



Questões Éticas no Fim de Vida

Eutanásia - Autonomia e os seus Limites no Fim de Vida

Diogo Emanuel Carvalho Faria

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo Branco

Co-orientador: Dr. Abel García Abejas

abril 2021

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientador, Professor Dr. Miguel Castelo Branco, e co-orientador, Dr. Abel García Abejas, agradeço toda a cooperação, apoio, orientação e exigência para a realização deste trabalho.

Aos meus pais agradeço por todo o amor, carinho, apoio incondicional e paciência em todos os momentos, não apenas durante a realização desta dissertação mas durante toda a minha vida.

À família e amigos agradeço todo o apoio que, de uma forma ou de outra, me foram prestando ao longo de todo este percurso académico.

RESUMO

O médico como bom profissional é aquele que, usando os meios corretos, atinge os fins da medicina - o melhor para o doente e para estabelecer a sua saúde e, quando não é possível, prestar os melhores cuidados com dignidade.

Com a evolução da tecnologia, a medicina conseguiu aumentar a esperança de vida, só que nem sempre com qualidade, tendo, sim, melhorado a forma de curar as pessoas e de as manter com vida. Centrada no curar e esquecida do cuidar, a medicina passou a confrontar-se com dilemas crescentes nas questões relativas ao fim de vida, nomeadamente adequação da manutenção artificial da vida, condições médicas em que tratamentos curativos seriam considerados extraordinários ou desadequados, e desproporcionados e limites impostos à prática médica no momento de respeitar a vontade dos pacientes. No uso da sua autonomia, os doentes no fim das suas vidas ou com doenças incuráveis, pedem para serem mortos, utilizando de forma errada o conceito de Morte Medicamente Assistida, no sentido de “Eutanásia” ou “Suicídio Medicamente Assistido”. Este conceito de Morte Medicamente Assistida tem-se associado ao conceito de “boa morte”, que se refere a um fim de vida com dignidade e sem sofrimento, apelando ao princípio de autonomia desde uma perspetiva utilitarista da fundamentação filosófica. No âmbito da Eutanásia, este conceito resume-se a abreviar a vida de um paciente de modo a libertá-lo deste sofrimento terminal, pois eliminando o sofrimento atingimos o bem máximo. No domínio dos Cuidados Paliativos, a “boa morte” refere-se a um conjunto de procedimentos, entre eles a sedação paliativa, que visam minimizar o sofrimento físico, psicossocial e espiritual destes pacientes.

As Diretivas Antecipadas de Vontade na forma de “Testamento Vital” surgem como uma tentativa de responder a algumas destas questões éticas e jurídicas ao reforçar e respeitar a autonomia do paciente e, assim, sustentar as opções técnicas tomadas pelos profissionais de saúde.

PALAVRAS CHAVE

Fim de vida, Eutanásia, Ética, Autonomia, Testamento Vital.

ABSTRACT

The doctor as a good professional is one who, using the right means, achieves the ends of medicine - the best for the patient and to establish their health and, when it is not possible, to provide the best care with dignity.

With the evolution of technology, medicine has managed to increase life expectancy, but not always with quality, but has improved the way of curing people and keeping them alive. Focused on curing and neglecting to care, medicine began to face growing dilemmas in matters related to the end of life, namely adequacy of artificial maintenance of life, medical conditions in which curative treatments would be considered extraordinary or inadequate, and disproportionate and limits imposed on medical practice when respecting patients' wishes. When using their autonomy, patients at the end of their lives or with incurable diseases, ask to be killed, using the concept of Medically Assisted Death in the wrong way, in the sense of "Euthanasia" or "Medically Assisted Suicide". This concept of Medically Assisted Death has been associated with the concept of "good death", which refers to an end of life with dignity and without suffering, appealing to the principle of autonomy from a utilitarian perspective of philosophical foundation. In the scope of Euthanasia, this concept boils down to shortening a patient's life in order to free him from this terminal suffering, because by eliminating suffering, we reach the maximum good. In the field of Palliative Care, "good death" refers to a set of procedures, including palliative sedation, which aim to minimize the physical, psychosocial and spiritual suffering of these patients.

The Advanced Directives in the form of Living Wills appear as an attempt to answer some of these ethical and legal questions by reinforcing and respecting the patient's autonomy and, thus, sustaining the technical options taken by health professionals.

KEYWORDS

End of Life, Euthanasia, Ethics, Autonomy, Living Wills.

ÍNDICE GERAL

| | | |
|---|---|-----|
| ➤ | Agradecimentos..... | iii |
| ➤ | Resumo..... | v |
| ➤ | Palavras Chave..... | v |
| ➤ | Abstract..... | vi |
| ➤ | Keywords..... | vi |
| ➤ | Capítulo I: Introdução | 9 |
| ✓ | 1.1. Objeto do trabalho..... | 11 |
| ✓ | 1.2. Estado Atual da Arte..... | 12 |
| ✓ | 1.3. Estado da Arte na Europa..... | 14 |
| ✓ | 1.3.1. Holanda..... | 14 |
| ✓ | 1.3.2. Bélgica..... | 15 |
| ✓ | 1.3.3. Suíça..... | 15 |
| ✓ | 1.3.4. Espanha..... | 16 |
| ✓ | 1.4. Portugal..... | 16 |
| ✓ | 1.5. Objetivo..... | 18 |
| ✓ | 1.6. Metodologia..... | 18 |
| ➤ | Capítulo II: Desenvolvimento..... | 21 |
| ✓ | 2.1. Contextualização da Eutanásia..... | 23 |
| ✓ | 2.1.1. Elementos Históricos..... | 23 |
| ✓ | 2.1.2. Evolução dos conceitos de Vida e Morte..... | 23 |
| ✓ | 2.1.3. Fenomenologia do Sofrimento..... | 24 |
| ✓ | 2.2. Formas de intervenção no fim de vida..... | 26 |
| ✓ | 2.2.1. Eutanásia..... | 26 |
| ✓ | 2.2.2. Ortotanásia e Distanásia..... | 28 |
| ✓ | 2.2.3. Suicídio Medicamente Assistido..... | 29 |
| ✓ | 2.2.4. Interrupção Voluntária da Alimentação e Hidratação Artificiais.... | 29 |
| ✓ | 2.2.5. Sedação Paliativa..... | 30 |
| ✓ | 2.2.6. Princípio do Duplo Efeito..... | 31 |
| ✓ | 2.2.7. Planificação Antecipada dos Cuidados..... | 31 |
| ✓ | 2.3. Debate sobre a Eutanásia..... | 33 |
| ✓ | 2.3.1. Uma Análise Bioética..... | 33 |
| ✓ | 2.3.2. Uma Análise à Luz da Ética Deontológica..... | 35 |
| ✓ | 2.3.3. Uma Análise à Luz da Ética Consequencialista..... | 36 |
| ✓ | 2.3.4. Argumentos perante a Eutanásia..... | 37 |
| ✓ | 2.3.4.1. A Favor..... | 37 |
| ✓ | 2.3.4.2. Contra..... | 38 |

| | |
|---|----|
| ✓ 2.3.5. Fatores que interferem com a Requisição e Aceitabilidade dos Pedidos de Eutanásia..... | 39 |
| ➤ Capítulo III: Conclusões..... | 43 |
| ➤ Capítulo IV: Bibliografia..... | 47 |

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

1.1. OBJETO DO TRABALHO

Com a evolução da tecnologia, a medicina aprimorou a forma de curar as pessoas de tal forma que se assistiu a uma transição demográfica, tendo as doenças infecciosas e rapidamente fatais dado lugar a doenças progressivas e crônicas permitindo, assim, um aumento da esperança média de vida, porém nem sempre associado a um aumento da sua qualidade. Este foco no curar, negligenciando o cuidar, contribuiu para a emergência de dilemas éticos em temas relativos ao fim de vida.

Outra questão que ganhou ainda maior pertinência é a do “empowerment” dos doentes e queda do paternalismo médico permitindo o estabelecimento de uma relação fiduciária entre médico e paciente, embora dúbia nos dias de hoje. Esta capacitação adquire particular relevo perante doentes em estado terminal ou com doenças incuráveis que, apelando à sua autonomia e liberdade individual, pedem a cessação da sua vida de modo a usufruírem de uma “morte digna” e sem sofrimento, a conceção de “boa morte” defendida pelos promotores da Eutanásia. Este conceito tem-se associado a diversas linhas de pensamento e fundamentação sendo, por isso, interpretado de diferentes formas. No âmbito da Eutanásia, a “boa morte” é alcançada através da ação, ou seja, abreviando a vida de um paciente de modo a libertá-lo deste sofrimento; no domínio dos Cuidados Paliativos (CP), a “boa morte” refere-se a um conjunto de procedimentos, entre eles a sedação paliativa, que visam minimizar o sofrimento físico e psicológico destes pacientes.

A questão da Eutanásia e do Suicídio Medicamente Assistido (SMA) reveste-se de extrema complexidade abordando temas tão sensíveis como o valor da vida humana e o direito a dispor dela exigindo, por isso, um debate multidisciplinar e global que pondere os benefícios e inconvenientes de optar ou não pela sua legalização. Importa, similarmente, não esquecer que os fundamentos utilizados para suportar ou contrariar estas práticas estão dependentes das moralidades individuais, inclusive as religiosas, e das influências sociais, económicas e políticas estando, assim, sujeitos a alguma volubilidade com a evolução dos tempos e das formas de pensar, com tendência ao relativismo na fundamentação e ao ceticismo, numa sociedade global onde é difícil encontrar uma moral comum e onde os valores se tornaram líquidos.¹

Neste debate sobre questões éticas no fim de vida torna-se particularmente importante clarificar a distinção entre os conceitos de ação e intenção. A ação refere-se ao ato intencional de terminar a vida de um paciente de modo a alcançar o alívio do seu sofrimento, enquanto intenção refere-se à morte como um efeito possível e previsto de um conjunto de

medidas empregues com o objetivo único de aliviar esse sofrimento (Princípio do Duplo Efeito).

