

## Eutanásia: Para Poder Amar a Vida até ao Fim<sup>7</sup>

---

**Laura Ferreira dos Santos**

*Costumo dizer [...] que nesta matéria [a eutanásia] as autoridades competentes conjugam duas tácticas: a do muro de betão e a do edredão; o muro de betão porque elas estão decididas a não alterar nem um bocadinho o fundo do problema; o edredão para sufocar o mínimo procedimento susceptível de provocar um debate público, mesmo que tenham de fechar os olhos a comportamentos que, em princípio, reprovam*

(Pohier 1999: 243).

Pelos finais dos anos setenta, na comunidade de Nova Inglaterra, depois de duas pessoas terem perdido a vida, uma por leucemia e outra por acidente de automóvel, as alunas e os alunos da escola secundária local pediram que a escola organizasse um curso extracurricular sobre a questão da morte. Certamente chocados/as com a mortalidade evidente de dois dos seus conterrâneos, estes e estas jovens, sentindo a necessidade de organizar as suas ideias sobre a morte, recorriam, assim, à escola, instituição supostamente

encarregada de fazer pensar de um modo organizado. No entanto, quem nos relata esta história — Scott Peck, famoso psiquiatra americano já reformado (cf. Peck 2002: 327) — informa-nos, para nossa surpresa, que o quadro de administração da escola, de quem dependia a decisão de avançar ou não com o dito curso, recusou fazê-lo por 8 votos contra 1. Como, aos olhos da administração, se tratava de uma iniciativa ‘mórbida’, não haveria razões para lhe dar seguimento. Contestada a decisão, as entidades responsáveis reuniram-se de novo, mas apenas para reiterarem a mesma posição e a mesma votação. Neste contexto, pergunta-se: a mortalidade humana não deve ser objecto de uma reflexão ao nível educacional? Pode-se pretender educar para uma vida considerada *boa*, segundo valores que, por exemplo, apelam à honestidade, à responsabilidade e à coerência, sem nunca abordar a questão da atitude a ter perante o sofrimento — sobretudo o irreversível — e o morrer? Como não incluir a questão da morte e do morrer nas zonas transversais que percorrem e unem a educação à ética e à cidadania, para só referir três destas possíveis conexões?

Segundo o conhecido pensamento de Paulo Freire, educar é fornecer as condições para que as pessoas possam ler e escrever a sua própria vida (cf. Freire, por ex., 1975 e 1977). Mas atendendo a que o morrer faz ainda parte da vida, só reflectindo também sobre ele é que afinal podemos estar, de facto, em condições de, pelo menos, ler as nossas próprias vidas na sua integralidade. Propositadamente, falo aqui apenas de ler as nossas vidas, não de as *escrever*, pois se alguém pretender morrer através da eutanásia, mas o procedimento for ilegal no seu país, pode ficar impedido de escrever essa última parte da sua vida. Deste modo, pensar sobre o morrer e a eutanásia deveria fazer parte do nosso processo educativo, como pretendia Scott Peck, pois, inevitavelmente, a morte é o único exame da nossa vida em que, forçosamente, um dia havemos de ter a nota máxima<sup>2</sup>.

Esconder o sofrimento, o morrer e a morte não é algo saudável para uma sociedade. Se é, decerto, verdade que pensarmos frequentemente na morte nos pode deprimir e diminuir o nosso entusiasmo de viver, não é menos verdade que ocultar a doença, a velhice e a morte, ressaltando apenas a beleza e a juventude, é igualmente uma atitude desequilibrada. Dificilmente uma sociedade que ostraciza a ideia da morte aprende a cuidar e respeitar as suas pessoas idosas ou a entender e respeitar a dor do luto sentida por alguém que perdeu uma pessoa amiga ou familiar.

Por tudo isto, reflectir sobre a eutanásia obriga-nos, sem dúvida, a

colocar questões que se desenvolvem não só no âmbito da política, do direito, da religião e da filosofia, mas também, mais especificamente, no âmbito de uma filosofia da educação<sup>3</sup>. Retomando uma ideia expressa por André Comte-Sponville, somos educados e educadas no sentido de que nem todo o tipo de vida é desejável ou a incentivar, pretendendo-se que uma criança acabe por adoptar os valores que nos parecem mais correctos. Mas, então, porque é que havíamos de pensar diferentemente quanto ao fim de vida, não pretendendo ter também aí uma palavra determinante a dizer? Por que é que, aquando da proximidade da morte, havemos de abdicar da responsabilidade e liberdade com que tentamos viver ao longo da nossa existência, valores que fomos incentivados e incentivadas a assumir e desenvolver (cf. Leguay 2000: 174)?

De uma forma muito veemente, Scott Peck afirma mesmo, acerca do fenómeno da eutanásia, que ‘A forma como lidamos com ele não pode ser divorciado [sic] da problemática da educação’ (Peck 2002: 292), apostando num ‘curso obrigatório e devidamente acreditado sobre a morte e o processo que a ela conduz, ensinado em todos os liceus do país’ (p.327). Na mesma linha, um outro psiquiatra americano, Herbert Hendin, ainda mais desfavorável à despenalização da eutanásia do que Peck e autor de um livro muito citado por quem a ela se opõe, *Seduced by Death*, escreve igualmente que um dos seus objectivos tem sido o de educar o público e o pessoal médico sobre as consequências que ele julga nefastas de uma despenalização (cf. Hendin 1998: 20).

Evidentemente, um simples artigo sobre esta temática terá de deixar muitas questões de fora. Quem começa a ler sobre esta questão, depressa é obrigado ou obrigada a concluir que a imagem, muitas vezes, utilizada da ‘encosta resvaladiça’ (*slippery slope*), segundo a qual as consequências da legalização ou despenalização da eutanásia seriam imparáveis, uma vez que se legislasse favoravelmente sobre o assunto, é também uma imagem que, *mutatis mutandis*, pode ser adequadamente aplicada à investigação efectuada neste domínio. De facto, é já tanto o que se tem escrito sobre a questão e é tal a multiplicidade de conexões que a partir dela se podem estabelecer com várias áreas do saber, que a sensação, a partir de certo momento, é a de um estudo imparável e impossível de abranger. Daí a necessidade imprescindível de delimitar bem o que se vai investigando. Como se verá, é essa mesma delimitação que vai ser tentada neste texto.

## CONCEITO PROVISÓRIO DE EUTANÁSIA

Uma das possibilidades de ir ao encontro do estudo da temática da eutanásia é, evidentemente, começando por tentar definir o conceito principal nela incluído: afinal, de que é que se fala ao certo quando se fala de eutanásia? Pode, aliás, acontecer que o próprio termo seja utilizado em acepções variadas, o que só aumentará a confusão num assunto já de si tão polémico. Urge, portanto, efectuar um trabalho de clarificação de conceitos. No entanto, atendendo, precisamente, a toda a complexidade de situações para que pode remeter o termo eutanásia, começarei apenas por enunciar, muito rapidamente, o modo como ele é entendido nos dois únicos países europeus em que existe legislação (favorável) sobre o assunto, a Holanda e a Bélgica. A brevidade dessa abordagem introdutória ao conceito, deixando para depois uma sua abordagem mais complexificada, fica a dever-se à convicção, encarnada numa estratégia expositiva, de que, para a leitora ou leitor, será mais fácil apreender essa complexidade depois de se ter confrontado primeiro com dois casos concretos muito diferentes de eutanásia que vou expor, um que teve que ver com a morte de Freud, atingido de cancro, outro com a morte polémica de uma senhora holandesa em sofrimento psicológico ou existencial<sup>4</sup>.

A legislação holandesa que regula a eutanásia encontra-se no que, em inglês, se designa de 'Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act' (cf., por ex, <http://www.nvve.nl/english/info/euthlawenglish.htm>), podendo-se identificar aí as emendas feitas ao Código Penal, assim como as que foram efectuadas ao que, também em inglês, se designa de 'Burial and Cremation Act'. Na sua história mais recente, a Câmara Baixa (Lower House) holandesa fez aprovar, por uma maioria de 104 votos contra 40, nova legislação sobre o assunto em 28 de Novembro de 2000 (pouco significativas são as alterações em relação à legislação anterior), acto ratificado por 46 votos contra 28 em 10 de Abril de 2001 pela Câmara Alta (Hupper House), tendo entrado em vigor a partir de 1 de Abril de 2002. Para as autoridades holandesas, a eutanásia é um acto em que, deliberadamente e a pedido de outra pessoa, um médico ou médica põe fim à sua vida ou a ajuda a suicidar-se, tendo a convicção de que a pessoa em causa está num sofrimento permanente e insuportável ('lasting and unbearable'), não se encontrando outra solução razoável. Evidentemente, o pessoal médico terá também de cumprir muitas outras regras de procedimento que me escuso aqui a mencionar

para não me alongar demasiado, a fim de que o seu acto não venha a ser criminalizado, pois 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.

Quanto 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 (<http://www.senat.be>), num documento muitíssimo extenso, se podem encontrar ainda (pelo menos, em Janeiro de 2003) 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). Aliás, não só as intervenções variadas de pessoas qualificadas para falar sobre a assunto, como os longos debates, por vezes muito duros, que se travaram a seguir a cada intervenção, 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, 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 acidental 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, 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, cf. o *site* do senado belga anteriormente referido).

## A EUTANÁSIA NO CONCRETO

### 1. O caso Freud/Max Schur

Embora se trate de um facto maioritariamente omitido nos livros ou noutros escritos elaborados em torno de Freud, a verdade é que a sua morte se ficou a dever a um acto de eutanásia, provocado pelo seu médico pessoal Max Schur. Mas como se chegou aí?

