

O DIREITO À VIDA IMPLICA O DIREITO A MORRER? *PESSOA E EUTANÁSIA*

Por Eva Dias Costa(*)
e Diogo Leite de Campos(**)

SUMÁRIO:

1. Precisar conceitos. 2. Autonomia da vontade. 3. Sobre a eutanásia.
4. A vida. 5. A utilidade como paradigma. 6. Algumas práticas. 7. Morte assistida. 8. Afastar o individualismo egocêntrico e ver a comunidade (Nós). 9. A pessoa. **Referências.**

1. Precisar conceitos

Fala-se em suicídio assistido quando alguém, idealmente um médico, conscientemente fornece os meios para cometer suicídio a um paciente competente que voluntariamente lho pede, para que o dito paciente os possa usar de forma independente para terminar a vida⁽¹⁾.

Já eutanásia, do grego *euthanatos*, *ευθανασία*, *boa morte* ou *morte que beneficia a pessoa que morre*, significa a morte facilitada de uma pessoa para quem a morte se julga melhor alternativa à vida e a intervenção

(*) Professora da Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

(**) Professor Jubilado da Faculdade de Direito de Coimbra. Professor da Universidade Autónoma de Lisboa.

(1) (FINS e BACCHETTA, 1995), (PATERSON, 2003).

consciente e voluntária de outra pessoa nessa facilitação por ação ou por omissão⁽²⁾.

A eutanásia voluntária ativa ocorre quando um médico intencionalmente administra os meios para causar a morte a um doente que voluntariamente lhe pede que o faça. Para que se possa falar de voluntariedade quando se fala de eutanásia é preciso que o doente seja — e esteja — capaz de formar e expressar a sua vontade e que esta não esteja viciada por erro ou coação.

A eutanásia não voluntária é particularmente problemática pela ausência do elemento autonomia (ao menos, atual), já que envolve doentes que não são ou não estão capazes de formar e/ou de manifestar a sua vontade, sendo a decisão tomada por terceiros, normalmente seus representantes legais⁽³⁾.

Por *ortotanásia*, também por vezes designada eutanásia passiva ou por omissão⁽⁴⁾, entende-se a prática pela qual a equipa médica não prolonga ou deixa de prolongar através de meios artificiais e desproporcionados a vida de um doente incurável ou em sofrimento intolerável. Também esta pode ser voluntária ou não voluntária.

Diferentes destas são ainda as situações em que o médico prescreve uma medicação com o fim de atenuar situações de sofrimento profundo, bem sabendo que isso pode implicar que a morte sobrevenha mais rapidamente. Estas atuações são defendidas por alguns⁽⁵⁾ por aplicação da *doutrina do duplo efeito*, que define os pressupostos para que seja moralmente permissível adotar uma atitude que tenha simultaneamente consequência positivas e negativas: a ação deve ser boa ou moralmente neutra; o efeito positivo deve resultar do ato e não do efeito negativo; o efeito negativo não deve ter sido diretamente desejado, mas deve ter sido previsto e tolerado; o efeito positivo deve ser mais forte que o negativo, ou ainda, ambos devem ser iguais. Muitas vezes, porém, discordam e entendem que não há distinção moralmente relevante entre estes casos e os de eutanásia ativa⁽⁶⁾, ainda que, do ponto de vista da intenção do agente, aqueles estejam mais próximos do dolo eventual.

O debate recente centrou-se naquilo que se chamou a *despenalização da morte assistida*. Usou-se neste contexto a expressão morte assistida

(2) (MATERSTVEDT, *et al.*, 2003), (WILKINSON, 1990), (PATERSON, 2003).

(3) (PATERSON, 2003).

(4) Autores discordantes dizem que a eutanásia é, por definição, ativa (MATERSTVEDT, *et al.*, 2003), (WILKINSON, 1990).

(5) (MIRANDA M., 2012), (PRICE, 1997).

(6) (SHAW, 2002), (KLEIN, 2005).

para designar conjuntamente a eutanásia ativa voluntária e o suicídio assistido. Não se tratava, porém, em nenhuma das propostas discutidas e votadas, apenas de despenalização. Tratava-se da *regulamentação* da morte a pedido. A distinção não é despicienda: a inserção de cláusulas de exclusão da culpa/ilicitude tem ao menos a vantagem de manter o ônus da invocação e prova no agente, o que será um fator desencorajante. A opção regulatória, que se concentra no *modus operandi*, tem, pelo contrário, um efeito de banalização da conduta⁽⁷⁾: com a regulamentação da eutanásia, esta passa de uma prática discreta e de *ultima ratio* a política pública.

2. Autonomia da vontade

No recente debate acerca da *despenalização* — mais propriamente, da *regulamentação* - da eutanásia e do suicídio assistido, um dos argumentos esgrimidos com maior vigor é o da autonomia da vontade.

Esta questão, tantas vezes repetida, levanta desde logo dúvidas: autonomia sobre o quê? A vontade de um indivíduo, mesmo em grande sofrimento e sem que (aparentemente) o seu exercício afete ninguém a não ser ele próprio, é um argumento ético de valor máximo?

De um ponto de vista jurídico, é inevitável perguntar que *vontade*? Como foi formada, como foi expressa, que mecanismos de proteção da pureza na formação da vontade e da coerência com a declaração podem existir? Um paciente terminal, com dores e compreensível sofrimento psicológico, muitas vezes internado, fora da sua casa, dependente de médicos, enfermeiros e outros cuidadores de saúde, medicado, tem por natureza a vontade viciada, quando não está acidentalmente incapaz.

Outro argumento frequentemente esgrimido contra os que ousam manifestar preocupação com a permissão da *morte a pedido* é o que de quem nunca passou por isso, porque não é doente ou porque nunca viveu uma situação do género com pessoas próximas, não tem autoridade moral para discutir o problema.

Acontece que a saúde — a nossa e a dos que amamos — é *um estado temporário que não augura nada de bom*, diz o povo; *um indivíduo saudável é um doente mal estudado*, dizem os médicos. Se não passámos ainda por uma situação em que a eutanásia, o suicídio assistido, a *boa morte* seja

(7) (LAVI, 2003).

ponderável, há sérias hipóteses de irmos a passar; e ainda que a sorte venha a ditar que fiquemos do lado favorável da estatística, não teremos todos o direito de participar num debate acerca de um ponto tão importante da nossa vida em sociedade?