1.2. ESTADO ATUAL DA ARTE

A Morte Medicamente Assistida (MMA), em particular a Eutanásia, é um tema altamente complexo e heterogéneo. O sentido em que as legislações se orientam é fortemente influenciado por diversos fatores de cariz social, político e ideológico, com fundamentações falaciosas e por vezes relativistas, e até meramente económico (utilitarista)².

Ao longo do debate sobre o fim de vida, têm surgido conceitos que se utilizam de forma errada, tais como o de MMA, para enfatizar a necessidade da presença do médico para a ocorrência deste processo. Porém, MMA refere-se ao facto de que, na atualidade, o processo de morte foi transferido para os hospitais, estando o paciente permanentemente acompanhado por profissionais de saúde nesta fase terminal da sua vida, algo que no passado não se verificava, na medida em que as pessoas passavam os seus momentos finais em habitação própria, junto de familiares. A morte passou de ser um ato social a um ato hospitalar, oculto.

Embora existam desde a antiguidade, Eutanásia e SMA continuam a ser temas controversos devido às questões legais e éticas que lhes são inerentes. Eutanásia descreve situações em que o interessado, por já não apresentar capacidade para a execução do ato ou não o querer realizar, transfere a autonomia para um outro agente - neste caso, o médico - deixando de ser livre, passando o agente externo a ser o responsável por terminar a sua vida. No caso do SMA, o paciente que deseja terminar com a própria vida - o sofrimento é um elemento de coerção externa - apresenta certo grau de competência para tal e o agente externo - o médico - limita-se a prestar esclarecimentos, providenciar instruções e prescrever medicações de modo a possibilitar a consumação do ato. Em suma, na Eutanásia o agente ativo da morte do paciente é o médico ou um terceiro, enquanto no SMA é o próprio paciente, condicionando que os conceitos de liberdade e autonomia mudem de fundamento.

A autonomia é um conceito central no debate das questões éticas no fim de vida. Desde uma perspetiva moral, é a capacidade de um ser humano se autogovernar de acordo com os seus valores e princípios, estabelecendo preferências e prioridades, na ausência de interferências externas.³ A autonomia moral absoluta não existe, como também não existe a liberdade absoluta. É um princípio que depende do grau de conhecimento e do coeficiente intelectual

de uma pessoa estando, por isso, dependente de fatores empíricos alheios à vontade moral, assim como, por vezes, estar sujeita a coerção externa. A autonomia funcional pode, também, ser um fator limitante desta autonomia moral.

No sentido de avaliar a capacidade para a tomada de decisão, Grisso e Appelbaum desenvolveram um modelo de entrevista - *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* (MacCat-T) - cujas respostas espelham o grau de habilidade em quatro áreas específicas ⁴:

- ✓ *Compreensão* da informação que lhe é prestada em relação ao tratamento, tal como é exigido pela lei do Consentimento Informado;
- ✓ *Apreciação* do significado da informação para o doente em particular, em função da sua condição clínica e possibilidade do tratamento gerar benefícios;
- ✓ *Raciocínio* sobre as várias alternativas de tratamento disponíveis, centrando-se nas consequências de cada uma para a vida do doente;
- ✓ *Expressão* da vontade do próprio em relação ao tratamento.

Na prática clínica diária, o direito à autonomia é exercido sob a forma de consentimento informado. Só será verdadeiramente autónomo na sua decisão e esta apenas será verificada se o paciente receber todas as informações disponíveis relativas à sua situação clínica atual, for capaz de as compreender e, finalmente, apresentar competência para expressar a sua escolha.

1.3. ESTADO DA ARTE NA EUROPA

1.3.1. HOLANDA

A nível europeu, a Holanda foi o primeiro país a legalizar e regulamentar a prática da Eutanásia e do SMA.⁵ Os pacientes podem solicitá-los perante situações de doença específica, sob a forma de Diretivas Antecipadas. A elaboração destas diretivas requer uma grande capacidade de antecipação por parte do paciente, que lhe permita avaliar os prós e contras de uma determinada decisão perante um eventual prognóstico sendo, também, lhe pedida a definição de um *trigger point* para dar início à intervenção solicitada.⁶

O médico que pratica a Eutanásia não será punido desde que⁷:

- a. Garanta que o pedido é voluntário e devidamente ponderado;
- b. Garanta que o sofrimento é insuportável e sem perspectiva de melhoria;
- c. Tenha informado o paciente sobre a sua situação e prognóstico;
- d. Tenha chegado à conclusão, juntamente com o paciente, de que não há uma alternativa razoável à sua situação;
- e. Tenha consultado pelo menos um outro médico independente, o qual deve observar o paciente e prestar a sua opinião por escrito em como os critérios anteriores foram cumpridos;
- f. Tenha prestado os devidos cuidados e assistência médicos na terminação da vida do paciente ou na assistência ao seu suicídio.

Relativamente aos menores de idade, a partir dos 12 anos, podem, com o consentimento dos representantes legais, pedir a Eutanásia. A partir dos 16 anos podem tomar essa decisão autonomamente, desde que os representantes legais estejam envolvidos.

Se os pressupostos consagrados na lei não forem cumpridos, o médico pode ser acusado da prática de um crime. É, ainda, assegurado o direito à objeção de consciência podendo, assim, recusar a prática de tal ato.

1.3.2. BÉLGICA

Na Bélgica, a Eutanásia passou a ser permitida em 2002⁸, tendo esta lei sofrido alterações em 2014 que permitiram estender a permissibilidade desta prática a menores de idade, com capacidade de discernimento, sendo esta avaliada pelo médico responsável e por um psiquiatra infantil, e vítimas de uma doença incurável, sendo, para tal, necessário o consentimento do interessado e dos seus representantes legais.⁵ É permitida, ainda, a realização da Eutanásia em indivíduos com distúrbios psiquiátricos ou demência desde que sejam capazes de prestar um requerimento sustentável, claro, voluntário e devidamente esclarecido e ponderado.⁹ Nestas situações, é requerida consulta com um segundo médico independente para avaliar o paciente e, caso não seja expectável a sua morte num futuro previsível - definido como a morte que é expectável ocorrer nos próximos dias, semanas ou meses - é necessário consultar um terceiro médico. Para além disso, é requerido um período de espera de um mês entre a realização do requerimento escrito e a efetivação da prática.¹⁰

A presença de demência no paciente e a crença religiosa são fatores que se correlacionam negativamente com a aceitabilidade, por parte dos médicos belgas, dos requerimentos de Eutanásia.⁹

1.3.3. SUÍÇA

Na Suíça não há uma legislação específica para a Eutanásia Ativa. O Código Penal apresenta um artigo relativo ao “homicídio a pedido da vítima” que pune quem, por compaixão, provoque a sua morte, a seu pedido genuíno e insistente. No que concerne à Eutanásia Passiva, sob a forma de interrupção dos tratamentos, e à Eutanásia Indireta, em que a morte é uma consequência indireta da administração de fármacos para o alívio sintomático, ambas são permitidas pela legislação suíça.⁵

A “Dignitas” e a “Exit” são organizações de cariz associativo que se dedicam à assistência ao suicídio de pacientes com o devido discernimento, capazes de prestar o seu consentimento de forma consciente, livre e informada, que se encontrem em fase terminal de doença incurável, apresentem um sofrimento intolerável e cujo prognóstico seja a morte ou uma incapacidade grave.

O apoio que o SMA tem na Suíça deve-se, não à falta de confiança na resposta do Sistema de Cuidados de Saúde mas, antes, à confiança na capacidade do Sistema Legal vigente em regular e impedir a ocorrência de potenciais abusos neste âmbito.¹¹

1.3.4. ESPANHA

Em Dezembro de 2020, Espanha aprovou a proposta de Lei Orgânica para a Regulação da Eutanásia¹². Os adultos que sofram de doença ou incapacidade grave e incurável ou crónica, que cause sofrimento físico ou psicológico intolerável sem possibilidade de cura ou melhoria, podem solicitar ajuda médica para morrer. Esta solicitação deverá ser feita por escrito, pelo próprio, devendo a sua vontade ser confirmada em pelo menos quatro ocasiões ao longo do processo. O interessado pode, a qualquer momento, abdicar ou adiar o seu pedido.

Ficou estabelecido que a prestação de ajuda à morte estará incluída no Sistema Nacional de Saúde espanhol, garantindo, assim, o acesso a todos os que verifiquem as condições necessárias.

Para além do direito médico à objeção de consciência, a lei prevê a criação de uma Comissão de Garantia e Avaliação em cada comunidade autónoma espanhola, composta por médicos e juristas, para acompanhar cada caso.

1.4. PORTUGAL

O quadro legal em vigor em Portugal¹³, particularmente através dos artigos 134º e 135º, estabelece como crimes passíveis de punição o homicídio a pedido da vítima e o incitamento ou ajuda ao suicídio, respetivamente.

No sentido de dar início a esta discussão, em Março de 2012 foi publicada uma petição¹⁴ que pretendia estimular um debate circunspeto e sistematizado no seio da Ordem dos Médicos (OM) sobre Eutanásia e SMA. Os seus proponentes defendiam a abertura deste debate a entidades não médicas, procurando combater as informações, por vezes enviesadas e desprovidas de sustentação científica, disseminadas pelos meios de comunicação social.

