

EUTANÁSIA: O DIREITO A MORRER

Paulo Jorge Carochas

Aluno do 5.º Ano do Curso de Licenciatura em Direito em Língua Portuguesa

*Ao meu amigo e irmão José Francisco Valente de Oliveira,
que através de um acto de coragem e determinação,
não esperou que a ordem jurídica
lhe sonegasse o direito de escrever
o último capítulo da sua vida.*

Introdução

O tema da eutanásia tem vindo, ao longo dos tempos, a ser discutido na sociedade com inúmeros argumentos, quer a favor, quer contra, num debate que, para além da pluralidade de indivíduos, isoladamente ou agrupados por interesses de variada ordem, aplicam à causa que defendem a mais apaixonada dialéctica.

Este trabalho tem como objectivo principal, uma análise da problemática do fim da vida, quer do ponto de vista jurídico ou do biodireito, quer, dentro da medida do possível, do ponto de vista médico ou bioético, por forma a esclarecer o leitor sobre o actual estado do debate e, assim, promover um estímulo para que o estudo desta matéria se possa aprofundar, de modo a que cada um de nós possa vir eventualmente a dar o seu contributo para a discussão.

Desde já o autor confessa a dificuldade em fornecer uma qualquer proposta de solução lógica, coerente e consensual perante a imensidão de problemas e dúvidas que o próprio tema lhe coloca, pelo que, no final da exposição, apenas se limitará a exprimir um conjunto de opiniões, cuja pretensão não é mais do que aguçar o espírito do leitor e, assim, através deste pequeno contributo, incentivar a continuação do debate.



Etimologia e Conceitos

O termo eutanásia deriva do grego *eu*, que significa boa, e *tanatos*, que significa morte, ou seja, etimologicamente a palavra quer dizer “boa morte”. “É a morte suave, doce, fácil, sem sofrimento, sem dor”¹, tendo sido inicialmente propostos, em 1623, por Francis Bacon na sua obra “Historia vitae et mortis”, como sendo o “tratamento adequado para as doenças incuráveis”.

Ao longo dos tempos a palavra eutanásia tem sido, por diversas vezes, utilizada de forma confusa, assumindo diferentes significados, dependendo da época e do autor que a utiliza, o que deu origem ao surgimento de outros termos, como: *distanásia*, *ortotanásia* e *mistanásia*; os quais, precisamente, tentam arrumar os conceitos que vão aparecendo no seu devido lugar, para que se possam correctamente distinguir.

Entende-se por *distanásia* a morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento, ou seja o acto de prolongar, através de meios artificiais, a vida de alguém que padece de uma doença incurável.

Já no que se refere à *ortotanásia*, também designada de “*eutanásia activa indirecta*”, esta é a mesma entendida como a não utilização de métodos extraordinários de suporte de vida, como sejam medicamentos e aparelhos, em pacientes irrecuperáveis, permitindo que a doença siga o seu percurso natural, pese embora haja uma intervenção médica mínima no sentido de minorar o sofrimento do doente, proporcionando-lhe uma morte digna. Este termo caracteriza a actividade dos chamados *cuidados paliativos* prestados aos pacientes nos momentos finais das suas vidas.

O termo *mistanásia*, também designada por “*eutanásia social*”, foi sugerido por Leonard Martin para denominar a morte miserável, fora e antes da hora. Segundo este autor, “*dentro da grande categoria de mistanásia quero focalizar três situações: primeiro, a grande massa de doentes e deficientes que, por motivos políticos, sociais e económicos, não chegam a ser pacientes, pois não conseguem ingressar efectivamente no sistema de atendimento médico; segundo, os doentes que conseguem ser pacientes para, em seguida, se tornar vítimas de erro médico e, terceiro, os pacientes que acabam sendo vítimas de má-prática por motivos económicos, científicos ou socio-políticos. A mistanásia é uma categoria que nos permite levar a sério o fenómeno da maldade humana*”².

Por seu lado, a *eutanásia* é entendida de uma forma generalizada como sendo o acto pelo qual uma pessoa causa deliberadamente a morte a outra que

1 Flamínio Favero, “Medicina Legal”, vol. 2, 11ª ed. Ed. Itatiaia. pg. 983.

2 Martin, Leonard apud Goldim, José Roberto, Eutanásia, 2004. Internet: <http://www.ufrgs.br/bioetica/eutanasi.htm>, acedido pela última vez em 2 de Maio de 2011.



está mais fraca, debilitada ou em grande sofrimento, pelo que se justificaria com o propósito de evitar o sofrimento acarretado devido a um longo período de doença.

O acto de eutanásia pode ainda manifestar-se de duas formas bem distintas, quer por uma acção relevante que cause directamente a morte ao paciente, como por exemplo a administração de fármacos que levem o paciente a morrer (*eutanásia activa ou eutanásia activa directa*), quer por uma omissão que conduza inevitavelmente a morte de um paciente, como por exemplo a não realização de uma qualquer intervenção terapêutica para prolongar a vida do paciente (*eutanásia passiva*). De destacar que, do ponto de vista ético, não existe qualquer diferença entre ambos os tipos de eutanásia. Contudo, são diferentes as questões jurídicas que se podem levantar numa e noutra conduta.

Cabe, por último, chamar a atenção para uma outra realidade que se designa por *suicídio assistido*, que se diferencia claramente da eutanásia, uma vez que aqui a intervenção de uma terceira pessoa tem apenas como objectivo facultar ao paciente os meios necessários para que este possa, *de per si*, ou como uma ajuda mínima de um terceiro, pôr termo à sua própria vida.

História da Eutanásia³

Aquilo a que hoje chamamos de “eutanásia” é algo que não é desconhecido na história da humanidade. De facto, já os Celtas, por exemplo, tinham por hábito que os filhos matassem os seus pais quando estes estivessem velhos e doentes, enquanto que na Índia os doentes incuráveis eram levados até a beira do rio Ganges, onde as suas narinas e boca eram obstruídas com barro, sendo subsequentemente atirados ao rio para morrer.

Quando se aborda a questão da eutanásia entram, obrigatoriamente, em discussão valores sociais, culturais e religiosos, o que já acontecia na Grécia antiga. Por exemplo, Platão, Sócrates e Epicuro defendiam a ideia de que o sofrimento resultante de uma doença dolorosa justificava o suicídio. Já Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates, não eram da mesma opinião, condenando o suicídio. No juramento de Hipócrates consta o seguinte: “*eu não darei qualquer droga fatal a uma pessoa, se me for solicitado, nem sugerirei o uso de qualquer uma deste tipo*”, o que evidenciava um posicionamento desta escola contra aquilo a que hoje se designa por eutanásia e suicídio assistido.

Estas discussões não ficaram restritas apenas à Grécia, estendendo-se também ao Egipto, onde Cleópatra VII (69aC-30aC) criou uma “Academia” dedicada ao estudo de formas de morte menos dolorosas.

3 Goldim, José Roberto, Breve Histórico da Eutanásia, 2000. Internet: <http://www.ufrgs.br/bioetica/euthist.htm>, acedido pela última vez em 2 de Maio de 2011.

A discussão sobre o tema prosseguiu ao longo da história da humanidade, com a participação de Lutero, Thomas Morus (Utopia), David Hume (On suicide), Karl Marx (Medical Euthanasia) e Schopenhauer.

No século XIX, o apogeu da discussão deu-se em 1895, na então Prússia, quando, durante a discussão do seu plano nacional de saúde, foi proposto que o Estado deveria prover os meios para a realização da eutanásia em pessoas que se tornaram incompetentes para solicitá-la.

No século passado, esta discussão teve um de seus momentos mais acalorados entre as décadas de 20 e 40 sendo avultado o número de exemplos de relatos de situações que foram caracterizadas como eutanásia, pela imprensa leiga e, no Brasil, entre 1914 e 1935, tanto na Faculdade de Medicina da Baía, como no Rio de Janeiro e em São Paulo, foram desenvolvidas inúmeras teses acerca deste assunto.

Neste mesmo período, a Europa desenvolvia um grande debate sobre a eutanásia, associando-a com eugenia. Esta proposta visava justificar a eliminação de deficientes, pacientes terminais e portadores de doenças consideradas indesejáveis embora, na realidade, a eutanásia consistisse apenas num instrumento de “higienização social”, com a finalidade de atingir a perfeição ou o aperfeiçoamento de uma “raça”, nada tendo a ver com compaixão, piedade ou direito de pôr termo à própria vida.

Em 1931, na Inglaterra, o Dr. Millard, propôs uma Lei para a Legalização da Eutanásia Voluntária, que foi discutida até 1936 quando a Câmara dos Lordes a rejeitou e qual foi o espanto quando, durante o debate, o médico real, Lord Dawson, revelou que tinha “facilitado” a morte do Rei George V, utilizando morfina e cocaína. Esta proposta serviu, posteriormente, de base para o modelo holandês.

Com base na doutrina do penalista espanhol, Prof. Jiménez de Asúa, proposta em 1925, o Uruguai incluiu, em 1934, a possibilidade da eutanásia no seu Código Penal, através da possibilidade do “homicídio piedoso”. Esta legislação uruguaia é, possivelmente, a primeira manifestação de uma regulamentação nacional sobre o tema que, saliente-se, continua em vigor até o presente.