Reclamamos, pois, o direito de participar desse debate: haverá circunstâncias em que, porque a vida *não merece ser vivida*, deve ser permitido *matar*? Deve a lei consagrá-las aprioristicamente? Mais, é legítimo ao Serviço Nacional de Saúde, *i.e.*, ao Estado, matar ou patrocinar, com pessoal, medicamentos e outros meios, a morte?

3. Posições sobre a eutanásia

Há três tipos de posições acerca da eutanásia: a de que esta é sempre moralmente errada; a de que há situações em que ela se justifica, mas que os riscos para os indivíduos e a sociedade são demasiado grandes para que possa existir uma política pública de despenalização, regulamentação ou até de mera tolerância; e a de que a eutanásia constitui um benefício para um indivíduo e para sociedade, é eticamente correta e deve ser legalmente permitida⁽⁸⁾.

As posições são simples, mas os argumentos são muitos e densos. Fizemos uma revisão da literatura com vista a identificar os principais, não esquecendo que muitas vezes os argumentos têm raízes ou posições filosóficas subjacentes, sobretudo correntes deontológicas, correntes utilitaristas e abordagens decorrentes das virtudes aristotélicas⁽⁹⁾.

Os argumentos a favor da eutanásia e do suicídio assistido têm sempre por base a ideia de que há circunstâncias em que a vida não merece ser vivida, não tem valor ou *dignitas*.

São fundamentalmente cinco: a compaixão, a necessidade de priorização dos cuidados de saúde, o respeito pela autonomia individual, a ausência de evidências para a tese de que a permissibilidade da morte assistida levará inexoravelmente à eutanásia não voluntária e daí, à eugenia, conhecida como a tese da ladeira escorregadia ou *slippery slope*^(10/11)

⁽⁸⁾ (FINS e BACCHETTA, 1995).

⁽⁹⁾ (VAN ZYL, 2002).

⁽¹⁰⁾ A ideia, trazida da física, que em inclinação a gravidade e a massa conduzem a um resultado inevitável e mensurável, é, na lógica, muitas vezes associada a uma falácia, conhecida como de extrapolação excessiva ou efeito dominó (WALTON, 1992).

⁽¹¹⁾ (HARRISS, 2005).

e, finalmente, o facto de não haver uma diferença ética substancial entre a recusa de tratamento e a ortotanásia — toleradas na maioria dos países e, em muitos, regulada — e a morte assistida⁽¹²⁾.

É verdade que, por vezes, nem os melhores cuidados paliativos são suficientes e os pacientes pedem para que a morte seja antecipada porque a dor continua a ser difícil de suportar, por sofrimento moral, falta de sentido, perda de independência ou a ideia de perda de dignidade⁽¹³⁾. Nesses casos, a abordagem virtuosa é levada a favorecer a permissão de morte a pedido, guiada pelas virtudes da compaixão e do respeito de quem facilita a morte, da coragem e dignidade do moribundo⁽¹⁴⁾, a que acrescem considerações de justiça⁽¹⁵⁾ (distributiva) numa sociedade com recursos limitados.

Muitos defendem que não há distinção moral relevante entre a recusa voluntária de alimentação e hidratação, de medidas terapêuticas ou de suporte à vida — a ortotanásia — e o suicídio assistido e a eutanásia, pelo que sendo aquelas práticas defendidas pela classe médica, toleradas e até reguladas, também estas o devem ser⁽¹⁶⁾.

Os argumentos mais fortes a favor da permissão da eutanásia e do suicídio assistido têm subjacente uma lógica utilitarista de que o indivíduo é o melhor juiz e guardião dos seus próprios interesses e da busca pelo maior bem, ou bom, para o maior número⁽¹⁷⁾ ou, no caso das decisões de fim de vida, daquela que assegure mais elementos positivos contra elementos negativos.

O respeito pela autonomia é, como já dissemos, o argumento mais esgrimido a favor da eutanásia⁽¹⁸⁾: saber que morrer pode não ser muito diferente de estar morto, que se pode decidir o momento e as condições em que se vai morrer, é um conforto para muitos⁽¹⁹⁾. É uma manifestação do desejo de domar a morte⁽²⁰⁾, mas também um reflexo de alguma megalomania médica: quando já nada se pode oferecer ao doente, *oferece-se* a morte⁽²¹⁾.

Outro argumento a favor da permissão da eutanásia e do suicídio assistido é o da neutralidade do Estado. O argumento está diretamente

⁽¹²⁾ (THOMAS, 2015).

⁽¹³⁾ (QUILL, LO e BROCK, 2004), (THOMAS, 2015).

⁽¹⁴⁾ (VAN ZYL, 2002).

⁽¹⁵⁾ (ARISTÓTELES).

⁽¹⁶⁾ (QUILL, LO e BROCK, 2004), (BERNAT, 1993).

⁽¹⁷⁾ (SINGER, 2003).

⁽¹⁸⁾ (TENO e LYNN, 1991) (THOMAS, 2015).

⁽¹⁹⁾ (HURST e MAURON, 2006).

⁽²⁰⁾ (ARIÉS, 2014).

⁽²¹⁾ (LAVI, 2003).

ligado à autonomia, mas vai para além dela: o Estado não pode favorecer ou penalizar determinados princípios morais, antes deve deixar o indivíduo decidir por si próprio. O direito natural seria, nesta conceção, antedemocrático⁽²²⁾.

É um argumento baseado na Teoria da Justiça de RAWLS, segundo a qual o Estado só pode adotar políticas e normas que respeitem todas as conceções de *bem e justo*⁽²³⁾ possíveis numa sociedade. Também ARISTÓTELES defendia que o Estado não pode impor uma única conceção de εὐδαιμονία ou *eudaimonia*, de *desenvolvimento* ou *florescimento* humano, antes deve criar condições para que cada indivíduo possa prosseguir o seu desenvolvimento de acordo com a sua própria noção⁽²⁴⁾. É esta possivelmente a origem da noção de *pursuit of Happiness* como direito inalienável constante da Declaração de Independência dos EUA⁽²⁵⁾.

4. A vida

Na base do debate sobre a *boa* morte está o debate sobre a vida. A vida é *santa*, intocável, algo que está acima ou além do nosso juízo moral?

Limitemos aqui o debate à vida *humana*: *toda* a vida é *santa*, a dos embriões, dos fetos, dos deficientes profundos, dos doentes terminais ou, pelo contrário, existe um critério moral, o da *qualidade* da vida, que se pode sobrepor ao valor da vida?

