

Hoje Não Posso, é o Dia que o Meu Pai Escolheu para Morrer: A Morte Voluntária Assistida na Cultura Ocidental do Século XXI

Laura F. Santos

Hoje, a nossa sociedade hipermedicalizada está a ponto de se reapropriar da morte, passando o indivíduo do estado de cobaia à de decisor.

Baezner 2007¹

As pessoas doentes que escolhem esta opção [morte medicamente assistida] não estão necessariamente deprimidas, mas podem estar a actuar a partir de uma necessidade de auto-preservação, para evitarem ser destruídas fisicamente e privadas de sentido existencial pela sua doença e morte próxima.

Quill e Battin 2004

INTRODUÇÃO

A MORTE ANTECIPADA: UMA VIRAGEM CULTURAL?

Durante séculos, em variadas culturas, a morte e o morrer foram encarados como algo que acontecia aos humanos, não algo que eles dirigiam ou controlavam, sobretudo no sentido de determinarem o tempo e

¹ As traduções existentes no texto, exigência desta Revista, são todas da minha responsabilidade.

o modo da sua morte. No Ocidente, a grande excepção foi a Antiguidade Greco-Romana, onde, atendendo ao pluralismo filosófico existente, havia escolas que defendiam a legitimidade de antecipar a morte em certas circunstâncias – a doença muito grave era uma delas – como acontecia, por exemplo, com os cínicos, os cirenaicos e os estóicos, para não falar em passagens de Platão. Não sendo nessa altura o Juramento de Hipócrates senão um juramento que poucos médicos conheceriam, era também pluralista o ambiente existente entre eles: consoante as suas convicções, forneciam ou não uma substância letal a quem justificadamente a quisesse usar; forneciam ou não uma substância abortiva à mulher que quisesse acabar com a gravidez (Carrick 1995: 158-9). De notar que, embora a proibição de fornecer estas substâncias seja apenas um dos oito pontos em que o Juramento se pode dividir, é o único a ser, nos nossos tempos, abundantemente citado pela classe médica dita ‘pró-vida’, sem se atender a qualquer contextualização histórica do texto antigo. Se tal contextualização fosse feita, ver-se-ia que esse Juramento só passou a revestir-se de grande importância, a partir do momento em que os valores cristãos se tornam dominantes nos últimos 150 anos do Império Romano. Porquê? Porque era o código médico que mais se adequava ao cristianismo, sobretudo no que respeita ao aborto (condenado oficialmente pela Igreja em 305) e ao suicídio², mesmo o suicídio ‘racional’, e porque o cristianismo acabou por se converter em religião oficial do(s) estado(s) (Carrick 1995: 159). Passou, assim, a impor-se, de modo ‘oficial’, a ideia de que era pecado muito grave atentar contra a própria vida, porque só Deus era o seu senhor último.

O facto é que, no mundo de hoje, as sociedades de cultura ocidental, embora de influência cristã, já não possuem estados confessionais, pelo menos no sentido de tentarem impor à população os princípios religiosos defendidos, por exemplo, pela sua monarquia (no Reino Unido, como sabemos, a Rainha ou o Rei é também dirigente da Igreja Anglicana ou *Church of England*). Pelo contrário, vivemos agora em sociedades seculares em que o pluralismo moral é inevitável: não

² Em 452, o Concílio de Arles condena o suicídio de escravos e servos. Através desse acto de morte, devia entender-se que roubavam o proprietário, que sobre eles tinha domínio exclusivo (Minois 1999: 29). O século VI viu estas proibições agravadas: ‘O Concílio de Braga em 563 e o Concílio de Auxerre em 578 condenaram todos os tipos de suicídio e proibiram ofertas comemorativas e missas pelos suicidas’ (idem: 30). Em meados do século IX, o papa Nicolau I decreta que os suicidas já não podem ser ajudados religiosamente, porque a sua condenação é eterna (idem: 31).

há uma só concepção de bem, ou do que deve ser uma vida ‘decente’ ou moralmente correcta; não há uma só concepção do que em língua inglesa se designa como ‘a good life’. Na terminologia de Tristan Engelhardt, não há agora lugar para uma visão moral canónica, no sentido de ser indiscutível e de a todos dever abranger. Por isso, tão pouco há lugar para a imposição pela força de uma qualquer moral, porque as concepções de bem divergem (Engelhardt 2001).

É neste novo contexto social, filosófico e político que a discussão da ajuda no morrer ganha maior amplitude, retomando-se discussões que já pertenciam, por exemplo, a Séneca (séc. I). Nas suas famosas *Cartas a Lucílio*, escrevia: ‘a vida não é um bem que se deve conservar a todo o custo: o que importa não é estar vivo, mas sim viver uma vida digna! Por isso mesmo, o sábio prolongará a sua vida enquanto *dever*, não enquanto *puder*’ (Séneca 1991: 264). Não interessava, assim, a Séneca saber se a vida é longa ou curta, se se morre ou não de morte natural ou voluntária, mas que tipo de qualidade tem a vida que nos cabe viver: ‘Morrer mais cedo, morrer mais tarde – é questão irrelevante; relevante é, sim, saber se se morre com dignidade ou sem ela, pois morrer com dignidade significa escapar ao perigo de viver sem ela!’ (idem).

Num ambiente pluralista secular e democrático, compreende-se, então, que haja quem reclame o seu direito a morrer, quando a vida não for para ele/a³ senão ‘tortura sem sentido’, para retomar palavras que Freud terá dirigido ao seu médico pessoal Max Schur, ao pedir-lhe a morte, atendendo ao estado incurável e muito avançado do seu cancro (Santos 2003: 30-32). Poderia até acontecer que, ao contrário da atitude que genericamente prevaleceu ao longo da história da humanidade – esperar que a morte e o morrer nos acontecessem, viessem ter conosco – se generalizasse o hábito de pensar na morte como algo que se antecipa, de forma a impedir momentos dolorosos finais. É na perspectiva de evidenciar esta ideia que Margaret Pabst Battin, reconhecida estudiosa norte-americana de questões éticas relacionadas com a morte assistida, conta uma história que terá ouvido, em tempos, na Holanda, embora não a considere típica das práticas holandesas quanto ao fim de vida. Trata-se, no entanto, de uma história que, como veremos mais adiante, pode ser indicativa de algumas tendências que se terão desenvolvido, mais recentemente, neste país. Bernard Kouchner, que foi ministro da saúde em França durante

³ Ao longo do texto tentarei usar linguagem inclusiva, embora essa intenção nem sempre vá ser cumprida, para não sobrecarregar a escrita com demasiadas alternativas ‘o/a’, ‘as/os’.

dez anos, aponta para uma narrativa semelhante à de Battin num texto de 2003, aquando de uma estadia na Holanda (Kouchner 2003: 105).

Na história que Battin terá ouvido contar, temos um diálogo entre dois velhos amigos que costumavam fazer viagens de barco à vela e que estão a combinar, em Fevereiro, uma ida ao Mar do Norte durante o verão. Um deles lança a data de 21 de Julho. Nessa altura, diz, é suposto haver luar, o mar estar calmo e realizar-se um festival de música na costa sul da Dinamarca. O amigo concorda com os motivos dados, mas tem um senão: 'o dia 21 é a data da morte do meu pai'. Atendendo ao imaginário comum sobre a morte, o colega pensa, decerto, que o dia 21 é o dia do aniversário da morte do pai. Reconhece que, embora tendo sabido que o senhor estava gravemente doente com cancro, não se apercebera de que tivesse morrido. E, de facto, não falecera ainda, corrige o amigo. A questão era que o pai tinha decidido morrer nesse dia 21 de Julho – note-se que a conversa decorria ainda no mês de Fevereiro – e toda a família estaria com ele nessa altura. Por isso, não podia ir para o Mar do Norte nesse dia (Battin 2001: 198).

Através desta conversa, creio que Margaret Battin exemplifica, de um modo muito significativo, a viragem cultural que poderia ocorrer no nosso modo ocidental de perspectivar a morte, se atitudes como a do pai de um destes amigos se generalizassem. De qualquer forma, para além da Holanda, há já países que permitem uma certa aproximação, mais ou menos longínqua, mais ou menos próxima, a este tipo de conversa e de história. Trata-se de países, e de um estado dos Estados Unidos da América, que despenalizaram ou legalizaram a 'morte voluntária assistida' ou, em linguagem clássica, a eutanásia e/ou o suicídio assistido: Holanda, Suíça, Oregon, Colômbia e Bélgica⁴. No que se segue, ver-se-á as formas de que essa despenalização ou legalização se tem revestido, assim como alguns dos seus resultados.

⁴ A ordem pela qual estes países são aqui apresentados tem que ver, como se poderá verificar à medida que cada um deles for abordado, com datas mais marcantes quanto à despenalização, legalização ou 'aceitação' oficial da prática da 'morte assistida'. A utilização do termo 'aceitação' é aqui introduzida, atendendo sobretudo ao caso peculiar da Suíça, mas também ao da Holanda.

A 'MORTE ASSISTIDA' NA HOLANDA

Na Europa, apenas dois países, a Holanda e a Bélgica, autorizam em simultâneo a eutanásia e o suicídio medicamente assistido, tendo despenalizado esses procedimentos. No entanto, o debate público holandês sobre a eutanásia precedeu, em muito, o debate belga.

A legislação holandesa que autoriza e regula a ajuda que se possa dar a alguém para acabar com a sua própria vida, caso se encontre em determinadas situações difíceis de saúde, encontra-se no que, em inglês, se designa de *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*. Podemos encontrar aí as emendas feitas ao Código Penal holandês, assim como as que foram efectuadas ao que, também em inglês, se designa de 'Burial and Cremation Act'.

A ampla discussão acerca do direito à ajuda a antecipar a própria morte remonta, na Holanda, ao ano de 1971, altura em que uma médica, Geertruida Postma, através do recurso a injeções de morfina e *curare*, acedeu aos repetidos pedidos da mãe para a ajudar a morrer, ou seja, para lhe dar a morte. A mãe tinha, então, 78 anos e, devido a uma hemorragia cerebral, o seu estado de saúde tinha-se deteriorado muito. Em sua defesa, a médica, entre outras coisas, afirmou que o pedido da mãe a colocou no meio de um forte conflito de deveres, ou seja, entre o dever de preservar a vida da sua progenitora e o dever igualmente forte de fazer tudo o que estivesse ao seu alcance para aliviar ou eliminar o sofrimento que a mãe considerava inútil e insuportável. Tendo este caso sido levado a Tribunal (1973), mais precisamente ao Tribunal Penal de Leeuwarden, a médica foi declarada culpada, embora tendo-lhe sido apenas atribuída a pena de uma semana de prisão, suspensa por um ano. A partir daí, não mais parou a discussão sobre o direito de uma pessoa gravemente doente pedir ajuda para antecipar a sua morte (para tomar conhecimento deste e de outros casos na jurisprudência holandesa, ver <http://www.nvve.nl>). Tratou-se de uma discussão levada a cabo por vários actores sociais, sendo aqui de salientar o papel dos Tribunais, dos médicos, da Real Associação Médica Holandesa (KNMG), da Associação *Right to Die* holandesa – (NVVE, *Nederlandse Vereniging voor een vrijwillig Euthanasie*, *Dutch Association for Voluntary Euthanasia*, <http://www.nvve.nl/>), fundada em 1973, a seguir ao caso Postma⁵ – dos Procuradores de Justiça e, finalmente, do próprio Parlamento.

⁵ A partir de 2003, embora mantendo a sigla anterior, esta instituição decidiu mudar o nome para *Nederlandse Vereniging voor een vrijwillig Levenseinde* (*Dutch Association for a Voluntary End of Life*) (Dutch 'Drion Pill' 2003).

Em 1984, foi a Real Associação Médica Holandesa a propor cinco critérios a ter em consideração numa eutanásia, critérios que virão a ser constantemente melhorados ao longo dos anos. A mesma Associação, em 1990, levou o Ministro da Justiça a elaborar um processo de notificação que os médicos deveriam seguir nos processos de terminação da vida. Ainda em 1984, o Supremo Tribunal abre a porta para a não penalização de um médico por prática de eutanásia se se provasse que, face a um caso de *força maior*, tinha obedecido a determinadas regras de prudência.

Depois de, em 1989, o governo ter passado a ser constituído por Sociais Democratas e Cristãos Democratas (antes, para além destes últimos, só havia Conservadores), foi decidido efectuar um estudo nacional sobre a prática da eutanásia, antes de se legislar sobre ela. Esse foi um estudo levado a cabo pela chamada Comissão Remmlink, em 1990. No Relatório, tornado público em 1991, era assinalada a existência de 0,8% de casos de eutanásia sem pedido explícito do paciente. Verificou-se, no entanto, que, na maior parte dos casos, o/a doente, enquanto ainda tinha consciência, expressara o desejo de que acabassem com a sua vida, caso ficasse numa situação 'intolerável'. A partir de 1993, mais médicos envolvidos numa eutanásia foram objecto de inquirição judicial, o que deixava a classe inquieta.

Em Junho de 1994, entrou em vigor uma alteração da chamada *Law on the Disposal of Corpses* (regras legais a cumprir para que o corpo possa ser sepultado ou cremado). Tratava-se de um emenda que 'dava estatuto formal a um procedimento já em acção [quanto à notificação feita pelos médicos], mas que não se confrontava com os critérios substantivos para a eutanásia' (Thomasma et al.: 26. Cf. este mesmo livro para pormenores referidos anteriormente). O Código Penal não era alterado. Através do recurso a esta emenda, evitava-se legislar directamente sobre a terminação da vida, mas, a partir dela, acabava-se por estabelecer uma série de requisitos a que a prática médica teria de obedecer, em caso de terminação da vida ('requirements of careful practice'), de modo a não ser acusada de irregularidades (Griffiths, Bood e Weyers 1998: 79-80).

Em Agosto de 1994, um novo governo toma posse, na Holanda. Pela primeira vez, em 75 anos, sem a participação de Democratas Cristãos. Antes de se avançar com qualquer alteração às normas existentes, quanto à eutanásia, repete-se, em 1995, um novo estudo quanto às práticas existentes. Publicado em 1996, revelava que havia um acréscimo de notificações por parte dos médicos (de 18% para 41%) e

menos casos de terminação da vida sem pedido explícito, embora revelasse também que muitos profissionais se sentiam inseguros quanto às repercussões legais de uma notificação. Neste sentido, foram criadas comissões multidisciplinares que faziam a revisão dos processos de eutanásia. Constituídas por um jurista, um médico e um eticista, aconselhariam depois o procurador público sobre o que fazer. Partia-se do princípio que um médico estaria mais disposto a fazer o processo de notificação se soubesse que não estava a fazê-lo em primeira instância ao procurador, mas a pessoas mais familiarizadas com a prática da medicina. Tendo estas comissões começado a funcionar em 1998, o número de notificações subiu, o que pôde ser verificado no novo estudo efectuado em 2001.

Por outro lado, foram constituídos grupos de médicos, com experiência na área dos cuidados paliativos e da lei sobre eutanásia, que poderiam aconselhar qualquer colega. De modo preferencial, o segundo médico a consultar no processo de eutanásia deveria pertencer a esta rede (Delden et al. 2004: 211 e 213).

Em 1998, foi adoptada a proposta que garantia imunidade aos médicos, a quem uma comissão de revisão do processo reconhecesse que tinham actuado de acordo com as regras estabelecidas. Tal proposta começou a ser aplicada em 1 de Abril de 2002, com a entrada em vigor da lei sobre eutanásia e suicídio assistido que, pela primeira vez, na Holanda e no mundo, despenalizava e regulamentava estas formas de terminação voluntária da vida.

De um modo mais pormenorizado, pode-se dizer que, na história holandesa mais recente, a Câmara Baixa (Lower House) fez aprovar, por uma maioria de 104 votos contra 40, nova legislação sobre estas questões em 28 de Novembro de 2000, acto ratificado por 46 votos contra 28 em 10 de Abril de 2001 pela Câmara Alta (Upper House), legislação que entrou em vigor, como se disse, a partir de 1 de Abril de 2002.

Para as autoridades holandesas, esta 'termination of life on request' é um acto em que, deliberadamente e a pedido da própria pessoa doente, um médico ou médica põe fim à vida dessa pessoa, desde que certas salvaguardas sejam atendidas. É o que vulgarmente designamos de eutanásia, que para as autoridades holandesas só tem sentido se se referir a uma eutanásia voluntária. Num artigo de 2007, redigido por autores holandeses, afirma-se que, 'Na Holanda, a eutanásia é definida como a morte que resulta de medicação administrada por um/a médico/a com a intenção explícita de antecipar a morte a pedido explícito do/a paciente' (Heide et. al. 2007: 1958). Tendo em

vista este entendimento contemporâneo da eutanásia como um acto profundamente voluntário, é de lamentar que, numa publicação do Conselho de Europa de 2004, se diga, em anexo, que a eutanásia ‘activa’ tanto pode ser a pedido da pessoa doente ou sem o seu consentimento (Conseil de l’Europe 2004: 185).

Quanto ao suicídio assistido, trata-se de proporcionar os meios para que a pessoa se possa suicidar, ‘auto-administrando-se’ a medicação, tendo o médico de estar sempre presente.⁶ Nos dois casos, tem de haver a convicção de que a pessoa em causa está num sofrimento permanente e insuportável (‘lasting and unbearable’), sem esperança de que se possa obter um estado melhor, não se encontrando outra solução razoável. No chamado *Explanatory Memorandum* – que em si não faz parte da lei, mas ajuda a interpretá-la – como justificável para aceitar um pedido de morte refere-se um sentimento de ‘humilhação pessoal sempre a aumentar e a perspectiva de já não se poder morrer com dignidade’. Neste sentido, afirma-se igualmente que ‘Ambas as expressões ‘sem esperança de melhoras [improvement] e ‘sofrimento insuportável’ oferecem um [certo] grau de latitude atendendo ao caso em questão’. Mesmo assim, é ressaltado que a eutanásia só pode ser discutida dentro de um quadro de assistência médica que ofereça bons cuidados paliativos. A este propósito, é de salientar que, em 1991, um psiquiatra, Boudewijn Chabot, apenas tendo por base o sofrimento psicológico, forneceu a uma senhora de 50 anos a medicação letal para ela própria pôr termo à vida (Santos 2003: 32-35).

Evidentemente, o pessoal médico terá também de cumprir muitas outras regras de procedimento que me escuso aqui de mencionar para não me alongar demasiado, a fim de que o seu acto não venha a ser criminalizado, porque essa criminalização continua a estar prevista no Código Penal para quem se afastar dos procedimentos exigidos. O que julgo aqui de salientar é que, para as autoridades holandesas, a eutanásia legal só pode corresponder a uma eutanásia *voluntária*, ou seja, uma morte pedida reflectida e duradoiramente por alguém que já não aguenta o seu sofrimento.

No que diz respeito à prática da eutanásia e suicídio medicamente assistido, a Holanda tem acompanhado a sua aplicação com grandes estudos, efectuados, como já foi parcialmente assinalado, em 1990, 1995 e 2001. Em Maio de 2007, foi publicado mais um destes grandes estudos promovidos a nível nacional, agora dizendo respeito a 2005,

⁶ Muitas vezes, entende-se na Holanda que a eutanásia também inclui o suicídio medicamente assistido (por ex., Ministry of Health 2002: 2).

tendo sobretudo em atenção a entrada em vigor da lei de 2002 (um resumo do relatório dizendo respeito a esse estudo pode ser consultado em Ministry of Health, Welfare and Sport 2007). Igualmente em Maio, no *New England Journal of Medicine*, os mesmos investigadores que tinham estado envolvidos nesse estudo publicaram um artigo dando conta dos resultados obtidos (Heide et al. 2007: 1957-65).