Em Outubro de 1939 foi iniciado o programa nazista de eutanásia, sob o código “Aktion T4”, onde o objectivo primordial era a eliminação das pessoas que tinham uma “*vida que não merecia ser vivida*”, o que veio a materializar a proposta teórica da “higienização social”.

Em 1940, o Estado Suiço aprovou a sua lei que possibilitava o suicídio assistido com a presença, ou não, de um médico. De destacar que essa lei ainda se encontra em vigor nos dias de hoje, distinguindo-se das leis correntemente em vigor no Estado do Oregon, na Holanda e na Bélgica, por permitir que esta prática seja efectuada em não-residentes, o que tem sido aproveitado pelos opositores políticos, que catalogam o país como um destino de “*turismo da morte*”.

Em 1954, o teólogo episcopal Joseph Fletcher publicou um livro denominado “Morals and Medicine”, onde se poderia encontrar um capítulo intitulado “Euthanasia: our right to die” o que fez com que a Igreja Católica, em 1956, se posicionasse de forma contrária à eutanásia por ser contra a “*lei de Deus*”. Em 1957, o Papa Pio XII aceitou, contudo, a possibilidade de a vida ser encurtada como efeito secundário à utilização de drogas para diminuir o sofrimento de pacientes com dores insuportáveis, utilizando o princípio do duplo efeito, onde a intenção é diminuir a dor mas o efeito pode consistir na morte do paciente.

Em 1968, a Associação Mundial de Medicina adotou formalmente uma resolução contrária a eutanásia e, em 1973, na Holanda, a Dra. Geertruida Postma, médica de clínica geral, foi julgada por ter praticado eutanásia na sua mãe, com uma dose letal de morfina após reiterados pedidos desta para morrer, tendo sido condenada por homicídio, com uma pena de prisão de uma semana (suspensa) e libertada condicionalmente por um ano.

Em 1980, o Vaticano divulgou uma “Declaração sobre Eutanásia” onde existe a proposta do duplo efeito e a da descontinuação de tratamento considerado fútil, ou seja, aquelas intervenções médicas que têm uma muito baixa ou mesmo inexistente probabilidade de atingir o objectivo a que se destinam.

Em 1981, o tribunal de Roterdão procedeu à revisão e estabelecimento dos critérios para o auxílio à morte e, em 1990, a Real Sociedade Médica dos Países Baixos e o Ministério da Justiça estabeleceram uma rotina de notificação para os casos de eutanásia sem, no entanto, torná-la legal, apenas isentando o profissional de procedimentos criminais.

Em 1991, houve uma tentativa frustrada de introduzir a eutanásia no Código Civil da Califórnia/EEUU. Neste mesmo ano, a Igreja Católica, através de uma Carta do Papa João Paulo II aos bispos, reiterou a sua posição contrária ao aborto e à eutanásia, destacando a vigilância que as escolas e hospitais católicos deveriam exercer na discussão destes temas.

Em 1996, os Territórios do Norte da Austrália aprovaram uma lei que possibilitou formalmente a prática da eutanásia. No entanto, esta lei foi revogada passados alguns meses, impossibilitando a realização da eutanásia na Austrália.

Em 1996, foi apresentado um projecto de lei no Senado Federal (projecto de lei 125/96), instituindo a possibilidade de realização de procedimentos de eutanásia no Brasil, vindo a gerar-se tal iniciativa quando se passou à sua avaliação nas comissões especializadas.

Em Maio de 1997, o Tribunal Constitucional da Colômbia, o primeiro país sul-americano a constituir um Movimento de Direito à Morte (1979), estabeleceu que “*ninguém pode ser responsabilizado criminalmente por tirar a vida de um paciente terminal que tenha dado o seu claro consentimento*”, o que deu origem a um grande debate nacional entre as várias correntes favoráveis e contrárias.

Em Outubro de 1997, o Estado do Oregon, nos Estados Unidos da América, legalizou o suicídio assistido que foi interpretado erroneamente, por muitas pessoas e meios de comunicação social, como tendo sido autorizada a prática da eutanásia.

Em Novembro de 2000, a Câmara de Representantes dos Países Baixos aprovou, com votos contra de uma grande parte do plenário, legislação sobre morte assistida. Esta lei que, inclusivamente, permitirá aos menores de idade solicitar este procedimento, ainda não foi aprovada pelo Senado, mas a sua aprovação é dada como certa. De realçar que esta lei apenas torna legal um procedimento que já era consentido pelo Poder Judiciário Holandês e que desencadeou uma forte reacção a nível mundial com o Vaticano a afirmar que esta lei atenta contra a dignidade humana.

Conceito e Critérios de Morte

Ao longo dos tempos, o homem sempre travou uma guerra infrutífera com o dilema da sua própria finitude, olhando para a morte como algo que tanto tem de indesejável e terrível como de longínqua e indeterminável, o que levou ao aparecimento de sistemas que ajudaram as pessoas a conviver com a sua mortalidade.

O mais relevante desses sistemas é, sem dúvida, a religião que, não podendo prometer a vida eterna na Terra, a promete num outro lugar, mais agradável, mais romântico, mais poético. Ao lado deste, aparece-nos o sistema estatal e de certas entidades oficiais que confere um especial reconhecimento a certos indivíduos que, quer pela sua obra, quer pela sua distinção, ficam imortalizados nos cânones da história da humanidade.

Porém, o sofrimento provocado por certas maleitas físicas e psicológicas poderiam levar a que o comum dos mortais procurasse a morte como um tratamento para aliviar os seus males pois, do lado de lá da vida, conforme formulado pelas diversas religiões, algo de melhor esperava por ele. A esta problemática reagiram de imediato as religiões, sancionando claramente o suicídio como sendo um comportamento inaceitável e contrário à vontade do Criador.

Mas, afinal, o que é a morte? E como é que a percebemos?

Enquanto que, o conceito de morte nos diz o que a morte é, o critério de morte permite-nos determinar se um concreto indivíduo está ou não morto de acordo com aquele conceito.

No que concerne ao conceito de morte, a problemática pode ser encarada do ponto de vista filosófico, como o fim da vida ou, de um ponto de vista religioso, como por exemplo, para os cristãos, o abandono do corpo pela alma não havendo nenhum critério que permita determiná-lo. Mas estes conceitos vieram a

secularizar-se durante o século XX, tendo os conceitos religiosos vindo a perder gradualmente a sua influência.

Já no que diz respeito ao critério de morte, este apresenta-se-nos como indicador biológico de irreversibilidade de um processo, à luz do conhecimento actual, e que assume importância determinante do ponto de vista social, ético, moral e jurídico; sendo que esta determinação não é passível de, por vezes, ser atraída por resultados falsamente positivos ou negativos, dependendo do conceito e critérios adoptados.

A morte cárdio-respiratória

Até ao final do século XIX, a determinação da morte era feita com base na paragem respiratória mas, com a descoberta da circulação sanguínea, passou a basear-se na paragem cardíaca⁴.

Acontece, porém, que, com o aparecimento das novas tecnologias (ventiladores, etc.), especialmente a partir da década de 50 do século XX, é hoje possível manter as funções cardíaca e respiratória em pleno funcionamento, tornando assim a determinação da morte cada vez mais difícil.

A morte do tronco cerebral/morte cerebral global (holocerebral)

Devido ao desenvolvimento tecnológico e à introdução de aparelhos no sistema de apoio aos doentes, nomeadamente os ventiladores, com a possibilidade de manter as funções cárdio-respiratórias em pleno funcionamento, levantaram-se problemas do foro jurídico, ético, psicológico e económico, na medida em que se mantinham ventiladas pessoas cuja função cerebral tinha desaparecido por completo, o que chegou a ser apelidado de “*ventilação de mortos*”⁵.

Para além do impacto negativo que tal situação provocava nos profissionais de saúde, que cuidavam deste corpo, adicionava-se o grande sofrimento dos familiares que viam esta situação arrastar-se por tempo indeterminado, com custos

4 Faria R, O diagnóstico de morte: morte cerebral. Em: Archer L, Biscaia J, Osswald W, eds. *Bioética*, Lisboa: Editorial Verbo; 1996: 372-377 apud GONÇALVES, JOSÉ ANTÓNIO S. F., *A Boa Morte, Ética no fim da vida*, dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Bioética, Porto 2006. Internet: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22105>, acedido pela última vez em 2 de Maio de 2011

5 Pallis C. Reappraising death, *BMJ* 1982; 285: 1409-1412 apud GONÇALVES, JOSÉ ANTÓNIO S. F., *A Boa Morte, Ética no fim da vida*, dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Bioética, Porto 2006. Internet: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22105>, acedido pela última vez em 2 de Maio de 2011.



financeiros e sociais bastante elevados. Tal situação ocorria apenas em doentes cuja função cardio-respiratória era mantida artificialmente, já que, segundo sabemos, alguns minutos após a cessação desta função ocorre, necessariamente, a morte cerebral.

Assim, houve lugar à necessidade de se reformular o conceito de morte, desligando-o da cessação da função cardio-respiratória tendo, para tal, muito contribuído o grande desenvolvimento das técnicas de transplante de órgãos, na década de 50 do século passado, que reclamava a obtenção de órgão viáveis cuja origem preferencial era de um corpo funcionante.