Em Fevereiro de 2020, cinco partidos políticos apresentaram projetos de lei que despenalizam a Eutanásia. Os mesmos foram aprovados na generalidade, tendo sido o do Partido Socialista (PS)¹⁵ aquele que arrecadou mais votos. Este projeto não visava a

afirmação de um direito jurídico-constitucional à Eutanásia no sentido de, para obter um alívio do sofrimento, exigir a um terceiro o término da sua vida mas, antes, um reconhecimento legal da mesma.

O Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas (CNEDM) deu parecer negativo a todos os projetos analisados ^{16, 17, 18, 19}, manifestando-se, assim, contra a Eutanásia e o SMA. Baseando-se no Código Deontológico da Ordem dos Médicos²⁰ que estabelece que o “médico deve respeitar a dignidade do doente no momento do fim de vida” e que ao “médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia”, o CNEDM afirma que estas práticas não se incluem nos princípios da Medicina.

Na mesma altura, a OM organizou um debate subordinado a este tema, no qual Miguel Guimarães, bastonário da OM, reafirmou a aprovação dos pareceres apresentados pelo CNEDM e realçou a necessidade de maior informação e debate. ²¹

Também, a Conferência Episcopal Portuguesa (CEP) demonstrou publicamente o seu apoio às iniciativas contra despenalização da Eutanásia ao reafirmar que a melhor opção para um fim de vida digno seriam os CP. Esta posição veio reforçar aquela que já havia sido assumida em março de 2016 ²², onde argumentava que “o homicídio não deixa de ser homicídio por ser consentido pela vítima” e “o direito à vida é indisponível”.

De forma a assegurar o cumprimento da vontade dos pacientes perante qualquer situação, mesmo quando estes já perderam a competência para tomarem decisões, o parlamento português aprovou a Lei n.º 25/2012, de 16 de Julho²³, que, para além de regular as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e a nomeação de um Procurador de Cuidados de Saúde (PCS), criou o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), o qual permite que os médicos tenham informação atempada e constante sobre a vontade do paciente.

No seguimento da anterior, foi aprovada a Lei n.º 31/2018, de 18 de Julho²⁴, que estabelece um conjunto de direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, consagrando o direito a não sofrerem de forma mantida, disruptiva e desproporcionada, prevendo, ainda, medidas para a efetivação destes direitos.

Em suma, estas leis contribuem para a fomentação do direito à autodeterminação de cada um.

1.5. OBJETIVO

O objetivo deste trabalho consiste em analisar as questões éticas que a Eutanásia levanta na sua fundamentação, no âmbito dos cuidados em fim de vida.

Primordialmente tenciona-se contextualizar este tema, abordando alguns elementos históricos que se demonstrem pertinentes, bem como a evolução e fenomenologia de conceitos como vida, morte e sofrimento.

Seguidamente, de modo a enriquecer este debate e combater a ambiguidade de terminologias e nomenclaturas utilizadas, procura-se enumerar formas de intervenção no fim de vida.

Ultimamente objetiva-se a realização de uma análise, desde um ponto de vista bioético, abordando as éticas deontológica e consequencialista, do debate que se tem vindo a suceder no seio da sociedade, procurando contemplar as posições favoráveis e opostas à prática da Eutanásia.

1.6. METODOLOGIA

A metodologia utilizada responde a uma revisão de literatura narrativa não sistematizada, que se baseia na utilização do método manual: após a pesquisa de materiais bibliográficos, o investigador executa a análise através de leitura e sínteses manuais. O objetivo é o descrever uma visão geral sobre um determinado tema. Por não incluir um protocolo, nem especificar a estratégia de pesquisa ou processo de seleção de artigos, o resumo dos estudos analisados estará sujeito a uma maior possibilidade de ocorrência de viés, nomeadamente viés do investigador. Ao fundamentar-se no levantamento da informação já existente, a revisão da literatura permite conhecer o estado atual da arte no domínio da matéria em estudo.

Realizou-se a pesquisa de literatura e artigos científicos disponíveis nas seguintes bases de dados: *Pubmed*, *b-on* e *SciELO*. Os descritores de pesquisa utilizados foram os termos MeSH *euthanasia*, *assisted suicide*, *personal autonomy*, *medical ethics* e *terminal care*. Os artigos foram avaliados quanto à sua relevância para o tema, tendo-se incluído ensaios clínicos, observacionais, estudos retrospectivos e meta-análises, não tendo havido limitações

quanto à respetiva data de publicação. Os artigos que não se debruçavam sobre o tema foram rejeitados. A leitura integral dos estudos levou a incluir 42 artigos.

Para complementar a pesquisa consultou-se, ainda, as listas de referências bibliográficas dos artigos selecionados, analisaram-se outras dissertações e obras literárias cujo tema central se considerou relevante para o trabalho, bem como decretos lei em vigor, particularmente em Portugal, projetos de lei e pareceres do Comité Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) que abrangessem a questão do fim de vida.

Recorreu-se, ainda, ao portal online da Ordem dos Médicos para a leitura de artigos que se revelassem pertinentes para a investigação.

CAPÍTULO II: DESENVOLVIMENTO

2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA

2.1.1. ELEMENTOS HISTÓRICOS

O debate sobre a aceleração do processo de morte em doentes em fase terminal da doença teve início na Grécia Antiga. O termo Eutanásia deriva etimologicamente da palavra grega *euthanatos* que significa boa morte (*eu* = bem e *thanatos* = morte).²⁵

Um dos primeiros a defendê-la foi Francis Bacon que, em 1623, em “*Historia vitae et mortis*”, lhe atribuiu um significado próximo ao atual, defendendo que seria “desejável que os médicos desenvolvessem a arte de ajudar os agonizantes a sair deste mundo com mais doçura e serenidade”, considerando, assim, que o papel do médico não era o de apenas curar mas, também, o de aliviar o sofrimento dos moribundos.²⁶

Com a implementação do cristianismo no mundo ocidental, a vida humana tornou-se num bem sagrado, supremo e absoluto, sobreponível a todos os outros, levando a uma mudança de paradigma em relação à disposição da própria vida. Esta passou a ser encarada como uma dádiva de Deus e, por isso, nenhum Homem teria o direito de dispor dela.

2.1.2. EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS DE VIDA E MORTE

A Vida e a Morte são dois eixos ambíguos de um mesmo processo de vivência antropológica inexorável.

A delimitação da vida humana permite clarificar o momento em que é atribuído ao novo ser um estatuto de liberdade, dignidade e igualdade, com direitos e deveres necessários a uma vida em sociedade. No estado atual da arte, é passível se afirmar que a vida começa com a fecundação na medida em que a união do espermatozóide com o óvulo dá origem a um novo e inédito genoma.²⁷

Já a morte é a certeza da condição humana. Uma propriedade intrínseca do Homem, que o permite caracterizar como tal uma vez que este é o único ser vivo com consciência da própria finitude.²⁸ Em “A Morte de Ivan Ilitch”²⁹, Tolstói descreve a morte como um processo que expõe a inquietação moral do Homem, conduzindo-o a uma autorreflexão sobre o seu verdadeiro “Eu”, incitando-o à procura de um sentido para a vida e a morte.

A conceção do princípio de autonomia do paciente foi alvo de grandes modificações ³⁰, tendo-se transitado de um receio de acelerar intencionalmente a morte de um enfermo para a convicção atual de que, sob certas condições, é permissível suspender os meios auxiliares de suporte de vida, sabendo que o resultado final será a morte. Beauchamp destaca, também, a distinção entre “matar” e “deixar morrer”, podendo este último ocorrer sob duas circunstâncias: cessar as medidas de suporte de vida porque se revelaram inúteis ou, por outro lado, porque estas foram recusadas pelo paciente, nunca descurando a assistência a este no seu processo de morte.

Há, ainda, quem defenda a existência de um direito legal à morte ³¹. Direito à Vida é o direito de decidir se um indivíduo vai ou não continuar a viver. Direito à Morte é o direito de decidir quando o indivíduo irá morrer. Para o autor, se o Direito à Vida se limitasse a decidir continuar a viver sem poder determinar o momento da morte, a isto chamar-se-ia Dever de Viver, o qual não seria um dever plausível. A sua proposta é a de clarificar este Direito à Morte: não deve ser entendido como um direito a assistir a morte de terceiros mas, antes, como o direito de não prevenir a obtenção de assistência para auxiliar a morte daqueles que a pretendam.

2.1.3. FENOMENOLOGIA DO SOFRIMENTO

O ser humano está exposto a múltiplos perigos: o de adoecer, o de ser alvo de injustiças, o de morrer. Torralba afirma que ao experienciar a vulnerabilidade, o indivíduo sofre uma desestruturação global do seu ser, passando a necessitar de cuidados. Durante o caminho para a sua reedificação, o próprio desencadeia um processo filosófico para encontrar um sentido para o sofrimento pois, segundo o autor, a interrogação pelo sentido último de sofrer constitui a questão mais grave da existência humana.³²

Feuerbach apresenta-nos uma visão materialista do Mundo, defendendo a trindade humana - constituída por Amor, Razão e Vontade - e negando a existência de um campo metafísico. Para este, a religião surge da necessidade do Homem aliviar a dor e o sofrimento e, por isso, a consciência que o Homem possui de Deus é a consciência que detém de si mesmo e só uma ação guiada pelo amor permite uma vivência material entre todos.³³

Na teoria do conhecimento, Kant descreve as faculdades do conhecimento que se combinam para o produzir: a sensibilidade, entendida como a capacidade de registar intuições, isto é, o modo passivo pelo qual somos afetados pelos dados sensoriais; e o entendimento, que é a

capacidade de atribuir conceitos - formas a priori do entendimento, imprescindíveis para que as sensações adquiram sentido - às intuições registadas na sensibilidade. ³⁴

Assim, o sofrimento surge como uma experiência que resulta do conhecimento da situação de vulnerabilidade em que o próprio se encontra.