As conclusões indicam que, em 2005, 1,7% dos óbitos registados resultaram de uma eutanásia, o que corresponde a 2297 pessoas (em 1990, 1,7%; em 1995, 2,4%). Além disso, 0,1% dos óbitos registados resultou de um suicídio medicamente assistido (113 pessoas), percentagens mais baixas das que as que tinham ocorrido em 2001, ano em que as percentagens foram, respectivamente, de 2,6 e 0,2. Este decréscimo é atribuído ao facto de o pessoal médico ter passado a praticar mais a 'sedação paliativa', melhor dizendo, a sedação contínua e profunda na aproximação da morte. No entanto, como o próprio estudo indica, nem sempre se poderá dizer que a eutanásia e a sedação profunda se excluem mutuamente, porque algumas vezes os sedativos serão dados com a intenção explícita de antecipar a morte. Seja como for, o estudo pensa poder dizer que a eutanásia tendeu mais a ser pedida em casos de 'sofrimento existencial e deterioração física', e a sedação mais em casos de sofrimento físico.

Tanto em 2001 como em 2005, a maior parte das 'mortes assistidas' teve que ver com pessoas de 64 anos de idade ou mais novas, de sexo masculino e com cancro. Quanto ao tempo de vida encurtado por estas práticas, pensa-se que, em 2005, terá abrangido, pelo menos, uma semana em 53,9% dos casos.

Ainda a respeito deste estudo, é de salientar que aumentou a percentagem de casos declarados ou notificados pelos médicos que foram responsáveis por uma eutanásia ou suicídio assistido. Se essa notificação era de 18% em 1990, em 2005 foi já de 80,2%. A maior parte dos casos não declarados terá derivado de o pessoal médico envolvido ter usado 'medicamentos com efeitos letais incertos, como opiáceos e sedativos' (idem: 1964), não por se ter eximido a cumprir as salvaguardas ou por ter medo de se ver envolvido em processos legais. De qualquer modo, reconhece-se que 'a transparência pretendida pela lei holandesa ainda não abrange todos os casos de eutanásia' (idem).

Resta saber, o que o estudo não diz, se a classe médica holandesa estará agora menos disposta a enveredar por uma 'morte assistida' para evitar cumprir tantos procedimentos médicos e administrativos requeridos, ou para se poupar a um certo desgaste emocional quase

sempre envolvido em casos deste género, acabando por considerar que esse deve ser, cada vez mais, um recurso de última instância. Há, no entanto, certos elementos que nos devem fazer pensar.

Em primeiro lugar, o facto de uma brochura oficial intitulada *Euthanasia: The Netherlands' New Rules* (Ministry of Health 2002) revelar que dois terços dos pedidos de eutanásia não são atendidos e que 'Muitos pacientes morrem antes de uma decisão ser tomada sobre o seu pedido de eutanásia' (idem: 4). Em segundo lugar, o facto de a magazine *Relevant* de Junho de 2007, publicada pela NVVE, afirmar que, segundo o psiquiatra Chabot, já aqui referido, haverá anualmente uns 4.400 doentes que se dão a própria morte, subentendendo-se que por recusa da classe médica em anuir a um seu pedido de eutanásia ou suicídio medicamente assistido. É também de salientar que esta mesma Associação *Right to Die*, no editorial da magazine referida, não vê com bons olhos o facto de agora a classe médica recorrer mais à sedação terminal, parecendo servir-se dessa estratégia para evitar uma eutanásia pedida, porque a sedação paliativa não tem de ser comunicada aos Comités envolvidos em questões eutanásicas. A ideia transmitida é, obviamente, que os doentes podem não estar a ver respeitados os seus direitos, no que diz respeito às escolhas de fim de vida.

Esta magazine da NVVE relata-nos também outras questões que devem merecer a maior atenção, sobretudo se as relacionarmos entre si e com outros elementos conhecidos. Acima de tudo, considero significativo que o próprio Editorial nos diga que o psiquiatra Chabot acaba de se doutorar em 'Auto-eutanásia', entendendo-se por esta expressão 'acabar com a vida pessoalmente, deixando de comer e beber, ou ingerindo medicamentos para esse feito'. Recorde-se que Chabot foi também quem terá descoberto que 4.400 doentes acabavam por terminar com as próprias vidas à margem dos procedimentos legais holandeses, supostamente por se terem visto excluídos deles. Por outro lado, um denominado *Guide to a Humane Self-Chosen Death*, de 2006, versão inglesa ampliada de uma primeira versão holandesa de 2003 – já esgotada, entendendo eu que esgotada acima de tudo na Holanda e na Bélgica de expressão neerlandesa, atendendo à língua⁷ – tem Chabot entre os seus cinco autores, todos holandeses (Admiraal et al. 2006). Embora a obra tenha sido destinada a uma circulação muito restrita, para não facilitar o suicídio impulsivo, vê-

⁷ Mais adiante ver-se-á que a maior parte das eutanásias belgas ocorre em zonas de expressão neerlandesa, atendendo à língua em que as notificações estão escritas.

se, pela leitura da Introdução, que, ao apostarem em métodos que não necessitem de ajuda exterior ao próprio, consideram estar a ir ao encontro de um ‘processo de mudança cultural em torno da morte e do morrer’ (idem: 12).

Aliás, a edição deste Guia é da responsabilidade da Fundação WOZZ, fundada em 2000 por um grupo de investigadores holandeses. WOZZ é uma abreviatura holandesa traduzida em inglês por Research into a Humane Self-Chosen Death, sendo o objectivo principal desta Fundação ‘Promover investigação científica para uma morte humana auto-escolhida, planeada e levada a cabo de um modo cuidadoso pelo indivíduo sem uma ajuda substancial dos outros’ (idem: 9). Atendendo a estes dados, é-se levado a crer que a actuação de Chabot em 1991, fornecendo medicação letal a uma mulher de 50 anos, em virtude de sofrimento psicológico, se enquadrava já provavelmente num entendimento amplo das motivações que poderiam legitimamente conduzir a pôr termo à vida, ou numa tendência para enveredar por esse entendimento. Podia também ter acontecido, como noutras situações similares, que o contacto directo e imprevisto com este primeiro caso o tivesse levado a aprofundar o assunto. Seja como for, atendendo a que se deve ter apercebido, na altura e posteriormente, que o sistema médico não estaria disposto a ter igualmente um entendimento amplo dessas motivações, teria então considerado que devia colaborar na elaboração de métodos de auto-ajuda.

Por outro lado, estes elementos em torno de Chabot e da Fundação WOZZ devem, a meu ver, ser relacionados com o que a magazine *Relevant* de Junho de 2007 diz acerca do futuro da Associação até 2015. A NVVE já não se assumiria doravante como ocupando-se apenas da eutanásia, mas pretenderia ‘apoiar todos os outros possíveis meios de acabar com a vida, desde não fazer nada até à pílula da última vontade [lastwillpill] e todas as opções que estivessem entre essas duas’ (*Relevant* 2007 June: 2). Neste novo espírito, a Associação privilegiaria três grupos de pessoas (de ‘doentes’, na terminologia da NVVE), que até agora são deixadas fora da lei sobre a escolha no fim de vida: pessoas que consideram que a sua vida está cumprida (‘people whose life is accomplished’), pessoas dementes e doentes psiquiátricos crónicos. Concretamente acerca da demência, diz-se que, em 2005, apenas 6 pessoas com inícios da doença foram ajudadas a acabar com a vida, embora anualmente morram 10.000 doentes em estado avançado de demência.

Como reconhece a NVVE, são estes três tipos de pessoas que a

classe médica não tem por hábito ajudar, mas a quem a morte apareceria como 'uma perspectiva atractiva'. Por isso, a NVVE quer alargar os critérios legais para a eutanásia, pressupondo que a reivindicação a morrer de uma forma digna, de modo a evitar 'a irreversível perda de dignidade humana na última fase da vida', abrangerá estas pessoas. Neste sentido, a Universidade Livre de Amsterdão foi encarregada de investigar 'o papel da dignidade pessoal no fim de vida', estando em vias de encontrar um professor para se ocupar dessa área (note-se que a magazine é de Junho de 2007). Nessas suas novas tarefas, o professor seria apoiado por uma comissão científica que, por sua vez, também apoiaria a NVVE.

A ideia é que estes grupos de pessoas têm tido dificuldades em serem abrangidas pelos mecanismos legais sobre o fim de vida, porque a dignidade não entra nos critérios médicos estritos. Mas quando se visse realmente que nelas estava em jogo uma questão de dignidade, que é sobretudo uma questão ética, ver-se-ia também a necessidade de alargar os critérios para a eutanásia. Neste contexto, é de assinalar que, numa publicação de Janeiro de 2004 do Conselho da Europa, um importante médico holandês que tem estado muito ligado à questão da eutanásia, J. van Delden, indicava que a opinião pública holandesa estava cada vez mais inclinada a dar maior espaço a motivações derivadas da defesa da auto-determinação. Dizia mesmo sentir uma tensão crescente entre as motivações de compaixão, que, a seu ver, guiavam a lei e a actuação do corpo médico, e as motivações que invocavam a auto-determinação. Mais ainda, julgava que as duas tendências não podiam ser compatibilizadas e que ceder demasiado no caminho da auto-determinação seria enveredar por um caminho errado. Mesmo reconhecendo que contrariar as tendências mais vincadas no sentido da auto-determinação não iria sem uma limitação à liberdade, considerava que esse era o preço a pagar para evitar consequências indesejadas (Delden 2004: 67-77). Esta é uma posição que nos deve levar a ter sempre presente que, dentro do movimento favorável à 'morte assistida', há várias sensibilidades (sem dúvida mais notórias do que entre os seus opositores).

Finalmente, é de salientar que este mesmo número da magazine *Relevant* faz referência ao 'dilema das crianças terminais'. Segundo a lei, só a partir dos 12 anos uma criança poderá ser objecto de uma eutanásia. De facto, se formos consultar a legislação, vemos que, entre os 12 e os 15 anos, a criança pode pedir a eutanásia, desde que exista o consentimento dos pais. Mas a questão que se coloca é: e

abaixo dos 12 anos? A este respeito, a magazine informa que um pediatra, Paul Brand, acaba de publicar um livro ficcionado, *God's Chair*, em que apresenta o caso de uma criança de 11 anos com uma doença fatal que se vê impossibilitada de fazer um pedido de eutanásia. No entanto, é entendimento do pediatra que as crianças conscientes de que vão morrer rapidamente adquirem uma maturidade muito superior às crianças da mesma idade. Esta é uma observação que nos pode fazer lembrar o que Kübler-Ross escreveu acerca do acompanhamento que fizera de crianças terminais, chegando a dizer que, geralmente, falavam e enfrentavam a morte de um modo muito mais aberto e límpido do que as pessoas adultas (Macedo 2004: sobretudo 104-125).

Uma questão que se prende directamente com esta, embora não seja referida nesta magazine, é a de pôr fim à vida de recém-nascidos com severos problemas de saúde, problemas associados a sofrimento e para os quais não há qualquer esperança razoável de melhora. Obviamente, trata-se de uma questão muito delicada a que se encontra ligado o nome de Eduard Verhagen, neonatologista e director clínico de pediatria do Centro Médico da Universidade de Groningen⁸. Em 2002, Eduard Verhagen tornou-se famoso por ter elaborado o chamado *Groningen Protocol*, conjunto de princípios a que teria de obedecer o acto de pôr termo à vida de um/a recém-nascido/a com a saúde gravemente atingida. Esse protocolo, muito atacado fora da Holanda, sendo assimilado a uma nova ordem nazi de eliminar todas as pessoas com malformações – crítica a que o país se vem já habituando ao longo dos anos sempre que se trata da eutanásia (voluntária) – foi publicado em Março de 2005 pelo *New England Journal of Medicine*, em artigo do próprio Verhagen e do seu colega Pieter Sauer. Atendendo à polémica levantada, vou aqui fazer referência aos cinco requisitos enunciados para pôr termo à vida de um/a recém-nascido/a, embora o protocolo incluía outros pontos: ‘O diagnóstico e o prognóstico devem ser certos. Deve estar presente um sofrimento sem esperança e insuportável. O diagnóstico, o prognóstico e o sofrimento insuportável devem ser confirmados pelo menos por um médico independente. Mãe e pai devem dar o seu consentimento informado. O procedimento deve ser realizado de acordo com a prática médica habitual’ (Verhagen e Sauer 2005a: 961).

⁸ Segundo uma notícia do *Sunday Times* de 2006, Verhagen era então pai de três crianças e trabalhara durante anos como pediatra em países subdesenvolvidos (Campbell 2006).

Sublinhe-se que, ao trazer ao de cima este assunto, Verhagen não estava a falar de nada inédito. Em artigo de 2005, Vergahen e Sauer dizem-nos que, já em 1996, dois casos que envolviam a morte de dois recém-nascidos tinham sido levados a Tribunal, sendo aí os médicos absolvidos. Um dos bebés apresentava um caso extremo de espinha bífida e outro trissomia 13. Não obstante a existência de bons cuidados paliativos, o sofrimento permanecia. Nessas circunstâncias, com o acordo dos pais, pôs-se termo à vida dos bebés (Vergahen e Sauer 2005b: 738). O próprio Verhagen viu-se confrontado, em tempos, com o caso de uma bebé, cuja pele se ia soltando por todo o lado, dentro e fora do corpo (forma severa de um síndrome designado de Hallopeau-Siemens), notando-se que estava em sofrimento (há escalas de dor para recém-nascidos). Pela primeira vez na vida e a pedido dos pais, Verhagen considerou a hipótese de pôr fim à vida da bebé. Com medo das consequências, Verhagen consultou o procurador, que lhe disse para actuar como achasse legítimo, mas dando a entender que se poderia seguir uma acusação de assassinato. Verhagen teve medo. A bebé seguiu para casa e morreu um ano depois (para esta descrição, embora as versões nem sempre sejam coincidentes nos pormenores, ver Campbell 2006 e Sheldon 2005).

Em 2001, Verhagen e colegas da pediatria começaram a convidar pessoas da procuradoria a visitar unidades de cuidados intensivos de recém-nascidos do Hospital Universitário de Groningen, para experimentarem, por si próprias, a gravidade das decisões que estavam em jogo. A partir daí, foi possível contar com a colaboração dos serviços da procuradoria, que forneceu documentação sobre 22 casos declarados desde 1997. Estudando estes casos, Verhagen procurou critérios, segundo os quais as autoridades judiciais tinham decidido não acusar o pessoal médico envolvido, usando-os como elementos inspiradores do dito Protocolo de Groningen. Aliás, este protocolo, de acordo com um comunicado das próprias autoridades universitárias de Groningen, terá sido feito em associação com os procuradores holandeses, representados no *Board of Procurators General* (ver University Medical Center Groningen 2004). Muitos hospitais holandeses adoptaram este protocolo e, nos meados de 2005, a Associação Pediátrica Holandesa disse apoiá-lo inteiramente.

Para que estes casos raros em que se põe termo à vida de um/a bebé – pensa-se que 15 a 20 por ano, no que diz respeito à Holanda (Verhagen e Sauer 2005a: 960; noutro texto, estes autores falam-nos de 10 a 15 mortes ao ano; id. 2005b: 738) – sejam oficialmente relata-

dos e, assim, conhecidos, desde 1997 que o governo prometera formar uma Comissão, composta por pessoas da medicina, do direito e da bioética, que apreciariam os dados em presença e se pronunciariam sobre a correcção dos procedimentos. Como se compreende, o pessoal médico sentir-se-ia menos desconfortável em relatar os casos a uma Comissão assim constituída do que apenas a entidades judiciais (id. 2005a: 961). Saliente-se que fazer remontar a 1997 o apelo à constituição desta Comissão, significa que já na altura se fazia sentir a sua necessidade, pelas práticas existentes. Saliente-se igualmente que, como na Holanda a eutanásia é uma prática que exige o pedido expresso da pessoa, o enquadramento legal existente não possibilitava cobrir o pedido de bebés que, obviamente, não estão em condições de efectuar qualquer solicitação oral, muito menos escrita, não estando previsto que os pais possam ser considerados os seus representantes legais. Por isso, num artigo publicado em 2007 por Verhagen e outro autores, dir-se-á que o estatuto legal e moral desta prática ainda é objecto de debate (Verhagen et al. 2007)

Finalmente, a Comissão de que já se falou terá sido criada em 2005, mas apenas em 2006 entrou em funcionamento (Campbell, 2006). Repare-se que esta Comissão só avaliaria os casos de terminação da vida, porque, na quase totalidade dos casos, os/as bebés morrem sem intervenção dessa ordem, o que não quer dizer que não exista previamente uma decisão de fim-de-vida, expressão já canonizada em língua inglesa pelos termo 'EoL decisions', ou simplesmente EOL ('end-of-life'). Concretamente, isto quer dizer que, para se falar em termos redondos, das 200.000 crianças que nascem por ano na Holanda, 1000 morrerão durante o primeiro ano de vida e, delas, 600 morrerão em virtude de uma decisão médica (Verhagen e Sauer 2005a: 959). Esta situação implicará sobretudo não continuar ou retirar o tratamento ou os suportes vitais, na medida em que serão considerados desproporcionados: causarão custos apreciáveis ao/à bebé, sem benefícios para a melhoria do seu estado de vida. No fundo, este não será um panorama diferente do existente em França, nos Estados Unidos ou na Bélgica (zona da Flandres), embora o modo de anotar os procedimentos possa dar estatísticas diferentes, por se utilizar terminologia diferente (por ex., fora da Holanda, 'morte não obstante suporte máximo'). Por outro lado, é política pediátrica holandesa que não é só a terminação da vida que tem de ser justificada, mas também o seu prolongamento, dado que pode trazer sofrimento desnecessário ao/à recém-nascido/a. Faz também parte dessa política que,

quando um/a bebé está para morrer, morra nos braços dos pais, mas já liberto/a do ventilador (Verhagen et al. 2007: e26).

Para tentar contrariar as vozes da desgraça que, como se disse já, consideravam que práticas nazis se tinham implantado na Holanda em relação aos/às bebés, Verhagen e alguns colegas publicaram, em 2007, os resultados dizendo respeito ao estudo do tipo de mortes que tinham ocorrido em dois hospitais universitários holandeses entre Janeiro e Julho de 2005 (Verhagen e Sauer 2007: e20-e28). As conclusões apontam para que, nos 30 casos estudados, 28 bebés morreram devido a ter-se parado ou retirado o tratamento ou o suporte vital; 2 morreram não obstante o melhor tratamento; e nenhum bebé morreu por se ter posto deliberadamente fim à sua vida.

Para descontinuar o tratamento, houve um critério fundamental: o sofrimento previsto e a incapacidade de a/o bebé poder, um dia, vir a entrar em comunicação, verbal ou não verbal. Para que seja mais claro sabermos que tipo de bebés serão objecto de uma decisão EoL, Verhagem e Sauer dividem-nos em três categorias. No primeiro grupo, estão bebés com más formações de tal modo severas que irão morrer a breve trecho, sem que nada possa ser feito para o impedir. No segundo grupo, estão bebés cuja morte é expectável se se retirar o cuidado intensivo, embora possam sobreviver, tendo então uma péssima qualidade de vida. Se, neste caso, os pais pretendem continuar o tratamento intensivo, a sua opinião deverá ser respeitada. No terceiro grupo, mais complexo, estão bebés com pobre prognóstico, não dependentes de tecnologia, ou que provieram do segundo grupo, com sofrimento severo que não pode ser aliviado. Em avaliação retrospectiva, pensa-se que nem sequer se deveria ter iniciado o tratamento se se soubesse aonde se iria chegar. Este é o grupo em que poderão ocorrer mortes deliberadas. Verhagen e Sauber dizem-nos que, neste contexto, se poderia esperar pelo desenlace 'natural' e, evidentemente, sabem que essa é a opção de alguns médicos. Pelo seu lado, os autores já tinham escrito que essa opção 'exige aceitação de sofrimento severo, por vezes durante um longo período de tempo' (Verhagen e Sauer 2005b: 737), o que não lhes parece ser em benefício do que poderíamos considerar constituírem os melhores interesses do/a bebé.