Os critérios para determinar a morte cerebral evoluíram desde que foram expressos, quer em 1959 por Mollaret e Goulon, que deram o nome de coma ultrapassado (*coma dépassé*) ao estado dos doentes que tinham perdido as funções cerebrais incluindo as funções vegetativas⁶; quer em 1868, pela “Comissão Ad Hoc da Harvard Medical School”, que propôs que fosse declarada a morte de um indivíduo em coma irreversível, antes de se desligarem os meios de suporte, descrevendo a situação como um estado de não reactividade, sem movimento, respiração ou reflexos, e um electroencefalograma plano⁷.

Em Inglaterra o critério de morte cerebral é a morte do tronco cerebral, o que não é muito diferente visto que a morte do tronco cerebral implica a cessação da actividade cerebral⁸. Portugal também seguiu este caminho, cujos critérios em vigor a seguir se apresentam, pretendendo-se que doentes em morte cerebral, portanto sem hipóteses de sobreviver sem suporte intensivo, não fossem mantidos indefinidamente ligados a um ventilador, sem que tirassem disso algum benefício, e facilitar a colheita de órgãos para transplantação.

Apesar de existirem ainda algumas reticências, o conceito de morte cerebral é hoje amplamente aceite, parecendo também não haver qualquer incompatibilidade com as crenças católica, protestante, ortodoxa, judaica e islâmica sobre a natureza da morte.

6 Mollaret P. Goulon M. Le coma dépassé: mémoire préliminaire. *Revue Neurologique* 1959; 101: 3-15 *apud* GONÇALVES, JOSÉ ANTÓNIO S. F., *A Boa Morte, Ética no fim da vida*, dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Bioética, Porto 2006. Internet: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22105>, acedido pela última vez em 2 de Maio de 2011.

7 Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A definition of irreversible coma. *JAMA* 1968; 205: 85-88 *apud* GONÇALVES, JOSÉ ANTÓNIO S. F., *A Boa Morte, Ética no fim da vida*, dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Bioética, Porto 2006. Internet: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22105>, acedido pela última vez em 2 de Maio de 2011.

8 Idem nota 4.



Critérios de morte cerebral⁹

A certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade.

I - Condições prévias

Para o estabelecimento do diagnóstico de morte cerebral é necessário que se verifiquem as seguintes condições:

- 1) Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;
- 2) Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos;
- 3) Ausência de respiração espontânea;
- 4) Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas nos números anteriores.

II - Regras de semiologia

1) O diagnóstico de morte cerebral implica a ausência na totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral:

- a. Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo;
 - b. Reflexos oculocefálicos;
 - c. Reflexos oculovestibulares;
 - d. Reflexos corneopalpebrais;
 - e. Reflexo faríngeo.
- 2) Realização da prova de apneia confirmativa da ausência de respiração espontânea.

III - Metodologia

A verificação da morte cerebral requer:

- 1) Realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo

9 Declaração da Ordem dos Médicos sobre os critérios de morte cerebral (prevista no artigo 12º da Lei nº 12/93, de 22 de Abril). Diário da República – I Série B, nº 235, 11. 10, 1994 apud GONÇALVES, JOSÉ ANTÓNIO S. F., *A Boa Morte, Ética no fim da vida*, dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Bioética, Porto 2006. Internet: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22105>, acedido pela última vez em 2 de Maio de 2011.



adequado à situação clínica e à idade;

2) Realização de exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado necessário;

3) A execução das provas de morte cerebral por dois médicos especialistas (em neurologia, neurocirurgia ou com experiência de cuidados intensivos);

4) Nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à unidade ou serviço em que o doente esteja internado¹⁰.

A morte cerebral superior (neocortical)

No entanto, outras situações ocorrem em que os doentes sofrem um dano cerebral, que leva à perda de consciência mas que, mesmo assim, continuam a manter, autonomamente intacta, a função cardio-respiratória ficando, no entanto, desprovidos das funções cerebrais superiores, como a consciência, cognição e as emoções.

Se um indivíduo permanecer nestas condições pelo período de um mês, diz-se que se encontra num Estado Vegetativo Permanente (EVP) o que, *de per se*, não se trata de uma situação irreversível mas que, com o decurso do tempo, se torna numa situação cujas probabilidades de recuperação vão escasseando.

É precisamente nestes casos que o debate se acentua. Será que um indivíduo que perca as funções cerebrais superiores se encontra morto? Se está morto, então os mortos respiram?

Os defensores do conceito da morte cerebral superior sustentam que o conceito de “pessoa” está intrinsecamente ligado à existência de consciência e à capacidade de tomar decisões e dar permissão, e não ao facto de apenas se poderem manter activas algumas funções orgânicas. Segundo este conceito, os doentes em EVP não devem ser consideradas pessoas, uma vez que perderam irreversivelmente a consciência.

Tal formulação não está isenta de críticas e de problemas, tanto no que concerne ao processo de avaliação da reversibilidade da condição (alguns pacientes recuperam após longos períodos em EVP), como no que diz respeito à intensidade, ou seja, saber quanta consciência é necessária para que um indivíduo seja considerado uma pessoa, o que levanta inúmeros problemas, principalmente no que diz respeito aos sujeitos que sofrem de doenças que os priva, gradualmente, das suas funções cognitivas. Ou, ainda, do ponto de vista emocional e social, já

10 No mesmo sentido dispõe o n.º 2 do artigo 12.º da Lei n.º 2/96/M de 3 de Junho, que regula a dádiva, a colheita e a transplantação de órgãos e tecidos de origem humana, em vigor no ordenamento jurídico da Região Administrativa Especial de Macau.



que dificilmente se pode aceitar que alguém que respira se encontra morto.

O Tratamento e o Doente Terminal

Como já tem sido anteriormente referido, a evolução tecnológica no campo da medicina, quer através da descoberta de novos medicamentos, quer através da invenção de novas técnicas e dispositivos, para além de nos proporcionar uma maior longevidade e uma melhor qualidade de vida, também nos coloca alguns problemas relativamente à forma como são utilizados os meios hoje disponíveis, não relativamente ao processo de cura de uma específica efermidade mas relativamente ao processo de prolongamento da vida.

O problema da utilização excessiva, indesejada ou inadequada, das técnicas médicas coloca-se, principalmente, quando a sua intervenção recai sobre um doente terminal, crítico, inconsciente ou com graves e irreversíveis alterações de ordem física ou mental, tratamentos esses cujo objectivo é o de prolongar a vida e não a recuperação ou cura.

É igualmente importante, nesta matéria, destacarmos o ramo dos *cuidados paliativos*, uma área que, cada vez mais intensamente, se encontra em desenvolvimento e que, por também se aplicar aos doentes na fase terminal da sua vida poderão, erroneamente, confundir-se com as práticas a que nos referimos. Em boa verdade, delas distinguem-se claramente pois o objectivo destas concentra-se na diminuição do sofrimento e dos sintomas da doença, bem como a prestação de apoio físico e psicológico ao paciente e seus familiares, fundando-se no conceito da ortotanásia.

Objectivos e Meios de Intervenção Médica

Poderemos facilmente concluir que a medicina tem, fundamentalmente, dois grandes objectivos que se propõe atingir: curar o paciente ou prolongar a sua vida.

Se o objectivo que se pretende atingir é a cura, podem ser utilizados meios *ordinários* que envolvem intervenções e medicação suave e de baixo risco ou meios *extraordinários*, os quais envolvem intervenções e medicação bastante agressiva e com um alto grau de risco (por exemplo a elevada toxicidade de alguns tratamentos oncológicos) que podem, por si só, levar o doente à morte. Neste último caso, exige-se que os serviços estejam preparados para responder a qualquer eventualidade intervindo através de meios de suporte vital avançados.

Se o objectivo é prolongar a vida, devem ser utilizados os meios adequados que, por vezes, podem envolver alguma agressividade terapêutica mas que dela apenas poderá resultar uma mais-valia para a qualidade de vida e conforto do doente.



Quando os indivíduos estão muito próximos da morte, já não se pode falar em qualidade de vida pois, obviamente que, o objectivo principal, nestas situações, passará a ser o de proporcionar o máximo de conforto possível ao doente.

Uma intervenção que levanta bastante controvérsia é o da Alimentação e Hidratação Assistidas (AHA), uma vez que se trata de um procedimento que pode trazer benefícios para o doente mas, em certos casos, poderá também causar-lhe várias complicações graves, sendo que não se consegue, antecipadamente, prever em que sentido a administração de AHA poderá influenciar a morte do paciente, pois é a própria evolução da doença que influencia directa e primariamente a morte.

Do ponto de vista médico, a definição do objectivo principal, perante o caso concreto, é extremamente importante, pois facilita a tomada de decisões por parte do profissional, tanto no que respeita ao início de um dado tratamento como na sua suspensão e permite ao doente e seus familiares saberem qual a função dos tratamentos que estão ou virão a ser ministrados.

Este processo decisório, complexo e eticamente relevante, deverá ter sempre como objectivo principal a salvaguarda do melhor interesse do doente e um juízo de proporcionalidade entre o grau de agressividade de uma terapêutica e os resultados que daí poderão advir em benefício do paciente, não havendo qualquer diferença ética entre a não administração de um tratamento ou a sua suspensão, pois o médico deverá sempre perguntar a si próprio se o tratamento beneficia o doente.