A vivência da doença numa fase terminal proporciona aos indivíduos um momento para rever e avaliar eventos de vida significativos, condicionando neles uma necessidade de procura de transcendência, conexão e sentido para a sua existência. Será a resolução destes conflitos que irá permitir, ao doente, se conformar e aceitar a proximidade da morte.

De acordo com Kübler-Ross, a aproximação da morte suscita emoções que permitem caracterizar os cinco estágios que o paciente pode vivenciar na proximidade da sua morte ³⁵:

- ✓ Negação e Isolamento: mecanismos de defesa temporários contra a dor psíquica causada pela conceção da sua morte;
- ✓ Raiva: devido à impossibilidade de se manter em negação relativamente à sua condição;
- ✓ Barganha: na tentativa de adiar o desfecho que se assume como mais provável, inicia “negociações” com o seu Deus;
- ✓ Depressão: quando, consciente da sua debilidade física e da real proximidade da morte, deixa de negar a sua condição;
- ✓ Aceitação: momento de tranquilidade e harmonia em que já não experimenta desespero, nem nega a sua condição.

Ademais da situação de maior fragilidade imposta pela doença, o sofrimento resulta da não resolução destas questões do fim de vida. Este não é apenas um sentimento subjetivo mas, antes, um fenómeno multidimensional, que resulta de experiências dolorosas a diferentes níveis, que interferem com o equilíbrio físico e emocional. Não é apenas uma dor física mas uma incapacidade para executar atividades básicas que conferem significado à vida de cada um, conduzindo os indivíduos a uma perda de dignidade e identidade.³⁶

Pessoas com doenças graves e incapacitantes têm outras prioridades para além do prolongamento da sua existência, nomeadamente³⁶: evitar mais sofrimento, reforçar relações com família e amigos, manter-se mentalmente capaz, não ser um incómodo para os outros e desenvolver o sentido de que a sua vida está completa. Assim, a forma como experiencia o sofrimento é potencialmente determinada pelos seus valores, crenças e princípios.

O médico apresenta-se como um elemento fundamental neste contexto, devendo o alívio do sofrimento ser um dos seus principais propósitos. A sua função, quando o “curar” deixa de ser uma opção, passa a ser a de proporcionar um melhor conforto e qualidade ao doente nestes momentos finais da sua existência.

Em suma, o alívio do sofrimento, apesar dos métodos defendidos para o alcançar serem diametralmente opostos, é, também, o objetivo comum tanto dos promotores, quanto dos opositores da Eutanásia.

2.2. FORMAS DE INTERVENÇÃO NO FIM DE VIDA

2.2.1. EUTANÁSIA

O sentido da palavra “Eutanásia” sofreu várias modificações. Inicialmente, era entendida como um processo que tornaria a morte menos dolorosa, sem nunca a visar, tendo como objetivo facilitar o processo de morte sem nele interferir.³⁷

Atualmente é entendida como o ato de antecipar a morte de um indivíduo em sofrimento. Sendo a legislação holandesa uma referência a nível mundial, para que o médico não seja imputado de homicídio, algumas condições precisam ser verificadas ³⁸:

- a. A solicitação deve ser voluntária, ponderada, explícita e livre de pressões externas;
- b. Relação de confiança entre o médico e o paciente;
- c. Sofrimento insuportável e sem perspectiva de melhoria;
- d. Discussão entre o médico e o paciente sobre alternativas à Eutanásia;
- e. Consulta de um segundo médico;
- f. Execução médico-técnica cuidada e apropriada da Eutanásia.

A Eutanásia pode ser analisada desde o ponto de vista da sociedade e do paciente², distinguindo-se:

- Do ponto de vista da sociedade:
 - a. *Eutanásia Utilitarista*: a morte é encarada como uma forma do Estado, organizações ou família se libertarem de um peso financeiro devido aos seus custos crescentes e utilidades decrescentes.
 - b. *Eutanásia Humanitária*: como nas sociedades ocidentais se passou a avaliar a vida em função da qualidade e não da longevidade, a experiência de um sofrimento insuportável e a dependência de terceiros retira-lhe dignidade, gerando uma necessidade de precipitar a morte.
- Do ponto de vista do paciente:
 - a. *Eutanásia Egoísta*: a sociedade de consumo atual incentiva os indivíduos a procurar uma morte nas mesmas condições da vida: cómoda, confortável e com o mínimo de dor e angústia possível.
 - b. *Eutanásia Anômica*: numa sociedade que descuroou a hierarquia dos valores, a Eutanásia surge como a única saída possível, fazendo desaparecer tudo aquilo que torna a existência do Homem inquietante.

A Eutanásia é um conceito ambíguo que, apesar de ser uma entidade única, determinados grupos utilizam diferentes termos para a classificar. Mesmo podendo ser conceitos falaciosos, apoiam-se neles para fundamentar a sua posição e limitar o esforço terapêutico, afastando-se do conceito original de matar a pedido.

Pode, então, ser classificada quanto ³⁹:

- Ao tipo de ação:
 - a. *Eutanásia Ativa*: implica interferência médica, através da administração de fármacos ou outras substância letais, cujo objetivo é provocar a morte do paciente sem sofrimento.
 - b. *Eutanásia Passiva*: perante um paciente em estado terminal que, derivado do seu sofrimento, deseja morrer, o médico omite procedimentos que visam o prolongamento artificial da vida.
- Ao consentimento do paciente:
 - a. *Eutanásia voluntária*: a morte é antecedida pelo pedido do paciente, surgindo como resposta à sua vontade.
 - b. *Eutanásia não voluntária*: a morte é provocada em pacientes em estado terminal ou com algum tipo de deficiência grave que não são capazes de

expressar a sua vontade, sendo a família a tomar a decisão. Como o paciente não presta consentimento, tal poderá ser considerado homicídio compassivo ou ação com intenção de aliviar o sofrimento.

Outros conceitos derivados de Eutanásia ²⁷:

- a. *Eutanásia Natural*: a morte ocorre de forma natural sem sofrimento.
- b. *Eutanásia Provocada*: a conduta humana contribui para o alívio do sofrimento, quer pela abreviação da vida, quer somente confortando o paciente.
- c. *Eutanásia Solutiva*: consiste num auxílio à morte, nomeadamente controlo da dor e espasmos, assistência psicológica e espiritual, sem interferência na duração do curso vital.
- d. *Eutanásia Resolutiva*: o motivo que impulsiona o agente é o traço distintivo desta, podendo ser subdividida em:
 - ✓ *Libertadora*: praticada por razões unicamente solidárias, em que a piedade é o motivo determinante da ação;
 - ✓ *Eugénica*: supressão de pessoas portadoras de doenças incuráveis, de deformidades e de recém-nascidos portadores de malformações, com o objetivo de promover o aprimoramento da espécie humana;
 - ✓ *Económica*: morte de indivíduos idosos, inválidos e doentes mentais, com o objetivo de aliviar a sociedade do peso de pessoas economicamente inúteis.

2.2.2. ORTOTANÁSIA E DISTANÁSIA

Ortotanásia significa morte em seu tempo certo⁴⁰. Consiste no não prolongamento artificial do processo de morte além do que seria natural, permitindo ao doente, que já entrou na fase final da sua doença, enfrentar confortavelmente o termo da sua vida uma vez que a morte não é uma doença a curar mas algo que faz parte da existência.⁴¹

Distanásia é um prolongamento exagerado e desproporcionado do processo de morte, submetendo o paciente a intensa dor e sofrimento ⁴⁰, que ocorre na ausência de uma real expectativa de cura ou melhoria da qualidade de vida. É também designada Obstinação Terapêutica ou Futilidade Médica ⁴¹, referindo-se a uma inadequação dos tratamentos à situação real.

2.2.3. SUICÍDIO MEDICAMENTE ASSISTIDO

O SMA, um conceito que erradamente se discute de forma similar ao de Eutanásia, apresenta fundamentos filosóficos diferentes. Enquanto nesta é o médico que se encarrega da ação que termina com a vida do paciente, no SMA limita-se a prestar esclarecimentos, providenciar instruções e prescrever medicações para que o paciente em sofrimento, que assim o deseje, termine com a sua própria vida. Assim, ao passo que na Eutanásia o médico é o verdadeiro agente da morte, no SMA atua apenas como auxiliador do paciente no seu suicídio. ⁴²

2.2.4. INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO ARTIFICIAIS

A Interrupção Voluntária da Alimentação e Hidratação Artificiais (IVAHA) é um tópico altamente controverso uma vez que um dos principais dilemas éticos consiste em determinar se a Alimentação e Hidratação Artificiais (AHA) são consideradas uma forma de cuidados básicos que devem ser assegurados a todos as pessoas até ao final da vida ou, por outro lado, se se devem considerar uma forma de tratamento.

Os promotores da AHA enquanto cuidado básico defendem que esta prática não restaura qualquer função vital, devendo ser prestada a todos os pacientes simplesmente porque é uma obrigação garantir meios adequados de alimentação e hidratação e, adicionalmente, a sua interrupção pode causar maior dor e sofrimento no momento da morte.⁴³

A *Academy of Nutrition and Dietetics* estabelece que a AHA se inclui na definição de tratamentos médicos de suporte e, como nem sempre contribui para o conforto do paciente, pode ser suspensa. ⁴⁴

A Sociedade Europeia para a Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN) define como pré-requisitos para a AHA ⁴⁵:

- ✓ Indicação para tratamento médico e
- ✓ Definição do objetivo terapêutico a ser alcançado e
- ✓ Desejo do paciente e seu consentimento informado.