A 'MORTE ASSISTIDA' NA SUÍÇA

Na Europa, para além da Holanda e da Bélgica, o outro país em que o suicídio assistido é permitido é a Suíça, procedimento com características distintas das existentes nos casos holandês e belga. De facto, na Suíça trata-se apenas de um 'suicídio assistido', e não de um 'suicídio *medicamente* assistido', como na Holanda e na Bélgica. Quer isto dizer que a presença de um/a médico/a não é necessária, embora, como cidadãos, as/os médicas/os não estejam impedidos de prestar esta ajuda. Já em 1918, um texto do governo federal da altura, sobre o projectado primeiro Código Penal Federal, dizia que a ajuda no suicídio só poderia ser penalizada se fosse motivada por razões egoístas. No entanto, as questões de saúde ainda não eram as visadas, porque os suicídios eram sobretudo inspirados por razões de honra e de amor, razões na altura consideradas válidas. Neste contexto, 'O artigo 115 do Código Penal suíço só considera a ajuda ao suicídio um crime se e apenas a motivação for egoísta' (Hurst e Mauron 2005: 271). Aqui, o que interessa é a motivação, não a intenção de matar. Quanto ao papel dos/as médicos/as, o Parlamento suíço rejeitou, em 2001, uma proposta que os impediria de participar na ajuda ao suicídio, mas a questão continua a ser discutida (idem: 272). Discutida é também a possibilidade da eutanásia, até agora proibida.

Em explicações que me foram fornecidas por Ludwig A. Minelli, fundador de uma conhecida associação suíça de apoio à morte voluntária assistida, a *Dignitas – Menschenwürdig leben - Menschenwürdig sterben (To live with Dignity / To die with Dignity)*, o que acabo de dizer é complexificado (comunicação pessoal por e-mail em 17 de Julho de 2007). Assim, segundo as afirmações de Minelli, até Dezembro de 1941, cada um dos 24 cantões suíços tinha o seu Código Penal. Para obviar a toda esta disparidade, em 1918 o governo envia ao Parlamento, para discussão, um Projecto de um Código Penal Federal, reflectindo uma ideia e um projecto de harmonização que remontava aos últimos anos do século XIX. Já nessa época, é previsto um artigo basicamente com a mesma redacção do posterior artigo 115, só que, naquela altura, é-lhe atribuído o número 102. Apenas em 1938, o Projecto é aprovado, na medida em que o Parlamento demorou vinte anos a discuti-lo, sem, no entanto, alterar a redacção do artigo que depois veio a ser o 115 e sem que se registem oposições a ele nas discussões parlamentares. Mas só depois de um referendo ao novo Código Penal Federal – entretanto tornado possível pelo estabeleci-

mento de novas procedimentos legais quanto a referendos – que o artigo passa a vigorar efectivamente, a partir de 1 de Janeiro de 1942.

Segundo Minelli, se recuarmos ao Comité de Especialistas que, nos finais do século XIX, preparava o projecto de harmonização, nota-se que o posteriormente denominado artigo 115 não tinha em vista a possibilidade de ajudar a morrer pessoas idosas ou doentes. Só em 1984, a *Exit* da Suíça alemã descobriu as potencialidades do artigo no que diz respeito a este tipo de ajuda, pela utilização de uma argumentação *a contrario*: se só era considerado crime induzir alguém a suicidar-se ou ajudá-lo/a nesse acto se os motivos fossem egoístas, então era legítimo fazê-lo se as motivações fossem altruístas. Sublinhe-se que o artigo 115 fala somente de motivações e da pena a aplicar, caso se trate de motivações egoístas – até 5 anos – nada nada mais dizendo⁹. Portanto, mais nenhum pormenor se encontra previsto ou especificado, a nível federal ou cantonal, ou seja, exceptuando esta referência à motivação, nada regulamenta a ajuda à morte voluntária auto-administrada. Consensual é apenas que tem de ser o próprio a pôr fim à sua vida, estando na posse da capacidade de discernimento que o colocou em condições de reflectir maduramente sobre o seu acto, podendo, deste modo, realizar um chamado ‘balance suicide’ (em francês, ‘bilan de suicide’). Mas o facto é que não existe nenhuma lei que torne o aconselhamento médico algo de imprescindível ou obrigatório, dado que nem a lei federal suíça, nem a cantonal falam de suicídio assistido.

Curioso é comparar este artigo 115 com o artigo 114 do mesmo Código Penal, dizendo respeito à ‘Morte a pedido’. Aí, afirma-se que, quem ‘por motivo honroso, nomeadamente a piedade, tiver dado a morte a uma pessoa a pedido sério e instante dela’, será punido até três anos de prisão ou submetido a pena pecuniária. Perante estes dois artigos penais, é-se levado/a a supor que, tendo a Suíça encontrado uma saída fácil para a ajuda no suicídio, não tenha arriscado enveredar pela luta em vista da despenalização da eutanásia. Ludwig Minelli, a uma interpelação minha sobre esta posição muito particu-

⁹ Estas informações de Ludwig Minelli podem ser largamente corroboradas em http://www.admin.ch/ch/f/rs/c311_o.html. Através deste *site* pode-se aceder também a todo o Código Penal suíço. O artigo 115, sobre a ‘Incitação e assistência ao suicídio’, diz o seguinte: ‘Aquele que, levado por uma motivação egoísta, tenha incitado uma pessoa ao suicídio, ou lhe tenha prestado assistência com vista ao suicídio, será, se o suicídio foi consumado ou tentado, punido com uma pena privativa de liberdade no limite máximo de cinco anos ou punido com uma pena pecuniária’.

lar da Suíça no que diz respeito à ajuda no suicídio, afirmava que, na sua perspectiva, isso se fica a dever ao facto de, durante oitenta anos, mais concretamente até aos anos 1930, o país ter sido acima de tudo governado por ‘democratas radicais’, que teriam elaborado leis realmente ‘liberais’.

Fundamentalmente, o suicídio assistido é praticado por associações que defendem o chamado ‘direito a morrer com dignidade’. Estas associações interviriam, aproximadamente, nuns 300 suicídios por ano, o que representaria 0,45 % dos óbitos, segundo uma informação fornecida em 2002 por Jérôme Sobel (Hurst e Mauron 2005: 271), dirigente da *Exit A.D.M.D. (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité)*. Por comparação, o artigo de Hurst e Mauron acabado de referir diz-nos que, no Oregon (EUA), essa percentagem seria de 0,09%¹⁰ e que a taxa de suicídio assistido na Holanda seria 0,3% mais baixa do que a supostamente existente na Suíça. No entanto, deve-se dizer que este último é um dado enganador, porque a maior parte das mortes voluntárias holandesas faz-se através de eutanásia e não de suicídio assistido. Logo, não é correcto fazer uma comparação entre os dados da Suíça e os dados provenientes de uma modalidade holandesa de morte voluntária assistida, não só porque de facto é apenas *uma* das modalidades de morte voluntária assistida existente na Holanda, mas também porque ela nem sequer é a mais utilizada. Ludwig Minelli, dirigente da *Dignitas*, em Julho de 2007, estimava em aproximadamente 450 o número de suicídios assistidos por ano, tendo dados suficientes para pensar que a existência do suicídio assistido reduzira no país o número de suicídios habituais (comunicação pessoal por e-mail de 17 de Julho de 2007).

São três as organizações suíças mais importantes na ajuda à morte voluntária, muitas vezes designada de auto-libertação (*autodélivrance* em francês, *Freitod* em alemão, sendo este último termo literalmente traduzido por ‘morte livre’). i. A *Exit* da Suíça alemã, *Vereinigung für humanes Sterben. Deutsche Schweiz* (‘Associação para uma morte humana. Suíça alemã’), a maior associação suíça *right-to-die*, com 52.000 membros (quase 1% da população) e escritórios centrais em Zurique e Berna. ii. A *Exit A.D.M.D. (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité)*, com cerca de 13.500 mem-

¹⁰ Atendendo à referência bibliográfica que os autores utilizam neste caso, a remeter para o Relatório do Oregon efectuado após dois anos de vigência da lei, pode-se deduzir que os dados mencionados se encontram no Relatório publicado em Fevereiro de 2000.

bro e escritório central em Genebra. iii. A *Dignitas – Menschenwürdig leben - Menschenwürdig sterben (To Live with Dignity / To Die with Dignity)*, sediada em Zurique e com 5825 membros, pertencendo 4347 à *Dignitas Suíça* e 1478 à *Dignitas Alemanha*, atendendo a que uma secção foi aberta nesse país em 2005 (no que diz respeito à *Dignitas*, comunicação pessoal de L. Minelli em 28 de Agosto de 2007). A *Dignitas* tem a particularidade de prestar ajuda a estrangeiros, se dispostos a irem morrer àquela cidade. É uma ajuda que está cada vez mais divulgada, tendo também uma procura cada vez maior. Aparentemente, esta ajuda legal a estrangeiros só é fornecida por outra associação, igualmente suíça, a *ExInternational*, fundada em 1996 e sediada em Berna. No entanto, segundo informações de Ludwig Minelly, atende muito menos estrangeiros do que a *Dignitas* e a sua actuação é muito discreta, o que estará decerto de acordo com o próprio site da Internet, em que poucas informações podemos obter.

Por causa desta assistência a estrangeiros, a *Dignitas* vai ser a única organização suíça de ajuda à morte voluntária a que me referirei neste texto com mais pormenor. Pode-se dizer, no entanto, que fora essa ajuda a estrangeiros, o seu modo de proceder é similar às outras organizações suíças.

Ao longo dos anos, várias pessoas, sobretudo da Alemanha e Reino Unido, têm viajado até Zurique para aí terem a morte voluntária assistida que é proibida nos seus países. Segundo uma notícia do jornal *The Guardian* de 13 de Julho de 2007, em 9 anos de existência, a *Dignitas* terá ajudado umas 700 pessoas a morrer, sendo o maior grupo constituído por cidadãos/ãs alemães/ãs (Connolly 2007). Embora a notícia não avenge qualquer hipótese quanto à predominância deste último grupo, seria plausível que a explicação para este fenómeno estivesse na tendência da Alemanha para insistir num exagerado prolongamento da vida de doentes que estão para morrer, procedimento que corresponderia, ou se aproximaria muito, do denominado 'encarniçamento terapêutico' ou distanásia. Seria, compreensivelmente, uma tendência ainda derivada da história nazi, que facilmente pôs termo à existência de pessoas cuja vida já não era, segundo critérios de terceiros, considerada digna de ser vivida. Por 'compensação', agora cair-se-ia no erro contrário.

Segundo informação do próprio Ludwig Minelli, em 2006 a *Dignitas* teria assistido 195 suicídios: 120 de pessoas alemãs; 26 do Reino Unido; 15 de França; 12 da própria Suíça e os restantes de pessoas de variadas nacionalidades. Por outro lado, o número exacto de mortes

voluntárias assistidas, desde a sua fundação, 17 de Maio de 1998, até 27 de Agosto de 2007, seria, em rigor, de 760 pessoas: 451 mulheres (59%) e 309 homens (41%) (comunicações pessoais por e-mail de 17 de Julho e 27 de Agosto de 2007).

No entanto, a notícia do *The Guardian* não visava fundamentalmente falar do número de pessoas assistidas, mas de um outro aspecto: informar que a *Dignitas* fora obrigada a sair do local em que se encontrava, depois dos fortes protestos dos moradores do prédio em que a associação tem as suas instalações – j Gertrudstraße, 84 – assim como de outros moradores do bairro¹¹. Nesse prédio, a *Dignitas* tem os seus escritórios no 4º andar e um apartamento no rés-do-chão. Três ou quatro vezes na semana, alguém vai morrer às instalações, obrigando os residentes e vizinhos a confrontarem-se regularmente com a morte. Os moradores do prédio têm medo de se encontrar com um corpo quando vão colocar o lixo na rua ou quando circulam no prédio. Para além disso, por causa dessas mortes, a circulação automóvel – por exemplo, de ambulâncias e carros de polícia – é, nessa zona, muito mais intensa, não só criando problemas de trânsito, mas obrigando também, por esse lado, ao confronto com o fim de vida. Há moradores que diziam que o prédio cheira a morte, afectando a sua qualidade de vida, causando pesadelos a alguns. Vêem as pessoas chegar, de táxi ou ambulância, em cadeira de rodas ou num estado de saúde aparentemente mau, e sabem que, daí a poucas horas, sairá um cadáver pela porta principal. Uma das moradoras no prédio afirmou ao jornal que nem era contra o suicídio assistido: o que não considerava correcto era terem de ser os moradores daquela zona, incluindo as crianças, a pagarem o preço de a Suíça ter uma legislação mais liberal do que a de outros países. O preço, obviamente, era a diminuição da qualidade de vida.

Nestas circunstâncias, segundo o jornal, se não encontrar um local adequado, a *Dignitas* poderia mudar-se eventualmente para uma caravana, possibilitando uma liberdade de movimentos que uma instalação fixa não lhe daria. Ainda segundo o mesmo jornal, Ludwig Minelli terá também dito, recentemente, que a Associação poderia passar a recorrer a outro método para morrer, que envolveria o uso de gás e um saco plástico (recorde-se que o saco plástico é uma antiga recomendação da *Hemlock Society*). Neste caso, bem se vê que a

¹¹ Minelli, em comunicação pessoal, informou que a *Dignitas* podia permanecer nas instalações até Setembro, ou até talvez mais, mas que, de facto, andava à procura de outro local.

Associação ficaria liberta da necessidade de obter do pessoal médico a dose necessária de *sodium-pentobarbital* (em português, *pentobarbital sódico*), libertando-a, igualmente, para ‘assistir’ casos em que houvesse maior resistência médica em atestar a gravidade da situação clínica.

Não obstante, recomendando prudência na leitura de notícias jornalísticas, Minelli, em comunicação pessoal de 17 de Julho de 2007, não se mostra entusiasmado com a obtenção de um método diferente do *sodium-pentobarbital*, como seria o uso do (gás) hélio, pelo perigo de a juventude poder recorrer a ele. Se tivesse de optar por este método, a *Dignitas* teria de encontrar uma solução técnica que não fosse facilmente imitada (para evitar suicídios impulsivos) e pudesse ser obtida com baixos custos. Mas a prioridade vai ainda para o *sodium-pentobarbital*, esperando que as autoridades suíças não coloquem demasiados entraves à sua obtenção. No caso extremo em que as pessoas estão já muito debilitadas, a Associação trabalha com máquinas especiais que possam ainda ser desencadeadas por um movimento do próprio, mesmo que frágil. Na verdade, sabemos que máquinas de algum modo semelhantes foram engendradas por Jack Kevorkian nos EUA e Philip Nitschke na Austrália, depois de a lei sobre eutanásia ter sido proibida neste país. Como é óbvio, o objectivo destas máquinas é possibilitar que seja o próprio a pôr termo à vida. Para que a Associação não seja acusada de eutanásia, terá de ser sempre a pessoa doente a desencadear o processo. Se a/o doente não conseguir engolir, mas tiver um tubo ligado ao estômago ou qualquer cateter adequado, poderá ainda tentar introduzir a substância letal por esse meio. Embora Minelli, em comunicação pessoal, não se mostre, de modo algum, um entusiasta da eutanásia (julga o suicídio assistido mais livre de possíveis abusos), lamenta que, em especial nos casos de pessoas atingidas pela doença de Alzheimer, elas nunca possam ser ajudadas a morrer, a não ser que peçam essa ajuda ainda numa fase precoce da doença, o que as impedirá de usufruírem uma fase de vida ainda com grande qualidade.

Como é já conhecido da literatura sobre ‘morte assistida’, esta comunicação de Minelli a que me tenho estado a referir enfatiza que o facto de alguém obter ‘luz verde’ por parte da *Dignitas*, no sentido de que um médico suíço poderá passar a prescrição caso seja necessário – a *Dignitas* tem um grupo de médicos predispostos a colaborar com ela – dá às pessoas uma grande sensação de tranquilidade e uma outra capacidade para suportar a doença: sabem que, em situa-

ção de emergência, poderão escapar ao sofrimento com uma ida a Zurique. Por isso, segundo as mesmas informações de Ludwig Minelli, 70% das pessoas que contactam a *Dignitas* no sentido de saber da possibilidade de uma ajuda no suicídio nunca mais telefonam, e 13,3% pedem a prescrição, vindo a Zurique consultar o médico, mas indo de novo para casa, só algumas delas acabando por escolher, de facto, morrer. Por outro lado, segundo o mesmo Minelli, a Associação tenta fazer tudo para encontrar ainda uma solução de vida para aqueles/as que a contactam, discutindo alternativas. Por vezes, o facto de as pessoas poderem falar à vontade sobre as suas ideias suicidas e os motivos que lhes provocam essas ideias leva-as a encontrarem, com os membros da Associação, soluções em que ainda não tinham pensado. Poderem falar com estes membros num ambiente de confiança, sabendo que eles nunca fariam apelo a um médico para as internar numa instituição psiquiátrica, possibilita-lhes, muitas vezes, encontrar essas soluções alternativas. Por isso, a *Dignitas*, segundo Minelli, não ajuda apenas a morrer: ajuda também muito a continuar a viver, o que infelizmente não é referido nos media, centrados apenas na ajuda ao suicídio.

A respeito de quem pode ou não pedir para ser assistido no suicídio, uma brochura breve da responsabilidade da *Dignitas* refere os casos de uma doença terminal, uma incapacidade ('disability') que muito prejudique a actividade normal da pessoa ('an unacceptable incapacitating disability') e dor ('pain') insuportável e incontrolável (ver o site desta organização).

Nos tempos recentes, é de salientar o caso de uma pessoa com uma grave perturbação psíquica bipolar que, em Novembro de 2005, pediu à *Dignitas* ajuda no suicídio/auto-libertação. Era membro da *Dignitas* desde Julho de 2004 e considerava que a sua vida já não era digna de ser vivida, atendendo à quase ineficácia dos tratamentos. No entanto, a *Dignitas* não pode obter, por si própria, a substância utilizada, 15 gramas de *sodium-pentobarbital*, também chamada *natrium-pentobarbital* na língua alemã (em termos químicos, NaP). Para obter essa substância, a *Dignitas* precisa de uma prescrição médica. Como a pessoa que se lhe dirigiu não conseguia essa prescrição, pediu a duas instâncias suíças de saúde que a eximissem dessa obrigatoriedade, ficando a *Dignitas* depositária da droga. A seu favor, invocava o 'direito, enquanto pessoa capaz de discernimento, de pôr um fim à sua vida sem correr riscos, sem sofrer e sem perigo para terceiros' (*X.Y. contre Direction de santé*

du canton de Zurich, et. al.¹²). Nessas circunstâncias, recorreu para o Tribunal Federal Suíço, que se pronunciou sobre o caso em 3 de Novembro de 2006. Para além de outros argumentos, a pessoa invocava também o ponto 1. do artigo 8º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos, que começa precisamente por afirmar que ‘Toda a pessoa tem direito ao respeito da sua vida privada e familiar, do seu domicílio e da sua correspondência’¹³. Aqui, é de ressaltar a maneira como o Tribunal interpretou o artigo 8º: ‘O direito de decidir do modo e do momento do fim da própria vida pertence igualmente ao direito à autodeterminação no sentido do artigo 8º’. Isto, é claro, desde que as pessoas estejam em condições de escolher com liberdade.