A Decisão e o Doente

Nas sociedades modernas, ditas “avançadas”, colocam-se, cada vez mais, questões relativas à autonomia da vontade do paciente e ao seu direito de ter conhecimento acerca da sua situação clínica e o seu esclarecimento quanto às medidas que vão ser tomadas. Porém, tal concepção não isenta o processo decisório de inúmeros problemas, pretendendo apenas tentar encontrar-se o maior equilíbrio possível entre os vários interesses em debate.

Embora seja consensual que a vontade do doente deva ser amplamente respeitada, esta não pode, nem deve, revestir-se de carácter imperativo, pois outros aspectos têm de ser tomados em consideração, como por exemplo se os desejos do doente vão contra aquilo que os profissionais têm estabelecido como correcto nas suas normas profissionais e éticas, se o doente deseja uma intervenção para a qual não existem recursos, se a decisão do doente poderá causar danos em si próprio e à sociedade ou se o tratamento for completamente inadequado ou desproporcionado para o fim que se pretende atingir.

Pretende-se, assim, que os doentes tenham a maior intervenção possível no processo decisório que a eles diz respeito, o que também levanta problemas, para além dos anteriormente formulados, ao nível da avaliação da capacidade



desses mesmos doentes para tomarem essas decisões e, no caso de se constatar que o paciente está desprovido dessa capacidade, da legitimidade de terceiros para tomarem essas decisões no seu lugar.

Nas situações em que o paciente se encontra desprovido de capacidade decisória, nomeadamente nos casos em que se encontra inconsciente, tem-se como tradicionalmente aceite que este seja representado por um familiar mais próximo, no pressuposto de que este familiar será a pessoa mais adequada para actuar em nome do doente e a mais apta a proteger os seus interesses, no entanto, como sabemos, poderão existir nesta relação doente/familiar interesses financeiros e emocionais conflitantes, o que poderá, nalguns casos, levar a que este familiar não seja a pessoa mais adequada para intervir no processo e, por isso mesmo, não seria a pessoa que o doente indicaria para o representar.

É por isso que, em muitos países, já se adoptou legislação que permite ao cidadão formular, antecipadamente, algumas directivas, que consagram um leque de escolhas sobre a aceitação ou não de certas intervenções em determinadas circunstâncias, acompanhada de uma procuração designando uma terceira pessoa para o representar se para tal houver necessidade. Estas *directivas antecipadas* protegem, tanto os familiares como os profissionais, quanto às decisões a tomar, salvaguardando de igual modo a autonomia dos doentes.

Ao contrário de Macau, onde o ordenamento jurídico não consagra ainda qualquer possibilidade de se efectuarem estas *directivas antecipadas*, Portugal encontra-se actualmente a dar os primeiros passos nesta matéria, estando neste momento em discussão, na Comissão de Saúde da Assembleia da República, quatro propostas de lei¹¹ que visam a introdução no ordenamento jurídico português do

11 Vide Projecto de Lei 413/XI, Grupo parlamentar do Partido Socialista, Direito dos doentes à informação e ao consentimento informado, (Testamento Vital). Internet: <http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailIniciativa.aspx?BID=35640>, acedido pela última vez em 2 de Maio de 2011.

Vide Projecto de Lei 414/XI, Grupo parlamentar do Bloco de Esquerda, Regula o direito dos cidadãos a decidirem sobre a prestação futura de cuidados de saúde, em caso de incapacidade de exprimir a sua vontade, e cria o Registo Nacional de Testamento Vital (RENTEV). Internet: <http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailIniciativa.aspx?BID=35641>, acedido pela última vez em 2 de Maio de 2011.

Vide Projecto de Lei 428/XI, Grupo parlamentar do Partido Social Democrata, Declarações antecipadas de vontade (Testamento Vital). Internet: <http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailIniciativa.aspx?BID=35676>, acedido pela última vez em 2 de Maio de 2011.

Vide Projecto de Lei 429/XI, Grupo parlamentar do CDS-PP, Regula as directivas antecipadas de vontade em matéria de testamento vital e nomeação de procurador de cuidados de saúde e procede à criação do registo nacional do testamento vital. Internet: <http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailIniciativa.aspx?BID=35677>, acedido pela última vez em 2 de Maio de 2011.



chamado *Testamento Vital*, pelo que se prevê, para breve, que os portugueses possam, de modo claro e efectivo, pré-determinar a sua vontade quanto às intervenções clínicas.

Matar ou Deixar Morrer

O valor da vida é, hoje em dia, um valor de importância fundamental na grande maioria dos ordenamentos jurídicos do mundo ocidental, os quais condenam claramente o acto de produzir a morte numa pessoa mas que, por outro lado, compreendem que a morte seja um facto inevitável e que o processo que conduz à morte deva ser o menos pesaroso possível, por forma a garantir um outro valor, de extrema importância, que é o da dignidade humana.

No entanto, prevêem-se também formas de matar que se consideram legítimas, como por exemplo no exercício da *legítima defesa*¹² ou em situações de *guerra*; e, outras ainda, que se consideram menos criticáveis por faltar ao agente activo, causador da morte, a vontade de praticar o acto (*negligência*)¹³ ou a capacidade de entender o mesmo (*inimputabilidade*)¹⁴, ou ainda um envolvimento emocional do agente activo de tal ordem que, dominado por determinados motivos de relevo, acabou por praticar o acto (*homicídio privilegiado*)¹⁵.

Já quanto ao acto de se deixar alguém morrer, o que pressupõe uma atitude de omissão por parte do agente activo, esta pode ser também sancionável, ou não, dependendo das circunstâncias pois, ou estaremos perante uma situação em que nada nem ninguém pode intervir para salvar o outro, não se materializando assim uma atitude criminosa ou, ao invés, perante uma atitude que se limita a testemunhar um facto sem que haja a mínima tentativa para salvar a vida do outro o que levará à responsabilização do agente por *homicídio por omissão*¹⁶, havendo ainda a referir a situação do crime de *omissão de auxílio*¹⁷, ou ainda, mesmo que o agente não testemunhe o facto, que abandone a vítima ao seu destino, de que é exemplo o crime de *exposição ao abandono*¹⁸, para cuja consumação é suficiente que, com a sua conduta, o agente tenha criado um perigo para a vida da vítima.

É exactamente na medida da admissibilidade e da razoabilidade em deixar alguém morrer que teria de encontrar-se o fundamento jurídico para uma possível

12 Art.º 31 do Código Penal de Macau.

13 Art.º 14 do Código Penal de Macau.

14 Art.ºs 18 e 19 do Código Penal de Macau.

15 Art.º 130 do Código Penal de Macau.

16 Nos termos do art.º 128 conjugado com o n.º1 do art.º 9 do Código Penal de Macau, desde que preenchido o conceito de “dever jurídico” previsto no n.º 2 deste último preceito legal.

17 Art.º 194 do Código Penal de Macau.

18 Art.º 135 do Código Penal de Macau.



consagração, no ordenamento jurídico, da figura da eutanásia, *lato sensu*, no sentido da despenalização da conduta de terceiros, sejam eles profissionais de saúde ou familiares ou pessoas mais próximas da vítima.

Importa, assim, olhar agora para a actual situação que se vive, do ponto de vista jurídico, tanto em Portugal como em Macau, no sentido de se poder melhor observar qual a posição de ambos os ordenamentos jurídicos relativamente à questão que nos cabe apreciar.

Panorama Jurídico em Portugal

Na *Constituição da República Portuguesa* podemos logo constatar no art. 1.º que “*Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária*” e se alguma dúvida ainda subsistisse na interpretação deste preceito, quanto ao respeito pela vida humana, a mesma se dissipa atento o disposto no n.º 2 do art. 6.º que dispõe que “*Os preceitos constitucionais e legais relativos aos direitos fundamentais devem ser interpretados e integrados de harmonia com a Declaração universal dos direitos do Homem.*” (sublinhado nosso).

A Declaração Universal dos Direitos do Homem dispõe que “*Todo o indivíduo tem direito à vida à liberdade e à segurança pessoal.*”¹⁹, “*A vida humana é inviolável.*”²⁰ e que “*A integridade moral e física das pessoas é inviolável.*”²¹

O Código Penal Português, por sua vez, trata este assunto com um rigor acentuado havendo severas penalizações no que se concerne à prática da eutanásia, tanto na forma de “*eutanásia activa*”²², “*eutanásia passiva*”²³, como na forma de “*eutanásia eugénica*”²⁴.

Por seu turno, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, tomando por base no essencial o relatório que precede o “*Parecer sobre os aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida*”²⁵, é da opinião:

19 Art.º 3 n.º 1 da Convenção Universal dos Direitos do Homem.

20 Art.º 24 n.º1 da Convenção Universal dos Direitos do Homem.

21 Art.º 25 n.º 2 da Convenção Universal dos Direitos do Homem.

22 No art.º 131, “Homicídio”, no art.º 133, “Homicídio privilegiado”, e no art.º 134, “Homicídio a pedido da vítima”, do Código Penal Português.

23 No art.º 131, “Homicídio”, imputado a título de omissão, do Código Penal Português.

24 Nas alíneas b) e e) do art.º 132, “Homicídio qualificado”, do Código Penal Português.

25 In Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Presidência do Conselho de Ministros, “*Parecer sobre os aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida*”, (11/CNECV/95), págs. 7 e 8, Internet: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273059417_P011_FinalDaVida.pdf, acedido pela última vez em 2 de Maio de 2011.