Os riscos associados a estas práticas devem ser ponderados antes de se dar início ao suporte nutricional uma vez que, se desadequados, podem contribuir para uma maior degradação

da clínica do paciente. A ESPEN afirma, ainda, que o médico deve estar preparado para descontinuar a AHA uma vez que, à medida que o paciente se aproxima do momento da morte, as quantidades de nutrientes administrados tornam-se insignificantes e, como tal, a intervenção deixa de ter benefícios na preservação da vida e da sua qualidade.⁴⁵

2.2.5. SEDAÇÃO PALIATIVA

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde, os CP melhoram a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, abordando os problemas associados às doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento, através da identificação precoce e avaliação da dor e outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Sedação Paliativa (SP) define-se como a utilização controlada de fármacos destinados a induzirem um estado diminuído ou de completa ausência de consciência, não existindo qualquer intenção de interferir com a temporalidade do processo de morrer. A sua única finalidade deverá ser minimizar o sofrimento, maximizar o conforto e promover uma morte digna.⁴⁶

SP e Eutanásia distinguem-se, essencialmente, com base em três tópicos⁴⁷:

- O objetivo da SP é o alívio de sintomas, ao passo que o da Eutanásia é a morte do paciente;
- As doses da medicação utilizadas na SP são proporcionais aos efeitos procurados, enquanto na Eutanásia as doses são letais;
- Ao passo que na SP o propósito é o alívio dos sintomas com algum risco de encurtar a vida, na Eutanásia é a morte imediata do paciente.

2.2.6. PRINCÍPIO DO DUPLO EFEITO

O Princípio do Duplo Efeito tem sua origem filosófica na doutrina de São Tomás de Aquino. É um termo utilizado no âmbito da Ética que se refere aos dois tipos possíveis de consequências - positiva e negativa - produzidas por uma determinada ação.

De acordo com este princípio, uma ação é moralmente justificada quando as seguintes condições estão asseguradas:

- ✓ A ação deve ser moralmente neutra ou, pelo menos, não deve ser nociva para o paciente;
- ✓ O efeito positivo deve resultar diretamente da ação e transcender o efeito negativo;
- ✓ O efeito negativo não deve ser desejado porém deve ser previsto e tolerado, em função da situação particular;
- ✓ O agente da ação deve ser honesto e a sua intenção deve ser alcançar o efeito positivo.

Este princípio apresenta grande preponderância nos CP na medida em que, quando os pacientes se encontram numa fase já terminal, em que a única ação que terá real valor sobre o seu bem estar é o tratamento da dor, o efeito possível de antecipação da morte pela medicação analgésica é aceitável e moralmente justificável. Assim, a gestão da dor não constitui uma forma de Eutanásia.⁴⁸

2.2.7. PLANIFICAÇÃO ANTECIPADA DOS CUIDADOS

O “empowerment” dos cidadãos e o reforço da sua autonomia são dois dos propósitos mais relevantes do modelo de prestação de cuidados atual. Com a emergência do Método Clínico centrado no Paciente, a postura paternalista dos médicos converteu-se numa relação de igualdade, permitindo uma transferência de responsabilidades entre ambas as partes, de forma que o diagnóstico e o tratamento resultam de uma negociação entre médico e paciente.

49

Por forma a reforçar a autonomia surgiu a necessidade de, no seio de uma relação assente na partilha e no respeito, o médico e o paciente discutirem, de forma antecipada, os cuidados de saúde que este deseja ou não receber. Para que esta seja uma discussão legítima, o paciente deve ser devidamente informado relativamente à sua situação clínica e

prognóstico, tratamentos disponíveis e medidas de suporte adequadas e benefícios e riscos de cada um.

As DAV permitem antecipar o exercício da autonomia pessoal, mediante projeção da vontade, para situações nas quais a pessoa não poderá exercê-la diretamente.⁵⁰ Este conceito de autonomia assenta na noção de autogoverno - ser o indivíduo, como forma de manifestação da sua liberdade, a estabelecer as suas próprias regras de acordo com as suas crenças, valores e, como este é um ser social, influências da sociedade em que está inserido - sempre dentro dos limites legais estabelecidos.

O Consentimento Informado é um instrumento que visa reforçar o exercício desta autonomia, conferindo à pessoa interessada dados e esclarecimentos necessários a uma tomada de decisão congruente com os seus princípios.

As DAV podem assumir duas modalidades que não se excluem mutuamente ⁵¹:

- Testamento Vital (TV): documento escrito em que o indivíduo manifesta antecipadamente a sua vontade relativamente a intervenções médicas específicas que deseja ou não receber caso não se encontre capaz de tomar decisões autonomamente perante situações específicas;
- Nomeação de um PCS: feita através de um documento escrito em que o paciente atribui a um procurador o poder para tomar decisões relacionadas com a sua saúde, respeitando os valores e princípios por si expressos, nas mesmas condições referidas anteriormente.

O Plano Avançado de Cuidados (PAC) visa reforçar o valor das DAV/TV. Consiste numa intervenção desenhada para compreender a conceção e as experiências de doença do paciente, fornecer informação sobre as opções de tratamento disponíveis, seus benefícios e riscos e auxiliá-lo na redação das suas preferências de tratamento.⁵² Tem-se verificado ⁵³ que os cuidados prestados em fim de vida aos pacientes que formularam o seu PAC se correlacionam com as preferências por si expressas.

2.3. DEBATE SOBRE A EUTANÁSIA

2.3.1. UMA ANÁLISE BIOÉTICA

Os princípios envolvidos nas tomadas de decisão não podem ser tidos como absolutos uma vez que, ao atenderem aos valores, os médicos estão a ponderar as circunstâncias e as consequências que os guiam na formulação do seu parecer. Portanto, os problemas éticos resultam de conflitos de valores e a promoção dos melhores valores possíveis é um dever dos profissionais de saúde ⁵⁴.

Como o princípio do respeito à autonomia se tem demonstrado altamente pertinente para a argumentação bioética a favor da Eutanásia, Siqueira-Batista e Schramm⁵⁵ formularam os principais paradoxos da autonomia que necessitam ser ultrapassados para que esta seja aplicável neste sentido. A desenvolvimento da vida em sociedade transformou o preceito moral de autonomia num termo desatualizado, levando à necessidade de uma reconceitualização, tendo, assim, surgido a noção de Autonomia Relacional. Defende a manutenção do aspeto essencial da autonomia, nomeadamente no que concerne ao controlo que cada um tem sobre a sua vida, incorporando nele os interesses da sociedade visto ser impossível separar o indivíduo da cultura na qual se insere.⁵⁶

O debate relativamente à legalização da Eutanásia levantou vários novos problemas éticos destacado-se, entre eles, a realização não regulada da mesma e a sua permissibilidade perante pessoas dementes e vulneráveis.

O problema da sua prática ilícita consiste na adulteração e completa ausência de normas e princípios para a tomada de decisão sobre como e quando será apropriada a sua realização. Para evitar a expansão desta prática e, simultaneamente, minimizar os riscos para os pacientes são propostas três alternativas ⁵⁷:

- a. Manter a Eutanásia ilegal e assegurar ativamente o cumprimento da legislação;
- b. Legalizar a Eutanásia, estabelecendo normas inequívocas para a sua realização;
- c. Educar e capacitar aqueles que, mesmo assim, continuarão a participar na Eutanásia ilícita.

Perante pacientes dementes ou vulneráveis, o médico vê-se obrigado a avaliar os aspetos clínicos e sociais que intervêm no processo de tomada de decisão de modo a determinar a validade do pedido, afirmando-se, como os mais relevantes, a experiência de um sofrimento intolerável, a manutenção da capacidade decisional e a ausência de défices de memória

significativos.⁵⁸ Para complementar esta apreciação, devem ser tomadas precauções que protejam os pacientes incapazes de uma morte indesejada como resultado de pressões externas. Neste sentido, à medida que as legislações sobre a Eutanásia se vão tornando cada vez mais permissivas, torna-se necessário uma reestruturação do pensamento e adoção de medidas que visem a proteção dos indivíduos idosos, incompetentes e com outras vulnerabilidades ⁵⁹.

No Mundo Ocidental predomina uma cultura de individualismo e autenticidade em que os indivíduos têm o direito e até o dever de se diferenciarem uns dos outros através da aparência, convicções, filosofia de vida, religião, normas e valores éticos. Um importante fator que torna esta numa cultura bastante recetiva ao aprimoramento do corpo por técnicas médicas⁶⁰ é a sua visão dualista do Homem, dividindo-o em Mente - pessoa humana em si mesma - e Corpo - algo externo ou secundário à pessoa humana. Esta perspetiva claramente biomédica, requer que aceitemos que as pessoas não são idênticas aos seus próprios corpos⁶¹. Assim, em caso de morte cerebral, a pessoa deixa de ser conceituada como tal e o seu corpo passa a ser considerado como um sistema de suporte vital da pessoa morta.

A morte enquanto característica definidora da natureza humana, não se pode resumir à falência de um único órgão mas, antes, à extinção de um todo, constituído por estruturas e funções e dotado de consciência, crenças, princípios e costumes.⁶²

Por último, duas questões que importa abordar em discussões futuras ⁶³ são:

- a. A execução repetida desta prática irá “anestesiá-lo” o médico, ao ponto dele ignorar a seriedade e a gravidade das suas ações?
- b. Se a intenção do médico que realiza a Eutanásia é matar, então o alívio da dor com recurso a morfina será encarado como uma falha visto o paciente não ter morrido?

2.3.2. UMA ANÁLISE À LUZ DA ÉTICA DEONTOLÓGICA

A Ética Deontológica descarta a felicidade como o centro da fundamentação, defendendo que é a consciência do dever que fundamenta verdadeiramente a ação. A felicidade é meritória e, como tal, a Ética vai ensinar o ser humano a ser digno e não a procurar a felicidade. Uma ação realizada com a consciência do dever é um fim em si mesma.