Esta é a primeira questão à qual é preciso responder. Ainda assim, aceitar que a vida é santa não é necessariamente negar a morte assistida. Os defensores da santidade da vida, com bases religiosas, como S. TOMÁS DE AQUINO⁽²⁶⁾ ou clássicas, como ARISTÓTELES⁽²⁷⁾, serão, é verdade, sempre contra a permissão e regulamentação de atos que envolvam tirar uma vida, sejam quais forem as motivações subjacentes. Ainda assim, não excluem a legítima defesa ou o estado de necessidade desculpante em certas circunstâncias e esta última é defesa que os ordenamentos que de alguma forma *legalizaram* a eutanásia usam com maior frequência.

⁽²²⁾ (HARRISS, 2005).

⁽²³⁾ (RAWLS, 1971).

⁽²⁴⁾ (VAN ZYL, 2002).

⁽²⁵⁾ Que também é atribuída alternativa ou cumulativamente a uma lógica epicuriana ou à influência de LOCKE (CONKLIN, 2015).

⁽²⁶⁾ (AQUINO, 2010).

⁽²⁷⁾ (ARISTÓTELES, 2009).

Os defensores da morte a pedido afirmam, pelo contrário, que a questão da *qualidade* da vida e, conseqüentemente, a decisão de lhe pôr termo não decorre de qualquer desrespeito pela vida, antes de um profundo respeito por ela⁽²⁸⁾. Tratar-se-ia, nestes casos, de evitar sofrimento e de assegurar uma vida *digna*, com *qualidade*.

Se é verdade que é objetivo de todos evitar o sofrimento, também é certo que a vida envolve sofrimento. Todos sofremos dores, físicas e emocionais, desapontamentos, obstáculos, medos e angústias: é a *condição* humana. Quem é o árbitro da *dignidade* ou da *qualidade* de uma vida? Há quem, saudável e rico, não consiga lidar com a existência e há quem, doente e pobre, seja feliz em estar vivo.

Esta questão não se limita, é claro, à morte assistida ou a pedido e também se coloca no debate sobre o aborto. A diferença fundamental entre o embrião ou o feto e o doente terminal é que o árbitro é, neste caso (ainda que nem sempre, nos casos de eutanásia não voluntária) o próprio e é por isso que o debate sobre a boa morte não é exatamente igual ao debate sobre o aborto: o argumento da liberdade individual, da autonomia da vontade, é inaplicável ao nascituro. Há, ainda assim, óbvios pontos de contacto e mesmo o ponto de separação fundamental — a vontade — tem muito que se lhe diga.

Desde logo, porque a vontade pode não ser atual: pode ter sido declarada numa altura em que o indivíduo ainda estava capaz de escolher e se, quando chega a altura de a executar, a pessoa não está em condições de a confirmar, apenas se pode presumir que ela se mantém ou que são essas exatamente as circunstâncias para as quais foi declarada.

Por outro lado, uma manifestação de vontade formada e declarada num momento em que alguém apenas prevê, imagina, o que quererá em determinadas circunstâncias — de sofrimento extremo, de dependência de suporte artificial à vida, de incapacidade de comunicar ou até de reconhecer os seus familiares — não pode ter a mesma valoração que tem uma vontade formada e declarada no momento em que se está realmente nessa situação.

Finalmente, ainda que a pessoa esteja em condições de expressar a sua vontade no momento em que decide que a existência é insuportável, uma vontade formada num tal estado, de profundo sofrimento, em que a vida parece não ter mais nada para oferecer, muitas vezes hospitalizado, longe de casa e da família, sentindo que pesa emocional e financeiramente nos familiares, é a definição jurídica de vontade viciada.

(28) (LITTLE, 1999).

Os negócios celebrados com base em vontade viciada são a maior parte das vezes anuláveis, às vezes, nulos, em regra com efeitos *ex tunc*, importando a reconstituição do *status quo ante*, a devolução do que foi prestado. No caso da morte a pedido, isso é impossível.

Há uma outra questão a considerar: ainda que nenhum problema houvesse com a vontade, ainda que nenhum profissional de saúde tivesse objeções morais a *matar*, a admissibilidade de tais práticas no Serviço Nacional de Saúde é particularmente duvidosa. Se por um lado fica assegurado o acesso a uma *boa morte* a todos, independentemente dos recursos que tenham — e isso é um argumento de peso quando se pondera a alternativa, a eutanásia *privatizada* — por outro há uma contradição insanável entre estas práticas e os direitos fundamentais, tanto os ditos de primeira geração (os direitos do indivíduo contra o Estado, com o direito à vida à cabeça), como os chamados de terceira geração (os direitos do indivíduo a prestações sociais do Estado, com o direito à saúde na linha da frente).

O Estado que tem o dever de prestar cuidados de saúde mesmo quando são apenas paliativos, o Estado que passa o tempo a proteger-nos de nós mesmos e das nossas insensatezes, é o mesmo que decide valorar a nossa decisão de, diante de uma circunstância que nos parece insuportável, morrer. O mesmo Estado que falha nos seus deveres quando lhe faltam dezenas de milhar de camas para cuidados paliativos é o que decide, aproveitando o desespero do doente, libertar uma antes do tempo.

Como tal, pesem embora as tentativas de reduzir o problema à liberdade individual, ele é, na verdade, muito mais complexo. O momento que atravessamos obriga-nos a pensar nele — por desconfortável que seja — e a dedicar-lhe algumas páginas.

5. A utilidade como paradigma

As causas do renascimento do debate sobre a eutanásia entre nós são ideológicas, é certo, mas ele ressurgue neste preciso momento também porque os recursos escasseiam e o financiamento do Serviço Nacional de Saúde está em risco. A evolução da tecnologia médica aumenta a sobrevivência, mas a grande custo, emocional e económico⁽²⁹⁾. A medicina atingiu o ponto em que um ser humano pode ser mantido vivo mesmo que irre-

(29) (TENO e LYNN, 1991).

versivelmente inconsciente, sem qualquer possibilidade de interação com o meio e muito para além do que, aos olhos de muitos, é uma vida que *valha a pena*. Mas os recursos não acompanham a medicina: pelo contrário, têm uma tendência inversamente proporcional e já de há muito se fazem ouvir vozes utilitaristas que defendem que, face à escassez, alguns cidadãos com menor utilidade para a sociedade podem legitimamente ver recusados cuidados de saúde⁽³⁰⁾.