No art.º 28 dispõe-se que “*A liberdade pessoal dos residentes de Macau é inviolável.*” e que “*Nenhum residente pode ser submetido a tortura ou a tratos desumanos.*”, sendo que o art.º 30 estabelece que “*É inviolável a dignidade humana dos residentes de Macau.*” (sublinhado nosso).

Por sua vez, estabelece o art.º 40 que “*As disposições, que sejam aplicáveis a Macau, do Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos, do Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, bem como das convenções internacionais de trabalho, continuam a vigorar e são aplicadas mediante leis da Região Administrativa Especial de Macau. Os direitos e as liberdades de que gozam os residentes de Macau, não podem ser restringidos excepto nos casos previstos na lei. Tais restrições não podem contrariar o disposto no parágrafo anterior deste artigo.*” (sublinhado nosso).

Por fim, pode ler-se no art.º 41 que “*Os residentes de Macau gozam dos outros direitos e liberdades assegurados pelas leis da Região Administrativa Especial de Macau.*”, e no art.º 43 que “*As pessoas que não sejam residentes de Macau, mas se encontrem na Região Administrativa Especial de Macau, gozam, em conformidade com a lei, dos direitos e liberdades dos residentes de Macau, previstos neste capítulo.*” (sublinhado nosso).

Por sua vez, o Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos, aplicável em Macau, dispõe no n.º 1 do seu art.º 6 que “*O direito à vida é inerente à pessoa humana. Este direito deve ser protegido por lei: ninguém pode ser arbitrariamente privado da vida.*” (sublinhado nosso).

O Direito à vida aparece-nos, igualmente, regulado no Código Civil de Macau e parece afastar, desde logo, qualquer possibilidade para a consagração da eutanásia, *lato sensu*, bem como da prática do suicídio assistido.

O art.º 70 tutela o direito à vida, prevenindo-se no n.º 1 que “*Toda a pessoa tem o direito à vida.*” e no n.º 2 que “*O direito à vida é irrenunciável e inalienável e não pode ser limitado legal ou voluntariamente.*” (sublinhado nosso).

No art.º 71 é protegido o direito à integridade física e psíquica, nos termos do qual, estabelece-se no n.º 1 que “*Toda a pessoa tem direito ao respeito pela sua integridade física e psíquica.*” e no n.º 4 que “*A limitação voluntária ao direito à integridade física e psíquica é nula quando, segundo for possível prever, existam sérios riscos de vida ou, salvo justificação ponderosa, dela resultem provavelmente consequências graves e irreversíveis para a saúde do titular.*” (sublinhado nosso).

Excepcionando-se, no entanto, no art.º 332, certos casos em que pode haver lugar ao consentimento do lesado, razão pela qual “*O acto lesivo dos direitos de outrem é lícito, desde que este tenha consentido na lesão. O consentimento do lesado não exclui, porém, a ilicitude do acto, quando este for contrário a uma proibição legal ou aos bons costumes. Tem-se por consentida a lesão, quando esta se deu no interesse do lesado e de acordo com a sua vontade presumível.*”, preceitos

estes que devem ser conjugados com o estabelecido no n.º 1 do art.º 69 que dispõe que *“Toda a limitação voluntária ao exercício dos direitos de personalidade é nula, se disser respeito a interesses indisponíveis, se for contrária aos princípios de ordem pública ou se for contrária aos bons costumes.”* (sublinhado nosso).

E, se dúvidas ainda possam existir relativamente à interpretação e extensão dos conceitos, o Código Penal de Macau, presentemente em vigor, indica-nos, claramente, uma oposição a todas as formas de eutanásia, pois tais condutas facilmente preencheriam os tipos de ilícito relativos aos vários tipos de homicídio²⁷ ou do crime de *“Omissão de auxílio”*²⁸, podendo ser imputadas quer a título de *“Comissão por acção e por omissão”*²⁹, quer por *“dolo ou negligência”*³⁰, quer seja o agente autor³¹ ou cúmplice³² da conduta punida.

O mesmo se poderá afirmar relativamente ao repúdio que o nosso ordenamento jurídico demonstra pela questão do suicídio assistido, cujos comportamentos facilmente são subsumidos tanto nos crimes de *“Homicídio a pedido da vítima”*³³, como no *“Incitamento, ajuda ou propaganda ao suicídio”*³⁴.

O Código Penal de Macau, regula ainda a *“Intervenção ou tratamento médico-cirúrgico”*³⁵, punindo o autor de uma tal intervenção que não tenha, primeiramente, obtido o eficaz consentimento³⁶ do paciente, salvo algumas excepções, sendo que tal consentimento *“só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave ofensa à saúde, física ou psíquica”*³⁷.

De notar que, sobre o pessoal médico recai, ainda, um dever especial inerente às suas capacidades científicas e técnicas, pelo que poderão também eles

27 Art.ºs 128 a 130 do Código Penal de Macau.

28 Art.º 194 do Código Penal de Macau.

29 Art.º 9 do Código Penal de Macau.

30 Art.ºs 12 a 14 do Código Penal de Macau.

31 Art.º 25 do Código Penal de Macau.

32 Art.º 26 do Código Penal de Macau.

33 Art.º 132 do Código Penal de Macau.

34 Art.º 133 do Código Penal de Macau.

35 Art.º 144 do Código Penal de Macau.

36 Art.º 150 do Código Penal de Macau.

37 Art.º 151 do Código Penal de Macau



ser punidos pelo crime de “*Recusa de Médico*”³⁸, crime esse que ainda pode ser sujeito a uma “*Agravação pelo resultado*”³⁹.

Por último destaca-se, também, o disposto no Decreto-Lei n.º 111/96/M que estabelece um regime jurídico cujo objecto e finalidade visa “(...) *a protecção do ser humano nas suas dignidade e identidade, garantindo a toda a pessoa, sem discriminação, o respeito pela respectiva integridade e pelos outros direitos e liberdades fundamentais face às aplicações da Biologia e da Medicina.*”⁴⁰, com respeito pelo princípio do “*Primado do ser humano*”⁴¹, estabelecendo um “*Acesso equitativo aos cuidados de saúde*”⁴² e que regula, no seu segundo capítulo, os aspectos relativos ao consentimento⁴³ para actos no domínio da saúde.

Os Problemas da Eutanásia

Aqui chegados, resta-nos reflectir um pouco sobre a possibilidade, vantagens, desvantagens, consequências e pressupostos para uma possível sugestão, ou não, da consagração da eutanásia ou do suicídio assistido no nosso ordenamento jurídico.

Perspectiva Jurídica

Do ponto de vista jurídico, como ponto de partida, concorda-se plenamente com a doutrina dominante, muito especialmente com a boa doutrina do *mui aclamado* penalista, Professor Doutor Jorge de Figueiredo Dias.

No que respeita à *ortotanásia*, ou *eutanásia activa indirecta*, considera-se a conduta dos médicos justificada na teoria do risco permitido, caso em que o médico irá satisfazer o interesse, real ou presumido, do doente, e apenas combater a dor e o sofrimento, usando do cuidado devido que as circunstâncias impõem, e em que o doente se conforma ou, em caso de este se encontrar num estado de inconsciência, presumivelmente se conformaria, com o risco de morte antecipada.

É precisamente neste último aspecto que o Testamento Vital assume particular importância, pois, tal como nos diz Figueiredo Dias “*A convicção quer na população quer na própria classe médica de que é ali decisiva a vontade dos pacientes ou das pessoas próximas do paciente é infundada; esta vontade é, pelo*

38 Art.º 271 do Código Penal de Macau.

39 Art.º 273 do Código Penal de Macau.

40 Art.º 1 do Decreto-Lei n.º 111/96/M

41 Art.º 2 do Decreto-Lei n.º 111/96/M

42 Art.º 3 do Decreto-Lei n.º 111/96/M

43 Art.s º 5 a 8 do Decreto-Lei n.º 111/96/M



*contrário, juridico-penalmente irrelevante, salvo na medida em que possa servir como elemento para determinar a vontade presumida do paciente*⁴⁴ e nada mais do que isso.

Já, no que diz respeito à *eutanásia passiva*, poder-se-á negar também a tipicidade, no homicídio, pois a continuação da administração do tratamento, “*salvo se houver razões seguras que essa seria a vontade do moribundo*”⁴⁵, deixa de ser necessária, justificada, nos casos em que se trata apenas da interrupção de um tratamento que, pessoal e socialmente, deixou de fazer qualquer sentido, não se traduzindo, porém, num direito de “cessação de tratamento” constituído a favor do profissional de saúde. É óbvio que esta doutrina só pode ser aplicada relativamente aos profissionais de saúde pois, se o agente activo for apenas um familiar ou uma pessoa próxima do paciente, tal formulação já não poderá ser aceite, uma vez que este terceiro não dispõe de capacidade técnico-científica para fazer esse juízo valorativo.

No que diz respeito à *eutanásia activa directa* ou *eutanásia pura*, como é designada por alguns autores, ela “*...preenche o tipo objectivo de ilícito do homicídio, ainda mesmo quando o efeito letal seja prosseguido com o efeito de pôr fim às dores ou ao sofrimento do moribundo*”⁴⁶, no entanto, “*O mais que entre nós pode ficar em aberto de iure constituto, para situações extremas de doentes terminais sujeitos a sofrimentos cruelmente insuportáveis, será a dispensa de pena por via do estado de necessidade desculpante.*”⁴⁷, solução esta que, atente-se, poderá ser adoptada em casos raros e extremamente excepcionais.