Kant formulou a Metafísica dos Costumes, baseada no Imperativo Categórico, que procura eliminar o relativismo moral, utilizando máximas ou leis universais. Segundo ele, os Imperativos Categóricos são ordens internas, absolutas e incondicionais, que o ser humano impõe a si próprio e o não cumprimento destes imperativos implica que a ação não seja correta na medida em que não está de acordo com as obrigações morais. Assim, uma ação apenas será moralmente correta se o resultado da intenção for o de cumprir o dever.

O Imperativo Categórico pode ser formulado da seguinte forma:

- Lei universal: “age apenas segundo uma máxima tal que possas, ao mesmo tempo, querer que ela se torne lei universal”;
- Fim em si mesmo: “age de tal forma que uses a humanidade, tanto na tua própria pessoa, como na pessoa de qualquer outro, sempre como um fim e nunca como um meio”;
- Autonomia: “age de tal modo que a tua vontade possa considerar-se a si mesma como uma lei universal através da sua máxima”.

Para Kant, a Razão foi dada ao ser humano como uma faculdade prática que deve exercer influência sobre a Vontade de modo a permitir produzir uma Vontade, não só boa, mas *boa em si mesma*.

O filósofo afirma ⁶⁴ que conservar a própria vida é um dever e, apesar de todas as pessoas terem inclinação imediata para tal, fazem-no porque estão a agir *conforme o dever* e não *por dever*. Pelo contrário, quando adversidades retiram o prazer de viver a um indivíduo, mesmo desejando a morte, ele conserva a vida sem a amar, não por inclinação ou medo, mas por dever. Tal ação assegura que a sua máxima tem um conteúdo moral.

Assim, nenhuma característica do ser humano ou das circunstâncias em que este se encontra pode influenciar o dever moral uma vez que este está fundado *a priori* em conceitos da razão.⁶⁵

2.3.3. UMA ANÁLISE À LUZ DA ÉTICA CONSEQUENCIALISTA

O Consequencialismo é uma doutrina que avalia as ações em virtude das suas consequências, promovendo aquelas que maximizam as consequências positivas e minimizam as negativas.

Três características fundamentais desta teoria:

- Aplicam-se a atos individuais;
- Promovem a maximização do bem, afirmando que os agentes morais têm obrigação de produzir o melhor estado de coisas com as suas ações;
- Avaliação do estados de coisas deve ser feita de forma estritamente impessoal.

O Utilitarismo, uma vertente do Consequencialismo, sustenta que o bem a promover é exclusivamente o dos indivíduos que poderão ser afetados por determinada conduta. Desde um ponto de vista Utilitarista e económico, a Eutanásia poderá ser considerada uma conduta correta uma vez que ao terminar a vida de doentes terminais permite a disponibilização de mais meios - económicos, materiais e humanos - para doentes que mais beneficiem deles.

Em “Beyond Price” ⁶⁶, Velleman apresenta algumas objeções Consequencialistas à institucionalização do direito a morrer:

- Oferecendo a opção da Eutanásia, mesmo em condições cuidadosamente definidas, há o risco de a fornecer a pacientes para os quais seria um dano em vez de um benefício, na medida em que, pacientes com direito a morrer, podem equivocadamente escolher a morte quando o melhor seria permanecerem em vida;
- A institucionalização da Eutanásia, ao conferir o direito de morrer, pode produzir um sentimento de “dever” de morrer instigado pelas pressões psicológicas e sociais do meio, lesando, assim, a sua autonomia individual.

Consequentemente, Velleman reconhece o direito moral de terminar com a própria vida, porém conclui que os pacientes não devem ser prejudicados pela disponibilização de opções para tal.

2.3.4. ARGUMENTOS PERANTE A EUTANÁSIA

A “boa morte” é o fim único ambicionado quer pelos promotores, quer pelos opositores da Eutanásia. Apesar de se apoiarem em sistemas de fundamentação filosófica diferentes e defenderem métodos discordantes, ambos pretendem assegurar um fim de vida digno e com qualidade a todos aqueles cuja existência seja mais degradante que a própria morte.

Entre os argumentos suportando a sua legalização estão o respeito pela autonomia do paciente e o alívio do sofrimento intratável, ambos relacionados com o direito que a pessoa autónoma tem a uma vida digna e morte sem sofrimento. De entre os que se opõem à sua legalização destacam-se o facto da prática ser considerada errada na base das moralidades pessoal e religiosa, não respeitar os princípios universalmente aceites da bioética médica e, ainda, o argumento “*slippery slope*”.⁶⁷

2.3.4.1. A FAVOR

Um dos argumentos de maior relevo é a defesa da autonomia individual. Os proponentes afirmam que a Eutanásia não defende a morte mas, antes, vê-a como algo que o indivíduo concebe por vontade própria por estar ciente que esta é uma ou a única opção⁶⁸. Para estes, a autonomia ou auto-determinação é o direito da pessoa a tomar decisões sobre os seus corpo e vida: se considera que a morte traz mais dignidade do que a própria vida, então a sua escolha deve ser respeitada. Eles não estão somente a optar por aquilo que é melhor para si mas por algo que protege também os outros, na medida em que não desejam representar um encargo nem para os familiares, nem para a sociedade.⁴²

Tal como existe um “Direito à Vida” constitucionalmente previsto e um “Direito à recusa de tratamento”²⁴ amplamente aceite, os apoiantes da Eutanásia defendem o respeito pelo chamado “Direito à Morte”, argumentando que pessoas vítimas de uma condição incurável, degenerativa, incapacitante ou debilitante têm direito a uma morte digna, que os liberte do sofrimento insuportável.⁶⁹

Proclamam ser uma prática médica segura que possibilita a morte de uma forma que o suicídio não é capaz, reforçando que estão definidas ressalvas que previnem abusos e providenciam orientações à sua execução, incluindo: o paciente que faz o requerimento deve estar informado à cerca de todas as opções de fim de vida disponíveis; devem estar presentes testemunhas para confirmar que o pedido foi feito de forma autónoma e o paciente deve-se encontrar na posse de todas as suas capacidades e livre de coerções.⁷⁰

Na sua perspectiva, se a retirada dos meios de sustentação da vida ou a indução da morte forem consistentes com os melhores interesses dos pacientes então, para estes pacientes especificamente, estas medidas constituem um bem moral.⁷¹

2.3.4.2. CONTRA

Do ponto de vista moral e legal, não salvar uma vida devido a uma falha no tratamento pode ser o mesmo que tirar a vida ativamente. Aqueles que se afirmam contra a prática da Eutanásia afirmam, dependendo do nível de intervenção terapêutica e do prognóstico, haver grande proximidade moral entre ação e omissão na retirada de tratamentos sustentadores da vida.⁷¹

A misericórdia da Eutanásia é, para os seus opositores, uma forma perversa de compaixão porque a verdadeira compaixão nunca inclui matar. Pensar que um paciente com doença terminal ou incurável pede a Eutanásia porque deseja morrer revela incapacidade de compreender o verdadeiro problema: quando um doente faz o pedido, não é porque deseja morrer, mas porque deseja alívio do seu sofrimento. Para alcançar esse fim, ademais de cuidados médicos adequados almeja, também, a presença dos seus entes queridos nesta fase terminal.⁴²

Outro dos argumentos contrários é o Argumento “*Slippery Slope*” que admite que, caso a Eutanásia se torne admissível perante a lei para indivíduos em fase terminal de doença incurável, há o risco de haver uma expansão das razões e situações tidas como aceitáveis à sua realização ao ponto de pessoas sem problemas de saúde ameaçadores da vida poderem requisitá-la meramente por se sentirem sozinhas ou um encargo para os familiares. ⁷²

Entre os opositores destacam-se os grandes grupos religiosos que apresentam como argumento central a Sacralidade da Vida Humana, não se opondo, contudo, à suspensão de medidas fúteis. A conceção de vida e de morte está amplamente associada à crença religiosa de que a vida foi atribuída ao Homem por Deus e, por isso, este não passa de um mero beneficiário, ao invés de um verdadeiro titular, do direito à vida. Assim, qualquer forma de violação ou abreviamento da vida é incompatível com os princípios éticos e morais que servem de alicerce às grandes religiões, nomeadamente Catolicismo, Judaísmo e Islamismo.

⁷³

Em suma, para os opositores, a “boa morte” enquanto um processo de controlo da dor e dos sintomas, otimização e clarificação da tomada de decisão e afirmação da dignidade da

pessoa doente como um todo pode ser alcançada através da prestação de CP que cumprem com aquilo a que se propõem sem precipitar o fim da vida e debilitar a posição e integridade do médico.⁷²

2.3.5. FATORES QUE INTERFEREM COM A REQUISICÃO E ACEITABILIDADE DOS PEDIDOS DE EUTANÁSIA

Os avanços ocorridos no âmbito da prática médica contribuíram para uma mudança de paradigma relativamente ao papel do médico e àquilo que é considerado ser uma “boa prática clínica”. A acompanhar esta evolução verificou-se o desenvolvimento de um novo conceito, a chamada “limitação do esforço terapêutico” que é definida como a não aplicação de medidas instrumentais e terapias farmacológicas, mais ou menos invasivas, consideradas adequadas ao tratamento de doenças que colocam em risco a vida.⁷⁴

No estado atual da arte, a não administração ou suspensão de um tratamento previamente estabelecido são consideradas formas de limitação do esforço terapêutico. No passado concebia-se ser mandatório preservar a vida de um doente até ao limite das suas capacidades. Porém, hoje em dia, se um paciente na total posse das suas competências recusar um tratamento de sustentação da vida - o qual vai desde técnicas de ressuscitação, ventilação assistida até nutrição e hidratação artificiais - por considerá-lo demasiado incómodo ou incompatível com as suas crenças, o médico deve respeitar a sua posição e não o administrar. No entanto, a suspensão de um tratamento não é sinónimo de retirada total dos cuidados pelo que, nesse caso, devem ser estabelecidas medidas paliativas para aliviar o sofrimento e a dor.⁷⁴

Perante situações de exceção, quando se suspeita que uma informação possa colocar em risco a vida do doente ou causar-lhe dano grave, o profissional de saúde tem direito ao “Privilégio Terapêutico” - exceção do dever de informar. Este é um princípio que, similarmente às medidas anteriores, visa evitar o sofrimento do paciente sendo, ao contrário de muitas outras, amplamente aceite na prática atual.