Em Abril de 1923, Freud encontra-se a ponto de fazer 67 anos. Em Novembro de 1917, sofrera já uma lesão importante no palato, eventualmente derivada do seu consumo excessivo de charutos, hábito a que só por breves temporadas conseguia renunciar, tendo-se mesmo falado, a este propósito, de uma dependência grave da nicotina. Trabalhava-se sempre, aliás, de interrupções motivadas por medo de uma ameaça mortal, como a constituída por problemas cardíacos, de que Freud padeceu sobretudo nalgumas fases da sua vida (uma ameaça mortal provocada pelo desenvolvimento de um cancro estava, então, fora desses horizontes de preocupação com a saúde).

Agora, em 1923, tendo ele próprio detectado, dois meses antes, um tumor no maxilar superior e lado direito do palato (posteriormente, os dois maxilares acabaram por ser atingidos), é operado a 20 desse mesmo mês — um certo fatalismo tê-lo-ia impedido de actuar mais cedo (cf. Schur 1975: 424-26) — em circunstâncias particularmente infelizes: em primeiro lugar, porque as condições logísticas em que o acto cirúrgico decorreu estavam longe de ser as melhores; em segundo lugar, porque o médico que realizou a intervenção estava também longe de reunir as competências necessárias para um tal acto. Neste contexto, é de crer que se não fora o colega do 'quarto' improvisado de Freud a chamar por auxílio, Freud poderia ter morrido da fortíssima hemorragia de que foi acometido horas depois de ter sido operado, ele que já nessa altura tinha perdido muito sangue. A campanha de emergência estava estragada e ninguém comparecera ao apelo. Tendo a sua situação voltado a piorar de noite, o médico de serviço recusou-se a sair da cama para lhe prestar assistência. Mesmo assim, Freud sobreviveu. Tendo a análise dos tecidos retirados indicado a presença de cancro, envereda-se por um tratamento com aplicações locais de rádio, tratamento que, na opinião de Max Schur, terá sido uma má escolha, atendendo às características do cancro detectado. Ainda por cima, essa estratégia de actuação fez com que Freud sofresse dores violentas. Em breve, chega-se à conclusão que deve ser realizada uma nova cirurgia, o que ocorrerá logo em Outubro

desse mesmo ano, agora com um cirurgião digno desse nome, Hans Pichler, que tratará Freud durante quinze anos. Aliás, o seu cuidado foi ao ponto de, antes de operar, experimentar num cadáver o novo método que iria ser por ele utilizado. Porém, pouco depois, surge novo tecido canceroso, implicando outra operação a 12 de Novembro (Pichler, numa auto-crítica muito frontal, já dissera que talvez devesse ter retirado mais tecido na intervenção anterior). A partir dessa altura, Freud será obrigado a usar, até ao fim da vida, uma prótese oral que muitos problemas lhe foi causando, magoando-o, impedindo-o de comer e falar sem sofrimento, sendo também muito difícil de tirar e voltar a colocar, só para mencionar alguns dos problemas causados. Em razão disto mesmo, Max Schur veio a designá-la de 'monstro' depois da morte de Freud (cf. Schur 1975: 434, nota 23). Não obstante os esforços constantes para melhorá-la, os aperfeiçoamentos conseguidos não foram muito significativos.

Não conseguindo Freud pôr fim à sua dependência da nicotina, a situação de irritação permanente assim provocada ao nível da boca nada ajudou à recuperação. De 1923 a 1939, ano em que morreu, Freud foi submetido a trinta e duas operações, a maior parte delas para eliminar lesões supostamente pré-cancerosas. No entanto, em 1936, uma dessas lesões volta a mostrar-se cancerosa, observando-se agora não só a tendência para adquirirem facilmente um carácter maligno, mas também para uma maior aproximação da zona da órbita. Portanto, foram sendo efectuadas novas operações, detectando-se mais lesões malignas, até que, em começos de 1939, a ponderação das vantagens e dos inconvenientes de uma nova intervenção numa lesão maligna leva a escolher, sem hesitações, não operar.

Entretanto, deve ser dito que, desde 1928, Max Schur, médico internista de trinta e dois anos, muito atraído pela psicanálise, se tornara médico pessoal de Freud por insistência de Maria Bonaparte que já recorrera aos seus serviços numa ligeira doença. Para essa 'admissão', Freud fizera-o prometer duas coisas: que lhe diria sempre a verdade e que, se a sua situação de saúde se tornasse irremediável, não o deixaria sofrer inutilmente. Sobre estas palavras cerraram-se as mãos, como escreve Schur (cf. p.484-5).

A partir de Agosto de 1939, já em Londres, para onde fugira com a família mais próxima em Junho do ano anterior, para escapar à escalada nazi, o sofrimento de Freud aumenta, tanto mais quanto a sua necessidade de manter a capacidade de pensamento sempre o levava a evitar barbitúricos e opiáceos, drogas mais capazes de aliviar as

dores. Desenvolve-se uma necrose óssea na face, da qual se desprende um cheiro fétido. Na ausência de antibióticos, não há higiene oral bastante para resolver o problema, ao ponto de o seu cão *chow-chow* fugir também daquele cheiro. Para evitar a exposição às moscas, colocam-lhe um mosquiteiro. Em estado caquético, com ‘noites atrozes’ (p.621), sem o bom sono recuperador de antigamente e com dificuldade em ler, Freud estava a chegar aos seus limites. Na face, já se formara um buraco que deixava ver o cancro. A II Grande Guerra começara em Setembro, a batalha final de Freud também.

Em 4 de Fevereiro de 1920, numa carta a Sandor Ferenczy, a propósito da grave e irreparável ‘ofensa narcísica’ que constituía para ele a morte, com apenas 26 anos, da filha Sofia, a sua ‘menina do Domingo’, escrevera, citando cumulativamente Schiller e Goethe, que ‘A hora eternamente invariável do dever’ e ‘o doce hábito de viver’ (Freud 1979: 358; extracto também citado em Schur 1975: 387) seriam o seu único amparo contra aquela perda. Volvidos quase vinte anos sobre aquela carta, Freud já não consegue ter saúde suficiente para manter a maior parte dos seus antigos deveres, enquanto que o doce hábito de viver se tornara para ele num sofrimento constante. Travara uma luta heróica contra a doença. Era agora tempo de descansar. Por isso, a 21 de Setembro de 1939, lembra a Max Schur, sentado junto do seu leito, a promessa sobre a qual tinham cerrado mãos em 1928, acabando, segundo Schur, com as seguintes palavras: ‘*Das ist jetzt nur noch Quälerei und hat keinen Sinn mehr*’ (‘Isto agora já só é tortura e não faz qualquer sentido’ (Schur 1975: 622). Schur anui com um gesto, Freud agradece e pede-lhe para falar do assunto com Anna, que terá também concordado com o pai. Schur administra-lhe, então, com algum intervalo temporal, duas injeções de morfina, morrendo Freud a 23 de Setembro, pelas três da manhã.

## 2. O caso Netty/Chabot

Como é sabido, a ampla discussão em torno da eutanásia na Holanda remonta 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, 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.

Outros casos similares se seguiram (cf., por ex., *Euthanasia in Holland*), sendo digno de realce o que se desenrolou no ano de 1991 em torno do psiquiatra Boudewijn Chabot e da Sr<sup>a</sup> Hilly Boscher — ou Netty Boomsma, nome fictício que lhe foi atribuído — mulher de 50 anos a quem o médico prescreveu doses letais para se poder suicidar. Trata-se, de facto, de um caso digno de realce por variadas razões: em primeiro lugar, porque, como veremos, a motivação invocada pelos dois intervenientes no caso se afasta das motivações habitualmente mencionadas; em segundo lugar, porque essa motivação não só é pouco frequente como levanta sérias objecções, mesmo para quem se apresente como um defensor do direito à eutanásia; em terceiro lugar, porque esse caso, pelos seus contornos peculiares, foi muito explorado pelos opositores da eutanásia, possibilitando-lhes dizer que a sua despenalização não poderia senão conduzir a excessos como aquele, excessos que, mesmo se de outra ordem, abundariam na Holanda e seriam, portanto, inevitáveis numa legislação despenalizadora. Através do caso Chabot era, assim, toda a política holandesa dizendo respeito à eutanásia que era posta em causa e, mais radicalmente, a própria ideia de despenalização. Aliás, este é, precisamente, um dos casos que o psiquiatra americano opositor da eutanásia, Herbert Hendin, desenvolve no seu conhecido e já mencionado livro *Seduced by Death. Doctors, Patients, and Assisted Suicide* (Hendin 1998: 76-91). De que se tratou, afinal, de acordo com as informações proporcionadas por este autor?

Em Julho de 1991, Chabot foi chamado a intervir, como psiquiatra, junto de Netty, a quem a vida tinha feito feridas bem profundas. De entre elas, refira-se o casamento muito pouco satisfatório com um homem que lhe batia quando embriagado, tendo-se separado dele nos finais de 1988, assim como a morte consecutiva dos seus dois únicos filhos, sua grande razão de viver, ambos com a idade de vinte anos aquando da morte. O mais velho suicidara-se com uma arma de fogo, enquanto cumpria serviço militar na Alemanha (a descrição de Herbert Hendin não possibilita saber de um modo exacto a data desta morte). Superficialmente, o motivo invocado pelo jovem para tal

acto fora um amor não correspondido. Anos mais tarde, aparentemente em Novembro de 1990, é diagnosticado um cancro inoperável ao outro filho (a razão da insegurança na identificação da data deve-se ao facto de Hendin apresentar ‘tempos’ mutuamente incompatíveis, pois o filho não pode ter sido diagnosticado com cancro em Novembro de 1990, como afirma na p. 80, e ter iniciado a quimioterapia em Janeiro do mesmo ano, como afirma na p. anterior). Iniciada a quimioterapia, único tratamento disponível que acabaria por lhe destruir os glóbulos brancos, o jovem morre em Maio de 1991, tendo a mãe concordado em que se desligasse o ventilador a que estava ligado. A partir dessa altura, Netty só tem um pensamento: morrer. A vida já não faz para ela qualquer sentido, por isso pretende a ajuda de um médico para se ver livre de um sofrimento que vive como inútil, insuportável e sem hipóteses de ser atenuado, como se, afirma, não obstante a sua ‘descrença’, sentisse algo dentro de si a puxá-la para junto dos seus filhos, filhos que tinha enterrado lado a lado, deixando no meio um espaço para a sua própria sepultura.

