesse Público* (pp. 319-334). Alfragide: Publicações D. Quixote.
- Vanderpool, H. Y. (2004). Life-Sustaining Treatment and Euthanasia: Historical Aspects. In S. G. Post (ed.), *Encyclopedia of Bioethics* (3rd ed.), vol. 3, (pp. 1421-1432). New York: Thomson Gale.
- Warnock, M., & Macdonald, E. (2008). *Easeful Death: Is There a Case for Assisted Suicide?* Oxford: Oxford University Press.
- World Medical Association. *WMA Declaration on Euthanasia*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-euthanasia/>
- Wyatt, J. (2009). *Matters of Life & Death: Human dilemmas in the light of the Christian faith*. Nottingham: InterVarsity Press.