O debate tem, pois, um contexto: um contexto económico — a inversão da pirâmide demográfica, as externalidades negativas da evolução da ciência e da técnica médicas, o aumento de tempo de vida, o preço dos cuidados paliativos, sobretudo quando avaliado em *quality adjusted life years* —, mas tem também um contexto social mais amplo: a morte não é, na modernidade, um fenómeno natural: é vergonhosa e objeto de interdição.

A morte do outro não pode ser sentida e *ainda que nos falte apenas um ser e todo o Mundo fique despovoado* não podemos dizê-lo em voz alta: o luto é algo para ser experienciado em privado e, em público, é de bom tom que esteja escondido⁽³¹⁾.

O moribundo, esse é privado da própria morte: primeiro, deve esconder-se dele que está a morrer, esse é o primeiro dever da família e do médico e, depois, quando a verdade escapa, deve morrer tranquilo, sem sofrimento, assético, sem traumatizar a família nem gastar dinheiro ao Estado. Se quiser partir mais cedo — com menos custo ao erário público — isso deve ser-lhe *permitido*, o que só por si é uma forma de encorajamento.

A autonomia da vontade do doente que vai morrer — que é privado dos seus direitos, é infantilizado ou imbecilizado pelos médicos e pela família — releva apenas quando seja para o alívio dos que vão viver. O moribundo já não tem *status* porque não tem mais préstimo social e, conseqüentemente, não tem dignidade. O poder sobre a própria morte só lhe é devolvido para que ele deixe de perturbar os vivos⁽³²⁾: aí, recupera-se como por milagre o respeito pela *vontade* do paciente e fala-se em morte *digna*, que, neste contexto, significa *rápida e barata*.

O esquema é perfeito: a poupança é conseguida sem, aparentemente, sacrificar princípios morais, porque a morte é justificada pela vontade do paciente e pelo respeito pelo direito à autodeterminação⁽³³⁾. Compreende-se a atração do legislador.

⁽³⁰⁾ (HÄYRY e HÄYRY, 1990).

⁽³¹⁾ (ARIÉS, 2014).

⁽³²⁾ *Idem, ibidem*.

⁽³³⁾ (HÄYRY e HÄYRY, 1990), (DÖNHOFF, *et al.*, 1995).

6. Algumas práticas

Nos Estados Unidos da América o direito do indivíduo à autodeterminação tem sido utilizado como argumento a favor de uma suposta *inconstitucionalidade* da proibição da eutanásia e do suicídio assistido.

Além da autonomia, invoca-se o direito à igualdade e à não discriminação, no sentido de que se o Estado reconhece o direito ao suicídio, tem de assegurar o exercício desse direito àqueles que são ou estão incapazes de o exercer sozinhos. Contra isso, poder-se-á argumentar que a lei não consagra qualquer direito ao suicídio, simplesmente não o penaliza, sobretudo porque penalizá-lo, como já aconteceu ao longo da história, é castigar as vítimas, o suicida (quer sobreviva ou mesmo morto, pela profanação do cadáver) e a sua família⁽³⁴⁾.

Depois de o estado do Oregon ter legalizado a eutanásia e o suicídio assistido⁽³⁵⁾ em resultado de um referendo realizado em 1994, de vários outros estados federados o terem tentado sem sucesso⁽³⁶⁾ e de o Congresso ter procurado invalidar o referendo do Oregon, vários indivíduos e associações de defesa das chamadas *civil liberties* levaram a questão do direito ao suicídio assistido e da eutanásia aos Tribunais federais, defendendo a inconstitucionalidade da proibição, com diferentes resultados.

Em Washington, um Tribunal considerou que a decisão de um doente terminal de pôr fim à sua vida é uma decisão íntima e pessoal, central à autonomia e à dignidade da pessoa humana. A decisão foi revertida em recurso: um dos argumentos invocados foi o de que o direito reclamado não é o direito a terminar a própria vida, é um direito a que um terceiro colabore para terminar ou termine a nossa vida a pedido.

Em Nova Iorque, o processo foi invertido: na primeira instância o Tribunal pronunciou-se pela inexistência de um direito constitucional ao suicídio assistido (um dos argumentos foi que isso rapidamente levaria à legalização da eutanásia, por ausência de relevante distinção moral entre uma e outra) e a segunda instância reverteu a decisão com o argumento contrário, o de que não existe distinção moral ou legal relevante entre recusar tratamento, que é permitido, e o suicídio assistido⁽³⁷⁾.

As decisões em sentido diferente acabaram por levar o debate ao Supremo Tribunal, que, no final do século XX, decidiu pela constituçiona-

⁽³⁴⁾ (GORSUCH, 2000).

⁽³⁵⁾ (ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA).

⁽³⁶⁾ Sendo que, hoje em dia já outros seis Estados permitem o suicídio assistido em determinadas condições (PROCON.ORG, 2018), (ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA).

⁽³⁷⁾ (GORSUCH, 2000).

lidade das leis que em Nova Iorque e Washington proíbem o suicídio assistido. O Supremo entendeu, entre outros argumentos, que a diferença entre a recusa de tratamento, por um lado, e o suicídio assistido e a eutanásia, pelo outro, não está na causalidade (uns e outros são causa concorrente da morte, para além, obviamente, da doença) nem no facto de a primeira causar a morte por omissão e os segundos, por ação, diferença que pode ter relevância legal no tipo legal de crime, mas que não descriminaliza a conduta. Está em que, naquele, ao contrário do que acontece neste, o médico não tem intenção de matar e não faz nenhum juízo de valor sobre a vida do paciente e a *mens rea* sempre foi um fator fundamental na apreciação dos processos criminais⁽³⁸⁾.

Entre nós, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos já foi chamado a pronunciar-se sobre o tema uma mão cheia de vezes⁽³⁹⁾.

No seio do Conselho da Europa, só três Estados permitem a eutanásia e o suicídio assistido, a Holanda, a Bélgica e o Luxemburgo. A Suíça⁽⁴⁰⁾ permite uma forma mitigada de suicídio assistido. A maioria dos Estados-Membros do Conselho da Europa permite a recusa de tratamento e alguns, como Portugal, têm legislação relativa às chamadas diretivas antecipadas de vontade⁽⁴¹⁾.