Chabot compromete-se a ajudá-la a morrer, se as sessões com ela e os especialistas que iria consultar a seu respeito o orientassem nesse sentido. No entanto, acaba por dispendir apenas trinta horas de sessões com ela, de princípios de Agosto a princípios de Setembro, altura em que decide aceder ao pedido de suicídio assistido, não a tendo considerado deprimida, nem propriamente uma pessoa psicologicamente doente — tratava-se, simplesmente, de alguém irremediavelmente perdido numa dor psicológica inultrapassável e que desejava morrer. Quanto aos especialistas consultados, nenhum esteve em contacto com Netty, tendo-se a maioria, segundo informações de Hendin, inclinado pela ajuda ao suicídio que aconteceu em 27 de Setembro. Significativa e insinuantemente, Hendin escreve que as últimas palavras dirigidas por Netty a Chabot tiveram que ver com o suicídio do filho mais velho, tendo-se interrogado pelas razões que podem levar os jovens a suicidar-se (Hendin 1998: 82). Obviamente, com este simples apontamento Hendin está a chamar a atenção de um modo implícito, para a ferida incurada e não trabalhada que o suicídio do filho mais velho deixara, aproveitando, mais adiante, para retomar a frase (cf. p.87) e afirmar que, eventualmente, se poderia ter aproveitado as qualidades de assistente social de Netty, assim como a sua dolorosa ferida, para a envolver em programas de prevenção do suicídio de jovens (aliás, como psiquiatra, Hendin, nos Estados Unidos, faz parte da direcção de uma Fundação para a prevenção do suicídio).

Tendo Chabot procurado sempre seguir regras de bom procedimento (ou que assim eram por ele consideradas), notificou a morte de Netty às autoridades como tendo sido uma morte não natural. Em seguida, a polícia conduz uma investigação em torno do caso, sendo o psiquiatra informado, em Dezembro de 1992, de que o assunto iria a Tribunal. Depois de várias peripécias judiciais descritas por Hendin, o Ministro da Justiça recorreu para o Supremo Tribunal (Junho de 1994), na medida em que a não condenação do médico redundava na legitimação polémica de um pedido de eutanásia baseado em sofrimento psíquico, mas não em doença física ou psiquiátrica. Mas Chabot acaba, de novo, por ser absolvido. É certo que o Tribunal o considerou culpado na questão muito concreta de não ter feito com que Netty fosse observada por outro psiquiatra, mas na medida em que o resto do seu comportamento parecia ter-se pautado por normas de responsabilidade, foi decidido librá-lo. No entanto e curiosamente (pois Hendin, no 'Prefácio', refere casos passados nos Estados Unidos em 1997), em *Seduced by Death* não se faz referência a que, em Fevereiro de 1995, o Tribunal Médico Disciplinar holandês decidiu por bem re-preender Chabot pela sua actuação anterior, embora o texto em que encontrei esta informação não faculte pormenores (cf. *Euthanasia in Holland*).

Finalmente, convém referir que Hendin, a propósito de Chabot, consegue reunir duas apreciações aparentemente contraditórias: uma, segundo a qual ele teria acabado por ceder a uma certa manipulação emocional por parte de Netty; uma outra, segundo a qual ele teria querido assumir um papel pioneiro na aceitação da ideia de que o sofrimento de ordem psicológica pode constituir uma base aceitável para pedir a eutanásia (cf. p.85). Talvez se pudesse, então, concluir que, a existir manipulação, foi uma manipulação que veio de encontro aos desejos de Chabot? Trata-se de uma conclusão ou insinuação que Hendin não avança e que, à falta de mais elementos, terá de ser deixada em suspenso.

## **COMPLEXIFICANDO O CONCEITO DE EUTANÁSIA**

Como tivemos oportunidade de constatar, os casos Freud/Schur e Netty/Chabot colocaram-nos perante duas situações muito distintas de pedido de eutanásia, algo evidenciado até no modo como as duas pessoas morreram: no caso de Freud, foi o seu médico pessoal que

lhe deu as injeções letais apropriadas para aceder ao seu pedido de morte; no caso de Netty, o médico que mais de perto a acompanhara nos últimos tempos forneceu as drogas necessárias para que ela própria se pudesse matar, tendo, aliás, estado presente nos derradeiros instantes.

Por outro lado, no caso de Freud temos uma pessoa claramente doente de um modo irreversível e já numa fase terminal, por mais discutida que esta expressão — ‘fase terminal’ — possa ser, enquanto que, no caso de Netty, nos encontramos perante uma pessoa sem qualquer doença física evidenciada, mas num grande sofrimento existencial, também considerado irreversível, à semelhança do sofrimento físico.

Pode-se dizer que, nos dois casos, atendendo à etimologia do termo ‘eutanásia’, há uma ‘morte doce ou suave’, embora também deva ser dito que, a princípio, a expressão não implicava o acto de provocar a morte de uma pessoa, mas simplesmente que estivessem reunidas as condições para que alguém pudesse morrer de morte ‘natural’ da forma mais pacífica. Esse terá sido, aliás, o sentido em que Francis Bacon empregou o termo *euthanasia medica* no início do século XVI (cf., por ex., Küng e Jens 1998: 20 e Hennezel 2000: 22-3).

Assim, em sentido genérico, tanto dar a morte a uma pessoa como proporcionar-lhe os meios para que ela se dê a si própria a morte — caso do designado ‘suicídio assistido’ — são casos de eutanásia. No entanto, muitas vezes as duas situações encontram-se distinguidas, reservando-se o termo de eutanásia para a primeira situação descrita. Poder-se-ia também encarar a questão diversamente, achando que, afinal, do que se trata nos dois casos é de suicídio assistido, com a intervenção mais ou menos activa de um terceiro, sendo essa a categoria mais abrangente. De facto, poder-se-ia entender que, quando uma pessoa doente pede a outra para lhe dar a morte, o que está a pedir é ajuda para o suicídio. Porém, da literatura consultada, não pude inferir que esta tendência interpretativa fosse valorizada<sup>5</sup>. A verdade é que o termo suicídio abrange actos muito diversamente motivados, atribuindo-se-lhe, muitas vezes, um carácter impulsivo e, portanto, não reflectido. Ora, o que se pretende pôr em realce na eutanásia não é uma morte equiparada ao suicídio de um ou uma jovem adolescente com alguma fragilidade psíquica, mas a morte de uma mulher ou homem que, racional e reflectidamente, não encontram outra saída para a sua situação, sobretudo de doença<sup>6</sup>. Neste contexto, poder-se-ia antes preferir como designação genérica a de ‘morte

assistida' e não a de 'suicídio assistido'. Porém, por uma questão de facilidade, neste texto limitar-me-ei a utilizar as expressões eutanásia e suicídio assistido nas acepções já definidas, embora acrescentando uma última explicitação: enquanto que o termo 'eutanásia' abrange o suicídio assistido, o inverso tende a não se verificar.

Outra questão será a de saber quem poderá efectuar esse acto, agora entendido no sentido restrito já assinalado: um elemento do pessoal médico ou outra pessoa habilitada para o efeito? De um modo geral, tende-se a fazer recair essa responsabilidade sobre o pessoal médico, pelo saber técnico de que dispõe e foi nesse sentido que avançaram as legislações holandesa e belga. No entanto, poder-se-ia colocar a hipótese de outras pessoas qualificadas poderem também actuar no sentido de provocar a eutanásia, como por exemplo elementos do pessoal de enfermagem. A propósito desta temática, não faltam afirmações que, sem de modo algum reclamarem a intervenção activa do pessoal de enfermagem neste tipo de procedimentos, vão no sentido de salientar a maior destreza técnica que, tendencialmente, estes profissionais possuiriam quanto a dar injeções quando a eutanásia as exigisse e se tratasse de uma pessoa cuja doença tornasse difícil encontrar as veias.

Quanto ao suicídio assistido, esta 'assistência' pode seguir duas vias, sobretudo quando se trata de um acto legislado: ou o elemento do pessoal médico a quem se recorreu, convencido da legitimidade do pedido, se limita a fazer uma prescrição das drogas necessárias, acabando o suicídio por se realizar sem a sua presença; ou a médica ou médico não só prescreve as drogas que julga adequadas como se encontra, de facto, presente aquando da ingestão dos produtos letais, como aconteceu com Netty, embora a situação também possa ocorrer em ambiente hospitalar, desta vez ao contrário do que se passou com Netty, que morreu em casa. Para a pessoa que se quer suicidar e quem a acompanha, a situação em que o médico ou a médica se encontra presente é aquela que proporciona maior segurança, pois se algo correr mal poder-se-á recorrer imediatamente ao saber médico. Nalgumas situações de eutanásia clandestina, as tentativas abortadas de dar a morte a alguém ou de alguém se suicidar redundam, muitas vezes, na utilização de métodos 'primitivos' e que muito ferem a nossa sensibilidade e sentido de dignidade, como o saco plástico para abafar a pessoa ou o estrangulamento. Para se constatar, minimamente, o mal-estar provocado pela situação de eutanásia clandestina, constituída sobretudo pelo acto de suicídio, mas em que a

pessoa acompanhante também tem alguma forma de intervenção (neste caso, administrando uma injeção de insulina), veja-se o relato efectuado por Jacques Pohier no capítulo final do seu livro *A Morte Oportuna* (1999), capítulo intitulado ‘Pequena Crónica de Cinco Mortes Voluntárias Amistosamente Assistidas’. Assumindo nunca ter lamentado a sua participação nas mortes de que fala — ‘mesmo perante Deus’ (Pohier 1999: 285) — o seu mal-estar resulta de nunca ter permanecido junto das pessoas até ao momento de se poder assegurar, empiricamente, de que estavam efectivamente mortas. O facto de a eutanásia se encontrar criminalizada em França fazia com que, para evitar problemas com as autoridades, saísse de casa das pessoas que acompanhava antes desse momento, pois, caso contrário, poderia ser preso. Daí resultava a ansiedade provocada pelo facto de ter de aguardar notícias de que a morte acontecera na realidade. Mágoa tinha-a apenas por não ter podido fazer por mais gente aquilo que fizera por cinco pessoas.