O respeito pelos melhores interesses do paciente - no qual se incluem a Limitação do Esforço Terapêutico e o Privilégio Terapêutico - deve-se estender aos pacientes com demência, nunca descurando a responsabilidade que a sociedade tem, especialmente para com estes indivíduos, em lhes prestar os cuidados necessários de forma a lhes assegurar o máximo de conforto e bem estar possíveis.⁷⁵ O impacto do sofrimento na tomada de decisão é tal que os autores⁷⁵ afirmam que a principal razão para a requisicão da Eutanásia numa fase ainda

precoce da doença é a noção que o próprio tem da perda de dignidade e da desintegração gradual do “Eu” determinadas pela progressão da demência.

Algumas das motivações que impelem os profissionais de saúde à execução da Eutanásia voluntária são ⁷⁶:

- Comportamento passado, sugerindo que aqueles que estão familiarizados com a Eutanásia podem apresentar maior disposição à sua prática;
- A especialidade do médico envolvido, possivelmente porque a exposição ao sofrimento, como no caso de médicos que cuidam de pacientes com doenças crônicas avançadas, pode influenciar a conceção do médico relativamente à prática da Eutanásia;
- O paciente não apresentar sintomas depressivos, os quais podem interferir com a tomada de decisão consciente;
- A expectativa de vida do paciente.

Alguns dos fatores identificados como positivamente associados ao Pedido e à Aceitação da Eutanásia por parte dos pacientes ^{77, 78}:

- Grau de sofrimento do paciente apesar das medidas terapêuticas utilizadas;
- Tipo de doença, sendo o cancro uma das mais frequentemente associada;
- Expectativa de alcançar a cura da doença;
- Idade inferior a 80 anos.

A requisição da Eutanásia está amplamente associada à necessidade dos indivíduos manterem a dignidade e independência até ao final da vida, terem o controlo da sua situação de doença e evitarem o sofrimento, pelo que o seu real desejo não deva ser a morte mas, antes, o controlo destes fatores.⁷⁹

Em suma, a confiança a nível individual - naqueles que estão diretamente envolvidos no processo - e a nível nacional - especialmente no sistema de saúde - estão associadas a uma atitude mais permissiva neste âmbito.⁸⁰

Na tentativa de auxiliar a compreensão das razões que estão na base do pedido e aceitação da Eutanásia e do SMA, o médico e especialista em CP, Dr. Zylicz, desenvolveu uma classificação que permite dividir em cinco categorias estes pedidos ⁸¹:

- a. Medo do que o futuro pode reservar;
- b. Burnout causado pela experiência de uma doença grave;
- c. Desejo e necessidade de manter o controle;
- d. Experiência de depressão;
- e. Experiência de sofrimento extremo, incluindo dor refratária.

CAPÍTULO III: CONCLUSÕES

O fim de vida é uma fase da existência humana dominado por questões éticas que, por sua vez, geram múltiplas discussões, que se estendem a todos os grupos sociais, não se limitando às entidades legisladoras.

A autonomia de um agente é um princípio moral limitado pela autonomia dos restantes uma vez que, para sobreviver e se realizar plenamente enquanto pessoa, o ser humano necessita de viver em sociedade, o que o obriga a determinadas cedências. Assim, nenhum ser se pode considerar absolutamente autónomo. No âmbito do fim de vida, o mesmo preceito se aplica: as decisões tomadas devem ser o reflexo da discussão entre o principal interessado - o doente - e a sua equipa de cuidados, relativamente às opções existentes para a gestão da sua condição de modo a evitar potenciais situações em que a opção pelo abreviamento da vida se deveu ao desconhecimento de alternativas para o controlo da dor e do sofrimento. Por isso se revela de extrema importância uma planificação de cuidados negociada entre o médico e o paciente no seio de uma relação equilibrada de poderes, regida pelo diálogo.

A Eutanásia é um dos temas centrais destes debates, sendo apresentada pelos seus defensores como uma forma de garantir uma morte boa e digna àqueles que, ao se depararem com uma situação clínica terminal e irreversível, no exercício da sua autonomia e liberdade de escolha, optam por ela. Já os opositores desta prática defendem que induzir a morte é uma forma perversa de tentar mostrar compaixão por um paciente, reforçando que o pedido de Eutanásia não representa um verdadeiro desejo de morte mas, antes, um desejo pelo alívio do sofrimento físico e emocional imposto pela sua condição. Estes fundamentam o seu conceito de “boa morte” na prestação de todos os cuidados que se demonstrem adequados e proporcionados a cada situação em particular sem, necessariamente, interferir na longevidade da vida destes pacientes.

Para o debate em torno destas questões ser produtor do ponto de vista ético e legal, informação lícita e fundamentada em premissas científicas deverá ser compartilhada com a população de modo a promover o “empowerment” dos cidadãos e, deste modo, auxiliar uma assunção de posição devidamente informada.

Em debates futuros importa abordar as seguintes questões:

- A execução repetida de pedidos de Eutanásia irá normalizar esta prática aos olhos dos médicos, apesar das suas consequências?
- Se a intenção do agente é matar para aliviar o sofrimento, então o alívio com recurso a sedativos será encarado como uma falha visto o paciente não ter morrido?

CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFIA

1. Bauman Z. Amor Líquido: Sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2004.
2. Fernandes A. A eutanásia como fenómeno social [Internet]. Hdl.handle.net. 1989. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/8412>
3. Branco ML. A construção da autonomia moral: A contribuição da teoria do desenvolvimento do ego de Jane Loevinger. Paidéia (Ribeirão Preto). 2003;13(25):5-12.
4. Grisso T, Appelbaum P. MacArthur competence assessment tool for treatment (MacCat-T). Sarasota: Professional Resource Press; 1998.
5. Portugal. Parlamento. Divisão de Informação Legislativa Parlamentar. Eutanásia e Suicídio Assistido. Lisboa: Coleção Temas; 2016 Abr.
6. Miller D, Dresser R, Kim S. Advance euthanasia directives: a controversial case and its ethical implications. Journal of Medical Ethics. 2018;45(2):84-89.
7. Holanda. Regional Euthanasia Review Committees. Euthanasia Code 2018. Haia: Regional Euthanasia Review Committees; 2018 Abr.
8. Bélgica. Tribunal de Arbitragem. Loi relative à l'euthanasie. 2002 Mai 28.
9. Cleemput J, Schoenmakers B. Euthanasia in the case of dementia: a survey among Flemish GPs. BJGP Open. 2019;3(4):bjgpopen19X101677.
10. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. BMC Psychiatry. 2017;17(1).
11. Vilpert S, Borrat-Besson C, Borasio G, Maurer J. Associations of end-of-life preferences and trust in institutions with public support for assisted suicide evidence from nationally representative survey data of older adults in Switzerland. PLOS ONE. 2020;15(4):e0232109.
12. Espanha. Congresso dos Deputados. Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Madrid: Palácio das Cortes; 2020 Dez.
13. Decreto-Lei nº 48/95. Diário da República Série I-A. 63 (1995-03-15). 131 p.
14. Petição para abertura do debate no seio da Ordem dos Médicos sobre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido. Revista da Ordem dos Médicos. 2012 Mar; 128:26-27
15. César C, Santos MAA, Moreira I, Vasconcelos PB, Quintanilha A, Anastácio F. Projeto de Lei Nº 832/XIII/3ª “Procede à 47ª alteração ao Código Penal e regula as condições especiais para a prática da eutanásia não punível”. Lisboa: Palácio de São Bento; 2018 Abr. 23 p.

16. Nunes L, Madeira LD, Horta e Silva S, Soares J. Parecer sobre o Projeto de Lei N° 67/XIV/1ª (PAN) "Regula o acesso à Morte medicamente assistida". Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida; 2020 Fev. 15 p. Parecer N°: 108/CNECV/2020
17. Nunes L, Madeira LD, Horta e Silva S, Soares J. Parecer sobre o Projeto de Lei N° 104/XIV/1ª (PS) "Procede à 50ª alteração ao Código Penal, regulando as condições especiais para a prática de Eutanásia não punível". Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida; 2020 Fev. 14 p. Parecer N°: 109/CNECV/2020
18. Nunes L, Madeira LD, Horta e Silva S, Soares J. Parecer sobre o Projeto de Lei N° 4/XIV/1ª (BE) "Define e regula as condições em que a antecipação da morte, por decisão da própria pessoa com lesão definitiva ou doença incurável e fatal e que se encontra em sofrimento duradouro e insuportável, não é punível". Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida; 2020 Fev. 14 p. Parecer N°: 107/CNECV/2020
19. Nunes L, Madeira LD, Horta e Silva S, Soares J. Parecer sobre o Projeto de Lei N° 168/XIV/1ª (PEV) "Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível". Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida; 2020 Fev. 14 p. Parecer N°: 110/CNECV/2020
20. Regulamento n° 707/2016. Diário da República Série II. 139 (2016-07-21). p. 22575-22588.
21. Eutanásia, Constituição e Deontologia Médica em debate na OM [Internet]. Ordemosmedicos.pt. 2020 [citado em 2020 Set 9]. Disponível em: <https://ordemosmedicos.pt/eutanasia-constituicao-e-deontologia-medica-em-debate-na-om/>
22. Conselho Permanente da Conferência Episcopal Portuguesa. "Eutanásia: o que está em causa? Contributos para um diálogo sereno e humanizador". Fátima: Conselho Permanente da Conferência Episcopal Portuguesa; 2016 Mar. 4 p.
23. Lei n° 25/2012. Diário da República Série I. 136 (2012-07-16). 5 p.
24. Lei n° 31/2018. Diário da República Série I. 137 (2018-07-18). p. 3238-3239.
25. Gutierrez Castillo A, Gutierrez Castillo J. Active and Passive Euthanasia: Current Opinion of Mexican Medical Students. Cureus. 2018.
26. Silva AP. Eutanásia: Prós e Contras de uma legalização em Portugal [master thesis]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto; 2007 [citado em 2020 Jul 17]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/7280>
27. Nobrega Filho FSF. Eutanásia e dignidade da pessoa humana: Uma abordagem jurídico-penal. [master thesis]. Paraíba: Universidade Federal da Paraíba; 2010 [citado em 2020 Jul 27]. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/4437>