As questões levadas ao TEDH têm-se prendido com suicídio assistido e eutanásia involuntária, no contexto da dialética entre o art. 2.º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos, que protege o direito à vida (e que impõe aos Estados-Membros obrigações não só de respeito como de assegurar medidas efetivas de proteção, de criminalizar a sua violação⁽⁴²⁾ e, em alguns casos, de proteger a pessoa dela própria)⁽⁴³⁾, e o art. 8.º, que protege a vida privada (conceito que o Tribunal já declarou ser amplo e insuscetível de delimitação exaustiva)⁽⁴⁴⁾. Só são permitidas aos Estados ingerências neste direito que não sejam arbitrárias, que prossigam fins legítimos e sejam indispensáveis numa sociedade democrática⁽⁴⁵⁾.

No confronto entre estes dois direitos, o TEDH decidiu, no caso que opôs a Sra. Pretty ao Reino Unido⁽⁴⁶⁾, que o direito à vida consagrado no art. 2.º da

⁽³⁸⁾ (GORSUCH, 2000), (WILKINSON, 1990).

⁽³⁹⁾ (PUPPINCK e DE LA HOUGUE, 2014).

⁽⁴⁰⁾ (ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA).

⁽⁴¹⁾ Entre nós, a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho.

⁽⁴²⁾ (CONSELHO DA EUROPA, 2018a).

⁽⁴³⁾ (SARTORI, 2018).

⁽⁴⁴⁾ (CONSELHO DA EUROPA, 2018b), (SARTORI, 2018).

⁽⁴⁵⁾ (SARTORI, 2018).

⁽⁴⁶⁾ (TEDH, 2002).

CEDH não compreende o direito a morrer às mãos de outra pessoa⁽⁴⁷⁾ e que a proibição legal de suicídio assistido no Reino Unido não constitui ingerência injustificada no direito ao respeito pela vida privada consagrado no art. 8.º.

O TEDH, que se vem revelando permissivo com situações de ortotanásia⁽⁴⁸⁾, foi chamado a julgar outros dois casos relacionados com suicídio assistido, ambos contra a Suíça, em 2007 e 2013^(49/50).

A lei Suíça permite o suicídio assistido, desde que o auxílio ao suicídio não seja prestado por razões egoístas, e a prática é comum e tolerada. Os médicos não são obrigados a aceder ao pedido do paciente, mas, se o fizerem, estão obrigados a assegurar que as condições médicas, relacionadas com a gravidade da doença, estão preenchidas, que o paciente é capaz e que a sua vontade foi formada de forma livre e esclarecida.

No primeiro desses dois casos, o Sr. Haas era um doente bipolar severo que não se sentia capaz de continuar a suportar o sofrimento e a quem foi negado um pedido de assistência ao suicídio por causa da sua condição psiquiátrica. Invocou o art. 8.º da CEDH interpretado no sentido de que o direito lá consagrado compreende o de escolher a forma e momento de morrer. Argumentação com a qual o TEDH concordou, muito embora tenha entendido que a Suíça, ao exigir parecer e prescrição médica para a prática de suicídio assistido, está a cumprir com as obrigações de proteção do indivíduo contra ele próprio que lhe impõe o art. 2.º e que agiu bem no confronto entre os vários interesses e direitos do Sr. Haas, bem como no equilíbrio entre os interesses individuais e os da comunidade⁽⁵¹⁾.

No segundo daqueles casos, a Sra. Gross, idosa, queria terminar a sua vida a fim de evitar o sofrimento e a degradação relacionados com a perda progressiva das suas capacidades físicas e mentais. Os médicos negaram-lho, por não sofrer de doença incurável. Também ela invocou o art. 8.º da CEDH no sentido de que a proteção da vida privada consagra um direito a escolher o momento e a forma da morte e também aqui o TEDH concordou. Julgou, por uma maioria de quatro para três, que o estado Suíço violou o art. 8.º por ausência de regulamentação específica para pessoas na condição da Sra. Gross. A Sra. Gross acabou por falecer e a decisão foi revogada pelo facto de o Tribunal não ter sido informado⁽⁵²⁾.

⁽⁴⁷⁾ (KOFFEMAN, 2010).

⁽⁴⁸⁾ (GONÇALVES, 2018), (TEDH, 2006), (TEDH, 2004).

⁽⁴⁹⁾ (TEDH, 2011).

⁽⁵⁰⁾ (TEDH, 2014).

⁽⁵¹⁾ (SARTORI, 2018).

⁽⁵²⁾ (GARDNER, 2015).

Vale a pena, porém, notar, que, em ambas as decisões, o TEDH aceitou que o art. 8.º da CEDH suporta o direito a morrer no tempo e pela forma desejada.

Em 2015 o TEDH foi chamado a pronunciar-se num caso de eutanásia passiva, ou ortotanásia, não voluntária: o Sr. Lambert, cidadão francês, tinha sofrido um acidente que o colocara em estado vegetativo, tetraplégico, totalmente dependente de terceiros, de alimentação e hidratação artificiais. Uma equipa do Centro Hospitalar Universitário de Liège considerou que o seu estado de consciência era mínimo e que não havia forma de comunicar com o paciente. Um colégio de médicos decidiu, ao abrigo do Código de Saúde Pública francês, interromper a alimentação e hidratação artificiais por considerar que estes consubstanciavam obstinação terapêutica não razoável, porquanto não tinham outro efeito que não o da manutenção artificial da vida, e que o paciente putativamente não os desejaria.

Os Pais de Lambert e dois irmãos recorreram aos tribunais franceses e acabariam por levar o caso ao TEDH, alegando que as disposições do Código de Saúde Pública são incompatíveis com o art. 2.º da Convenção.

O Tribunal concluiu que, em matéria de interrupção de tratamentos, importará o cumprimento de três requisitos: a previsão de um direito e procedimento legal interno conforme ao art. 2.º; a tomada em consideração da vontade previamente expressa pelo requerente bem como a auscultação dos seus próximos e dos membros do corpo clínico; a consagração legal de um direito de recurso jurisdicional para aqueles casos onde a melhor decisão a adotar no interesse do paciente se assume como duvidosa⁽⁵³⁾.

Neste caso, o TEDH acabou por decidir pela permissibilidade da eutanásia passiva involuntária em direta violação, pensamos, do espírito da Convenção Europeia dos Direitos Humanos e das conclusões saídas dos julgamentos de Nuremberga, preocupação corajosamente manifestada pelos cinco juízes que votaram contra⁽⁵⁴⁾.