E já que se fala de Jacques Pohier, antigo dominicano em conflito com Roma (ou vice-versa), tendo passado da sua congregação religiosa para simples funcionário da ADMD (*Association pour le Droit à Mourir avec Dignité*), acabando, mais tarde, por vir a desempenhar aí as funções de secretário-geral e, finalmente, a de presidente, é de ter em atenção que, das cinco mortes em que prestou assistência, só numa situação se tratou de uma pessoa com uma doença irreversível e já na dita fase terminal. No caso do casal Gilbert e Édith Brunet, por exemplo, ambos membros da ADMD, tendo ele feito parte do conselho de administração da associação, havia uma ‘excelente saúde’ (Pohier 1999: 262), mas a progressão da idade — tinham 82 e 80 anos, respectivamente — fazia-os temer a senilidade, temendo um, ‘sobretudo, a diminuição das suas faculdades mentais; a outra recusava tornar-se um fardo demasiado pesado para os seus’ (p.262). Na medida em que a legislação francesa não permitia a eutanásia, não podiam estar seguros de que o seu pedido seria atendido quando julgassem as suas situações mais insustentáveis ou menos dignas do seu ponto de vista, se ainda tivessem lucidez para se pronunciarem sobre elas. Assim, preferiam morrer mais cedo (e em simultâneo, deitados na cama e abraçados um ao outro), gozando menos a vida e a companhia das pessoas amigas, impedindo também estas de gozarem da sua presença, do que esperarem um pouco mais e já nem sequer terem condições físicas ou mentais para se darem a morte. Depois da descrição da assistência prestada, Pohier conclui que

‘Através das lágrimas, da tristeza, do sol e das flores daquele glorioso princípio de Setembro, foi — creio bem — o mais belo enterro a que alguma vez assisti. Dir-se-ia uma dádiva, um dom, uma graça (a palavra, para mim, é forte) que me concediam’ (p.268).

Através deste caso está, assim, colocada toda a questão complexa de saber que tipo de sofrimento deve ser abrangido por uma legislação que regule (favoravelmente) a prática da eutanásia, algo para que já fomos remetidos através da apresentação dos casos de Freud e Netty.

A situação de Freud é naturalmente a que oferece menos dúvidas para quem, em princípio, é favorável à eutanásia. No fundo, mesmo sem a ajuda de Max Schur, talvez Freud não durasse muitos mais dias. E mesmo no caso de pretender-se apenas aliviar-lhe o sofrimento físico, é provável que as drogas utilizadas lhe acelerassem a morte, atendendo ao seu estado já caquético. Pelo contrário, a situação de Netty é radicalmente distinta, pois só tem ainda cinquenta anos e goza de boa saúde física, embora considere o seu sofrimento psicológico ou existencial insuportável e irremediável. Perante estes casos, somos então forçados e forçadas a estabelecer distinções entre o tipo de sofrimento que pode afectar as pessoas, pois é suposto a eutanásia, quando aceite, ter como objectivo terminar com um sofrimento insuportável e irremediável.

No ‘Explanatory Memorandum’ holandês, que constitui uma explicitação da lei sobre a eutanásia e suicídio assistido, embora, *de per se*, não faça parte da lei, para além de se afirmar que situações diversas podem justificar esses actos, afirma-se também que tanto a expressão «sem esperança de melhoras» e «sofrimento insuportável» podem ser empregues e invocadas com uma certa ‘latitude’ (cf. Secção 2). A propósito, cita-se uma decisão tomada pelo Supremo Tribunal (1984) em que, como legitimação para aceder a um pedido de eutanásia, encontramos uma ‘humilhação pessoal sempre progressiva e a perspectiva de já não se poder morrer com dignidade’ (cf. a mesma Secção 2). Algo de semelhante, vimos já, encontra-se contemplado na legislação belga.

Para avançarmos um pouco mais nesta questão, recorramos, de novo, ao livro do psiquiatra americano Scott Peck, *A Negação da Alma: Perspectivas Médicas e Espirituais sobre a Eutanásia e a Mortalidade*.

A seu ver, a questão da eutanásia situa-se, sobretudo, no âmbito do sofrimento existencial envolvido na aproximação da morte (cf. Peck 2002: 139). Para defender esta posição, dedica a parte inicial do seu

livro a tentar demonstrar que, hoje, a medicina tem ao seu dispor drogas suficientes para eliminar ou atenuar imenso mesmo a dor física mais insuportável, o que é diferente de dizer que essa eliminação ou diminuição de dor é sempre algo fácil de resolver ou que o pessoal médico está suficientemente treinado nessas técnicas e sensibilizado para a necessidade imperiosa do alívio da dor. Lendo o seu livro, é muito fácil constatar que é muito pouca a confiança que deposita no pessoal médico, no que diz respeito à sua capacidade de controlar a dor. Se, em teoria, sabe que é possível controlar quase todas as dores intensas, não hesita em escrever que ‘milhares de quartos de hospital funcionam em parte como câmaras de tortura’ (p.54). Sabe também de ‘pacientes que morreram sofrendo dores físicas intensas e crónicas. Mas nunca conheci nenhum, na minha limitada experiência, que tivesse de morrer dessa forma’ (p.88). Por outro lado e para apontar apenas algumas das suas afirmações, sabe-se também que ‘A falta de medicação adequada contra a dor é um dos crimes mais comuns na medicina actual’ (p.53), ao ponto de as pessoas hospitalizadas e com dores fortes acabarem muitas vezes por ficarem reduzidas à situação de ‘pedintes indefes[a]s’ (p.71) perante o pessoal médico e de enfermagem. Mais para o final do livro, volta ao mesmo pensamento:

O paciente comum não faz a mínima ideia se vai ser alvo de uma boa ou má gestão da dor. [...] Tendo em conta a impotência — a falta de controlo — que advém dessa imprevisibilidade, não me admira que muitos anseiem pelo poder de gestão que lhes confere o direito ao suicídio assistido por um médico (p. 320).

De qualquer modo, está convencido de que, não fora a impreparação ou insensibilidade médicas, a paciência e a imaginação conseguiriam sempre encontrar soluções alternativas, quando as dores físicas resistissem às drogas habitualmente prescritas. Para além desta convicção, o facto de, pessoalmente, poder vir a dispor de cuidados paliativos (*hospice* é o termo utilizado em inglês) domiciliários vem confirmá-lo na ideia de que poderá ficar relativamente sossegado, quanto ao alívio de dores físicas intensas no final de vida. Todavia, confessa que se não pudesse dispor dos cuidados de um *hospice*, passaria a ser um apoiante da eutanásia. Para além disso, logo na parte final da ‘Introdução’, afirma ter consciência de que, embora sendo de idade, ainda não sofre de doença muito grave, não tendo experimentado viver nessa situação. Por isso, muito honestamente, não



descarta a hipótese de poder vir a mudar de opinião quanto à eutanásia, se as suas próprias condições de saúde física lhe trouxerem elementos de reflexão de que ainda não dispõe (cf. p.17).

Feitos estes reparos quanto à dor física — muito mais minuciosos no livro do que aqui dou a entender — Scott Peck pensa, como se disse, que o problema central existente na questão da eutanásia reside na dor emocional ou existencial provocada pela aproximação da morte. A propósito da caracterização deste tipo de dor, deve ser dito, desde já, que Scott Peck não estabelece uma delimitação precisa entre dor emocional e dor existencial, podendo utilizar as duas expressões cumulativamente, afirmando, por exemplo, que ‘a eutanásia [...] pode evitar [o] sofrimento existencial e emocional’ (p.283), sem nunca fazer uma distinção clara entre as duas. No entanto, penso que, da leitura do seu livro, se poderá inferir a tendência para identificar o sofrimento existencial com o sofrimento emocional ‘construtivo’, ‘capaz de produzir crescimento espiritual’ (p.312; cf. também p.302). Note-se que esta dor emocional ou existencial de que fala Peck não é, assim, uma dor patológica, mas um sofrimento que tem que ver com os ‘problemas da vida’, com a resistência que vamos encontrando para a realização das nossas vontades e desejos e que, portanto, não ocorre apenas perante uma situação de doença grave. Partindo do princípio de que este sofrimento existencial é fonte ou, pelo menos, oportunidade de aprendizagem, parte também do princípio de que reclamar a eutanásia é furtar-se a esta possível aprendizagem, uma linha de pensamento, afinal, muito semelhante à de Elisabeth Kübler-Ross (1998: 347-61), autora que cita sobretudo para falar das suas famosas fases da morte, equiparadas por Peck a fases do nosso crescimento psico-espiritual<sup>7</sup>. Mais do que isso, pensa que ‘Através do acto de suicídio, o indivíduo estabelece o momento da sua morte, sem levar em conta a vontade daquele que lhe deu a vida. Trata-se de uma negação de Deus e da Sua relação com a alma’. Consequentemente, inclina-se também a pensar que ‘Se nos matarmos para evitar o sofrimento existencial inerente ao envelhecimento e à morte, estamos a privar-nos dessa aprendizagem. Estamos também, segundo creio, a ludibriar Deus que planeou para nós esse processo’ (p.227). E, mais uma vez, Scott Peck é suficientemente honesto para dizer que é a sua crença em Deus — ou o modo como a interpreta, acrescentaria eu — a levá-lo a recusar, no imediato, a hipótese de legislar favoravelmente a eutanásia (e na medida em que conta com os cuidados paliativos para eliminação de possíveis dores,

também é bom não esquecer). De outro modo, ou seja, no caso de não acreditar numa divindade e numa relação pessoal com ela, tem quase a certeza que as suas opções seriam outras. Indubitavelmente, esta é uma perspectiva de grande importância no debate sobre a eutanásia, como veremos, pois, de um modo geral, tende a haver uma grande consonância entre as posições religiosas (ou entre as crenças que a essas posições se assemelhem) e o modo como a eutanásia é encarada. Por outras palavras — e, mais uma vez, de um modo genérico — quem acredita na existência de uma divindade e numa relação pessoal com ela tende a ser pouco permeável à ideia de eutanásia (sendo de realçar a forte oposição da Igreja Católica, sobretudo ao nível da sua hierarquia); quem não acredita nessa divindade tende mais a ser-lhe favorável.