Na sua decisão, o Tribunal explica que o *sodium-pentobarbital* é demasiado perigoso para poder ser entregue a uma organização privada como a *Dignitas* sem a devida prescrição médica. Mas aceita dizer, no ponto 6.3.5.1. da sua decisão, que “Não se deve negar que uma perturbação psíquica severa, incurável e durável, pode ser causa de um sofrimento semelhante ao de um doença somática, o que leva o paciente a considerar que [...] a sua vida já não é digna de ser vivida’. Esta aceitação não pode, no entanto, passar por cima de uma avaliação médica especializada, neste caso, sobretudo psiquiátrica, que daria ou não origem à prescrição em causa. A meu ver, tratar-se-

¹² Baseio-me numa tradução francesa da decisão em seguida tomada pelo Tribunal Federal Suíço e que contém um historial do problema apresentado. Esta tradução é da responsabilidade da *Dignitas* e foi-me amavelmente enviada pelo seu presidente, Dr. Ludwig A. Minelli, em 18 de Junho de 2007. A decisão original, de 3 de Novembro de 2006, encontra-se em alemão e pertence ao Tribunal Federal Suíço (*Bundesgericht*). Depois deste envio pelo Dr. Minelli, o mesmo texto foi colocado à disposição na Internet, no *site* dizendo respeito a um Simpósio promovido no Parlamento Europeu, em 5 de Julho de 2007, pela ALDE (*Alliance of Liberals and Democrats for Europe*): ‘Medically Assisted Suicide and Euthanasia: A Matter of Human Rights’. Ver o documento intitulado *Bundesgerichtsurteil*.

¹³ A Convenção é de 4 de Novembro de 1950. A Assembleia da República portuguesa aprovou-a, para ratificação, em 13 de Outubro de 1978, com algumas reservas (ver o Decreto-Lei 65/78, com o próprio texto traduzido em português). O ponto 2 do já citado artigo 8º diz o seguinte: ‘Não pode haver ingerência da autoridade pública no exercício deste direito, senão quando esta ingerência estiver prevista na lei e constituir uma providência que, numa sociedade democrática, seja necessária para a segurança nacional, para a segurança pública, para o bem-estar económico do país, a defesa da ordem e a prevenção das infracções penais, a protecção da saúde ou da moral, ou a protecção dos direitos e das liberdades de terceiros’.

ia implicitamente de afirmar que, mesmo provindo de uma pessoa com problemas de ordem psicológica, se estaria frente ao pedido de um 'suicídio racional', temática que, em geral, já tem dado origem a alguma literatura (por ex., Battin 1996 e Werth 1999). Por outras palavras, um/a psiquiatra teria de atestar que a vontade do/a paciente em causa é livre e reflectida.

Na previsibilidade de nenhum médico/a querer assumir, na Suíça, a responsabilidade por este tipo específico de 'suicídio racional', colocava-se a hipótese de a pessoa em causa recorrer ao Tribunal Europeu dos Direitos Humanos (hipótese colocada por Ludwig Minelli em comunicação pessoal de 18 de Junho de 2007). Esta é uma hipótese que se irá concretizar, atendendo às informações obtidas através da intervenção efectuada por Ludwig A. Minelli em 5 de Julho de 2007 no Parlamento Europeu, no Simpósio promovido pela ALDE (*Alliance of Liberals and Democrats for Europe*) (Simpósio já mencionado na nota 12).

Segundo as informações de Minelli, de 5 de Julho de 2007, em Bruxelas (Minelli 2007), a pessoa teria já recorrido, sem resultado, a 170 psiquiatras da sua região, na procura de um relatório que lhe possibilitasse depois obter a substância letal. No seguimento destas diligências inúteis, iria agora, de facto, pedir ao Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, em Estrasburgo, que clarificasse o direito ao suicídio para pessoas mentalmente perturbadas, como era o seu caso, tanto mais quanto este Tribunal já decidiu, no passado, que os direitos humanos reconhecidos não deveriam ser apenas teóricos, mas de aplicação prática (ver a decisão *ARTICO vs. Italy* 1980).

Referindo-se às reacções da comunidade médica suíça à decisão do tribunal, Minelli informa-nos que a Direcção da Associação Médica Suíça teria acabado por recomendar aos seus membros que renunciassem a participar em qualquer acção que levasse ao suicídio assistido de uma pessoa perturbada mentalmente. Quanto aos dirigentes de organizações psiquiátricas, ter-se-ão também pronunciado negativamente, invocando a sua vontade de não quererem ser instrumentalizados pela lei, como teria acontecido no caso do aborto (não são dados mais pormenores acerca desta última situação). Devido a uma certa ambiguidade nas palavras de Minelli, fica-se sem saber se esta opinião abrange todos os casos de suicídio assistido ou só aqueles em que houvesse uma perturbação mental. Outra posição negativa teria sido expressa pela Academia Suíça das Ciências Médicas (organização privada, mas que estabeleceria as normas a que a

classe médica se deve submeter). Ao mesmo tempo que se recusava a estabelecer regras para uma morte ‘assistida’, teria mesmo dito que ‘Os/as médicos/as não são especialistas em morte voluntária’.

Neste contexto, Minelli afirma que, para um/a paciente lúcido, ou seja, com capacidade de discernimento, mas com uma perturbação mental, será uma ‘missão impossível’ obter um relatório médico que afirme esse mesmo discernimento, tornando-se, assim, também impossível a uma Associação como a *Dignitas* obter o *sodium-pentobarbital*.

Na sua comunicação em Bruxelas, Minelli enfatiza três aspectos principais desta decisão do Tribunal Federal Suíço: 1. É a primeira vez que um Supremo Tribunal de um dos 47 países fazendo parte do Conselho da Europa reconhece que o direito ao suicídio faz parte de um direito amplo à autodeterminação, tal como vem descrito no artigo 8^a da Convenção Europeia de Direitos Humanos. 2. É também a primeira vez que um Supremo Tribunal, sob condições, estende esse direito às pessoas mentalmente perturbadas. 3. A decisão possibilita que a Lei Suíça sobre Narcóticos autorize a utilização de *sodium-pentobarbital* não apenas para efeitos terapêuticos, mas também para a ajuda no suicídio. Note-se que foi por este lado, ou seja, retomando uma lei americana antiga regulamentadora do uso deste tipo de substâncias, que a administração Bush tentou em 2001, sem êxito, bloquear a ‘morte assistida’ no Oregon (ver alguns pormenores mais adiante, quando se falar do que se passa neste estado americano).

Concluindo, Minelli diz-nos que, deste modo, os estados poderiam não vir a ter outro dever senão o de se assegurarem de que as pessoas que desejam uma morte antecipada estão a proceder com grande discernimento e não de forma precipitada. Obviamente, este controlo só estaria em causa quando se tratasse de pedir ajuda na morte voluntária, dado que qualquer suicídio impulsivo foge a esse controlo. De qualquer modo, afirma Minelli, esta decisão do Tribunal suíço encerraria uma velha questão: já não seria necessário saber se a pessoa está ou não em estado terminal, debate que muito tem estado presente, quando se aborda estas questões da morte voluntária assistida.

Ainda quanto à substância aqui tão invocada, o *sodium* (ou natrium)-*pentobarbital*, seja-me permitido fornecer alguns esclarecimentos. Estes nomes referem-se aos componentes activos da substância, embora ela exista sob outros nomes ao nível comercial. Assim, no México, sob o nome de *Nembutal*, parece ser, por vezes, vendida sem receita médica em farmácias de produtos veterinários, na

medida em que a substância é utilizada na eutanásia de animais. Esta é uma informações veiculada por uma mailing list que subscrevo (*International Right-To-Die Mailing List*, organizada pela *ERGO – Euthanasia, Research & Guidance Organization* – dirigida por Dereck Humphry, fundador, em 1980, da conhecida *Hemlock Society*). No entanto, o mesmo Dereck Humphry, na mailing list de 7 de Fevereiro de 2007, avisa, a este propósito, que, embora nos anos 1980, fosse fácil obter no México medicamentos difíceis de adquirir noutros países, a situação agora é outra, tanto mais que têm sido organizadas ‘excursões’ de pessoas idosas ao país com o fim de obter o produto (100 ml por aproximadamente 36 dólares), o que porá as autoridades de sobreaviso (a cidade mais referida é Tijuana, perto da fronteira de San Diego, na Califórnia)¹⁴. Ultimamente, estas ‘excursões’ têm sido sobretudo organizadas pelo médico australiano Philip Nitschke, defensor da eutanásia desde há longos anos, presidente da associação *Exit International* e autor (juntamente com a médica Fiona Stewart) do polémico livro *Peaceful Pill Handbook* (2006), livro de auto-ajuda no suicídio, proibido na Austrália e Nova Zelândia¹⁵.

Segundo a já mencionada *listservice* da *ERGO*, a *Exit International* afirmou que, em Outubro de 2007, mais de vinte pessoas, entre australianas e neo-zelandesas, irão ao México tentar arranjar o produto (informação dada pela mailing list da *ERGO* em 18 de Junho de 2007). Obviamente, estas excursões devem também ser entendidas no contexto mais amplo da re-proibição da eutanásia no chamado Northern Territory da Austrália em 1997, tendo apenas aí vigorado durante 9 meses, desde que fora instaurada em 1996. Intitulava-se Rights of the Terminally Ill Act of the Northern Territory e possibilitava a eutanásia e o suicídio medicamente assistido. Já na altura, o médico Philip Nitschke era um grande activista destas causas, não tendo deixado de lutar pela reintrodução destas formas de ‘morte assistida’.

¹⁴ Nalgumas notícias da *Internet* é-nos dito que o pentobarbital sódico teria sido também a substância utilizada pela mãe de Vincent Humbert para ajudar o filho a morrer (por ex., <http://www.cri.com.cn/france/2003/Sep/161479.htm/>). Como se sabe, este foi um caso que muito agitou a França em Setembro de 2003, tendo dando origem a uma revisão da lei sobre os direitos dos doentes em fim de vida (a chamada lei Leonetti, de 2005). No entanto, esta lei não permite a ‘morte assistida’, de modo que nunca possibilitaria concretizar o que Vincent Humbert pretendia.

¹⁵ Pode acontecer que os autores retirem as páginas consideradas mais polémicas e voltem a publicar o livro. Em comunicado conjunto de 10 de Junho de 2007, criticam a censura do livro (para as duas informações, ver. <http://www.exitinternational.net/>).

A 'MORTE ASSISTIDA' NO OREGON

Saindo agora da Europa, voltemo-nos para o Oregon, o único estado dos Estados Unidos em que o suicídio assistido se encontra legalizado. Na primeira semana de Junho de 2007, uma proposta similar foi derrotada na Assembleia Legislativa do estado da Califórnia, destino igual ao que outras propostas, referendárias ou não, têm obtido neste país.

No Oregon, um referendo deu, em 1994, a vitória aos defensores do suicídio medicamente assistido (51% contra 49%). No entanto, tendo a medida sido objecto de contenda judicial, novo referendo foi efectuado em 1997, tendo aí o 'sim' vencido por uma maior percentagem de votos (60% contra 40%). Recentemente, como já se disse, numa história rica em matizes, a administração Bush tentou arranjar um modo de travar a lei por via indirecta, pondo em causa o tipo de substâncias letais usadas. Assim, em 2001, o Procurador Geral John Ashcroft tentou reactivar uma antiga lei – o Controlled Substances Act, de 1970 – no sentido de proibir os médicos do Oregon de prescreverem doses letais de determinadas substâncias controladas. Finalmente, em Janeiro de 2006, por 6 votos contra 3, o Supremo Tribunal dos Estados Unidos decidiu não colocar qualquer obstáculo a que os médicos do Oregon cumprissem a lei do respectivo estado, prescrevendo as substâncias necessárias para o suicídio medicamente assistido (por ex., Egan e Liptak 2006)¹⁶.

A lei que autoriza a morte voluntária assistida chama-se Oregon Death with Dignity Act. Para que uma pessoa, residente no Oregon, possa utilizar esta lei, tem de estar num estado terminal, ou seja, com uma doença incurável e irreversível que, presumivelmente, só possibilitará seis meses de vida. Curiosamente, nenhum ponto da lei faz referência ao sofrimento: basta que se esteja, repito, numa situação terminal, fazendo-se prova disso mesmo, assim como de estar em perfeito juízo mental. Obviamente, a lei, à semelhança de outras, estipula uma série de salvaguardas a seguir na concretização de um pedido deste género. Curiosamente também, uma cláusula desta lei, ao mesmo tempo que proíbe o que designa de 'eutanasia activa', estabelece que as acções empreendidas de acordo com o estabelecido

¹⁶ O estudo dos pormenores envolvidos nesta temática interessante revela-nos que, decerto sem o prever, a atitude do Procurador punha também em causa a capacidade de os médicos de cuidados paliativos poderem prescrever certas substâncias 'controladas'.

não serão consideradas suicídio, suicídio assistido, morte por piedade ('mercy killing') ou homicídio (ver ponto 127.880 §3.14). De facto, a expressão mais utilizada no documento para referir o pedido de assistência na morte voluntária é 'to end life in a humane and dignified manner'. Esta é também a terminologia empregue no pedido oficial de morte assistida: 'Request for medication to end my life in a humane and dignified manner'. No entanto, o Departamento do Governo do Oregon que superintende o funcionamento desta lei, Oregon Department of Human Services, referia-se à possibilidade de escolha que ela criava dando-lhe o nome de 'physician-assisted suicide'.

De modo a harmonizar a linguagem empregue, e a outras razões que a seguir mencionarei, em Agosto de 2006 a secção do Oregon da Compassion & Choices, organização não lucrativa de apoio à ajuda no morrer, muito influente nos Estados Unidos¹⁷, enviou uma carta ao Oregon Department of Human Services, solicitando o uso de uma linguagem neutra para referir o acto que a lei permitia (essa carta foi-me gentilmente enviada via e-mail pelo Executive Director da Compassion & Choices do Oregon, George Eigmey, em 15 de Junho de 2007)¹⁸. Acima de tudo, temia-se a carga emocional negativa associada ao termo suicídio, que impediria uma correcta avaliação do que se encontrava em jogo.

Mesmo em sondagens, a reacção das pessoas é diferente consoante se fala de: a pedido; autorizar um/a médico/a a acabar com a vida de um/a doente em sofrimento derivado de uma doença incurável; ou de a/o ajudar a cometer um suicídio. De um modo mais explícito, digamos que numa sondagem da Gallup publicada em 2005 e

¹⁷ Compassion & Choices National deriva da união, em 2005, de duas organizações importantes no combate por uma morte assistida: a Compassion in Dying, fundada em 1993 no estado de Washington, tendo dado origem em 1997 à *Compassion in Dying Federation*, de ordem nacional; e a End-of-Life Choices, designação assumida, em 2003, pela Hemlock Society. A organização tem duas sedes: uma em Portland, Oregon, outra em Denver, Colorado. Distingue-se de outra organização sediada no Oregon e dedicada à defesa do Oregon Death with Dignity Act – Death with Dignity National Center – por prestar serviços directos às pessoas doentes. No que diz respeito à 'morte assistida', a secção do Oregon da Compassion & Choices (fundada em 1997) afirma, no seu site, que esteve envolvida em quase 74% dos casos que ocorreram nesse estado desde 1998 até 2006. Afirma igualmente que, em 2006, 30 das 46 pessoas que decidiram usar a lei para pôr termo à vida foram orientadas pela organização.

¹⁸ Os pontos fundamentais dessa carta podem ser encontrados na *Newsletter da Compassion & Choices of Oregon* de Dezembro 2006.

referida naquela carta da Compassion & Choices, a percentagem favorável à primeira pergunta atinge os 75%, mas a percentagem diminuiu para os 58% quando se tratava da segunda questão (The Gallup Organization 2005). No entanto, podemos comentar, a resposta favorável à primeira questão aprovaria a eutanásia, enquanto a segunda não iria além da ajuda na morte que a própria pessoa se dava pelos meios postos ao seu dispor, o que é genericamente considerado menos grave, pelo menos do ponto de vista da segurança das/os doentes. Logo, pode-se presumir, com grande plausibilidade, que só a conotação extremamente negativa associada ao termo 'suicídio' determina resultados aparentemente ilógicos como estes fornecidos pela Gallup. Daí uma das razões de ser do protesto da Compassion & Choices. Por outro lado, a organização queixa-se, nessa carta de Agosto de 2006, que a intenção da sua campanha inicial favorável à ajuda no morrer foi algo mais amplo do que o suicídio, tendo lutado por uma 'Morte com Dignidade' que não se reduz a um acto desse género, nem é traduzida correctamente por esse termo, como se se estivesse a ponto de colaborar numa actividade criminal.

Finalmente, a carta, na linha da literatura favorável à ajuda no morrer, aponta quatro grandes diferenças entre o suicídio habitual e a morte voluntária: 1. 'O/A doente suicida não tem doença terminal mas quer morrer; a/o doente que busca a morte com dignidade tem uma doença terminal e quer viver'. 2. 'Os suicídios típicos trazem choque e tragédia às famílias e pessoas amigas; as mortes com dignidade são pacíficas e apoiadas pelas pessoas mais próximas'. 3. 'Os suicídios habituais são secretos e, muitas vezes, impulsivos e violentos. A morte com dignidade é planeada; só muda o tempo [da ocorrência da morte] de um modo menor, mas acrescenta controlo de um modo significativo e socialmente aprovado'. 4. 'O suicídio é uma expressão de desespero e futilidade; a morte com dignidade é uma forma de afirmação e *empowerment*' (estas são diferenças que, segundo a carta, aparecem num texto de Lieberman 2006). Para além disto, há pacientes em concreto que se revoltam contra a ideia de que, ao anteciparem a sua morte, estão a matar-se. Dizem antes que quem os/as mata é o cancro ou a doença de que padecem, o que fazem é limitar-se a encurtar a agonia final.

Na sequência da mencionada carta de Agosto, o Department of Human Services do Oregon deixou de usar o termo 'physician-assisted suicide' (PAS). Tendo eu referido ao actual Executive Director da Compassion & Choices que, no entanto, o endereço do site governa-

mental ainda continha o termo PAS, disse-me que ele próprio se queixara acerca da questão, mas que o Departamento, com alguma lógica, invocara o facto de causar um grande transtorno mudar agora de endereço, tanto mais quanto esse endereço já constava de muitas publicações. Se um dia mudasse o termo, o Departamento comprometia-se a fazê-lo utilizando os termos mais adequados de DWD (Death with Dignity), AID (Aid in Dying) ou PAD (Physician Assisted Death). E como se pressupõe que a maior parte das pessoas não está a verificar todos os elementos que compõem um endereço da Internet, só se interessando pelo conteúdo da página, a Compassion & Choices aceitou a explicação (comunicação pessoal por e-mail de 19 de Junho de 2007). É ainda de referir que esta organização tem efectivamente uma grande aversão à expressão 'physician assisted suicide', não aceitando tão-pouco que se fala em 'suicídio racional', como sabemos acontecer com Margaret Battin e James L. Werth. Na opinião de George Eighmey, quem trabalha directamente com as pessoas no terreno sabe quanto esta terminologia só contribui para criar confusão e mal-estar, provocando também revolta entre quem quer optar por uma morte assistida (comunicações pessoais por e-mail de 19 e 20 de Junho de 2007).