Os casos relativos à ajuda à morte vão continuar a crescer⁽⁵⁵⁾ e cedo ou tarde o TEDH será chamado a pronunciar-se sobre questões de eutanásia ativa voluntária — e até não voluntária.

A posição do TEDH é delicada no contexto multicultural e de relativismo moral em que opera e as decisões compreendem-se melhor quando analisadas a esta luz, mas são, ainda assim, tremendamente preocupantes.

⁽⁵³⁾ (TEDH, 2015), (GONÇALVES, 2018).

⁽⁵⁴⁾ (TEDH, 2015).

⁽⁵⁵⁾ (GONÇALVES, 2018).

As éticas religiosas e a crença na sacralidade da vida têm oferecido uma barreira importantíssima nas decisões radicais de fim de vida, que o crescente multiculturalismo e relativismo ético vêm destruindo paulatinamente.

Aceitando-se que a perspectiva religiosa não pode ser a única numa sociedade plural, também é verdade que a visão secular é pobre no que respeita à avaliação da importância do sofrimento humano e do processo de morte como parte da existência terrena⁽⁵⁶⁾. A ética e o direito não sobrevivem num vácuo moral.

7. Morte assistida

A questão da *morte assistida* é, do ponto de vista ético, a linha do Rubicão que não deve ser atravessada⁽⁵⁷⁾.

Desde logo, a lógica utilitarista não resiste ao argumento do impacto da decisão no próximo e dos riscos que a permissão de que um adulto livre e consciente exerça esta liberdade terá noutros, menos livres e mais vulneráveis (idosos, minorias, pessoas economicamente desfavorecidas para quem a continuação do tratamento representa um encargo insuportável e põe em risco a sobrevivência ou o futuro da sua família).

O argumento da ladeira escorregadia derrota, portanto, a defesa utilitarista com base na sua própria lógica⁽⁵⁸⁾. A despenalização e, particularmente, a *regulamentação* e *processualização* comportam o sério risco de uma política pública de abuso e discriminação contra os membros mais frágeis da nossa sociedade (idosos, pessoas com deficiência, doentes crónicos)⁽⁵⁹⁾, pelo que não é, afinal, a linha de atuação que representa o maior bem para o maior número.

Da mesma forma, há o risco de resvalar para situações em que o consentimento não é explícito, é presumido, é dado por terceiros ou não existe de todo⁽⁶⁰⁾ — evidência deste risco é o chamado *Protocolo de Groningen* desenhado na Holanda para permitir aos médicos a eutanásia de recém nascidos com graves problemas de saúde ou deficiências profundas — que

⁽⁵⁶⁾ (CAMPBELL, 1992).

⁽⁵⁷⁾ (McEVOY, 2015).

⁽⁵⁸⁾ (SINGER, 2003), (GORSUCH, 2000).

⁽⁵⁹⁾ (COMMITTEE, 1991).

⁽⁶⁰⁾ (QUILL, LO and BROCK, 2004).

não são, porém, doentes terminais — sem receio de consequências criminais, num contexto legal em que a eutanásia começou por ser tolerada e é hoje permitida a pedido de adultos e de crianças com pelo menos doze anos de idade⁽⁶¹⁾.

A classe médica é maioritariamente contra a eutanásia (e contra o suicídio assistido) por considerar que viola abertamente o comando fundamental da bioética *primum non nocere* e o juramento de Hipócrates⁽⁶²⁾ e alerta para os importantes riscos de quebra de confiança na relação terapêutica⁽⁶³⁾ e da sociedade nos médicos e no papel da medicina⁽⁶⁴⁾.

A Associação Médica Internacional entende que, ainda que com o fim último de aliviar o sofrimento, a eutanásia viola abertamente a proibição ética médica de causar a morte intencionalmente e exorta os médicos a não praticarem eutanásia mesmo que os ordenamentos jurídicos onde praticam medicina a permitam ou despenalizem em certos casos⁽⁶⁵⁾. O mesmo quanto ao suicídio assistido: quando um médico age intencional e deliberadamente por forma a permitir que o paciente termine a sua vida, a sua conduta é eticamente reprovável⁽⁶⁶⁾.

Sustenta também que exista uma diferença ética fundamental entre a retirada de tratamento e a eutanásia, pelo que as objeções a esta não se aplicam àquela, quando a pedido do paciente, ainda quando exista a consciência de que isso causará a morte⁽⁶⁷⁾.

Mais: os pedidos de morte assistida têm frequentemente na base uma ausência ou deficiência de cuidados paliativos — físicos e psicológicos —

⁽⁶¹⁾ (VERHAGEN AND SAUER, 2005), (GESUNDHEIT, *et al.*, 2009).

⁽⁶²⁾ No original, *διατιήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν, ἐπι δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξειν; οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑψηγήσομαι συμβουλιῶν τοιούδε, na tradução em inglês, *I will prescribe regimens for the good of my patients according to my ability and my judgment and never do harm to anyone. Neither will I administer a poison to anybody when asked to do so, nor will I suggest such a course, em português, a vida que professar será para benefício dos doentes e para o meu próprio bem, nunca para prejuízo deles ou com malévolos propósitos. Mesmo instado, não darei droga mortífera nem a aconselharei* (Ordem dos Médicos). Trata-se da versão original do Juramento, adotada em Lausanne em 1871, que, note-se, inclui a promessa *ὁμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσοῦν φθόριον δώσω*, normalmente traduzido para inglês como *similarly I will not give to a woman a pessary to cause abortion* e para português, como *também não darei pessário abortivo às mulheres*. Atualmente, a maior parte dos países adota a versão ratificada em 1948 pela Declaração de Genebra (posteriormente atualizada em 1968, 1983, e 2017), da qual já não constam expressamente estas proibições (Parsa-Parsi, 2017).*

⁽⁶³⁾ (COMMITTEE, 1991).

⁽⁶⁴⁾ (TENO e LYNN, 1991).

⁽⁶⁵⁾ (QUILL, LO e BROCK, 2004).

⁽⁶⁶⁾ (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 1992).

⁽⁶⁷⁾ (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2002).

adequado. Muitas vezes quando o paciente expressa aquilo que aparenta ser um pedido de morte assistida, *eu quero é que isto acabe, estaria melhor morto*, trata-se na verdade de um desabafo relativo à sua dor, sofrimento e isolamento e expressões do receio de que os cuidados que lhe são prestados lhe estejam a prolongar a vida e, conseqüentemente, a dor e o sofrimento⁽⁶⁸⁾.