Exposto o modo como Scott Peck nos ajuda a entender melhor a questão do tipo de sofrimento envolvido num pedido de eutanásia, resta-me expressar a minha resistência à ideia de que, com imaginação e paciência, toda a dor física pode ser aliviada. Não obstante situar-me numa área de conhecimento muito afastada da medicina, a literatura que tenho lido sobre eutanásia e os casos concretos de dor, cuja descrição me tem passado pelos olhos leva-me a não ser tão entusiasta quanto ele. A não ser, é claro, que nos casos mais graves se vá até à sedação total ou ‘sono induzido’, mantendo uma pessoa inteiramente inconsciente para não sentir qualquer dor ou pânico. Perante, por exemplo, o perigo iminente de asfixia numa determinada fase da esclerose lateral amiotrófica (‘degenerescência neuromuscular que evolui para uma paralisia total’, Hennezel 2000: 114), que alívio proporcionar? A este propósito, convirá ler, pelo menos e na medida em que se trata de um livro já citado neste texto, o modo como Marie de Hennezel, grande apologista dos cuidados paliativos e grande opositora da despenalização da eutanásia, transmite a posição do médico Vincent Meininger, especializado no tipo de esclerose de que falei e que ‘ajudará a morrer qualquer doente que esteja a asfixiar’ (p.115). Por outro lado, convirá também ler as páginas de *Nós Não Nos Despedimos* em que Hennezel reconhece, assumidamente, que há dores que os cuidados paliativos não conseguem eliminar, propondo que, nesses casos, se enverede pela técnica do sono induzido, eventualmente até que a morte ocorra (cf. pp.174-77).

Por estas razões, não me parece, ao contrário de Scott Peck, que na eutanásia só deva estar incluído um sofrimento ‘existencial de cariz emocional inerente ao processo de morte física que resulta de uma doença fatal num grau relativamente terminal’ (Peck 2002: 169) ou

‘inerente a uma idade avançada debilitante ou a uma perturbação física crónica e debilitante para a qual não existe qualquer esperança de cura’ (p.170). Como afirmei já, a minha objecção de base reside no facto de, em várias circunstâncias, não haver hipótese de eliminar a dor física, devendo, assim, também ela estar presente na consideração do tipo de sofrimento a que a eutanásia visa pôr cobro. Por outro lado, creio que uma divisão tão forte entre sofrimento físico e sofrimento existencial acaba por ser demasiado forçada ou, por outras palavras, não atender às conexões estreitas existentes entre estas duas dimensões. Aliás, é de realçar que Scott Peck, quando fala na possibilidade de eliminar ou atenuar muito a dor física através de drogas, nunca refere os efeitos secundários derivados deste procedimento, como se uma droga eliminasse ou diminuísse muito a dor física, sem mais inconvenientes. Ora a questão é que uma pessoa — e estamos a falar no contexto de doenças muito graves, com ou sem a possibilidade de morte próxima ou iminente — pode, de facto, ficar sem dores pela acção de determinadas drogas, mas permanecer, por causa delas, numa condição física muito debilitada ou com sequelas muito penosas de suportar. Por exemplo: as náuseas provocadas por certos tratamentos anti-dor podem elas próprias ser consideradas uma forma de dor? Provavelmente não, mas nem por isso deixam de representar, muitas vezes, um grande sofrimento físico.

É, portanto, todo este cenário variado em torno da eutanásia que tem de ser tomado em consideração, havendo quem reivindique a possibilidade da eutanásia não só para doentes em fase terminal, mas também para as pessoas muitíssimo idosas e para aquelas que são designadas de ‘grandes enfermas’, embora estas últimas possam ainda viver (penosamente) durante longos anos. A este propósito, eis o que escreve André Comte-Sponville, de um modo muito significativo, citado por Catherine Leguay (2000):

Para um, é o sofrimento físico que tem mais importância; para o outro, são sobretudo as deficiências intelectuais ou psicológicas que o assustam; para o terceiro, tal ou tal deficiência física irreversível (a cegueira, a surdez, a paralisia, ou mesmo, o que acontece por vezes, a conjugação das três [...], quando a incontinência ou a dependência bastarão, talvez, para desanimar o quarto [...]. Bem maldoso será quem pretender fazer-lhes um sermão! Estão deprimidos? Por menos, já o estaríamos. O que não impede de cuidar deles. Mas por que é que seria necessário impedi-los indefinidamente de morrer? (p.185).

Aqui, como se pode constatar, Comte-Sponville está a abrir, largamente, as portas a um pedido de eutanásia. Talvez demasiado. Como é óbvio, qualquer legislação que tente regulamentar este procedimento terá de estabelecer algumas balizas, num exercício difícil de prudência e de respeito pela liberdade que não deixe de lado situações de dor, física ou existencial, verdadeiramente insuportáveis e irreversíveis — com tudo o que de subjectivo se encontra neste ‘verdadeiramente’ — mas que também não ceda perante situações que poderão ainda ser ‘vivíveis’ *do ponto de vista da ou do doente*, se for ajudada/o a diversos níveis. Aliás, no caso de uma legislação mais atenta às situações de sofrimento — que é a legislação que penso ser mais desejável — será, certamente, no âmbito da prática que esse exercício de prudência e de respeito pela liberdade se tornará extremamente difícil de concretizar. Daí a necessidade de todas as sociedades — de modo algum apenas o pessoal ligado à saúde, pois a eutanásia não é, em primeiro lugar, uma questão médica — irem reflectindo, constantemente, sobre o sentido da vida, da morte e do morrer, de modo a encontrarem patamares de humanidade, prudência e liberdade que as tornem mais sábias e mais dignas, pela atenção dedicada aos que nelas mais sofrem e, implicitamente, aos valores em que querem educar as suas crianças.

De um modo muito veemente, a problemática da eutanásia coloca-nos, assim, perante uma questão que Jacques Pohier (1999) resume deste modo:

Serão a iminência da morte e a invencibilidade dos sofrimentos que dão direito à eutanásia voluntária, a qual se teria assim de ‘merecer’, ou será, antes, o facto de se dispor de direitos sobre o fim da própria vida e de se tomar uma decisão pessoal sobre o tipo de sobrevivência que se aceita ou recusa? (p.229).

Deste modo, encontra-se aberto o caminho para uma reflexão mais de ordem filosófica e filosófico-política sobre esta temática, pois aí se encontram envolvidas, entre outras, questões de liberdade, autodeterminação, sentido da vida e modo de organizar uma sociedade.

## A EUTANÁSIA COMO QUESTÃO FILOSÓFICA E FILOSÓFICO-POLÍTICA

De entre as reflexões filosóficas e filosófico-políticas que têm sido elaboradas em torno da questão da eutanásia, são, a meu ver, de realçar as que Ronald Dworkin (1994) efectuou, no livro *Life's Dominion* (a edição original é de 1993), obra em que a temática do aborto é também explanada. Ronald Dworkin, americano, é, por alguns, considerado um dos mais reputados filósofos do direito e da política dos nossos tempos. Por isso, não obstante já se terem passado dez anos sobre a publicação do seu livro (ainda não traduzido em português, enquanto Espanha já possui uma sua tradução desde 1994), a qualidade das reflexões aí contidas continua a fazer dele um marco filosófico ainda não ultrapassado na questão da eutanásia.

Na minha perspectiva, pode-se dizer que o ponto central em torno do qual gravita toda a reflexão de Dworkin tem que ver com os dois significados muito distintos que pessoas igualmente distintas podem dar a um princípio geralmente inquestionável: o de que a vida humana tem um carácter sagrado ou, numa linguagem mais laica ou secular, um carácter inviolável ou intrínseco. Quer isto dizer que, apenas pelo facto de existir, a vida humana deve ser preservada, pela magnitude do investimento biológico e/ou humano aí presente. Por isso, que essa vida morra prematuramente constituirá, para a maior parte das pessoas, um acontecimento lamentável e, tanto quanto possível, a evitar. Esta será, portanto, a convicção de base partilhada por diversos grupos de pessoas e por razões também diversas. Para uns, esse carácter sagrado ou inviolável derivará da crença numa divindade, senhora última da vida; para outros, esse mesmo carácter derivará de uma espécie de sacralização da natureza, aparecendo uma morte prematura como uma espécie de roubo a essa mesma natureza. Para outros, ainda, a vida humana possui uma tal importância, independentemente de se crer ou não numa divindade ou numa espécie de sacralização da natureza, que o mesmo traço de inviolabilidade lhe é atribuído. Deste modo, como afirma Dworkin, a vida seria valiosa subjectivamente (para a própria pessoa), instrumentalmente (é condição para se poder 'actuar') e intrinsecamente (por ela mesma) (cf. Dworkin 1994: 98).