Ainda a propósito desta carta de Agosto e da mudança de terminologia, deve ser dito que se tratou de uma posição que não agradou a todos os partidários da ajuda no morrer. Do lado de Dereck Humphry e pessoas que lhe são próximas, por exemplo, notou-se uma grande insatisfação na recusa do termo 'physician-assisted suicide', na medida em que, a seu ver, tal recusa revelaria pouco à vontade em falar abertamente da morte e o termo 'morte com dignidade' só aumentava a confusão sobre aquilo de que se estava a falar. Neste sentido, em Novembro de 2006, Humphry publicou na *ERGO* um texto muito crítico sobre esta tentativa de mudar a linguagem (Humphry 2006). A sua mailing list albergou (e parece-me ter incentivado) várias mensagens que ironizavam sobre a situação, inventando termos jocosos para dizer que uma pessoa morrerá. Mas foi suficientemente aberta para também albergar comentários de quem pedia respeito pelas opções legítimas dos outros, como foi o caso do conhecido médico americano Tom Preston (<http://www.tomp Prestonmd.com/>), autor de *Patient-Directed Dying: A Call for Legalized Aid In Dying for the Terminally Ill* (2006).

Finalmente, é de referir que a importante American Academy of Hospice and Palliative Medicine emitiu, em 14 de Fevereiro de 2007,

um parecer sobre a morte medicamente assistida (Physician-Assisted Death; ver American Academy of Hospice 2007). Tendo-se em conta que os defensores e praticantes dos cuidados paliativos são, em geral, contra a ajuda na morte voluntária, é de realçar algumas posições tomadas neste breve documento, a começar pelo título, que evita o termo suicídio. Mais à frente, dir-se-á que usam esta expressão por considerarem que descreve o que se encontra em causa de um modo mais correcto do que o termo ‘suicídio medicamente assistido’, pela carga emocional negativa que está associada a esta última expressão. Em segundo lugar, deve salientar-se o seu reconhecimento de que, não obstante a existência de excelentes cuidados paliativos, por vezes ‘permanece um sofrimento severo’ que esses cuidados são incapazes de impedir, o que pode levar um/a doente a pedir a morte medicamente assistida. Embora esta forma de morte só esteja legalizada no Oregon, reconhecem que há uma sua prática clandestina ainda largamente não estudada.

Perante um sofrimento inaceitável que persiste, o parecer aponta algumas possibilidades típicas dos cuidados paliativos, desde a interrupção de tratamentos que potencialmente prolongam a vida, passando por deixar de comer e beber e indo até à sedação paliativa, mesmo que provoque a inconsciência. No entanto, reconhece que, mesmo assim, o/a doente pode manter o seu pedido de morte assistida e que não vale a pena entrar em avaliações maniqueístas sobre quem tem razão, os defensores ou os opositores da morte assistida, porque ‘Pessoas sinceras, compassivas e moralmente conscienciosas estão em cada um dos lados do debate’. Assim, admite tomar uma posição de ‘estudada neutralidade’ sobre se seria vantajoso ou não que a morte assistida medicamente fosse legalmente aceite, insistindo em que os seus membros devem tentar tudo por tudo para dar uma resposta a quem sofre de modo intolerável, apesar de estar a beneficiar dos melhores cuidados paliativos. Embora declare, sem explicações, que irá tentar sempre reduzir a necessidade de uma morte medicamente assistida, o que reflecte, decerto, o posicionamento antigo dos cuidados paliativos, desfavorável a esta prática, defende que se procure entender bem o pedido da pessoa doente e ‘procurar [...] aproximações mutuamente aceitáveis que não violem os valores fundamentais de cada uma das partes’ (última linha do texto).

No prestigiado *New England Journal of Medicine*, de Maio de 2007, o médico Timothy E. Quill faz um resumo dos últimos estudos dizendo respeito à ‘morte assistida’ no Oregon e na Holanda (Quill 2007).

Timothy Quill, agora um nome de referência no mundo americano quanto às questões de fim de vida, ficou inicialmente conhecido por, nas mesmas páginas desta revista, ter assumido, em 1991, que ajudou uma cliente sua com leucemia terminal a pôr termo à vida (Quill 1991; Santos 2005). Nesta sua síntese no *New England Journal of Medicine*, Quill baseia-se, entre outros elementos, nos dados fornecidos pelo Oregon Department of Human Services para o ano de 2006, que contém igualmente um gráfico sobre a prática da ‘morte assistida’ naquele estado, desde a sua existência (1998, embora a lei tenha sido aprovada em 1997; ver o resumo do Relatório oficial de 2006 em Oregon Department of Human Services 2006). Através desse gráfico, nota-se que a prática se tem mantido basicamente estável (sobretudo, desde 2002; antes, era um pouco inferior). Segundo o resumo de Quill, ‘Aproximadamente dois terços dos/as pacientes que receberam uma prescrição letal morreram em resultado de a terem tomado, e cerca de um terço morreram de outras causas’ (Quill 2007: 1912). Mais uma vez, confirma-se, assim, o que sabemos por outras vias: há quem peça a medicação para o caso de vir a sentir, um dia, que não aguenta mais o sofrimento, mas o facto de pedir a medicação não significa que a vá tomar. O facto de ter agora uma via segura de ‘escape’ funciona de um modo altamente tranquilizador, de tal forma que lhe poderá dar a possibilidade de aguentar o que antes pensava ser insuportável.

Quanto às pessoas que, em 2006, pediram esta prescrição, tenderam, como nos anos anteriores, a ser ‘brancas, relativamente instruídas, com seguro de saúde e já a receberem cuidados paliativos’ (idem). Por outro lado, ‘tenderam a estar pelo menos tão motivadas por preocupações em perder a autonomia, dignidade e controle sobre a suas funções corporais, como por qualquer sofrimento derivado de sintomas físicos intratáveis de modo imediato’ (idem). O próprio Relatório especifica as questões deste modo: ‘Como em anos anteriores, as preocupações mais frequentemente mencionadas foram: perda de autonomia (96%), capacidade cada vez menor de participar em actividades que tornassem a vida agradável (96%) e perda de dignidade (76%)’. É também acrescentado que, em 2006, ‘mais pessoas se mostraram preocupadas com um inadequado controlo da dor (48%) do que em anos anteriores (22%)’ (para as duas citações, ver Oregon Department of Human Services 2006: 2).

De acordo com este Relatório, em 2006 faleceram 46 pessoas por ‘morte assistida’, correspondendo a 1,47 mortes por cada 1.000 óbi-

tos (desde 1997, morreram, desse modo, 292 pessoas). A maior parte dessas mortes ocorreu em casa (96%) e, também como em anos anteriores, a doença mais comum foi o cancro (87%). Em quatro das pessoas que morreram deste modo houve complicações, na medida em que ‘vomitaram parte da medicação’. Como sabemos, esta é uma das grandes desvantagens deste tipo de ‘morte assistida’, por comparação com a eutanásia: poder, em princípio, estar mais sujeita a problemas de ‘eficácia’, para além de exigir que a pessoa esteja ainda em condições físicas de engolir e assimilar a substância letal.

No seu texto, Timothy Quill refere ainda que, embora no Oregon apenas uma pessoa em mil morra por ‘morte assistida’, os estudos revelam que a legalização tornou mais fáceis as conversas sobre o morrer e as suas opções, ao ponto de, por exemplo, uma em cada seis das pessoas que estão em processo de morte chegar a falar à família na possibilidade da ‘morte assistida’. Mais ainda, a legalização desta prática no Oregon fez com que este estado se tornasse aquele que mais prescreve opiáceos, o que significa mais atenção ao controle da dor, e que os cuidados paliativos melhorassem muito. Embora sem efectuar uma relação directa com a legalização da ‘morte assistida’ no Oregon, Quill diz-nos, no seu texto, que tem havido um grande desenvolvimento do movimento dos cuidados paliativos nos Estados Unidos, tendo-se reconhecido, recentemente, que aos cuidados paliativos correspondia uma subespecialidade no designado American Board of Medical Specialities. No entanto, mesmo sem Quill efectuar uma relação directa entre o aumento de cuidados paliativos e a legalização da ‘morte assistida’ no Oregon, sabemos que, quando se fala de ‘morte assistida’, existe geralmente uma tendência para investir nesse tipo de cuidados, quanto mais não seja para os adversários da morte voluntária poderem argumentar que tal tipo de morte é desnecessária se existirem bons cuidados desse género.

A ‘MORTE ASSISTIDA’ NA COLÔMBIA

Na República da Colômbia, o Tribunal Constitucional (Corte Constitucional), em 1997, despenalizou a eutanásia ou ‘morte em condições dignas’ (ver Sentencia C-239/97, documento de 125 páginas, em PDF, que me foi enviado da Colômbia pela Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente). Na altura, a actuação do magistrado Carlos Gaviria Díaz foi muito importante, pois foi ele quem redigiu a decisão

maioritária (6 votos contra 3). Gaviria, um acadêmico universitário 'liberal' doutorado em Direito e Ciências Políticas, tendo também efectuado estudos de Direito nos Estados Unidos (Harvard), foi Presidente da Corte Constitucional em 1996 e permaneceu seu magistrado até 2001, tornando-se Senador da República entre 2002 e 2006. Deixou de ser senador para se candidatar à Presidência da República para o mandato de 2006-2010, mas foi derrotado, embora tendo obtido um grande número de votos. Actualmente (2007), é presidente do partido político Polo Alternativo Democrático.

As posições fundamentais de Gaviria sobre a eutanásia ficaram bem definidas numa intervenção que fez, em Portugal em 2003, no âmbito de um Colóquio organizado pelo Centro de Estudos Sociais e pelo Observatório Permanente da Justiça, intitulado *Direito e Justiça no século XXI* (Coimbra, 29 a 31 de Maio). Nessa altura, Carlos Gaviria Díaz efectuou uma Conferência subordinado ao título 'La Defensa de la Autonomía en un País Heterónimo' (Gaviria 2003). Nessa conferência, Gaviria insiste nos valores do pluralismo, 'em que não se reconhece apenas uma, mas múltiplas perspectivas desde as quais se pode examinar o problema do bem' (idem: 9) e da autonomia pessoal: 'se a vida é um *direito*, nada pode privar-me dele legitimamente contra a minha vontade, mas eu posso livremente eleger entre a vida e a morte [...]. Algo bem diferente é que alguém creia (em virtude da moral que professa) que viver é uma obrigação, quaisquer que sejam as circunstâncias em que a sua vida decorra'. Evidentemente, esta é uma opção legítima, mas não motivo suficiente para que o estado a imponha num país. Se a vida é indiscutivelmente um bem, afirma Gaviria, deve dizer-se que 'um *bem* não pode continuar a sê-lo quando o sujeito moral (o seu titular) já não o valora desse modo' (idem: 10), a não ser que se viva num estado paternalista. Pelo contrário, o estado deveria proteger o direito dos cidadãos e cidadãs a não serem obrigados/as a sofrer contra a sua vontade. Por isso, a propósito da despenalização da eutanásia na Colômbia, país de tanta violência por causa do narcotráfico, Gaviria remata a sua conferência repetindo o que um comentarista terá dito: 'Que bom que num país onde tanta gente morre contra vontade, haja um espaço para quem decide fazê-lo livremente!' (idem: 13).

Voltando à Sentença do Tribunal Constitucional Colombiano de 1997, pode-se ver que muitas das ideias de Gaviria que acabo de referir se encontram aí plasmadas, tanto mais quanto, repito, foi o autor da decisão maioritária de 1997. Assim, por ex., o Tribunal assinalou

que ‘se o modo como os indivíduos vêem a morte reflecte as suas próprias convicções, não podem ser forçados a continuar a viver quando, pelas circunstâncias extremas em que se encontram, não pensem que isso é desejável nem compatível com a sua própria dignidade, com o argumento inadmissível de que uma maioria o julga um imperativo religioso ou moral’. Entendendo que o estado deve proteger a vida de um modo que seja compatível com a dignidade e o livre desenvolvimento da personalidade, a Sentença afirmou igualmente que

A decisão acerca de como enfrentar a morte adquire uma importância decisiva para o doente terminal, que sabe que não pode ser curado, e que afinal não está a optar entre a morte e muitos anos de vida plena, mas entre morrer em condições que ele escolhe, ou morrer pouco tempo depois em circunstâncias dolorosas e que julga indignas. O direito fundamental a viver de forma digna implica portanto o direito a morrer dignamente, pois condenar uma pessoa a prolongar a sua existência durante um tempo escasso, quando não o deseja e padece de profundas aflições, equivale não só a um tratamento cruel e desumano, proibido pela Constituição, mas também a uma anulação da sua dignidade e da sua autonomia como sujeito moral. A pessoa ficaria reduzida a um instrumento para a preservação da vida como valor abstracto.

Feita a despenalização da eutanásia – que, ao nível legal, era designada como ‘homicídio piedoso consentido’ – pelo Tribunal Constitucional em 1997, era preciso, conforme o próprio Tribunal pedira, que o poder legislativo se encarregasse de a regulamentar. De outro modo, estas questões eram apenas resolvidas entre cada médico e cada doente. No entanto, só em 24 de Agosto de 2006, foi apresentado, pelo senador Armando Benedetti Villaneda, um Projecto de Lei Estatutária de Regulamentação, a ser discutido nos dois órgãos legislativos do país, que, em conjunto, constituem o Congresso: no Senado (de representação nacional) e na Câmara (de representação regional). O Projecto intitula-se ‘Terminación de la Vida de una Forma Digna y Humana y Asistencia al Suicidio, por el qual se Reglamentan las Prácticas de la Eutanasia y la Asistencia al Suicidio en Colombia y se Dictam otras Disposiciones’, o que faz imediatamente lembrar, pelos termos utilizados, a lei holandesa (*Termination of Life...*) e a lei do Oregon, quando esta insiste em acabar com a vida, como já se disse, ‘in a humane and dignified manner’. Segundo infor-

mações da *Fundación* colombiana, Carlos Gaviria terá apoiado de perto a sua elaboração. Por se temer que não passasse no Senado em Junho de 2007, apenas começará a ser debatido, quando o órgão iniciar de novo funções, depois de férias, ou seja, poderá vir a ser discutido a partir de 20 de Julho. De qualquer modo, e segundo informações da *Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente*, mesmo que o Projecto de lei do senador Benenetti não seja aprovado, a despenalização da eutanásia continuará a existir, uma vez que a sentença do Tribunal Constitucional – que não abrange o chamado ‘suicídio medicamente assistido’ nem menciona as ‘directivas antecipadas’, ao contrário do Projecto agora em causa – não foi impugnada no limite de tempo que havia para o fazer: 6 anos. Aliás, segundo a mesma Fundação, haverá quem, embora sendo favorável à morte assistida, não a queira regulamentar, por temer que isso implique mais problemas na sua obtenção. Não é, no entanto, a opinião desta Fundação (comunicações pessoais por e-mail entre 15 e 20 de Junho de 2007).

Trata-se de um Projecto longo e bastante bem feito, que parece ter indiscutivelmente seguido de perto as legislações holandesa, belga e do Oregon¹⁹. Nele, a eutanásia vem definida do seguinte modo: ‘é a terminação [terminación] intencional da vida por outra pessoa, isto é, um terceiro para isso qualificado, *o médico assistente*, de uma forma digna e humana, a partir de um pedido livre, informado e reiterado do paciente, que esteja a sofrer dores intensas ou padecimentos [padecimientos] continuados, por causa de uma doença terminal e/ou lesão corporal’ (ponto i do Capítulo I).

Mais adiante, a definição de doença terminal está feita de modo a não corresponder apenas a uma doença que, previsivelmente, trará a morte dentro de um espaço de seis meses. Assim, nas últimas linhas do ponto viii deste Capítulo I, afirma-se que este período de tempo não constitui ‘uma constante invariável, pois pode variar segundo as circunstâncias particulares de cada caso’. Embora sem o dizer, esta ressalva ou especificação parece ter sido pensada para poder eventualmente abranger situações que, embora não terminais, ou não trazendo a morte dentro de seis meses, implicariam no entanto ‘continuados padecimentos’.

¹⁹ A meu pedido, e na medida em que temia que a versão que possuía não correspondesse ao texto original, o Projecto foi-me amavelmente enviado pela *Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente*, que, para o efeito, o pediu directamente ao Senador Benedetti. A última versão deste *Proyecto de Ley Estatutaria* foi-me enviada em 4 de Julho de 2007. Agradeço a confiança.

Quanto ao suicídio assistido, ‘consiste em ajudar ou assistir intencionalmente outra pessoa, o *paciente*, ou em dar-lhe os meios necessários para a realização do mesmo, a partir do seu pedido livre, informado e reiterado, quando está a sofrer dores intensas ou padecimentos continuados por causa de doença terminal e/ou lesão corporal’ (ponto ii do I Capítulo).

Este Projecto valoriza, de tal modo, a decisão informada que exige a existência de uma ou várias consultas – consoante o caso – entre a pessoa doente e um profissional de psiquiatria e/ou psicologia, ou uma equipa que integre ambas as especialidades, de modo a ‘determinar [...] a maturidade do seu juízo e a sua vontade inequívoca de morrer’. Tratar-se-á, assim, de eliminar qualquer hipótese de o/a doente padecer de algum ‘desequilíbrio psiquiátrico, psicológico ou de uma depressão momentânea que esteja a perturbar o seu juízo’ (ponto vii do Capítulo I).

Do Projecto constam muitos outros procedimentos, de modo a evitar qualquer forma de abuso, erro ou precipitação, falando-se com a pessoa doente sobre formas alternativas de viver o processo de morrer, incluindo a ajuda de cuidados paliativos. Como na Holanda e Bélgica, está também prevista a hipótese de uma directiva antecipada – ‘instrucción previa’ – a pedir a eutanásia, caso a pessoa se encontre impossibilitada de dar a conhecer a sua vontade, mas se encontre abrangida pela lei. Para além de ter de ser feita no notário, com testemunhas, essa directiva antecipada terá também de indicar, por ordem de preferência, quais as pessoas que ficam depositárias da nossa vontade e informarão o pessoal médico do nosso pedido.

O artigo 106 do actual Código Penal da Colômbia, que atribui uma pena de prisão entre um a três anos para o chamado ‘homicídio por piedade’, ficará redigido de modo a isentar o/a médico/a de qualquer sanção penal se actuar dentro dos limites estabelecidos na lei (mas só o pessoal médico ficará isento dessa sanção). O mesmo sucederá com o suicídio medicamente assistido. Para efeitos jurídicos, o certificado de óbito registará que a pessoa doente morreu de ‘causas naturais’, prevendo o projecto de lei que quem pretenda morrer deste modo não poderá ver os seus direitos prejudicado pela sua decisão. Quer isto dizer, por exemplo, que caso haja seguradoras com cláusulas que prevejam a nulidade do contrato estabelecido com o/a segurado/a se houver morte voluntária, essas cláusulas serão consideradas não válidas.

No entanto, o facto de estar escrito que a pessoa morreu de causas naturais não obsta a que o pessoal médico tenha de efectuar um

‘registo médico eutanásico’ (ou de suicídio assistido), a enviar a uma Comissão de controle destes procedimentos.

A meu ver, há um aspecto deste Projecto que merece reparos, mas que deriva já do articulado penal anterior. Assim, o artigo 107 diz o seguinte: ‘Quem eficazmente induza o outro ao suicídio [‘induzca a otro al suicidio’], ou lhe preste ajuda efectiva para a sua realização, incorrerá em pena de prisão de dois (2) a seis (6) anos’. Este artigo, de acordo com o Projecto, ficará alterado apenas no sentido de retirar a penalização, desde que sejam cumpridos os procedimentos devidos. No entanto, se o verbo ‘induzir’ quer de facto significar sugerir o suicídio, creio que é perigoso manter a expressão. Sugerir este tipo de suicídio a alguém pode pesar enormemente sobre a sua liberdade de decidir, desembocando na abertura de um espaço amplo de manipulação. Aliás, eu diria que este modo de referir o suicídio assistido não está de acordo com a formulação que dele é dada no início do Projecto e que já mencionei, onde não se encontra qualquer forma do verbo ‘induzir’ ou ‘sugerir’. É a pessoa doente que deve fazer o pedido de morte voluntária, não ser induzida a fazê-lo. Aliás, a definição inicial elege claramente uma situação primeira: o pedido da pessoa doente. A partir daí é que resulta a ‘ajuda’. Na minha perspectiva, é pena que, na proposta de alteração da lei, não se proceda de acordo com essa definição inicial. Obviamente, ressalva-se o caso de que o entendimento colombiano deste verbo ‘induzir’ seja diferente daquele que aqui apresento. A troca de impressões com Carmenza Ochoa, da *Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente*, muito proveitosa noutros âmbitos relacionados com a ‘morte assistida’ na Colômbia, não foi aqui conclusiva.