28. Siqueira-Batista R, Schramm F. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(1):31-41.
29. Tolstói L. *A Morte de Ivan Ilitch*. Lisboa: Leya; 2008.
30. Beauchamp T. The medical ethics of physician-assisted suicide. *Journal of Medical Ethics*. 1999;25(6):437-439.
31. Benatar D. Should there be a legal right to die?. *Current Oncology*. 2010;17(5).
32. Torralba i Rosello´ F. *Antropologia do cuidar*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2009.
33. Meruje M. *Amor e Sofrimento: Entre Ludwig e Feuerbach e Rebé Girard*. Covilhã: Artigos LusoSofia; 2010.
34. Solé J. *Schopenhauer: El pesimismo se hace filosofía*. Barcelona: Batiscafo, S.L.; 2015.
35. Kubler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo (SP): M. Fontes; 2017.
36. Svenaeus F. To die well: the phenomenology of suffering and end of life ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2019;23(3):335-342.
37. Barata R. Eutanásia: morte digna ou homicídio? [Internet]. *Jurisway.org.br*. 2020. Disponível em: https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=6651
38. Albuquerque M. Dignidade humana como base do estado democrático de direito: Uma discussão sobre a eutanásia. Artigo apresentado em: ETIC - Encontro Toledo de Iniciação Científica; 2010; São Paulo, Brasil. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/2320>
39. Almeida JRS. Eutanásia: a fronteira entre o direito à vida e o, eventual, direito a morrer [master thesis]. Coimbra: Instituto Superior Bissaya Barreto; 2014 Dez [citado em 2020 Ago 16]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/28973>
40. Espírito Santo C, Lima C, Silva L, Costa R, Rodrigues B, Pacheco S. The nursing's scientific production on euthanasia: integrative literature review. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2014;6(3):1231-1242.
41. Corvino JDF. Eutanásia: um novo paradigma. *Rev SJRJ*. 2013 Ago; 20: 53 - 73.
42. Pakhu J. *Debate on Euthanasia (Pros and Cons)* [master thesis]. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 2015 [citado em 2020 Jul 23]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/18991>
43. Pinho-Reis C, Sarmiento A, Capelas M L. Nutrition and hydration in the end-of-life care: ethical issues. *Acta Port Nutr* [Internet]. 2018 Dez [citado em 2020 Dez 9]; (15): 36-40. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-59852018000400007&lng=pt.
44. Maillet J, Schwartz D, Posthauer M. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Ethical and Legal Issues in Feeding and Hydration. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2013;113(6):828-833.

45. Druml C, Ballmer P, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition*. 2016;35(3):545-556.
46. Verdi M, Finkler M, Martins P. Princípios e valores implicados na prática da sedação paliativa e a eutanásia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2018;22(66):733-744.
47. Menezes M, Figueiredo M. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos – Revisão. *Brazilian Journal of Anesthesiology*. 2019;69(1):72-77.
48. Serrano Ruiz-Calderón J. *La eutanasia*. Madrid: EIUNSA; 2007.
49. Nunes JM. *Comunicação em Contexto Clínico*. Lisboa: 2010.
50. Garbin RB. Os fundamentos constitucionais das Diretivas Antecipadas de Vontade em matéria de cuidados de saúde e a dogmática jurídica para a validade e eficácia das disposições [doctoral thesis]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2018 [citado em 2020 Set 14]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/37290>
51. Kring D. The Patient Self-determination Act: has it reached the end of its life?. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation*. 2007;9(4):125-131.
52. Kirchhoff K, Hammes B, Kehl K, Briggs L, Brown R. Effect of a Disease-Specific Advance Care Planning Intervention on End-of-Life Care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012;60(5):946-950.
53. Bischoff K, Sudore R, Miao Y, Boscardin W, Smith A. Advance Care Planning and the Quality of End-of-Life Care among Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013;61(2):209-214.
54. Eich M, Verdi M, Finkler M, Martins P. Princípios e valores implicados na prática da sedação paliativa e a eutanásia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2018;22(66):733-744.
55. Siqueira-Batista R, Schramm F. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(1):207-221.
56. Gómez-Vírseda C, de Maeseneer Y, Gastmans C. Relational autonomy: what does it mean and how is it used in end-of-life care? A systematic review of argument-based ethics literature. *BMC Medical Ethics*. 2019;20(1).
57. Magnusson R. Euthanasia: above ground, below ground. *Journal of Medical Ethics*. 2004;30(5):441-446.
58. Mondragón J, Salame-Khoury L, Kraus-Weisman A, De Deyn P. Bioethical implications of end-of-life decision-making in patients with dementia: a tale of two societies. *Monash Bioethics Review*. 2020;38(1):49-67.
59. Stainton T. Disability, vulnerability and assisted death: commentary on Tuffrey-Wijne, Curfs, Finlay and Hollins. *BMC Medical Ethics*. 2019;20(1).

60. Eijk W. Is Medicine Losing its Way? A Firm Foundation for Medicine as a Real Therapeia. *The Linacre Quarterly*. 2017;84(3):208-219.
61. Shaw D. The body as unwarranted life support: a new perspective on euthanasia. *Journal of Medical Ethics*. 2007;33(9):519-521.
62. Nunes TB, Acioly CMC, Barbosa KTF, Oliveira FMRL, Sá LR. Eutanásia - Princípios éticos e legais: Uma reflexão à luz da literatura. In: II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito; 2009 Out 8-10; Paraná, Brasil.
63. Bishop J. Framing euthanasia. *Journal of Medical Ethics*. 2006;32(4):225-228.
64. Kant I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa: Edições 70; 2007.
65. Mascarenhas CP. Kant e a Eutanásia: Como um clássico da filosofia responderia a um problema colocado pela medicina contemporânea? [master thesis]. Campos Goytacazes: Universidade Estadual do Norte Fluminense; 2009 [citado em 2020 Nov 27]. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&oobra=176735
66. Velleman J. *Beyond Price: Essays on Life and Death*. Cambridge: Open Book Publishers; 2015.
67. Jacobs R, Hendricks M. Medical students' perspectives on euthanasia and physician-assisted suicide and their views on legalising these practices in South Africa. *South African Medical Journal*. 2018;108(6):484.
68. Souza CO, Maioral DF. Reflexões sobre Eutanásia [internet]. 2015 Dez 6 [citado em 2020 Jul 14]. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?reflexoes-sobre-eutanasia&codigo=A0939&area=d1
69. Math SB, Chaturvedi SK. Euthanasia: Right to life vs right to die. *Indian J Med Res*. 2012 Dez; 136(6): 899-902.
70. Dugdale LS, Lerner BH, Callahan D. Pros and Cons of Physician Aid in Dying. *YJBM*. 2019; 92: 747-750.
71. Doyal L, Doyal L. Why active euthanasia and physician assisted suicide should be legalised. *BMJ*. 2001;323(7321):1079-1080.
72. Sulmasy D, Travaline J, Mitchell L, Ely E. Non-Faith-Based Arguments against Physician-Assisted Suicide and Euthanasia. *The Linacre Quarterly*. 2016;83(3):246-257.
73. Braga AGM. Direito humano de vida e de morte: a eutanásia perante o direito penal e a religião. *RIDH*. 2013 Jul-Dez; 1: 89-102

74. Borsellino P. Limitation of the therapeutic effort: ethical and legal justification for withholding and/or withdrawing life sustaining treatments. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*. 2015;10(1).
75. Beaufort I, van de Vathorst S. Dementia and assisted suicide and euthanasia. *Journal of Neurology*. 2016;263(7):1463-1467.
76. Vézina-Im L, Lavoie M, Krol P, Olivier-D'Avignon M. Motivations of physicians and nurses to practice voluntary euthanasia: a systematic review. *BMC Palliative Care*. 2014;13(1).
77. Evenblij K, Pasman H, van der Heide A, Hoekstra T, Onwuteaka-Philipsen B. Factors associated with requesting and receiving euthanasia: a nationwide mortality follow-back study with a focus on patients with psychiatric disorders, dementia, or an accumulation of health problems related to old age. *BMC Medicine*. 2019;17(1).
78. Frileux S, Lelievre C, Munoz S, Mullet E, Sorum P. When is physician assisted suicide or euthanasia acceptable?. *Journal of Medical Ethics*. 2003;29(6):330-336.
79. Santos SCP. Eutanásia e suicídio assistido: O direito e liberdade de escolha [master thesis]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2011 [citado em 2020 Jul 23]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/19198>
80. Köneke V. Trust increases euthanasia acceptance: a multilevel analysis using the European Values Study. *BMC Medical Ethics*. 2014;15(1).
81. Pereira J. Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Current Oncology*. 2011;18(2).