Por, último, no que concerne ao suicídio assistido, não restam dúvidas que ele é claramente punido no nosso ordenamento jurídico, através das normas referentes ao “*Incitamento, ajuda ou propaganda ao suicídio*”, que afastam a possibilidade, não só da própria acção de ajuda a alguém que quer pôr termo à sua vida, como poderão levantar problemas quando, por exemplo, um determinado médico que, em conversa com um doente terminal com vontade de morrer, lhe preste informação de quais os meios à sua disposição para pôr termo à vida.

Perspectiva Médico-Legal

Do ponto de vista médico-legal, está em causa não só uma questão deontológica dos profissionais de saúde, cuja principal função é o respeito pela vida do paciente, como também uma questão do apuramento ou afastamento

44 Jorge de Figueiredo Dias, *Comentário Conimbricense ao Código Penal*, Tomo I, pág.14

45 Idem, pág.13

46 Idem, pág.14

47 Idem, pág.15



da sua própria responsabilização, quer civil, quer criminal, quer administrativa, perante os actos e decisões que tomem no exercício da sua profissão.

Assim, há que ter especial atenção para os primeiros momentos de contacto com o doente, no sentido de se apurar que as decisões tomadas pelos profissionais de saúde não foram revestidas de negligência ou incúria, e que, através delas, não se tenha estabelecido umnexo causal com o resultado que venha a ser posteriormente verificado.

Em segundo lugar, há que fazer uma análise rigorosa do estado actual do paciente, bem como um juízo de prognose, o mais preciso possível, da evolução desse estado perante as várias intervenções possíveis, no sentido de se avaliar a utilidade, ou não, da administração de determinadas terapêuticas.

Por último, após a morte do paciente, o exame necrópsico tem de ser efectuado de modo rigoroso, por forma a que se possa claramente apurar quais as razões que tiveram uma directa influência no processo causal da morte, devendo afastar todas as situações que possam levantar quaisquer dúvidas relativamente à prática da eutanásia ou do suicídio assistido, bem como a avaliação de todos os procedimentos médicos que foram ministrados nos doentes, por forma a que se possa efectivamente afastar qualquer tipo de negligência médica durante todo o processo que culminou na morte do paciente.

Um exemplo de fronteira, é o caso de um doente terminal que vem a falecer e que, na autópsia, são encontrados vestígios de uma substância química no organismo, como a adrenalina. Nestes casos, é necessário perceber se foi a adrenalina que causou a morte do paciente, pois este tipo de substâncias são frequentemente utilizadas para diminuir a dor e o sofrimento de pacientes em fase terminal, mas se essa utilização for feita em excesso, é uma das formas conhecidas da prática da eutanásia.

Sabemos, porém, que as decisões tomadas pelos profissionais de saúde, são de alguma forma limitadas pelo seu conhecimento tecnico-científico, baseadas em conceitos técnicos, estatísticos, económicos, racionais e empíricos, juntando-se a estes, o respeito, na medida do possível, pela vontade, expressa ou presumida, do paciente; o que pode levar, e que frequentemente acontece, a conflitos entre o dever profissional, a ética e a moral do próprio profissional.

Perspectiva Social e Religiosa

Do ponto de vista meramente social, a eutanásia, *lato sensu*, é encarada de forma bastante diversa, consoante o tipo de sociedade que discute a questão, sendo determinantes neste debate os conceitos relativos ao valor da vida, da dignidade humana e da autonomia da vontade individual.



Do ponto de vista religioso, constata-se que a esmagadora maioria das religiões, tem como valor supremo a “*santidade da vida*”, rejeitando claramente qualquer possibilidade de o fim da vida ser determinado por qualquer ser humano, sendo esta uma tarefa que incumbe a um ente superior, “O Criador”, e olham para o suicídio como um *mal* que subverte e contraria as leis transcendentais, resultando de tal atitude uma consequência sancionatória que ocorrerá depois da morte.

Assim, em sociedades que determinem uma supremacia irredutível ao valor da vida, normalmente muito influenciadas por conceitos do foro religioso, constata-se que são muito resistentes à ideia da eutanásia ou do suicídio assistido; já naquelas em que os valores da dignidade humana e da autonomia da vontade individual são mais valoradas, constata-se que são mais permeáveis a estas ideias.

Trata-se, portanto, de uma discussão que, apesar da tentativa de racionalização dos seus vários aspectos argumentativos e da evolução do conhecimento técnico-científico, acaba sempre, mais tarde ou mais cedo, por esbarrar em conceitos puramente psicológicos ligados quer à consciência moral, quer à crença religiosa, que continuam a desempenhar um papel determinante na formação da opinião colectiva que, por sua vez, influenciam as opções tomadas pelo ordenamento jurídico de cada sociedade e o comportamento dos seus agentes.

O Caso Terri Schiavo⁴⁸

Theresa Marie Schindler, nascida a 3 de Dezembro de 1963 em Filadelfia, no estado da Pensilvania, cresceu nos subúrbios de Filadelfia como a mais velha de 3 irmãos. Concluiu a escola secundária em 1981, vindo a conhecer Michael

48 Fontes Bibliográficas:

- “*The Judicial Murder of Terri Schindler Schiavo*” (7 videos): Internet: <http://www.youtube.com/watch?v=a9oAsuUrN6Q>, http://www.youtube.com/watch?v=K_5JH7SCDEg&feature=relmfu, <http://www.youtube.com/watch?v=X7-1AIGky88&feature=relmfu>, <http://www.youtube.com/watch?v=cNzV8EQIVVk>, <http://www.youtube.com/watch?v=Ts9qR7aZKT8>, <http://www.youtube.com/watch?v=HXBSVz7bYF8>, http://www.youtube.com/watch?v=_27MxIdG-YE, acessido pela última vez em 2 de Maio de 2011.
- Terri Schiavo: Biography. Internet: <http://www.answers.com/topic/terri-schiavo-medical-patient>, acessido pela última vez em 2 de Maio de 2011.
- Terri Schiavo Fact Sheet - Indiana News Story - WRTV Indianapolis. Internet: <http://www.theindychannel.com/news/4611853/detail.html>, acessido pela última vez em 2 de Maio de 2011.
- Terri Schiavo Biography (Medical Patient). Internet: <http://www.infoplease.com/biography/var/terrischiavo.html>, acessido pela última vez em 2 de Maio de 2011.
- Terri Schiavo Biography - Famous Medicine & health care. Internet: <http://www.findbiography.org/famous-medicine-health-care-related-men-and-women/terri-schiavo>, acessido pela última vez em Novembro de 2010.
- Terri Schindler Schiavo Foundation. Internet: <http://www.terrisfight.org>, acessido pela última vez em 2 de Maio de 2011.

Schiavo, em 1982, numa aula de sociologia no Bucks County Community College. Depois de um namoro de 5 meses ficaram noivos vindo a contrair matrimónio em 10 de Novembro de 1984.

Em Abril de 1986 o casal foi viver para St. Petersburg, no Estado da Flórida, para viverem junto dos pais de Terri, onde se lhes juntaram, 3 meses depois, os seus dois irmãos. Terri trabalhava numa companhia de Seguros enquanto Michael era gerente de um restaurante.

Na manhã de 25 de Fevereiro de 1990, cerca das 4 da manhã, aos 26 anos de idade, Terri, supostamente, desmaiou na sua casa de St. Petersburg, onde acorreram os bombeiros e a equipa de paramédicos, após uma chamada de emergência efectuada por Michael, encontrando o corpo de Terri em decúbito frontal, inconsciente, sem pulsação ou respiração devido a uma paragem cardíaca. Tentaram várias manobras de reanimação através de desfibrilhadores antes de a transportarem para o Hospital onde foi entubada, ventilada e a sua respiração retomada através de uma traqueotomia, no entanto, devido ao longo tempo que passou privada de oxigénio foi-lhe diagnosticado um severo dano cerebral.

A condição de Terri foi diagnosticada como tendo sido provocada por uma disfunção alimentar (Bulimia nervosa) o que lhe tinha causado um desequilíbrio de potássio no sangue e que subsequentemente levou à paragem cardíaca.

Terri passou os seguintes anos em vários centros de reabilitação nunca vindo a recuperar a função cerebral.

Em Novembro de 1992 Michael Schiavo é contemplado com uma compensação de um milhão de dólares Americanos, como resultado de uma acção judicial contra o estado, com base em negligência médica.

Em Julho de 1993, os pais de Terri, não se conformando com os cuidados médicos que estavam a ser proporcionados a sua filha, interpõem uma acção judicial no sentido de afastar Michael como tutor de Terri.

Decorridos 8 anos sobre o episódio, em 1998, Michael, seu marido, interpôs uma acção judicial para que fosse removido o tubo pelo qual a sua esposa era alimentada, arguindo que ela lhe teria dito, antes do episódio clínico, que se alguma vez estivesse numa situação destas, não desejaria ser mantida viva artificialmente.

Os pais de Terri, Bob e Mary Schindler, lutaram contra este pedido tendo, em 2000, o juiz George W. Greer decidido que Terri se encontrava “*para além de qualquer possibilidade de dívida*” num Estado Vegetativo Persistente e que o seu marido poderia fazer com que cessassem as medidas de suporte vital. Em Abril de 2001 o tubo é removido para vir a ser re-inserido dois dias depois.