A partir desta convicção generalizada acerca do valor inviolável ou sagrado da vida, o que haveria, como se disse, seria duas interpretações distintas acerca do melhor modo de actualizar ou preservar esse valor. Trata-se de duas interpretações em que o contributo natural e

humano a essa inviolabilidade seria muito diferentemente encarado do ponto de vista da sua importância moral relativa. Por outras palavras: uma questão é dizer-se que o motivo principal que torna a vida humana sagrada ou inviolável é, simplesmente, o facto de ser *natural* ou biologicamente humana, ou seja, de ser uma vida que indubitavelmente se integra na espécie humana, por uma série de características *naturais* ou *biológicas* como o código genético ou outras; uma outra questão é afirmar-se que a vida humana é inviolável, não só pelos seus aspectos biológicos, que a tornam obviamente humana, mas também pelo investimento humano nela efectuado, acabando por se dar maior importância relativa a esse investimento do que às características biológicas que fazem daquela vida uma vida especificamente humana. E o que se deve entender por esse ‘investimento humano’? Resumidamente, todo o tipo de actividades e maneiras de estar que a pessoa foi desenvolvendo e que, a seu ver, enriqueceram a sua vida e, provavelmente, também a dos outros. Trata-se de actividades e posturas impossíveis de enumerar com exaustão, mas de que podemos apontar alguns exemplos: obter uma profissão e desempenhá-la com seriedade; optar por uma relação amorosa comprometida; valorizar o relacionamento com as filhas e/ou filhos; empenhar-se em viver de acordo com valores que considera justos, mesmo que, por vezes, impliquem sacrifícios da sua parte, etc, etc. Nesta perspectiva, é óbvio que um/a bebé muito pequeno/a não é capaz destes investimentos, encontrando-se aí em evidência a vida humana nos seus aspectos mais biológicos. Por isso é que, de acordo com Dworkin, se tende a lamentar mais a morte de uma criança já com uma certa idade do que a morte de uma criança acabada de nascer, pois é muito maior o investimento humano já realizado pela criança mais velha e pelas outras pessoas junto dela.

Insistindo-se nesta problemática de existirem duas hermenêuticas distintas para um mesmo valor partilhado — o da santidade ou inviolabilidade da vida — a questão da eutanásia já não poderá ser encarada como implicando um conflito de direitos ou valores, como, por exemplo, o conflito entre o princípio da santidade da vida e o da liberdade ou autodeterminação da pessoa. Nesta perspectiva, não há este tipo de conflito, mas apenas dois modos de entender a santidade da vida. Quem, por exemplo, perante uma doença terminal, uma doença crónica implicando muito mal-estar e sofrimento ou a ameaça de se afundar na doença de Alzheimer, decide pôr todas as condições para apressar a sua morte, não estará a pôr em causa o princípio da

santidade ou inviolabilidade da vida. O que se deverá pensar é que, nestas circunstâncias, as pessoas atribuem uma maior importância moral ao investimento humano que fizeram nas suas próprias vidas do que ao mero facto de continuarem a viver. Assim, a vida é para elas inviolável, se não está a ponto de destruir ou anular, cada vez mais, todo o investimento humano que nela fizeram, tornando-se uma fonte constante de mal-estar e sofrimento, físico e/ou existencial. De outro modo, é, precisamente, em nome da noção que têm de santidade da vida que podem pedir para que a sua morte seja apressada ou que lhes dêem os meios para que isso aconteça. A vida seria, para estas pessoas, demasiadamente 'sagrada' para suportarem a ideia de a verem degradar-se em si próprias, de um modo tão intenso e penoso. Assim, é em nome dessa mesma santidade que pedem para morrer, pois a sua existência física, como terá dito Freud a Max Schur, já só contém uma tortura sem sentido. Como se, neste caso, a eutanásia pudesse ser uma condição para poderem amar a vida até ao fim, sem começarem a amaldiçoá-la pelo sofrimento irreversível que lhes provoca. Deste modo, uma morte mais rápida seria, para elas, uma forma de mostrarem mais respeito pela vida e a sua santidade do que uma morte que se fosse arrastando penosamente no tempo, numa degradação cada vez mais difícil de suportar.

Complexificando ainda mais a sua abordagem, Ronald Dworkin detém-se nos argumentos que invocam a ideia da 'defesa dos melhores interesses' para lidarem com a questão da eutanásia. Para se cair na conta da importância desta temática, repare-se que uma entidade judicial pode invocar (e já invocou, cf. Dworkin 1994: 20 e 254-59) que, embora proporcionar a morte de uma pessoa em coma irreversível desligando os seus suportes vitais possa satisfazer os seus melhores interesses, o estado pode considerar que preservar a vida, mesmo nessa situação, se sobrepõe a esses interesses, pois estaria incumbido de defender um interesse maior: o da santidade da vida.

Por outro lado, a ideia da defesa dos melhores interesses da pessoa pode ser utilizada com fundamentos paternalistas, de modo a recusar-lhe aquilo de que ela pensa necessitar. No caso concreto de quem pede ajuda para apressar a morte, não é só Dworkin a referir que este paternalismo se encontra expresso em muitas argumentações que procuram minorizar o pedido de quem julga encontrar-se num estado de sofrimento *para ela* insuportável. Sobretudo a literatura sobre a eutanásia escrita de um ponto de vista contrário à sua despenalização, recorre, amplamente, ao discurso de que a pessoa

em grande sofrimento e que pede para morrer não se encontra a defender os seus melhores interesses. Evidentemente, haverá casos não contestáveis em que a pessoa, por pânico ultrapassável, pela falta de solidariedade humana, por estar a ser mal aliviada das dores físicas ou por outras razões similares, pede para morrer. No entanto, tender a afirmar sistematicamente que os pedidos de morte nunca vão ao encontro da defesa dos melhores interesses da pessoa é algo abusivo e que não respeita a capacidade de autodeterminação da pessoa, ainda por cima se esse pedido mostra todos os indícios de ter sido bem reflectido e se integrar bem na mundividência da pessoa em causa ou na sua 'narrativa' pessoal. Como é que, nestas circunstâncias, outros se vão arrogar o direito de dizer que o seu pedido de morte é falso e apenas um pedido de outra coisa que não a morte, sendo ela obrigada a submeter-se aos seus ditames se não quer — ou já não consegue, atendendo à sua situação de debilidade física — tentar um suicídio que bem pode sair fracassado e deixá-la numa situação pior?

Neste contexto, há quem nunca considere que desprezar ou minorizar o pedido de ajuda para morrer seja um acto gravemente prejudicial para a pessoa que faz esse pedido. Imbuídos/as fortemente das suas convicções religiosas ou éticas sobre o sentido da vida e da morte, de cuja correcção não duvidam, pretendem impô-las aos outros, pressupondo sempre saber melhor do que eles o que é para eles mais conveniente.

Ainda a este propósito, Dworkin ajuda-nos a reflectir melhor, estabelecendo uma distinção muito firme entre interesses de experiência e interesses críticos. Interesses de experiência são aqueles através dos quais obtemos prazer com o que fazemos, o que pode incluir, nos exemplos fornecidos pelo próprio autor, jogar *bowling*, ver *Casablanca* pela décima segunda vez ou cozinhar e comer bem (cf. Dworkin 1994: 262). Embora, na sequência da sua explanação dos interesses de experiência, Dworkin afirme que, como se sabe, há também experiências más a causar-nos desprazer, penso que, na sua definição do conceito de interesses de experiência, entram, acima de tudo, as experiências de prazer.

Quanto aos interesses críticos, afirma que se trata de interesses que julgamos tornarem a nossa vida melhor de um ponto de vista ético, dando-lhe um sentido de coerência e integridade que os meros interesses de experiência não podem dar. Na terminologia de Dworkin, implicam juízos críticos e não apenas preferências sobre o modo como pretendemos tornar a nossa vida agradável ou fonte de prazer (cf. p.263). O que não quer dizer, encarrega-se de ressaltar, que os inte-



resses de experiência possam ser sempre equiparados a interesses superficiais e os críticos a interesses sempre profundos. Mas percebe-se que, na sua perspectiva, haja entre os dois uma grande distinção, podendo dar origem a consequências muito diversas. Assim, é possível dizer, explicitando Dworkin, que pode haver ocasiões nas nossas vidas em que os dois tipos de interesse colidam um com o outro, desde os casos mais simples aos mais complicados. Caso simples é aquele, por exemplo, em que uma pessoa habituada a um determinado tipo de alimentação prejudicial à saúde, mas que lhe agrada, se vê na obrigação de alterar esse regime por um outro que não a prejudique, mas que lhe agrada menos. Caso mais complicado pode ser aquele em que, perante uma situação de injustiça gerada à nossa volta, mas em que a nossa posição profissional se encontra intocada, não cedemos perante a tentação de preservarmos a nossa tranquilidade e denunciemos, afinal, aquilo que temos a obrigação de denunciar. Nas palavras de Dworkin (1994),

As pessoas pensam que o que é importante não é especificamente que as suas vidas contenham uma variedade de experiências correctas [...], mas que tenham uma estrutura que expresse uma eleição correcta dessas experiências; para alguns é preciso que as suas vidas exibam um compromisso permanente e autodefinitório com uma visão do carácter ou da realização que a vida, como um todo, concebida como uma narrativa criativa e integral, ilustre e expresse. Obviamente, este ideal de integridade não define por si mesmo uma forma de vida: pressupõe convicções substantivas (p.268).

Particularmente ligado a este ideal de integridade está, para Dworkin, a questão da dignidade, considerando-se que há uma quebra nessa dignidade se se foge do que tem dado carácter às nossas vidas, em busca de benefícios que não cabem nesse ideal traçado.

Posto isto, cabe tentar ver como se pode aplicar às questões do fim de vida e da eutanásia a distinção estabelecida por Dworkin entre interesses de experiência e interesses críticos, pois o assunto assumirá contornos distintos, consoante a importância que se dê a cada um deles.