A ‘MORTE ASSISTIDA’ NA BÉLGICA

Voltemos à Europa, mais concretamente à Bélgica. O Senado aprovou uma proposta de lei sobre a eutanásia em Outubro de 2001; a Câmara dos Representantes ratificou-a a 16 de Maio de 2002 por 86 votos contra 51 e 10 abstenções, entrando em vigor a partir de Setembro desse mesmo ano. A propósito, é importante dizer que, no *site* do Senado belga (Sénat de Belgique, <http://www.senat.be>), num documento muitíssimo extenso, se podem encontrar ainda (pelo menos, em Junho de 2007) as trinta e nove (se as minhas contas estão certas) intervenções realizadas no Parlamento a este propósito entre

15 de Fevereiro e 9 de Maio de 2000 (não num ritmo diário, mas com algumas sessões mensais. Cf. Document législatif n° 2-244/24 no site do Sénat de Belgique). Aliás, não só as diversas intervenções de pessoas qualificadas para falarem sobre o assunto, como os longos debates, por vezes muito duros, que se travaram a seguir a cada comunicação, debates frequentemente bem mais interessantes do que as próprias intervenções, realizadas por pessoas favoráveis e opositoras das propostas de lei em discussão.

Segundo a lei belga, finalmente aprovada (Ministère de la Justice, 2002 ou *Loi du 28 mai 2002*), a eutanásia é ‘o acto, praticado por um terceiro, que põe intencionalmente fim à vida de uma pessoa a pedido desta’ (Capítulo I, Art. 2). Neste caso, ‘o paciente encontra-se numa situação médica sem saída e dá mostras de um sofrimento físico ou psíquico constante e insuportável que não pode ser apaziguado e que resulta de uma afecção accidental ou patológica grave e incurável’ (Cap. II, art. 3, § 1). À semelhança do que ocorre na legislação holandesa, a pessoa terá de ser persistente no seu pedido e o médico ou médica, mais a pessoa em causa, terão de chegar à conclusão de que não há outra solução razoável para aquele caso, mesmo recorrendo-se aos cuidados paliativos. Aliás, muito significativamente, quase ao mesmo tempo que aprovaram a lei sobre a eutanásia, as autoridades belgas aprovaram também legislação sobre os cuidados paliativos, afirmando-se que ‘Todo o paciente deve poder beneficiar de cuidados paliativos no quadro do acompanhamento do seu fim de vida’ (Cap. II, Art. 2. Para estas e outras informações, ver Document législatif n° 2-246/9 do site do Senado belga e Ministère des Affaires Sociales de la Santé Publique 2002).

De acordo com Yvon Englert, médico belga dedicado a questões bioéticas e que, em publicação de 2004 da responsabilidade do Conselho da Europa, tenta estabelecer as traves mestras da evolução do debate sobre a eutanásia neste país, a mudança de atitude pôde ocorrer atendendo sobretudo a mudanças sobrevindas no mundo cristão (Englert 2004). Que personalidades ligadas a essa perspectiva religiosa tenham aceite discutir os pedidos de eutanásia possibilitou que o debate se pudesse ter aberto de um modo mais amplo. Em particular, Englert cita um texto de 31 de Janeiro de 2000, assinado conjuntamente pelo reitor da Universidade Católica de Louvain e por médicos directores de clínicas universitárias, em que se admite o recurso à eutanásia para colocar fim ao sofrimento que resiste a outros meios de controlo (Englert 2004: 19). Mas a abertura ao diálogo dessa parte

da sociedade belga vinha já de 1996, quando os presidentes da Câmara e do Senado, numa acção conjunta rara, pediram um parecer sobre a eutanásia ao Comité consultivo de bioética. Na opinião de Englert, a partir de 1997 começou a existir um verdadeiro debate público em torno da eutanásia e outras questões de fim de vida, tomando-se conhecimento de casos dramáticos que não tinham sido atendidos, ou que tinham sido atendidos em pura ilegalidade, com ou sem consequências judiciais para o membro do pessoal médico ou de enfermagem que, a pedido, pusera fim à vida de alguém em grande sofrimento. Foi todo esse debate público que culminou na lei que despenalizou a eutanásia.

A Comissão Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie publicou, em Setembro de 2004, o seu 1º Relatório, abrangendo o período compreendido entre a data em vigor da lei, 22 de Setembro de 2002, e 31 de Dezembro de 2003 (em princípio, os relatórios são bianuais). O 1º Relatório tinha dado conta da ocorrência de 259 eutanásias (em média, 17 por mês). A maior parte delas devia-se a casos de cancro generalizado, depois de vários tratamentos ou permanência em cuidados paliativos. A segunda motivação proviera de pessoas com doenças neuromusculares mortais. Nos dois casos, a previsão de vida era muito reduzida (dias ou algumas semanas, diz-se especificamente quanto aos casos de cancro²⁰). Numa dezena de casos, a morte não estaria muito próxima, mas ter-se-á aceite que o sofrimento envolvido nas doenças justificava o pedido.

Quanto ao local de ocorrência da eutanásia, quase metade delas terá sido efectuada em casa das pessoas, as outras no hospital. Em relação ao sofrimento inultrapassável envolvido nestes casos, os seus aspectos mais físicos englobavam 'dores, sufocação, obstrução digestiva com vómitos' (no 2º Relatório, assinala-se, entre outros sofrimentos e para além dos já mencionados, a caquexia, o esgotamento, as paralisias, as chagas, as transfusões repetidas). Quanto aos sofrimentos mais de ordem psicológica ou existencial, nos dois Relatórios é referida 'a dependência, a perda de dignidade e o desespero'.

A eutanásia foi efectuada através de uma substância (Thiopental ou outra) que primeiro provocasse uma inconsciência profunda, sendo seguida (se isso não bastasse, lê-se no 2º Relatório) de uma injeção com um bloqueador neuromuscular que desse a morte por para-

²⁰ Quanto ao 1º Relatório, siga o resumo apresentado pela ADMD belga, em <http://www.admd.be/Actualites2.html#Un%20an%20de%20l'Eggalisation/>.

gem respiratória. Pelos seus efeitos inconstantes, o uso da morfina para estes actos é desincentivado nos dois Relatórios. Por vezes, diz-se pelo menos no 2º Relatório, aos dois produtos anteriores foi também acrescentada uma injeção de cloreto de potássio.

Embora a lei belga não preveja o suicídio medicamente assistido, em seis dos casos foi a própria pessoa que ingeriu a substância que lhe daria a inconsciência, tendo desse modo obtido a morte. Só num desses casos se terá ainda acrescentado o bloqueador neuromuscular, decerto porque a droga engolida não estava a dar os efeitos necessários, ou dentro do tempo julgado razoável. Desde que todas as salvaguardas presentes na lei sejam cumpridas, a Comissão de Avaliação aceita como legal este acto, que ela própria designa de 'suicídio medicamente assistido'. Neste 1º Relatório verifica-se já uma tendência que irá seguir-se nos anos seguintes: 83% das declarações foram escritas em neerlandês (holandês) e apenas 17% em francês, sem que haja dados conclusivos sobre esta diferença percentual²¹.

Como referi, em 2006 surge o 2º Relatório sobre a prática da eutanásia, dizendo respeito aos anos 2004 e 2005 (sigo agora o próprio Relatório, a que se pode aceder no *site* do Service Fédéral de la Santé Publique, www.health.fgov.be/euthanasie/).

No total, ocorreram 742 eutanásias (média de 31 eutanásias por mês), aumento significativo, mas que pode apenas indicar um maior conhecimento desta possibilidade por parte das pessoas. Mais uma vez, as declarações em neerlandês (holandês) sobrepõem-se, em muito, às realizadas em língua francesa: 86% contra 14%. Curiosamente, o número de homens a pedir e receber a eutanásia foi superior ao das mulheres: 54% contra 46%. Para além de referir este dado, o Relatório nada mais acrescenta sobre a questão.

Em relação ao local em que a eutanásia foi praticada, em 54% dos casos ocorreu no hospital, em 39% em casa. Quanto à idade, a maior parte das eutanásias continuam a ocorrer entre os 40 e os 79 anos (em 80% dos casos no 1º Relatório; em 77% no 2º Relatório), não

²¹ De acordo com informações recolhidas na Internet, a comunidade de língua neerlandesa estaria perto de representar 60% da população e a comunidade de língua francesa um pouco mais de 40% (a língua alemã seria apenas falada por menos de 1% da população). Com esta distribuição linguística populacional, não se vê como justificar através dela as diferenças encontradas nas declarações eutanásicas. Esta distribuição linguística foi também confirmada pela Dr^a Elisabeth Wittens, da Secção Consular de Assuntos Culturais da Embaixada da Bélgica em Portugal (comunicação por e-mail de 27 de Julho 2007).

parecendo que o facto de se ter uma idade avançada seja por si só um factor que favoreça um pedido de eutanásia. Este seria um dado que contraditaria a ideia defendida pelos opositores da ‘morte assistida’, segundo a qual os alvos privilegiados desta prática seriam as pessoas de idade avançada.

No que diz respeito às doenças que estiveram na origem do pedido, mais uma vez os cancros aparecem largamente destacados, constituindo 85% dos casos, muito longe das afecções neuro-musculares não evolutivas, segunda causa na origem do pedido: 6%. De ressaltar que neste 2º Relatório são referidas nove eutanásias por doença neuropsiquiátrica (‘um caso de doença de Creutzfeldt-Jakob, três casos de doença de Alzheimer, um caso de doença de Huntington e quatro de depressão major irreductível’). Para além disso, treze eutanásias foram praticadas em doentes irreversivelmente inconscientes, mas que anteriormente tinham efectuado devidamente uma *declaração antecipada* nesse sentido (no 1º Relatório, apenas existira um destes casos). Aliás, a Comissão incentiva vivamente a elaboração destas directivas antecipadas, para evitar que os hospitais caiam em impasses.

Embora alguns membros da Comissão pensem que, nalguns casos, terá sido dada uma interpretação demasiado ampla do que é o sofrimento psíquico, a maior parte da Comissão não aceitou esse ponto de vista.

De notar, quanto à interpretação do que se deve entender por morte a curto prazo ou não, que, para a Comissão avaliadora, ‘não-breve’ significa que não é suposto a morte acontecer nos meses que se seguem. Nesse caso, o pessoal médico terá de ser mais rigoroso na apreciação do pedido (no período compreendido entre 2004 e 2005, houve a intervenção de um psiquiatra em 55% dos casos). A ‘breve trecho’ será considerada a morte que se espera ocorrer dentro de dias, semanas, ou no mês seguinte.

No capítulo das recomendações, a Comissão repete o que já aconselhara no 1º Relatório: a elaboração de uma brochura de informação com vista ao grande público, assim como já fora elaborada uma destinada ao pessoal médico, adoptada pela Comissão em Setembro de 2005 e incluída neste Relatório como Anexo IV. Para além da elaboração desta brochura, recomenda integrar nos currículos dos estudos médicos componentes que lhes permitam mais tarde ‘enfrentar os problemas que coloca a gestão do fim de vida, aí incluindo a prática de cuidados paliativos e a efectuação correcta de uma eutanásia’. Fi-

nalmente, em relação à questão de saber se os menores devem ser abrangidos pela lei (como sabemos, acontece na legislação holandesa), ou se as declarações antecipadas devem ser modificadas (remete-se para debates éticos e filosóficos que estariam a ocorrer na sociedade belga), a Comissão afasta-se prudentemente desses temas, considerando não possuir competência suficiente para se pronunciar.

Na brochura de informação destinada aos médicos, a Comissão sublinha que o sofrimento 'é em grande parte de ordem subjectiva e depende da personalidade do paciente, das concepções e valores que lhe são próprios' (ponto 3). Chama também a atenção para o facto de que a pessoa doente tem legitimidade para recusar um tratamento que vise minorar-lhe o sofrimento, ou mesmo um tratamento paliativo, embora recomende, nestes casos, um diálogo profundo entre médico e doente. Por outro lado, recorda que, em geral, a recusa do tratamento está legalmente autorizada por uma lei de 2002 que estabelece os direitos dos pacientes.

Saliente-se ainda que, no ponto 5 desta brochura, tem-se o cuidado de explicar o que se entende por 'independência' do médico consultado pelo médico assistente. Quer isso dizer, entende a Comissão, que esse médico 'não pode ter com o paciente ou o médico assistente qualquer relação hierárquica, qualquer relação familiar, e que não deve ter havido uma relação terapêutica continuada com o paciente'.

Finalmente, resta dizer que estes Relatórios belgas evidenciam grande qualidade, transmitindo com clareza muitíssima informação pertinente e dando, por isso, uma sensação de enorme transparência nos processos adoptados.

DIRECTIVAS ANTECIPADAS, LIMITAÇÃO DO ESFORÇO TERAPÊUTICO E REGRA DO DUPLO EFEITO

Vamos agora tratar de directivas antecipadas, de limitação do esforço terapêutico e da regra do duplo efeito por três razões fundamentais. Em primeiro lugar, porque nos países em que é permitida a morte voluntária assistida, na forma hetero-administrada, as directivas antecipadas podem prever esse acto. Em segundo lugar, porque a legalização das directivas antecipadas aparece muitas vezes no panorama político como uma concessão dada à opinião pública para evitar discutir a 'morte assistida'. Em terceiro lugar, porque a limitação do

esforço terapêutico – implicando não iniciar ou suspender tratamentos ou apoios médicos de suporte vital – e a actuação de acordo com a regra de duplo efeito foram já consideradas também eutanásia. No primeiro caso, tratar-se-ia de ‘eutanásia passiva’; no segundo de ‘eutanásia indirecta’. Estas são, aliás, definições que ainda se podem encontrar numa publicação do Conselho da Europa de 2004 (Conseil de l’ Europe 2004 II: 185). Desenvolvamos um pouco estas questões.

Uma temática estreitamente ligada à da ‘morte assistida’ é a das chamadas ‘directivas antecipadas’, conhecidas anteriormente mais pela designação inglesa de ‘living wills’ (testamentos vitais). Obviamente, no caso dos países em que existe morte assistida hetero-administrada, é importante que, no caso de a pessoa já estar irreversivelmente inconsciente, os hospitais possam saber qual era, previamente, a sua vontade. Nos casos em que a ‘morte assistida’ não é permitida, os países podem autorizar e até incentivar a existência de directivas antecipadas em relação a tratamentos ou cuidados de saúde a que as pessoas se queiram ou não submeter em determinadas situações muito críticas e em que já não possam expressar a sua opinião. No entanto, por vezes, a classe médica opõe-se à legalização destas directivas, considerando assim que o seu poder de decisão última é afectado. A Ordem dos Médicos de Milão fundamentaria aqui a sua oposição ao que em Itália se tem ultimamente discutido sob o nome de ‘testamento biológico’, pois ‘substituiria ‘a autonomia das batas brancas pelas decisões do paciente’ ’ (Moretti 2007).

Nos países em que se pode dar autorização a um/a médico/a para que termine com a nossa vida nas circunstâncias prescritas na lei, como na Holanda e na Bélgica, há dois tipos diferentes de directivas antecipadas: umas que dizem respeito à eutanásia, outras que dizem respeito ao tratamento. Onde a morte assistida não está despenalizada, as pessoas têm apenas direito a pôr por escrito os tratamentos a que estão ou não dispostas a submeter-se, caso fiquem impossibilitadas de falar. Nestes países, os direitos dos/as pacientes encontram-se consignados na lei, tendo assim essas declarações valor legal se forem feitas de acordo com as normas estipuladas. No entanto, pode também ser exigido, para o seu inteiro cumprimento, que a pessoa tenha declarado quem designava como seu representante no caso de já não estar em condições de falar (ou, no plural, quem designava como seus representantes, por ordem de prioridade, só se recorrendo a essa hierarquia por morte ou impossibilidade de falar do/a primeiro/a pessoa

indicada). Pensa-se hoje que esta designação é extremamente importante, porque podem sempre sobrevir situações que não estavam previstas na directiva antecipada.

Nos países em que os direitos dos pacientes não estão devidamente salvaguardados na lei nem existe, pelo menos por essa razão, a possibilidade de efectuar uma declaração antecipada com valor legal, as pessoas ficam muito desprotegidas, nomeadamente no que diz respeito ao fim de vida. Embora hoje seja comumente aceite que a boa prática médica não deve incluir o chamado ‘encarniçamento terapêutico’, que implica manter a pessoa viva a todo o custo, mesmo que isso já só prolongue dolorosamente a sua agonia, nem sempre é fácil conseguir que o pessoal médico não inicie ou, pior ainda, suspenda um tratamento de prolongamento da vida. Se os Estados Unidos têm já uma longa tradição de respeito pela vontade da/o doente, no sentido de considerarem que ninguém pode ser tocado sem a sua expressa e livre vontade, o que tem grandes consequências quando se trata de ligar alguém a máquinas ou a tubos, pois ninguém poderá ser sujeito a tratamentos invasivos sem o seu consentimento, mesmo que já estejam a decorrer, em muitos outros países não existe esse entendimento. Assim se explica toda a polémica a que esteve sujeito em Itália o caso de Piergiorgio Welby.

Com 60 anos de idade, a padecer de uma distrofia muscular progressiva desde os 30, em Setembro de 2006, Welby enviou uma mensagem vídeo ao seu Presidente, Giorgio Napolitano, pedindo autorização para a eutanásia. Como essa autorização não seria concedida, foi a Tribunal (através do seu representante legal, como é óbvio, uma vez que Welby encontrava-se acamado há vários anos) pedir que fosse desligado o ventilador a que estava ligado, de modo a poder morrer. O Tribunal reconheceu o seu direito à interrupção do tratamento, mas, acrescentando que essa interrupção não estava legislada, devia ser entregue aos políticos. Piergiorgio que esperasse. Entretanto o Conselho Superior de Saúde italiano afirmou que o seu não era um caso de ‘encarniçamento terapêutico’: o tratamento não era ‘excessivo’ e o doente não estava em estado de morte iminente. Além do mais, quem decide classificar um tratamento de exagerado ou não é o pessoal médico, não é a/o doente. Vendo-se que, legalmente, Piergiorgio não conseguiria nada, Mario Riccio, médico anestesista membro de uma associação chamada Consulta de Bioética, dirigida por um professor universitária-

rio director de uma revista de bioética, Maurizio Mori, vem de Cremona a Roma, em Dezembro de 2006, desligar Welby do ventilador, sedando-o intensamente antes para que não morresse com sensação de asfixia (Santos 2007). A autópsia não mostrou a presença de qualquer substância eutanásica, tendo o médico sido ilibado de qualquer acusação, tanto pela procuradoria de Roma como pela Ordem dos Médicos de Cremona. No entanto, em meados de Junho de 2007, um juiz de Roma conseguiu erguer-lhe a acusação de ‘homicídio por consentimento’, prevista no Código Penal italiano, de que foi ilibado em 23 de Julho de 2007. Segundo a juíza, o médico mais não fez que ajudar, dolorosamente, a que o pedido legítimo de Welby fosse cumprido nas melhores condições (Welby/Riccio 2007)²².