Devido aos sucessivos recursos que decorreram da decisão o caso transbordou para a esfera pública vindo a envolver alguns grupos religiosos e activistas pró-vida que insistiram para que Terri continuasse a ser mantida viva.

A 15 de Outubro de 2003 o tubo que alimentava Terri acabou por ser

removido, vindo a ser novamente inserido passados seis dias, 21 de Outubro de 2003, quando o poder legislativo da Florida promulgou aquela que ficou conhecida por “Lei de Terri”, que permitia ao Governador ordenar que se mantivesse o suporte vital em casos deste género, lei esta que veio a ser posteriormente invalidada pelo Supremo Tribunal do Estado da Flórida a 20 de Setembro de 2004.

A 18 de Março de 2005, cerca das 13 horas locais, o tubo que alimentava Terri foi novamente removido, tornando-se o caso ainda mais mediático aquando da convocação de uma sessão extraordinária de emergência do Congresso Norte Americano no sentido de aprovar um projecto de lei que permitisse a reapreciação da questão pelos tribunais federais, fazendo com que o então Presidente Geoger W. Bush se deslocasse, por via aérea, do Estado do Texas para Washington D.C. para promulgar o diploma a 21 de Março do mesmo ano.

A 22 e 23 de Março de 2005, um juiz federal e um juiz do Tribunal Federal de Recurso rejeitam o pedido dos pais de Terri para intervir. A 24 e 30 de Março de 2005 os juízes do Tribunal Supremo dos Estados Unidos da América, recusaram-se novamente a apreciar o caso.

Decorridas duas semanas sem qualquer tipo de alimentação ou administração de fluidos, a 31 de Março de 2005, Terri Schindler Schiavo vem a falecer vítima de desidratação.

Após a sua morte, os resultados do exame necrópsico demonstraram que o tamanho do cérebro de Terri tinha decrescido para metade do tamanho normal e que se encontrava cega. De acordo com o médico legista, Dr. Jon Thogmartin, “nenhuma terapia ou tratamento poderia regenerar a perda massiva de neurónios”, no entanto não foi detectado claramente que Terri sofria de bulimia nem que tinha um desequilíbrio de potássio no sangue, nem tão pouco a causa do seu desmaio em 1990.

O caso Schiavo foi considerado como tendo graves implicações políticas nos Estados Unidos da América, uma vez que, tanto o governador do Estado da Flórida, Jeb Bush, como o seu irmão, Presidente George W. Bush, teriam ambos sido eleitos para os seus cargos com o forte apoio dos grupos conservadores e pró-vida.

Ainda hoje, nos Estados Unidos da América, estes mesmos grupos e inúmeras pessoas anónimas continuam a esgrimir argumentos, apontando várias inconsistências nos testemunhos de Michael perante o tribunal, assim como várias episódios, durante o casamento de Michael e Terri, assim como algumas alegadas atitudes de Michael, após o internamento e no decorrer da batalha judicial que se travou, para sustentar que nunca deveria ter sido atendido o pedido de Michael perante o Tribunal.

Dos vários argumentos, ainda hoje debatidos, destacam-se os seguintes:

- Terri não tinha deixado qualquer documento escrito que indicassem os seus desejos para o caso de se encontrar num estado comatoso;

- Os advogados de Michael sustentam que Terri não queria permanecer neste estado;

- A família de Michael sustenta que este queria que a sua amada esposa morresse com dignidade;

- Os pais de Terri sustentam que a sua filha queria viver;

- Sustentam ainda que ela poderia ser ajudada através de processos terapêuticos;

- Os pais de Terri dizem que a sua filha reagia á presença deles através de risos sorrisos;

- Os médicos dizem que as reacções de Terri eram absolutamente primárias e que esta seria incapaz de controlar as suas próprias expressões e os sons que emitia;

- A Família de Terri afirma que o casamento com Michael estava, na altura do acidente, com graves problemas devido ao facto de Michael ser muito possessivo e ciumento, facto este que é totalmente negado pela família de Michael;

- Terri encontrava-se num estado equiparado ao coma à mais de 15 anos, no entanto conseguia respirar autonomamente necessitando, para sobreviver, de ser alimentada e hidratada através de um tubo gástrico;

- Michael recusou uma oferta pecuniária de um milhão de dólares americanos para desistir da tutela de Terri, dizendo o seu advogado que este montante chegou a ser de dez milhões de dólares.

- Durante o decurso dos processos judiciais, Michael começou a coabitar com uma outra mulher de quem veio a ter dois filhos.

- O tubo que alimentava Terri encontrava-se ligado directamente ao seu estômago através do abdómen, facultando-lhe toda a nutrição que necessitava (comida e água). Michael afirmava que Terri não conseguia engolir enquanto que os pais afirmam o contrário dizendo que várias vezes a alimentaram, gota a gota, com as suas próprias mãos;

- Os tribunais declararam que Terri se encontrava num estado vegetativo, mas nunca ordenaram um teste para verificar se ela poderia, de facto, engolir;

- Tal teste não lhe fora efectuado durante os muitos anos em que o processo judicial decorreu;

- De acordo com o testemunho do Dr. Jay Wolfon, professor de saúde pública e medicina na “University of South Florida”, que chegou a ser representante legal de Terri em 2003, esta conseguia engolir a sua própria saliva.

Conclusão

Cabe, sem dúvida, ao Direito, reconhecer o início e o termo da vida e, de forma complementar, assegurar que esta vida seja respeitada por todos e vivida dentro de um padrão de dignidade imanente à qualidade do ser humano.

O nosso ordenamento jurídico vai mais longe e confere um estatuto especial a quem nasce *completo e com vida* atribuindo-lhe a qualidade de “pessoa jurídica humana”, enquanto sujeito de direitos e obrigações, ficando a dever-se ao facto do término da escravatura e ao respeito pela dignidade humana o poder-se hoje afirmar que a todo o ser humano lhe é atribuída a condição de “pessoa jurídica humana”. É nesse sentido que deve ser interpretado o preceito do n.º 1 do art.º 63 do Código Civil de Macau (CC). Por fim, esse estatuto especial que é conferido *cessa com a morte*, como enunciado no n.º 1 do art.º 65 do CC.

Este tipo de formulação não significa, porém, que, antes do início da personalidade jurídica ou, até mesmo após o termo desta, não sejam reconhecidos e tutelados alguns direitos a estes sujeitos. Veja-se, a título exemplificativo, o caso do aborto (Decreto-Lei 59/95/M) e das ofensas a pessoas já falecidas (art.º 68 do CC e Art.º 179 do Código Penal).

No entanto, quando o Direito retira do sujeito a liberdade de dispor da sua própria vida (art.º 70 n.º 2 do CC), será que está, por essa via, a consagrar um verdadeiro direito, ou tão somente a criar na esfera jurídica da pessoa uma obrigação imperativa de viver?

Uma outra questão, interessante, é saber-se sobre quem, de facto, recai esse direito e essa aparente obrigação de viver. Somente sobre as *peçoas jurídicas humanas*? A resposta parece, segundo uma interpretação do ordenamento como um todo, que difere; ou seja, o direito à vida parece recair tanto sobre as *peçoas jurídicas humanas* já existentes como sobre aquelas que ainda estão em formação (nascituros) e até sobre as *peçoas jurídicas sociedades*; já quanto à obrigação de viver, parece só recair sobre as *peçoas jurídicas humanas* já existentes.

Por outro lado, devido aos diferentes critérios aplicados nos diversos ordenamentos jurídicos na questão do aborto, bem como à própria discrepância de posições da comunidade científica, não se consegue, de forma clara e precisa, determinar qual o estágio de evolução necessário para que possamos falar, verdadeiramente, em vida; pois faria todo o sentido que, a partir desse momento, pudéssemos efectivamente marcar o início da tutela jurídica da mesma.

Já quanto à definição de morte, à partida, por mero raciocínio lógico, ocorre a partir do momento em que a vida deixa de existir. No entanto, por forma a que possamos afirmá-lo, necessitamos, obrigatoriamente, de recorrer a meios científicos de diagnóstico que nos possibilitem fazer tal constatação, com um grau de certeza cuja fiabilidade será directamente proporcional aos recursos e

meios que se possam empregar no processo de averiguação, bem como do avanço tecnológico da nossa sociedade.

O conceito e critérios da morte cerebral global, anteriormente discutidos, são hoje consensualmente aceites como válidos para a determinação do momento da morte, tal como foi, noutros tempos, o conceito da morte cardio-respiratória, daí a verdadeira necessidade de apuramento das técnicas de diagnóstico e do avanço da tecnologia e do conhecimento científico.

Embora a questão da *eutanásia activa* pareça da maior relevância, só se levanta em casos muito raros e excepcionais, sendo exemplo paradigmático o do doente que está diagnosticado em estado de EVP ou em morte cerebral superior (neocortical), mas que, ainda assim, mantém a função cardio-respiratória em funcionamento.

É óbvio que este tipo de doentes necessitam de cuidados que envolvem a Alimentação e Hidratação Artificiais, sem os quais não lhes é possível a sobrevivência mas, há quem defenda que, nestes casos, o paciente não morre à fome ou por desidratação como resultado da não serem alimentados nem hidratados artificialmente, mas sim pelo facto da doença de que padecem não lhes permitir comer ou ingerir líquidos.