Atendendo aos interesses de experiência, pode-se dizer que uma pessoa doente que se sabe condenada ao sofrimento e a quem as experiências de prazer faltam cada vez mais, verá esses interesses serem melhor defendidos, se lhe concedem a morte. No entanto, se se trata de uma pessoa em coma irreversível, poder-se-á dizer que,

não sentindo prazer nem dor, tão-pouco dispõe de interesses de experiência ou que eles não seriam afectados quer a mantivessem em vida ou lhe dessem a morte. Já no caso de uma pessoa demente — com Alzheimer, por exemplo — desde que as suas experiências de prazer ultrapassem as de sofrimento, dir-se-ia que seria do seu melhor interesse manter-se em vida, não obstante a sua incapacidade intelectual e a sua incapacidade de manter de si própria uma narrativa coerente.

Porém, como insiste Dworkin, se só tivermos em conta os interesses de experiência, não entenderemos, por exemplo, por que é que certas pessoas a quem apenas só resta uma expectativa de sofrimento desejam, afinal, viver; por que é que doentes diagnosticados/as com Alzheimer pretendem que as/os ajudem a morrer, quando a doença os/as levar para um grau de senilidade que consideram excessivo, mesmo que, na altura, mostrem ter muitas experiências de prazer; ou a razão pela qual há pessoas que, antecipadamente, expressam o desejo de morrer, se vierem a estar numa situação de coma irreversível, não tendo, em princípio, hipóteses de sentir prazer ou desprazer. Tão-pouco entenderemos a razão pela qual os familiares de doentes em coma irreversível continuam a visitá-los e a angustiar-se com a sua situação, pedindo, eventualmente, a um tribunal que autorize desligar as máquinas de suporte vital. Se a pessoa doente já não sente nada, por que razão atormentar-se tanto? Como escreve Dworkin (1994),

Angustiamo-nos com estas decisões, quer se trate de nós próprios quando consideramos a alternativa dos testamentos de vida, quer pelos nossos parentes e amigos, só e principalmente porque tomamos em consideração os nossos interesses críticos ou os deles (p.273).

Por isso é que, independentemente das experiências de dor ou de prazer, perante a doença grave que conduzirá à morte a breve trecho ou que nos fará entrar num sofrimento cada vez maior, mesmo sem uma ameaça iminente de morte, podemos depararmo-nos com posturas completamente distintas. Assim, uma pessoa pode querer lutar até ao fim contra a morte, porque essa é a atitude que é mais coerente com o resto da sua vida e que as pessoas mais próximas dela captaram. Aqui, é de assinalar o caso relatado por Dworkin da senhora de idade internada nos cuidados intensivos depois de uma operação de coração aberto e em situação muito grave. Acometida a seguir por várias crises que implicavam a sua reanimação, nunca quis conside-

rar a hipótese de não ser reanimada, após uma nova crise. Por fim, já ligada a um ventilador, sofreu uma paragem respiratória. Assumindo a voz da mãe, a filha reclamou também desta vez a reanimação, argumentando que a tradição familiar era a de luta contra a morte até ao último instante, acrescentando o pormenor significativo de que esse princípio se estendera ao gato que tinham possuído. Estando ele às portas da morte, mesmo nessa altura não tinham hesitado em fazer-lhe transfusões sanguíneas, sendo de pressupor que essa medida ‘heróica’ não o impedira de morrer (cf. Dworkin 1994: 243-4).

No entanto, há pessoas com uma postura completamente distinta e que desejam apressar a sua morte, não só pelas experiências previsíveis de sofrimento físico que as esperam — por exemplo dores penosas, tratamentos ou procedimentos médicos invasivos, náuseas, dependência total, prostração e confusão mental provocada por sedativos e outras drogas utilizadas para alívio das dores — mas também por razões críticas: ‘Muitos pensam que é indigno, ou de algum modo negativo, viver sob certas condições apesar de que possam conservar as suas capacidades sensitivas, se é que as conservam’ (p.274). Para muitas pessoas, especialmente para quem sempre teve uma vida muito activa ou foi mesmo desportista, a perspectiva da dependência total pode aparecer-lhes de tal modo contrária à identidade que foram construindo, ao longo dos anos, que se torna para elas algo de insuportável, arruinando a sua narrativa pessoal, como escreve Dworkin (cf. p.275). Perante todo este cenário, Dworkin está convicto de que

A questão de saber se satisfaz os seus melhores interesses o facto de a vida de uma pessoa terminar de uma maneira ou de outra depende de tantos aspectos que são especiais para ela — da forma e carácter da sua vida e do seu próprio sentido da integridade e interesses críticos — que não se pode esperar que alguma decisão colectiva uniforme sirva para todos, nem sequer com um mínimo de decência (p.279).

A conclusão a retirar é, então, que uma sociedade democrática e pluralista nunca deveria sentir-se com legitimidade para impor a todas as cidadãs e a todos os cidadãos de um país uma interpretação da santidade ou inviolabilidade da vida que é apenas isso mesmo: *uma* interpretação. Partindo-se do princípio de que o que se encontra em jogo, na questão da eutanásia, tem que ver com convicções extremamente íntimas, acerca do sentido e do valor da vida, convicções que se incluem nas escolhas religiosas ou filosóficas mais pessoais

que se podem fazer, julga-se justo esperar que, nas etapas finais da vida ou quando o nosso sofrimento já se tornou comprovadamente insuportável, uma sociedade democrática não se arrogue o direito de nos fazer sofrer ou morrer do modo que ela acha correcto, sem se aperceber de que, desse modo, está a exercer uma forma terrível de controle. Nos termos de Dworkin, 'Fazer com que uma pessoa morra de uma forma que outros aprovam, mas que ela crê que está em contradição horrorosa com a sua própria vida, constitui uma devastadora e odiosa forma de tirania' (p.284). Uma forma, também, retomando a linguagem de Paulo Freire, de impedir que algumas pessoas possam ter acesso ao direito de escrever a ou as últimas linhas das suas próprias vidas.

Para Dworkin, o que se encontra em jogo nestas opções de fim de vida são, como se disse já, assuntos de ordem fundamentalmente religiosa ou a eles equiparados, não fazendo sentido que entidades governamentais infrinjam, neste ponto, a liberdade religiosa que dizem defender. Mais atrás, viu-se já que Scott Peck fazia derivar, directamente, a sua posição sobre a eutanásia da sua crença religiosa, fazendo-nos, assim, cair na conta da grande ligação existente entre estas duas questões.

Numa imagem recorrente na obra de Dworkin, a decisão de uma pessoa sobre o modo como desejaria morrer — quando pode ter essa decisão e não morre simplesmente de repente — é como o último acto de uma peça teatral ou como a última estrofe de um poema. E todos e todas nós sabemos como esse último acto ou última estrofe pode arruinar toda a peça ou todo o poema. Portanto, seria uma atitude verdadeiramente democrática deixar-se às e aos cidadãos de um país a liberdade de decidirem sobre se desejam ou não apressar a sua morte quando ela já pesar sobre elas e eles de uma forma iminente ou o seu sofrimento já se tiver tornado apenas uma tortura. Como sociedades, iremos, neste âmbito, escolher a liberdade e a responsabilidade individuais ou manter a coerção actualmente existente na maior parte dos países? Repare-se que a questão de fundo não tem que ver em primeiro lugar, com o eventual dever que o pessoal médico tivesse de anuir à vontade da sua ou do seu paciente, mas com uma questão muito mais fundamental: que direito tem um estado de impedir que um membro do pessoal médico disposto a isso aceda, sob regras, a ajudar uma ou um doente seu que lhe pede justificadamente ajuda para morrer?

Se o interdito continuar a ser a opção das nossas sociedades, não nos deixemos, pelo menos, enganar, pensando que, ao manter-se a

proibição da eutanásia, não se está a causar um grave dano às pessoas que desejariam poder recorrer a ela com segurança, mas que são obrigadas a morrer e a sofrer, de acordo com as opções dos outros, mas que, de modo algum, são as *suas* opções. Lembrando o caso de Freud, lembremo-nos também de quanto ele apreciava manter a consciência e lucidez intelectuais, preferindo tolerar algum nível de dor a enveredar pela utilização de analgésicos e sedativos que o incapacitariam de trabalhar. Logo, se, em vez da morte que pedia, Max Schur só lhe tivesse oferecido serviços de cuidados paliativos, por maior qualidade que tivessem, não se vê como Freud poderia aceitá-los, sem um sentimento de sofrimento acrescido, sendo obrigado a morrer, não nos seus próprios termos, mas nos termos de outros, que lhe imporiam o seu modo de ver a vida e a morte, a ele que nem sequer era crente. Morrer terminalmente sedado — que é, por vezes, a única opção que resta nos cuidados paliativos para fugir à dor incontrolável e irreversível ou, por exemplo, ao pânico provocado pela ameaça iminente de morte por sufocação — seria talvez a maior ofensa que se faria a um Freud que não só pedira para morrer, como estimava em altíssimo grau o facto de poder viver lucidamente.

Claro que, quando a eutanásia se encontra proibida, há sempre quem diga — a meu ver com uma certa (ou grande) dose de sadismo — que as pessoas são, de qualquer modo, livres de se suicidarem. No entanto, como já se disse, basta ver o número de suicídios fracassados ou que até colocam a pessoa numa situação ainda pior do que aquela em que existia antes, para se ser obrigado a ter um pouco mais de prudência e misericórdia naquilo que se diz. Isto, é claro, para já não falar das pessoas que, pela sua doença, já não estariam em condições de se suicidarem.