Obviamente, se estivesse claro na lei que os/as doentes tinham o direito de rejeitar um tratamento considerado excessivo ou desproporcionado, nada disto aconteceria. Daí a luta existente agora em Itália pelos direitos dos pacientes e pelo ‘testamento biológico’²³, embora um caso semelhante a Welby tenha tido um desfecho lamentável um dia depois de Mario Riccio ter sido definitivamente ilibado em Julho de 2007. Tratou-se de Giovanni Nuvoli, um homem de 53 anos com esclerose lateral amiotrófica, prostrado na cama há aproximadamente 6 anos, ligado a um ventilador. Embora tivesse pedido, por variadas vezes, para ser desligado da máquina, o pedido nunca foi atendido. Finalmente, quando em 10 de Julho de 2007 um médico se dispunha a efectuar o acto, como acontecera com Welby, foi impedido pela polícia. Nuvoli, para poder morrer, consoante era sua vontade, manteve-se (ou foi ajudado a manter-se, na medida em que não conseguia alimentar-se por si próprio) sem comer nem beber, supostamente a partir de 16 de Julho, pesando no final vinte quilos, quando

²² Muitas notícias de jornais estrangeiros poderão ser encontradas a este propósito, por ex. no *Corriere della Sera*, *La Repubblica*, *Le Monde*, *Le Nouvel Observateur*, *El País*, etc. O mesmo se diga a propósito do caso Nuvoli, a seguir referido. Numa posição assumidamente a favor da ‘morte assistida’ e, portanto, com inúmeros notícias e comentários sobre estes casos, deve ser dado destaque em Itália à Associazione Luca Coscioni, de que Piergiorgio Welby era co-presidente quando foi ajudado a morrer (<http://www.lucacoscioni.it/node/8034>).

²³ No site do Senato della Repubblica italiano pode consultar-se o Projecto de Lei n.º 687 de 27 de Junho de 2006. Em Julho de 2007, a discussão no Senado ainda não terminara. Este Projecto é subscrito em primeiro lugar pelo Senador Ignazio Marino (Marino et al. 2006).

a sua altura era de um metro e oitenta e cinco. Para concretizar a sua vontade, morreu assim à fome e à sede por ex., ‘Giovanni si è Lasciato Morire di Inedia’ 2007)²⁴.

Um caso muito similar aos de Piergiorgio Welby e Giovanni Nuvoli aconteceu em Espanha em Março de 2007, tendo tido um desfecho completamente distinto. Tratou-se também inicialmente, como no caso de Welby, de um pedido de eutanásia efectuado por Inmaculada Echevarría, de 51 anos, internada num hospital de Granada dirigido por uma ordem religiosa (Hospital de San Rafael, dirigido pela Ordem Hospitalária de San Juan de Dios). Inmaculada Echevarría estava há 9 anos ligada a um ventilador, em virtude de problemas causados por uma distrofia muscular progressiva e há 30 anos acamada. Como a morte assistida não é autorizada em Espanha, o pedido foi então dirigido, através da Asociación Derecho a Morir Dignamente, no sentido de solicitar uma interrupção do tratamento (melhor, da medida de suporte vital), o que significava desligar o ventilador com sedação prévia. Com base na Lei de Autonomia do Paciente de 2002, o pedido de Inmaculada foi satisfeito. Simplesmente, foi mudada para um hospital público, atendendo a que havia pressões de ordem religiosa para que tal acto não ocorresse no hospital em que se encontrava, dirigido, como disse, por uma ordem religiosa. No entanto, grande parte do pessoal que a acompanhava no hospital anterior acompanhou-a também no hospital público. Autoridades religiosas espanholas houve que disseram tratar-se de uma eutanásia, o que coloca em evidência a necessidade de se estar muito atento às questões terminológicas (Benito 2007; Cardenal Cañizares 2007; ‘Lo que Todo Católico Necesita Saber’ 2007).

De forma rápida, digamos que a eutanásia, na linha do estipulado pela legislação holandesa, deveria ser sempre considerada um comportamento activo, pelo que não faria sentido falar-se, como

²⁴ Enquanto a igreja católica recusou à família de Welby a realização de um funeral católico, pois Welby pedira antes a eutanásia, concedeu-o a Nuvoli. Segundo o *Corriere della Sera* de 25 de Julho, o padre que realizou o seu funeral entenderia que ele teria morrido ‘naturalmente’ (Alberto 2007). No entanto, Nuvoli, alimentado por uma sonda implantada no estômago, não podia alimentar-se sozinho (nem, sozinho, retirar o tubo do ventilador, mesmo que estivesse disposto a aguentar a terrível sensação de asfixia provocada por tal acto). Logo, decerto que alguém de sua casa, a seu pedido, aceitou deixar de o alimentar (Nuvoli já não se encontrava no hospital, onde teria dificuldade em concretizar a sua vontade, ou aonde até isso seria mesmo impossível). A este propósito, ver ainda a nota 22.

anteriormente, de uma eutanásia passiva. O que este termo designava é agora melhor traduzido pela ideia de, a pedido do/a doente, não iniciar ou interromper um tratamento (em inglês, ‘withhold or withdrawing a treatment’) ou medidas de suporte vital, por se considerar que se trata de medidas desproporcionadas. Ou seja, que se trata de medidas que, atendendo ao estado da pessoa, prolongam a sua vida sem que ela seja beneficiada com isso, portanto sem proporção com os resultados obtidos, tratando-se muitas vezes apenas de prolongar o sofrimento de alguém que em breve vai morrer. Assim, esta limitação do esforço terapêutico seria vista como boa prática médica, recusando-se a ideia de prolongar a todo o custo a vida do doente (‘encarniçamento terapêutico’). A este propósito, fala-se por vezes, em linguagem médica, de eliminar os tratamentos ‘fúteis’. Na medida em que, a meu ver, esta noção de ‘futilidade’ dirige em primeiro lugar a atenção para o tratamento e não para o doente – podendo também estar rodeada de conotações economicistas – parece-me mais adequado dizer-se, salvo melhor expressão, que o tratamento é ‘desproporcionado’. Através deste termo, já usado pela igreja católica, ressalta-se que é a pessoa doente que sofre com a aplicação de medidas médicas que lhe provocam muitíssimos mais custos do que benefícios. Penso que assim se faz mais justiça ao seu sofrimento do que dizer-se que é alvo de um tratamento ‘fútil’, expressão que também parece contaminá-la com alguma ‘futilidade’.

Algo diferente do que se acaba de descrever são as mortes que ocorrem pelo uso de medicação que segue a regra ou princípio do duplo efeito. Trata-se de uma regra ou princípio que recua à Idade Média e que, na terminologia de Timothy E. Quill, segue os seguintes passos:

1. O acto deve ser bom ou, pelo menos, moralmente neutro.
2. O agente deve ter a intenção de praticar o bom efeito e não o mau (que pode ser ‘previsto’ mas não intencionado).
3. O mau efeito não deve ser o meio de obter o bom efeito.
4. Para arriscar o mau efeito deve haver uma ‘razão grave proporcionada’ (Quill 2001: 167).

De acordo com este princípio, poder-se-ia, portanto, numa situação já terminal, arriscar dar uma medicação forte para alívio das dores, mesmo correndo o risco de levar a pessoa à morte, pois a intenção seria o alívio da dor e não o acabar com a vida. Acerca deste princípio, assinalo duas questões enunciadas pelo próprio Timothy

Quill, embora se trate de questões que outros estudiosos têm colocado.

Esta regra do duplo efeito é pouco esclarecedora e de pouca ajuda em relação aos casos de sedação terminal, pois neste tipo de procedimento costuma-se também retirar todas as terapias que prolongam a vida, de modo a, de acordo com o desejo do paciente, antecipar a morte. Portanto, o que a pessoa doente pretende, desejo com que o/a médico/a pode estar de acordo, é mesmo a morte para escapar ao sofrimento. A morte é aqui não só prevista como alvo de uma intenção deliberada, o que foge à regra do duplo efeito. No entanto, em alguns hospitais e centros de cuidados paliativos, será entendida como boa prática médica, o que já levou a colocar-se a questão de a sedação terminal ser uma forma disfarçada de eutanásia, provavelmente até sem o pedido do doente. Por outro lado, saliente-se que, mesmo em cuidados paliativos, é considerada boa prática médica que a pessoa doente cesse de comer e beber se permanece um sofrimento inaceitável (American Academy of Hospice 2007). Ou seja, é considerada boa prática médica que ela seja autorizada a morrer devagar, mas impede-se a sua morte rápida.

Uma outra questão delicada que se coloca com esta problemática do duplo efeito é se a intenção do médico se deve sobrepor à vontade do/a doente, vivendo nós em sociedades que muito valorizam a autonomia. Como escreve Quill, tendo em conta esta problemática, ‘as considerações morais cruciais para avaliar qualquer acto que pudessem causar a morte seria o direito à auto-determinação e integridade corporal do/a doente, o consentimento informado obtido, a ausência de alternativas menos prejudiciais e a severidade do sofrimento do/a doente’ (Quill, 2001: 172). Passando o centro de gravidade da decisão a gravitar em torno do respeito pela vontade informada do/a doente e não em torno da intenção do médico, o princípio do duplo efeito fica assim relativizado.

CONCLUSÃO

A ‘BOA MORTE’: UMA BENÇÃO OU UM DIREITO?

De um modo crescente, o sofrimento deixou de aparecer na cultura ocidental com características redentoras, proclamando-se antes o direito a não sofrer. Numa expressão feliz de Ian Dowbiggin, a grande diferença entre a época anterior ao século XX e a América pós-anos 1960 é que a boa morte passou a ser encarada ‘menos como

uma bênção e mais como um direito constitucional' (Dowbiggin 2003: 119). O autor não hesita mesmo em escrever que 'a atenção dada à morte fortaleceu a cultura americana dos 'direitos'' (idem: 118). Trata-se de afirmações que, obviamente, poderão ser estendidas a outros países de cultura ocidental.

Como escreve outra autora americana, Sylvia A. Law,

O movimento a favor da escolha no fim de vida faz parte de uma grande guerra cultural. Não é suposto que a geração pós-II Guerra, que viveu as suas vidas a fazer escolhas acerca de relacionamentos, sexualidade, reprodução e dar à luz, diga de repente: 'Bom, agora que estou a morrer, o Estado que me diga como fazê-lo (Law 2004: 307).

Aonde nos conduzirá este movimento de escolha no morrer, não sabemos. Supostamente, a uma maior confiança na vida, sabendo nós que, se alguma vez ficarmos numa situação de sofrimento severo e irreversível, teremos um porto seguro a que acostar, ou, nas palavras já antigas de Pohier, uma morte oportuna (Pohier 1999: 9-13). A experiência do Oregon, em que as pessoas terminais, depois de terem seguido os trâmites da lei, levam para o seu frigorífico a substância letal, havendo casos em que morrem sem a utilizar, mostra precisamente o aspecto tranquilizador de que esta possibilidade se pode revestir. Do Oregon surgiu-nos, aliás, um pequeno livro extraordinário, *Compassion in Dying: Stories of Dignity and Choice*, de Barbara Coombs Lee (2003). Trata-se de um livro que nos tenta relatar de uma forma muito directa partes fundamentais da vida de algumas pessoas do Oregon que, entre 1998 e 2003, no final das suas existências, tiveram o acompanhamento de voluntárias/os da organização *Compassion in Dying*²⁵, de modo a terem ajuda na obtenção da medicação letal (mesmo que não a viessem a usar), para resolverem algum problema de dor não adequadamente aliviada pelo pessoal médico; para terem alguém com quem falar livremente; para facilitar a comunicação com os familiares mais próximos que não aceitavam a sua posição, ou, simplesmente, para não morrerem sozinhas. Nestes casos, obter a substância letal é o equivalente de obter 'esperança, dignidade e escolha no [...] processo de morrer' (Lee 2003: xiv). Surpreendentemente, se nos comovem alguns relatos de fim de vida feitos por Marie de

²⁵ Ver nota 17.

Hennezel no âmbito dos cuidados paliativos (Hennezel 1999), certo é que a mesma emoção pode brotar de nós quando lemos este livro sobre ‘morte assistida’. Contudo, bem sabemos quanto Hennezel é uma forte opositora da morte voluntária assistida. O que nos pode então provocar a mesma emoção? O respeito pelo outro, o apaziguamento com a vida da parte de quem vai morrer, o acompanhamento até ao fim. No entanto, uma grande diferença permanece: as/os doentes de Hennezel não podem pedir uma ‘morte assistida’, as/os doentes do Oregon podem ficar apenas com cuidados paliativos se for essa a sua escolha, ou seja, se ela reflectir melhor o seu modo de estar na vida.

Por tudo isto, inclino-me a pensar que os termos ‘eutanásia’ e ‘suicídio assistido’ já só com uma grande infidelidade traduzem as necessidades mais profundas de muitos dos nossos contemporâneos perante a morte. O que pretendem não é simplesmente um meio de acabar com a vida que os coloca em circunstâncias irreversivelmente muito adversas. Não querem só um método eficaz de o fazerem, querem atempadamente morrer em paz, num acompanhamento até ao fim que não traga riscos legais para a família e amigos/as, morrendo por exemplo depois da realização de uma última cerimónia religiosa, caso tenham fé e a sua igreja aceda ao pedido. Já nos basta a dor de ficarmos sem a presença física de uma pessoa amiga ou um familiar, que ao menos à dor da sua partida não se acrescente a dor de a termos visto morrer em condições que ela própria considerava indignas para si.

No entanto, o termo eutanásia já significou e continua a significar muitas coisas. Já significou apenas uma ‘boa morte’, no sentido de se morrer sem dores e acompanhado pelos seus; já teve conotações eugénicas, no sentido de ser um método de eliminar quem se supunha poder deteriorar a ‘raça’; já teve conotações economicistas, no sentido de se eliminar quem, com a sua doença, pesava no orçamento dos estados. E depois de os nazis terem empreendido um denominado Programa Eutanásia, que mais não era senão um programa de assassinato, os opositores da escolha no morrer estão constantemente a brandir este velho fantasma. Ainda em 2004, como se viu, uma publicação do Conselho da Europa afirmava que a eutanásia tanto podia ser a pedido como sem ele. Depois desta história terminológica infeliz, penso que seria tempo de mudar de linguagem.

Por outro lado, vimos já a oposição que algumas Associações americanas, que defendem a escolha no morrer, manifestam contra o

uso do termo suicídio, pelo facto evidente de que as mortes de que estamos a falar diferem muito dos suicídios comuns.

Neste contexto, recorrendo ao antigo termo latino ‘mors voluntaria’ (Carrick 1995: 130), creio que uma hipótese alternativa seria falar de ‘morte voluntária assistida’, que poderia ser auto ou hetero-administrada. Essencial seria, a meu ver, que esta ‘assistência’ não se limitasse à disponibilização de um método, mas implicasse de facto um acompanhamento até ao fim. Que isso implica também uma outra forma de viver em sociedade e de nos educarmos é o que fundamentalmente significa uma frase que encontrei no livro que já referi, sobre o Oregon: ‘o respeito pelos que estão a morrer tem uma componente política’ (Lee 2003: xiii).

A mãe do ex-primeiro ministro francês Lionel Jospin, Mireille Jospin, aos 92 anos, embora sem estar doente, começou a sentir-se naturalmente cansada ou ‘fatigada’, para usar os seus próprios termos. Por causa disso, decidiu morrer e comunicou essa decisão aos/às filhos/as, que não a conseguiram demover. O único que conseguiram foi ‘obrigá-la’ a dilatar um pouco mais o seu tempo de permanência junto deles/as. Quem nos faz a comovente narrativa desses últimos três meses de despedida é a sua filha Noëlle Châtelet, em *La Dernière Leçon* (2004), a lição de despedida que a mãe lhe quis ensinar. Presupondo-se que a mãe terá posto termo à sua vida sem ninguém ao seu lado, de modo a não haver problemas legais para as/os acompanhantes, escreve Noëlle: ‘Pensei: num outro tempo, numa sociedade maior por ter entretanto reflectido na morte de um outro modo, teria podido estar junto de ti, verdadeiramente ao teu lado, não apenas em pensamento. Teria agarrado a tua mão e colocado na tua frente o beijo do adeus’ (Châtelet 2004: 169).

Podemos não estar de acordo com a opção concreta da mãe de Noëlle. Mas como poderemos estar contra a existência dessa sociedade maior que a filha imagina e que lhe possibilitaria acompanhar a mãe até ao fim?...

REFERÊNCIAS

Livros e Artigos

- Admiral, Pieter; Chaboth, Boudewijn; Ogden, Russel; Rietveld, Aad; Glerum, Janet
2006) [2003] *Guide to a Humane Self-Chosen Death*. 2ª ed. ampliada, em inglês (1ª ed. em holandês esgotada). Netherlands: MacDonald/SSN bv / WOZZ Foundation.
- ALDE Hearing
2007 'Medically Assisted Dying and Euthanasia: A Matter of Human Rights'. 05/07, European Parliament. URL: <http://www.alde.eu/index.php?id=42&tx_ttnews%5Btt_news%5D=8557&cHash=308158337a>.
- American Academy of Hospice and Palliative Medicine
2007 'Position Statements: Physician-Assisted Death'. URL: <<http://www.aahpm.org/positions/suicide.html>>.
- Baezner, Elke
2007 'The Swiss Model'. In ALDE Hearing. 'Medically Assisted Dying and Euthanasia: A Matter of Human Rights'. European Parliament 05/07. URL: <http://www.alde.eu/index.php?id=42&tx_ttnews%5Btt_news%5D=8557&cHash=308158337a>.
- Battin, Margaret P.
1996 *The Death Debate: Ethical Issues in Suicide*. New Jersey: Prentice Hall.
2001 'Safe, Legal, Rare?: Physician-Assisted Suicide and Cultural Change in the Future'. In *Physician-Assisted Suicide: What Are The Issues?*. Editado por Loretta M. Kopelman e Kenneth A. De Ville. Dordrecht, Boston e Londres: Kluwer Academic Publishers. pp.187-201.
- Brody, Baruch A. (ed.)
1989 *Suicide and Euthanasia: Historical and Contemporary Themes*. Col. Philosophy And Medicine. Vol. 35. Dordrecht, Boston e Londres: Kluwer Academic Publishers.

- Carrick, Paul
1995 *Medical Ethics in Antiquity: Philosophical Perspectives on Abortion and Eutanasia*. Dordrecht, Boston e Londres: Kluwer Academic Publishers.
- Châtelet, Noëlle
2004 *La Dernière Leçon*. Paris: Seuil.
- Chawla, Raghav
2005 'Exit: Le Droit de Mourir'. *British Medical Journal* 24. pp.331-702.
- Council de l'Europe
2003 *L'Euthanasie*. Vol. I. *Aspects Éthiques et Humains*. Estrasburgo: Éditions du Conseil de l'Europe.
2004 *L'Euthanasie*. Vol. II. *Perspectives Nationales et Européennes*. Estrasburgo: Éditions du Conseil de l'Europe.
- Delden, van Johannes
2004 'Pays-Bas: L'Euthanasie Comme Ultime Recours'. In *L'Euthanasie*. Vol. II. *Perspectives Nationales et Européennes*. Editado por Council de l'Europe. Estrasburgo: Éditions du Conseil de l'Europe. pp.67-77.
- Delden, Johannes van; Visser, Jaap; Borst-Eilers, Els
2004 'Thirty Years' Experience with Euthanasia in the Netherlands. In *Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care & Patient Choice*. Editado por Timothy Quill e Margaret Battin. Baltimore e Londres. The John Hopkins University Press. pp.202-16.
- Díaz, Carlos Gaviria
2003 'La Defensa de la Autonomía en un País Heterónimo' [síntese da Conferência]. In *Colóquio Direito e Justiça no século XXI* (Coimbra, 29 a 31 de Maio 2003). URL: <<http://opj.ces.uc.pt/portugues/novidds/coloqleijus.html>>.
- Dowbiggin, Ian
2003 *A Merciful End: The Euthanasia Movement in Modern America*. Oxford e Nova Iorque: Oxford University Press.