Certo é que se tem constatado que cerca de 30% dos diagnósticos que consideram os doentes em EVP, foram dados como errados, por ser um campo muito duvidoso e cujo diagnóstico envolve um trabalho intensivo e extenuante por forma a se obter certezas, havendo também o relato de, em meados dos anos 80 do século passado, dois juizes norte-americanos, terem decidido pela cessação de AHA a uma criança com Síndrome de Down, acto que seria inconcebível nos dias de hoje, mas que naquela altura não levantava quaisquer dúvidas.

Assim o problema da eutanásia, *lato sensu*, e a forma como possamos defender uma posição favorável ou contrária, irá sempre depender da forma como possamos encarar, de igual modo, o estado de desenvolvimento científico da nossa medicina e ao conceito que cada um de nós tenha acerca do que é a qualidade de vida, pois só é possível haver eutanásia se houver vida.

Se defendermos que é legítimo praticar eutanásia num doente em EVP, como o acima descrito, por este não ter qualidade de vida, como poderemos defender o contrário no caso de alguém se encontrar num estado de tetraplegia acompanhado de cegueira, surdez e mudez? Ou até em outros casos onde existe uma profunda incapacidade mental?

A característica de evolução na continuidade e os resultados nefastos que uma qualquer revolução repercute num determinado ordenamento jurídico, leva a que o legislador seja prudente e conservador quando perante qualquer tentativa de mudança ou adequação da lei a novas necessidades sentidas pela sociedade, conferindo, assim, uma maior complexidade e resistência a qualquer consagração

da eutanásia nos ordenamentos jurídicos actuais.

Por outro lado, o facto de não se possibilitar a prática da eutanásia, leva ao aparecimento da necessidade, sentida por algumas pessoas, da aprovação de legislação sobre o Testamento Vital, mas este testemunho, por muito que exprima uma vontade do paciente, nos casos de inconsciência só pode valer como vontade presumida, já que não há lugar à possibilidade de arrependimento por parte do autor do testamento, não podendo afirmar-se, com grau de certeza, que a vontade anteriormente expressa continue a ser exactamente a mesma no momento.

Este facto poderá levar a que se sinta a necessidade de regulamentar o suicídio assistido, facto que levanta outros problemas, tais como, a título exemplificativo, a possibilidade dos doentes tomarem uma decisão apressada no tempo ou a decisão ser tomada como forma de isentar os seus familiares do sofrimento e encargos que uma condição de doente terminal acarreta. No entanto, isto não evita que certas pessoas, ainda mais apressadamente, procurem ajuda noutros locais⁴⁹ e recorram ao auxílio de organizações como é exemplo a *Dignitas*⁵⁰.

Por último, o facto de não poder garantir-se o fiel cumprimento do Testamento Vital, nem se regular a eutanásia, nem o suicídio assistido, poderá levar a que, ainda mais cedo, no processo da evolução de uma determinada doença, dita terminal, se procure uma solução diversa, a qual não pode ser evitada por qualquer ordenamento jurídico e que, só por si, demonstra claramente a vontade do sujeito: o suicídio.

A eutanásia implica, necessariamente, uma decisão tomada por terceiros, quer baseados numa presunção de vontade do paciente, quer por motivos económicos, quer por motivos de racionalidade administrativa de utilização de recursos, do término da vida de alguém que se encontra absolutamente incapacitado de se exprimir sobre um facto para o qual não se conhece reversibilidade.

E assim se encontra o homem, prisioneiro do tempo e enrolado numa teia de interesses mesquinhos e egoístas, essencialmente de carácter patrimonial, que o faz franzir o sobrolho quando, por exemplo, tem notícia da bela jovem que acabou de contrair matrimónio com quem, devido ao decurso do tempo, já entrou na classe daqueles que designamos por “terceira-idade” ou dos sobrinhos que, colectivamente, decidiram cortar o abastecimento eléctrico da máquina que

49 Veja-se o caso Craig Ewert, que aos 59 anos, como tantos outros, resolveu optar pelo suicídio assistido. Vide “*Right to Die, Assisted Suicide, Euthanasia*” (5 vídeos). Internet: <http://www.youtube.com/watch?v=bxQYTFIZi8A>, <http://www.youtube.com/watch?v=67TJL5F9CI0&feature=related>, <http://www.youtube.com/watch?v=LWwX-G6rxvc>, <http://www.youtube.com/watch?v=dbyZpDPBW-A&feature=related>, <http://www.youtube.com/watch?v=V-lgadWNGMY&feature=related>, acedido pela última vez em 2 de Maio de 2011.

50 Internet: <http://www.dignitas.ch>, acedido pela última vez em 2 de Maio de 2011.

suportava artificialmente a vida do seu abastado tio.

Pois se, em tempos não muito remotos, se afirmava com profunda aceitação que “*Deus deu a vida e só a Ele cabe tirá-la*”, hoje em dia o homem está cada vez mais próximo de poder, ele mesmo, criar essa vida (clonagem), conferindo-lhe inclusivamente o direito de decidir sobre a possibilidade de, como resultado do processo da criação, vir a consumir-se a existência da *pessoa jurídica humana* mas continua, até certo ponto, desprovido do poder de decidir sobre quando terminar a sua própria vida.

A questão debate-se não no plano da morte, mas sim no plano da vida e na liberdade de, dentro da nossa autonomia da vontade, e da plena capacidade de exercício que o ordenamento jurídico nos confere pela maioria, exercermos o direito de escrever o último capítulo da nossa existência, pois há quem diga que, afinal, “*a vida não passa tão somente de uma doença fatal que todos nós começamos a padecer à nascença*”.

Numa última reflexão, o homem, com a evolução do conhecimento científico foi, passo a passo, debatendo e contrariando, na medida do possível, o problema da sua própria finitude, criando métodos e metodologias que permitem aumentar a sua esperança de vida e até o suporte artificial da mesma, abrindo assim uma verdadeira *caixa de pandora* e criando uma situação da qual, de momento, não se vislumbra qualquer saída.

Uma vez que se aceita e se tem consciência de que a própria ciência está continuamente a evoluir, não se pode deixar de considerar que o conhecimento que hoje acreditamos como verídico, amanhã será naturalmente desmentido e que se olhará para os dias de hoje como a idade média do amanhã. Portanto, aceitar que uma doença terminal nos levará, inevitavelmente, à morte é contrariarmos a própria natureza da ciência e da sua evolução.

Afinal, bem vistas as coisas, a problemática da eutanásia só acontece verdadeiramente nas sociedades ditas avançadas, que dispõem de recursos suficientes para proporcionar um acesso à tecnologia por parte dos seus cidadãos, pois nas restantes sociedades, o problema nem tão pouco poderá ser equacionado uma vez que, sem qualquer intervenção tecnológica, a própria natureza se encarrega de, como sempre, decidir o destino de cada um.

Bibliografia

- ANDRADE, MANUEL A. DOMINGUES, *Teoria Geral da Relação Jurídica*, Vol. 1, Sujeito e Objecto, Coimbra, Livraria Almedina, 2003.
- DIAS, JORGE DE FIGUEIREDO, *Comentário Conimbricense do Código Penal*, Coimbra, Coimbra Editora, 1999.
- CASERIN, SELMA APARECIDA, *Breves Considerações sobre Eutanásia e Ortotanásia e o respeito ao Princípio da Dignidade no Momento da Morte*. In: Anuário da Produção Acadêmica Docente. Vol. XII, nº 2, ano 2008. Internet: <http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/anudo/article/viewFile/445/440>, acessado pela última vez em 2 de Maio de 2011.
- CNECV, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Internet: <http://www.cneqv.pt/index.php>, acessado pela última vez em 2 de Maio de 2011.
- GONÇALVES, JOSÉ ANTÓNIO S. F., *A Boa Morte, Ética no fim da vida*, dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Bioética, Porto 2006. Internet: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22105>, acessado pela última vez em 2 de Maio de 2011.
- GOLDIM, JOSÉ ROBERTO, *Eutanásia*, 2004. Internet: <http://www.ufrgs.br/bioetica/eutanasi.htm>, acessado pela última vez em 2 de Maio de 2011.
- GOLDIM, JOSÉ ROBERTO, *Breve Histórico da Eutanásia*. Internet: <http://www.ufrgs.br/bioetica/euthist.htm>, acessado pela última vez em 2 de Maio de 2011.
- HENRIQUES, M. LEAL E SANTOS, M. SIMAS, *Código Penal de Macau, anotações e legislação avulsa*, Macau, Imprensa Oficial de Macau, 1997
- LIMA, PIRES DE E VARELA, ANTUNES, *Código Civil Anotado*, Coimbra, Coimbra Editora, 1987
- NETO, FRANCISCO SOLANO PORTELA, *Eutanásia: Quem decide sobre o direito à vida?*. Internet: <http://plugadoscomdeus.blogspot.com/2009/03/eutanasia.html>, acessado pela última vez em 2 de Maio de 2011.
- PINTO, CARLOS ALBERTO DA MOTA, *Teoria Geral do Direito Civil*, 4ª. Edição, por Monteiro, António Pinto e Pinto, Paulo Mota, Coimbra, Coimbra Editora, 2005.
- WENDT, EMERSON, *Eutanásia*. Internet: http://www.advogado.adv.br/artigos/2001/emerson/eutanasia.htm#_ftnref1, acessado pela última vez em 2 de Maio de 2011.