Evidentemente, muitíssimas questões importantes ficaram ainda por abordar. De entre elas, permito-me apenas destacar duas. Em primeiro lugar, toda a problemática envolvida no denominado argumento da ‘encosta resvaladiça’ (*slippery slope argument*), já referido a princípio, segundo o qual as consequências da legalização ou despenalização da eutanásia seriam imparáveis, uma vez que se legislasse favoravelmente sobre o assunto. Dos pedidos voluntários, passar-se-ia para a morte dada a quem não a pede, mas se encontra numa situação muito crítica, acabando-se numa situação, de algum modo, similar ao ‘Programa Eutanásia’ promovido pelos nazis entre Setembro de 1939 e Agosto de 1941 em que pessoas idosas, doentes, débeis mentais, etc, etc, foram sucessivamente assassinadas (cf. Küng e Jens 1998: 20). Mas repare-se que é deliberadamente que utilizo

aqui o termo ‘assassinadas’, pois recuso-me a admitir que a eutanásia que um país democrático possa proporcionar às e aos seus cidadãos possa ser apelidada de assassinio. É esta diferença fundamental entre dar a morte a pedido e assassinar que se vê bem espelhada na frase que Kafka, em grande sofrimento devido a uma tuberculose na laringe, terá lançado ao seu médico: ‘Mate-me, ou é um assassino!’ (in Leguay 2000: 189).

Em segundo lugar, de entre essas questões importantes que ficam por abordar, refiro toda a problemática dos deveres ou obrigações do pessoal médico. De um modo especial, deve-se atender ao modo como o Juramento de Hipócrates é frequentemente invocado para servir de argumento às médicas e médicos opositores da eutanásia. Evidentemente, toda a legislação democrática favorável à eutanásia terá de respeitar a objecção de consciência do pessoal médico, como acontece nos casos de aborto. Mas isto é muito diferente de se dizer que o Juramento de Hipócrates, por si só, proíbe ao pessoal médico a intervenção num acto de eutanásia, como se o texto, de que há aliás várias versões, uma das quais proíbe também a cirurgia e receber dinheiro por ensinamentos médicos, fosse um documento revelado por Deus num qualquer Monte Sinai, furtando-se, além do mais, a qualquer análise exegética, ao contrário do próprio Decálogo.

Um dia, eventualmente cansadas e cansados de viver num sofrimento irreversível, talvez possamos expressar a vontade lúcida e reflectida de que nos ajudem a morrer em paz. Terá uma sociedade democrática o direito de impedir que um Max Schur amigo venha em nosso auxílio?

## NOTAS

- <sup>1</sup> Este título é inspirado em palavras escritas por André Comte-Sponville num comentário a um livro de Catherine Leguay: ‘Não deixemos que a degradação ou a agonia nos façam lamentar o termos nascido; dêmo-nos antes os meios de amar a vida até ao fim’ (in Leguay 2000: 197).
- <sup>2</sup> Escreve André Comte-Sponville: ‘A morte, dizia um velho professor, é o único exame em que nunca ninguém reprovou’ (in Leguay 2000: 173).
- <sup>3</sup> Sobre o conceito de filosofia da educação, cf., por ex., Santos 2002.
- <sup>4</sup> Aproveito, desde já, para salientar que, deliberadamente, atendendo às restrições a que este texto se tem de submeter quanto à sua

extensão, evitarei falar de conhecidos casos americanos ocorridos na década de 90 em que a questão do suicídio assistido esteve particularmente presente.

- <sup>5</sup> Curiosamente, pode-se constatar que, em Portugal, a *Logos. Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*, contém uma entrada para o termo ‘suicídio’ (Cabral 1992), mas nenhuma entrada dedica à questão da ‘eutanásia’. Porém, não obstante o artigo ‘suicídio’ não fazer qualquer menção directa à eutanásia, a ‘Bibliografia’ que acompanha o texto remete, pelo menos, para um trabalho sobre suicídio e eutanásia, o que poderia, eventualmente, ser interpretado no sentido de que, embora evitada, a eutanásia poderia ser inserida no contexto mais amplo do suicídio, como uma forma especial de alguém se dar à morte.
- <sup>6</sup> É, no entanto, de salientar que a legislação holandesa, ao contrário da belga, prevê a consideração de um pedido reflectido de eutanásia feito por menores com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, desde que a autoridade parental — ou quem a representa — concorde (para mais pormenores sobre eutanásia e menores na Holanda, ver os pontos 2, 3 e 4 do Artigo 2 da Lei aprovada). Quanto à Bélgica, só podem ser considerados os pedidos de eutanásia feitos por uma pessoa maior ou por um/a ‘menor emancipado[a]’ (*mineur émancipé*; cf. Cap. II, Art. 3, 1º parágrafo).
- <sup>7</sup> Cf. Peck 2002: 235. Ainda acerca de Kübler-Ross, aquele autor afirma o seguinte: ‘li algures que a Dr.<sup>a</sup> Kübler-Ross tinha esperança de morrer de cancro para poder ter tempo e presença de espírito para aprender com a morte. Acredito que ela estava a expressar um desejo de *kenosis*’ (p.265).

## REFERÊNCIAS

### 1. Legislação

‘Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act’ [Lei holandesa sobre a eutanásia que entrou em vigor a partir de 1 de Abril de 2002], <http://www.nvve.nl/english/info/euthlawenglish.htm> [há outros endereços através dos quais a legislação poderá ser obtida].

‘Proposition de Loi Relative à l’Euthanasie’ (Sénat de Belgique). Esta proposta de lei, sem alterações, entrou em vigor a partir de Setembro de 2002), <http://www.senat.be> [há outros endereços através dos quais a Lei poderá ser obtida. No endereço referido, cf. também a ‘Proposition de Loi Relative aux Soins Palliatifs’].

## 2. Livros e outros textos

- Cabral, Roque  
1992            'Suicídio'. In *Logos. Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*. Volume 4. Lisboa e São Paulo: Editorial Verbo. pp.1334-38.
- Dworkin, Ronald  
1994            *El Domínio de la Vida: Una Discursión Acerca del Aborto, Eutanasia y la Libertad Individual*. Tradução de Ricardo Caracciolo e Victor Ferreres. Barcelona: Editorial Ariel. [Edição original *Life's Dominion*, 1993].  
*Euthanasia in Holland*.  
<http://www.euthanasia.org/dutch.html#cases>
- Freire, Paulo  
1975            *Pedagogia do Oprimido*. Porto: Afrontamento.  
1977            *Acção Cultural Para a Libertação e Outros Escritos*. Lisboa: Moraes.
- Freud, Sigmund  
1979            *Correspondance. 1873-1939*. Tradução de Anne Berman com a colaboração de Jean-Pierre Grossein. Paris: Gallimard. [Edição original *Briefe. 1873-1939*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag, 1960].
- Hendin, Herbert  
1998            *Seduced by Death. Doctors, Patients, and Assisted Suicide*. Londres e Nova Iorque: W. W. Norton & Company. [Edição original *Seduced by Death. Doctors, Patients, and the Dutch Care*, 1997].
- Hennezel, Marie de  
2000            *Nós Não Nos Despedimos: Uma Reflexão Sobre o Fim da Vida*. Tradução de Luís Filipe Sarmiento. Lisboa: Editorial Notícias. [Edição original *Nous ne Sommes pas Dit au Revoir*. Paris: Robert Laffont, 2000].
- Kübler-Ross, Elizabeth  
1998            *Mémoires de Vie, Mémoires d'Éternité*. Tradução de Loïc Cohen. Paris: Jean Claude Lattès. [Edição original *The Wheel of Life: A Memoir of Living and Dying*. Noa Iorque: Scribner, 1997].



- Küng, Hans e Jens, Walter  
1998 *Dying with Dignit: A Plea for Personal Responsibility.*  
Com Contribuições de Dietrich Niethammer e Albin Eser. Tradução de John Bowden. Nova Iorque:  
The Continuum Publishing Company. [Edição original *Menschenwürdig Sterbe: Ein Plädoyer für Selbstverantwortung.* Munique: R. Piper GmbH & Co. KG, 1995].
- Leguay, Catherine  
2000 *Mourir dans la Dignité: Quand un médecin dit Oui.*  
Comentários de André Comte-Sponville. Paris: Robert Laffont.
- Peck, Scott  
2002 *A Negação da Alma: Perspectivas Médicas e Espirituais sobre a Eutanásia e a Mortalidade.*  
Tradução de Pedro Soares. Cascais: Sinais de Fogo.  
[Edição original *Denial of the Soul*, 1997].
- Pohier, Jacques  
1999 *A Morte Oportuna: O direito de Cada um Decidir o Fim da Sua Vida.*  
Tradução de Gemeniano Cascais Franco. Lisboa:  
Editorial Notícias. [Edição original *La Mort Opportune.* Paris: Seuil, 1998].
- Schur, Max  
1975 *La Mort dans la Vie de Freud.* Tradução de Brigitte Bost.  
Paris: Gallimard.  
[Edição original *Freud: Living and Dying*, 1972].
- Santos, Laura Ferreira dos  
2002 'Trois Préfaces et un Arôme de Rose: A Propos du Statut de la Philosophie de l'Éducation'. *Penser l'Éducation. Philosophie de l'Éducation et Histoire des Idées Pédagogiques*, nº 11, Abril. pp.33-42.

**Eutanásia: Para Poder Amar a Vida até ao Fim?**

**Euthanasia: To be Able to Love Life till its Very End?**

### ***Sumário***

### ***Summary***

O que está em jogo na questão da eutanásia são convicções extremamente íntimas acerca do sentido e do valor da vida, convicções que se incluem nas escolhas religiosas ou filosóficas mais pessoais. Nessa perspectiva, a autora deste artigo considera justo esperar que, nas etapas finais da vida ou quando o sofrimento se tornou comprovadamente insuportável, uma sociedade democrática não se arrogue o direito de fazer sofrer ou morrer do modo que ela acha correcto, sem compreender que, desse modo, exerce uma forma terrível de controle.

What is at stake in the question of euthanasia is extremely intimate convictions about the meaning and value of life, which express the most personal religious or philosophical choices. Being so, this article's author considers fair to expect that, in the final stages of life, or when suffering is proven to be truly unbearable, a democratic society should not dare to assume the right to make one suffer or die in the way that it believes correct, without realizing that it is exerting, in that way, a terrible form of control.