A larga maioria dos doentes em sofrimento terminal pode ficar confortável com cuidados paliativos⁽⁶⁹⁾. A Associação Europeia de Cuidados Paliativos criou uma *Ethics Task Force* cujas conclusões chamam a atenção para o facto de as circunstâncias que presidem aos pedidos de eutanásia e/ou suicídio assistido por parte dos pacientes serem múltiplas e complexas e de estes pedidos serem frequentemente revertidos quando são prestados cuidados paliativos adequados que atenuam o sofrimento físico e moral⁽⁷⁰⁾.

Mesmo uma decisão de recusar tratamento pode não ter — e muitas vezes não tem — subjacente um desejo de morrer, ainda que a morte seja percebida como uma inevitabilidade. Subjacente está a maior parte das vezes o desejo de não se sujeitar a tratamento percebidos como intrusivos, pouco dignos e sem nenhuma possibilidade curativa, o desejo de vir a falecer em casa, com respeito pela privacidade e num ambiente menos hostil⁽⁷¹⁾.

Permitir a eutanásia poderia ainda ter o efeito de diminuir o empenho social na prestação de cuidados aos enfermos e idosos⁽⁷²⁾. Como vimos dizendo, numa era em que os recursos para a saúde escasseiam, a sociedade não devia estar a fazer ajustes a normas morais que podem acabar por transformar a eutanásia numa forma de reduzir custos⁽⁷³⁾.

Abordemos ainda o argumento da autonomia: a autonomia individual tem limites, que se prendem com o custo para o próximo e para a sociedade em geral⁽⁷⁴⁾. O suicídio e a eutanásia não são escolhas puramente pessoais e têm reflexos quer para aqueles que ficam, quer para os que colaboram, quer ainda para os que se seguirão⁽⁷⁵⁾.

Por outro lado, o respeito pela autonomia tem uma dupla face: a autonomia daqueles que querem a morte contra a de seres humanos vulnerá-

(68) (TENO AND LYNN, 1991), (COMMITTEE, 1991).

(69) (TENO e LYNN, 1991).

(70) (MATERSTVEDT, *et al.*, 2003).

(71) (GORSUCH, 2000), (FINS e BACCHETTA, 1995).

(72) (COMMITTEE, 1991).

(73) (COMMITTEE, 1991), (TENO e LYNN, 1991).

(74) (TENO e LYNN, 1991).

(75) (GORSUCH, 2000).

veis que podem querer viver, mas cuja morte é decidida por eles, ainda que com fins caridosos e na base daqueles que seriam os seus melhores interesses nos olhos dos outros⁽⁷⁶⁾. Mais uma vez, a tolerância holandesa da prática de eutanásia em neonatos que não estão em estado terminal, mas que são portadores de uma deficiência ou condição tal que outros podem licitamente determinar que a vida deles não vale a pena ser vivida, é a prova desse perigo⁽⁷⁷⁾.

A verdadeira autonomia tem pressupostos: primeiro, o indivíduo tem de estar totalmente capaz de entender o conteúdo e as consequências da sua escolha; depois, só há verdadeira escolha quando há um número suficiente de opções com resultados diferentes e, finalmente, a decisão tem de ser totalmente livre de qualquer coação ou manipulação⁽⁷⁸⁾. Como dissemos acima, nas decisões radicais de fim de vida alguns destes elementos não estão presentes, quando não está até nenhum deles.

Finalmente, no que respeita à questão da neutralidade do Estado, ARISTÓTELES, ao mesmo tempo que pugnava pela possibilidade da coexistência de várias concepções de *eudaemonia*, sabia que o indivíduo nem sempre é bom juiz das funções da vida humana e, como tal, alertava que não se podia cair no relativismo moral nem permitir que as decisões fossem baseadas unicamente nos desejos e preferências dos cidadãos⁽⁷⁹⁾. Até RAWLS concedeu desvios ao seu princípio da neutralidade e acabou por aceitar que a sua teoria pressupõe uma sociedade (necessariamente imaginária) composta de indivíduos igualmente capazes e com iguais meios⁽⁸⁰⁾.

8. Afastar o individualismo egocêntrico e ver a comunidade (Nós)

Uma pessoa não é uma ilha. Não somos só *eu*, somos *nós*⁽⁸¹⁾.

Uma morte adiada pode de facto ser cruel, mas a ética não pode estar baseada apenas na compaixão⁽⁸²⁾ e o Direito não pode legislar em função de casos individuais esquecendo as consequências para a comunidade:

⁽⁷⁶⁾ (GORSUCH, 2000).

⁽⁷⁷⁾ (CATLIN e NOVAKOVICH, 2008), (PEREIRA, 2011), (EDUARD VERHAGEN, 2013).

⁽⁷⁸⁾ (GORSUCH, 2000).

⁽⁷⁹⁾ (ARISTÓTELES, 2016), (VAN ZYL, 2002).

⁽⁸⁰⁾ (GORSUCH, 2000), (RAWLS, 1971).

⁽⁸¹⁾ (LEITE DE CAMPOS, 2004).

⁽⁸²⁾ (DÖNHOFF, *et al.*, 1995).

uma *má* morte é um preço que tem de ser pago em face dos riscos sistêmicos que comporta a permissão da morte a pedido.

A linha entre não penalizar o suicídio, permitir a recusa de tratamento e descriminalizar a eutanásia e o suicídio assistido é ténue, mas tem de ser traçada⁽⁸³⁾: quando uma sociedade decide que se pode, intencionalmente, matar, resta decidir quem pode matar e quem pode ser morto e estas balizas são demasiado móveis. Hoje são os doentes terminais capazes de expressar esse desejo, amanhã são os que não o podem expressar, mas cujo melhor interesse se julga ser a morte: deficientes, doentes em coma profundo, os velhos, seres humanos cuja vida, aos olhos dos outros, não tem *qualidade*, *dignidade* e que estarão melhor mortos. O caminho para o inferno é pavimentado por boas intenções e oleado pela *banalização do mal*⁽⁸⁴⁾.

A vida humana nunca precisa de provar o seu valor e não é uma injeção letal que confere *significado* à morte⁽⁸⁵⁾.

9. A pessoa

Todo o ser humano é pessoa, este um nome de dignidade (“*nomen dignitatis*”).