- Engelhardt, H. Tristram
2001 'Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Another Battle in the Culture Wars'. In *Physician-Assisted Suicide: What Are The Issues?*. Editado por Loretta M. Kopelman e Kenneth A. De Ville. Dordrecht, Boston e Londres: Kluwer Academic Publishers. pp.29-41.
- Englert, Yvon
2004 Belgique: L'Évolution du Débat. In *L'Euthanasie:: Perspectives Nationales et Européennes*. Organizado pelo Conseil de l'Europe. Estrasburgo: Éditions du Conseil de l'Europe. pp.15-26.
- Griffiths, John; Bood, Alex; Weyers, Heleen
1998 *Euthanasia and Law in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Heide, Agnes van der et al.
2007 'End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act'. *New England Journal of Medicine* 356. pp.1957-65.
- Hennezel, Marie de
1999 [1997]. *Diálogo com a Morte: Os Que Vão Morrer Ensinam-nos a Viver*. Prefácio de François Mitterrand. Trad. de José Carlos González. Lisboa: Notícias.
- Humphry, Dereck
1991 *Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*. The Hemlock Society [Tradução portuguesa.: *Derradeira Solução: Aspectos Práticos do Suicídio e do Suicídio Assistido para os Moribundos*. Tradução de Mário Noronha. Lisboa: Puma Editora, 1992].
- 2006 'What do You Call an Assisted Death?'. *Assisted Suicide/ERGO*, November 9. URL: <<http://www.assistedsuicide.org/what-do-you-call-an-assisted-death.html>>.
- 2007 *Final Exit*. Digital Edition (eBook PDF). URL: <http://www.finalexit.org/ergo-store/index.php?main_page=product_info&products_id=201>
- Hurst, Samia A; Mauron, Alex
2003 'Assisted Suicide and Euthanasia in Switzerland: Allowing a Role for Non-Physicians'. *British Medical Journal* 326. pp. 271-73.

- Kouchner, Bernard
2003 'Réflexions sur la Fin de Vie'. In *L'Euthanasie: Aspects Éthiques et Humains*. Volume I. Editado pelo Conseil de l'Europe. Estrasburgo: Éditions du Conseil de l'Europe. pp 103-13.
- Law, Sylvia A., J. D.
(2004 'Choice in Dying. A Political and Constitutional Context'. In *Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care & Patient Choice*. Editado por Timothy Quill e Margaret Battin. Baltimore e Londres. The John Hopkins University Press. pp.300-08.
- Lee, Barbara Coombs
2003 *Compassion in Dying: Stories of Dignity and Choice*. Troutdale; Oregon: NewSage Press.
- Lieberman, E. James
2006) 'Death with Dignity' [Letters to the Editor]. *Psychiatric News* 41 (15). p:29.
- Macedo, João Carlos G.
2004 'Elisabeth Kübler-Ross: A Necessidade de uma Educação para a Morte'. Dissertação de Mestrado. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Minelli, Ludwig A.
2007 'The Decision of the Swiss Federal Court of November 3, 2006, the Negative Reaction of the World of Medicine, and its Consequences'. In ALDE Hearing. 'Medically Assisted Dying and Euthanasia: A Matter of Human Rights'. European Parliament 05/07. URL: <http://www.alde.eu/index.php?id=42&tx_ttnews%5Btt_news%5D=8557&cHash=308158337a>.
- Minois, Georges
1999 [1995] *History of Suicide: Voluntary Death in Western Culture*. Tradução de Lydia G. Cochrane. Baltimore e London: The John Hopkins University Press. [Existe tradução portuguesa: *História do Suicídio: A Sociedade Ocidental Perante a Morte Voluntária*. Tradução de Serafim Ferreira. Lisboa: Teorema, 1998].
- Nitschke, Philip; Stewart, Fiona
2006 *The Peaceful Pill Handbook*. Exit International.

- Pohier, Jacques
1999 *A Morte Oportuna*. Tradução de G. C. Franco. Lisboa: Editorial Notícias.
- Preston, Tom
2006 *Patient-Directed Dying: A Call for Legalized Aid In Dying for the Terminally Ill*. Nova Iorque: iUniverse.
- Quill, Timothy E.
1991 'Death and Dignity: A Case of Individualized Decision Making'. *New England Journal of Medicine*. 324. pp.691-94.
2001 *Caring for Patients at the End of Life: Facing an Uncertain Future Together*. Oxford e Nova Iorque: Oxford University Press.
2007 'Legal Regulations on Physician-Assisted Death: The Latest Report Cards'. *New England Journal of Medicine* 356. pp.1911-13.
- Quill, Timothy E.; Battin, Margaret
2004 'Introduction. False Dichotomy versus Genuine Choice. In *Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care & Patient Choice*. Editado por Timothy E. Quill e Margaret Battin. Baltimore e Londres: The John Hopkins University Press. pp.1-12.
- Santos, Laura F.
2003 'Eutanásia: Para Amar a Vida Até ao Fim?' *Interacções: Sociedade e as Novas Modernidades* 4, Abril. pp.25-58.
2005 'Fim de Vida e Não-abandono: Um Tríptico a Partir de Timothy E. Quill'. *Interacções: Sociedade e as Novas Modernidades* 9, Outubro. pp.386-393.
2007 'A Morte Assistida de Welby: Questões Bioéticas e Religiosas'. *Público*, 8 de Janeiro. p. 6.
- Séneca, Lúcio Aneu
1991 *Cartas a Lucílio*. Trad., Pref. e Notas de J. A. Segurado e Campos. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sheldon, Tony
2005 'Dutch Doctors Adopt Guidelines on Mercy Killing of Newborns'. *British Medical Journal* 331. p.126.
- Thomasma, David; Kimbrough-Kuschner, Thomasine;

- Kimsma, Gerrit K.
1998 *Asking to Die: Inside the Dutch Debate about Euthanasia*. Dordrecht, Boston e London: Kluwer Academic Publishers.
- Verhagen, Eduard; Sauer, Pieter J.J.
2005a 'The Groningen Protocol: Euthanasia in Severely Ill Newborns'. *New England Journal of Medicine* 352. pp.959-62.
- 2005b 'End-of-Life Decisions in Newborns: An Approach From the Netherlands'. *Pediatrics: Official Journal of the American Academy of Pediatrics* 116 (3). pp.736-39.
- Verhagen, Eduard et al.
2007 'Physician Medical Decision-Making at the End of Life in Newborns: Insight Into Implementation at 2 Dutch Centers'. *Pediatrics: Official Journal of the American Academy of Pediatrics* 120 (1). e20-e28.
- Werth, James L. (ed.)
1999 *Contemporary Perspectives on Rational Suicide*. Filadélfia: Brunner/Mazel (Taylor & Francis).

Artigos de Jornais

- Alberto, Pinna
2007 'Si' della Curia. Il Parroco: Funerale in Chiesa'. *Corriere della Sera*, 25 Luglio. URL: <http://archivio.corriere.it/archiveDocumentServlet.jsp?url=/documenti_globnet/corsera/2007/07/co_9_070725019.xml>
- Benito, Emílio de
2007 'El final de la Vida. Echevarría Abre la Puerta en España a la Programación Legal de la Propia Muerte. La Mujer, Enferma sin Posible Cura, se Benefició de la Ley que Permite Renunciar al Tratamiento'. *El País*, 16/03. URL: <<http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Echevarria/abre/puerta/Espana/programacion/legal/propia/muerte/e/>>
- Campbell, Matthew

- 2006 'Holland to Allow 'Baby Euthanasia'. *The Sunday Times*, March 5. URL: <<http://www.timesonline.co.uk/>>
- Cardenal Cañizares, Antonio [Arcebispo de Toledo]
- 2007 'Estamos por la Vida, Pero no por el Relativismo. Artículo del Sr. Cardenal en el Diario "La Razón", el día 6 de Marzo. *Atrio: Lugar de Encuentro de lo Sagrado y lo Profano*. URL: <http://www.atrío.org/?page_id=556/>
- Connolly, Kate
- 2007 'Residents Call a Halt to Assisted Suicide in Swiss Housing Block'. *The Guardian Unlimited*, July 13. URL: <<http://www.guardian.co.uk/print/0,,330187382-103681,00.html>>
- Dutch 'Drion Pill' Becomes 'Lastwillpill'
- 2003 URL: <<http://www.worldrtd.net/news/federation/?id=646/>>
- Egan, Timothy; Liptak, Adam
- 2006 'Fraught Issue, but Narrow Ruling in Oregon Suicide Case. *The New York Times*, January 18.
- 'Giovanni [Nuvoli] si è lasciato morire di inedia'. Il Dolore della Moglie di Nuvoli. La denuncia di Marco Cappato: 'Lo Stato lo ha Costretto a una Morte Indegna'. *La Repubblica*, 24 Luglio, 2007. URL: <<http://www.repubblica.it/2007/07/sezioni/cronaca/welby-medico/nuvoli-morto-di-inedia/nuvoli-morto-di-inedia.html>>
- 'Lo que Todo Católico Necesita Saber' [sobre a posição de algumas autoridades católicas no caso de I. Echevarría]. 07-03-2007. URL: <<http://www.aciprensa.com/utiles/myprint/print.php>>
- Moretti, Pietro Yates
- 2007 'Testamento Biologico. Ordine medici di Milano mostra cultura clerico-autoritaria. Giu' le mani dai nostri corpi. *Aduc: Vivere & Morire*, 19 Giugno. URL: <http://www.aduc.it/dyn/comunicati/comu_mostra.php?id=184517>
- 'Un Enfermo Terminal que Pedía la Eutanasia en Italia Muere en Huelga de Hambre'. *El País*, 24.07.07. URL: <<http://www.elpais.com/articulo/inter->

nacional/enfermo/terminal/pedia/
eutanasia/Italia/muere/huelga/hambre/
elpepuint/20070724elpepuint_11/Tes/>

Welby / Riccio. 'Ancora Reazioni alla Sentenza di Non Luogo a Procedere'. *Vivere & Morire*. 24 Luglio 2007, <<http://www.aduc.it/dyn/eutanasia/noti.php?id=188280/>>

Legislação e Outros Documentos Oficiais

Advisory Committee on Termination of Life of Neonates

2005 'Press Release', 29 November. URL: <<http://www.minvws.nl/en/themes/euthanasia/default.asp>>

Código Penal Suíço

URL: <http://www.admin.ch/ch/f/rs/c311_0.html>

Département Fédéral de Justice et Police [Suíça]

2006 'Assistance au Décès: Appliquer et Faire Respecter Résolument le Droit en Vigueur. Le Conseil Fédéral Prend Acte du Rapport sur l'Assistance au Décès. *Communiqués*, 31.05, URL: <http://www.ofj.admin.ch/bj/fr/home/dokumentation/medieninformationen/2006/ref_2006-05-311.html>

Conseil de l'Europe

1950 'Convention Européenne des Droits de l'Homme', URL: <http://www.lexinter.net/UE/convention_europeenne_des_droits_de_l'homme.htm> [trad. port. (entre outras): Convenção Europeia dos Direitos do Homem, Decreto-Lei 65/78].

Explanatory Memorandum [que explicita muitos aspectos da lei holandesa sobre a terminação da vida]. [Dutch] Lower House, session 1998-1999, 26691, nº 3.

Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie [Bélgica]. URL: <https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512662&_dad=portal&_schema=PORTAL> [ver também Ministère de la Justice].

- Marino, Ignazio et al. [senadores italianos]
 2006 'Disegno di Legge n. 687. Disposizioni in Materia di Consenso Informato e di Dichiarazioni di Volontà Anticipate nei Trattamenti Sanitari al Fine di Evitare l'Accanimento Terapêutico'. Senato della Repubblica, XV Legislatura. URL: <<http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=Ddlpres&leg=15&id=210147>>
- Ministère de la Justice [Bélgica]
 2002 'Loi Relative à l'Euthanasie' (22 Mai). *Moniteur Belge* 22. 06. pp. 28515-28520 [ver também Loi du 28 mai 2002].
- Ministère des Affaires Sociales de la Santé Publique et de l'Environnement [Bélgica]
 2002 Loi Relative aux Soins Palliatifs (26 Juin). *Moniteur Belge* 26. 10. pp.49160-61.
- Ministry of Health, Welfare and Sport [Holanda]
 2002 'Euthanasia, the Netherlands' New Rules'. *Documentation*, 8 April. URL: , <http://www.minvws.nl/en/folders/ibe/euthanasia_the_netherlands_new_rules.asp>
- Ministry of Health, Welfare and Sport [Holanda]
 2007 'Evaluation Summary. Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures)' Act. May. URL: <<http://www.minvws.nl/en/themes/euthanasia/default.asp>>
- Oregon Death with Dignity Act
 1994 e 1997 URL: <<http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/ors.shtml>>.
- Oregon Department of Human Services
 2006 *Annual Report*. URL: <<http://oregon.gov/DHS/ph/pas/index.shtml>>
- Sentencia C- 239/97 da Corte Constitucional Colombiana sobre 'Homicidio por Piedad'.
- Service Fédéral de la Santé Publique
 2006 'Comission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Deuxième Rapport aux Chambres Législatives (Années 2004 et 2005)'. URL: <www.health.fgov.be/euthanasie/fr>
- Sénat de Belgique
 2007 'Table des matières concernant "euthanasie" (Tout

depuis 1995) [Documentos vários, legislativos e não só, sobre a questão da eutanásia na Bélgica]. URL: <http://www.senat.be/www/?MIval=index_senate&MENUID=12420&LANG=fr>

Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act [Holanda] URL: <<http://www.nvve.nl/nvve2/pagina.asp?pagkey=72087>>

University Medical Center Groningen
2004 'Paediatricians Call for Nationwide Protocol for the Ending of Life of Unbearably and Incureably Suffering Newborns'. 10 December. URL: <<http://www.umcg.nl/azg/nl/english/nieuws/45613/>>

Algumas Associações Right-to Die²⁶

Associação Federativa – The World Federation of Right to Die Societies. URL: <<http://www.worldrtd.net/members/?id=31/>> Esta associação publica a World Right-to-Die Newsletter (quase todas as Associações têm uma publicação própria).

Alemanha – Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben eV (DGHS). URL: <<http://www.dghs.de/>>

Austrália e Nova Zelândia – EXIT International [dirigida por Philip Nitschke], URL: <<http://exitinternational.net/>>²⁷.

Bélgica – Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité. URL: <http://www.admd.be/Who_is_who.html>

²⁶ Embora não se trate de uma associação *right-to-die*, a *Associazione Luca Coscioni. Per la libertà di ricerca scientifica* (Itália) tem defendido, com grande destaque e veemência, o direito à 'morte assistida' e às directivas antecipadas. Como se disse, Piergiorgio Welby era seu co-presidente quando foi ajudado a morrer. Giovanni Nuvoli teve também o seu apoio quando tentou que algum médico lhe retirasse o ventilador (<http://www.lucacoscioni.it>).

²⁷ Sediada na Austrália e Nova Zelândia, com uma extensão nos EUA (Michigan), esta Associação não se confunde com outras Associações australianas e a maior parte das outras associações do mundo, pois pretende ajudar a morrer quem estiver seriamente doente ou tenha muita idade, mas esteja lúcido, independentemente da lei do país.

- Canadá – Right to Die Society of Canada. URL: <<http://www.righttodie.ca>>
- Colômbia – Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, <<http://www.dmd.org.co>>.
- Espanha – Asociación DMD. Derecho a Morir Dignamente. URL: <<http://www.eutanasia.ws/servlet/Eu001/>>
- Estados Unidos – Assisted Suicide/ERGO [dirigida por Dereck Humphry]. URL: <<http://www.assistedsuicide.org>>
- Estados Unidos – Compassion & Choices (national). URL: <<http://www.compassionandchoices.org>>
- Estados Unidos – Compassion & Choices of Oregon. URL: <<http://compassionoforegon.org>>
- Estados Unidos – Death with Dignity National Center. URL: <<http://www.deathwithdignity.org>>
- Estados Unidos – ERGO. Euthanasia, Research & Guidance Organization [dirigida por Dereck Humphry]. URL: <<http://www.finalexit.org>>. É responsável por uma International Right-To-Die Mailing List>
- Estados Unidos – Final Exit Network. URL: <<http://finalexitnetwork.org>>
- França – Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité. URL: <<http://www.admd.net>>
- Holanda – NVVE: Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensende [com versão inglesa]. URL: <<http://www.nvve.nl/nvve2/pagina.asp?pagkey=72083>>. Esta associação publica *Relevant. Magazine of Right to Die-NL*, June 2007. URL: <<http://www.nvve.nl/nvve2/pagina.asp?pagkey=76079&metkey=375>>
- Itália – Exit Italia. URL: <<http://www.exit-italia.it>>
- Itália – Libera Uscita. URL: <<http://www.liberauscita.it>>
- Israel – LILACH: The Israel Society for the Right to Live and Die with Dignity*. URL: <<http://www.lilach.org.il/about.htm>>
- Japão – Japan Society for Dying with Dignity. URL: <<http://www.songenshi-kyokai.com>>
- Luxemburgo – Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD-L). URL: <<http://www.admdl.lu>>

Portugal – Não existe.

Reino Unido – Dignity in Dying. URL: <<http://www.dignityindying.org.uk>>

Reino Unido – Exit Scotland. URL: <<http://www.euthanasia.cc>>.

Suíça – DIGNITAS Menschenwürdig Leben - Menschenwürdig Sterben (To Live with Dignity / To Die with Dignity) [Suíça, dirigida por Ludwig Minelli]. URL: <<http://www.dignitas.ch>>

Suíça – EXIT A.D.M.D. Suisse Romande. Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité [dirigida por Jérôme Sobel, com versão francesa e inglesa]. URL: <<http://www.exit-geneve.ch/accueilF.html>> Em 2005, Fernand Melgar realizou sobre esta Associação o documentário *Exit. Le droit de Mourir*.

Suíça – Ex International. URL: <<http://www.exinternational.ch>>

Suíça – EXIT Deutsche Schweiz. URL: <<http://exit.ch/wDeutsch/>>

Hoje Não Posso, é o Dia que o Meu Pai Escolheu para Morrer: A Morte Voluntária Assistida na Cultura Ocidental do Século XXI

Sumário

Em relação à morte e ao morrer, pode ser que algumas sociedades de cultura ocidental tenham já iniciado uma viragem cultural decisiva: não esperar simplesmente que essa morte e morrer venham ter com as pessoas, mas antecipar esses tempos últimos, de modo a evitar sofrimentos temidos. Neste contexto, o artigo apresenta o modo como quatro países – Holanda, Suíça, Colômbia e Bélgica – e o estado do Oregon nos Estados Unidos, legislaram sobre a morte assistida, apresentando igualmente alguns resultados derivados dessa legislação. Na parte final do artigo, é feita referência a directivas antecipadas e à chamada eutanásia passiva e eutanásia indirecta.

Not Today, That's the Time My Father Has Chosen to Die: Assisted Voluntary Death in the Western Culture of the 21st Century

Summary

It may happen that, in what concerns death and dying, some societies in the western culture have already initiated a decisive cultural turning point. They do not wait for illness to overwhelm people. Instead, they anticipate these last and ultimate times in order to prevent needless suffering. This article presents the way four countries – the Netherlands, Switzerland, Colombia and Belgium – and the state of Oregon in the United States have legislated on assisted death. Next some of the results of this legislative action are discussed. The final part of the article makes reference to advanced directives and the so called passive and indirect euthanasia.