Pessoa não designa uma classe, mas o elemento dessa classe, não na medida em que é elemento dessa, mas na medida em que é um “indivíduo”⁽⁸⁶⁾. Cada indivíduo representa, é, toda a classe. “Vale” toda a classe. Devendo ser reconhecido como tal. Encontra-se na pessoa, em igualdade e cuidado, a dignidade/ universalidade da pessoa.

Reconhecer o outro é apreender a verdade, é a resposta apropriada à realidade, ato necessário.

Dignidade não é um atributo da pessoa, ou uma qualidade ou um direito desta.

Acrescente-se, com referência aos cristãos, que desde os primeiros autores cristãos, como S. Gregório de Nisa, comentando o Génesis, os cristãos têm entendido que a dignidade da pessoa está na sua natureza de criatura de Deus, criada à Sua Imagem e Semelhança: amor, liberdade, igualdade das almas, racionalidade, movimento, etc.

⁽⁸³⁾ (LEGET, 2006).

⁽⁸⁴⁾ (ARENDE, 2006).

⁽⁸⁵⁾ (WEBER, 1973).

⁽⁸⁶⁾ (SPAEMANN, 2009).

A pessoa, colocada acima da natureza, está cerca de Deus.

A pessoa “é” digna. Pessoa é nome de dignidade, repetimos. É desta pessoa digna que nascem os direitos da pessoa, pois cada uma, ao saber-se pessoa digna, se reconhece e reconhece em todas as outras a mesma dignidade.

Direitos da pessoa que não são sobre o próprio, como seria um direito patrimonial. Nem sobre os outros, iguais e livres.

Aqui se integra o respeito que se deve ao outro e a si-mesmo: o si-mesmo como o outro⁽⁸⁷⁾.

Eu sou eu-mesmo. E o eu-mesmo impõe-se aos outros que lhe devem reconhecimento. E a mim, “eu”, nome próprio que me faz assumir toda a espécie em mim-mesmo.

Nesta ontologia de respeito, de dignidade e de pluralidade, se integra a rejeição da eutanásia — sem afastar a possibilidade da sua tolerância em casos muito isolados e não definíveis “a priori”.

(87) Na mensagem de PAUL RICOEUR de “soi-même comme l’autre”... mas também do outro como si-mesmo (RICOEUR, 2015).

Referências

- AQUINO, T. DE (2010), *Summa Theologica II*. Católica B.A.C.
- ARENDT, H. (2006), *Eichmann in Jerusalem: A Report on the Banality of Evil*. Penguin Classics.
- ARIÈS, P. (2014), *Essais Sur L'histoire De La Mort En Occident*. Points.
- ARISTÓTELES (2016), *Política*. Nova Vega.
- _____, (2009), *Ética a Nicômano*. Quetzal Editores.
- ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, DIREÇÃO DE INFORMAÇÃO LEGISLATIVA PARLAMENTAR. *Eutanásia e Suicídio Assistido: Legislação Comparada*. Coleção Temas.
- WORLD MEDICAL ASSOCIATION (1992), *World Medical Association Report on Physician-Assisted Suicide (Adopted by the 44th World Medical Assembly, Marbella, Spain, September 1992 and editorially revised by the 170th WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005 and reaffirmed by the*. Disponível em: <<https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-physician-assisted-suicide/>>.
- _____, (2002), *World Medical Association Declaration of Euthanasia (Adopted by the 53.rd WMA General Assembly, Washington, DC, USA, October 2002 and reaffirmed with minor revision by the 194.th WMA Council Session, Bali, Indonesia, April 2013)*. Disponível em: <<https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-euthanasia/>>.
- BERNAT, J. L. (1993), 'Patient Refusal of Hydration and Nutrition', *Archives of Internal Medicine*, 153(24), p. 2723. doi: 10.1001/archinte.1993.00410240021003.
- CAMPBELL, C. S. (1992), 'Religious Ethics and Active Euthanasia in a Pluralistic Society', *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2(3), pp. 253–277. doi: 10.1353/ken.0.0163.
- CATLIN, A. and NOVAKOVICH, R. (2008), 'The Groningen Protocol: what is it, how do the Dutch use it, and do we use it here?', *Pediatric nursing*, 34(3), pp. 247-251.
- AGS PUBLIC POLICY (1991), 'Voluntary Active Euthanasia', *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(8), pp. 826–826. doi: 10.1111/j.1532-5415.1991.tb02706.x.
- CONKLIN, C. N. (2015), 'The Origins of The Pursuit of Happiness', *Washington University Jurisprudence Review*, 7(2), pp. 195–262. Disponível em: <https://openscholars.hip.wustl.edu/law_jurisprudence/vol7/iss2/6>.
- DÖNHOF, M., et al. (1995), 'Not Compassion Alone: On Euthanasia and Ethics', *The Hastings Center Report*, 25(7), p. 44. doi: 10.2307/3528008.
- EDUARD VERHAGEN, A. A. A. (2013), 'The Groningen Protocol for newborn euthanasia; which way did the slippery slope tilt?', *Journal of Medical Ethics*, 39(5), pp. 293–295. doi: 10.1136/medethics-2013-101402.
- CONSELHO DA EUROPA (2018a), *Guide on Article 2 of the European Convention on Human Rights, Right to Life*. Disponível em: <https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_2_ENG.pdf>.
- CONSELHO DA EUROPA (2018b), *Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights Right to respect for private and family life, home and correspondence*. Disponível em: <https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_8_ENG.pdf>.
- FINS, J. J. and BACCHETTA, M. D. (1995), 'Framing the Physician-Assisted Suicide and Voluntary Active Euthanasia Debate: The Role of Deontology, Consequentialism,

- and Clinical Pragmatism', *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(5), pp. 563-568. doi: 10.1111/j.1532-5415.1995.tb06107.x.
- GARDNER, C. (2015), 'Gross v Switzerland: Application no 67810/10: European Court of Human Rights (Grand Chamber): Casadevall, Villiger, Gyulumyan, Bianku, Popovi, Power-Forde, De Gaetano, Jaderblom, Silvis JJ; Spielmann (President), Ziemele, Berro-Lefevre, Zupan i , Hajiyev', *Oxford Journal of Law and Religion*, 4(1), pp. 152-153. doi: 10.1093/ojlr/rwu051.
- GESUNDHEIT, B., *et al.* (2009), 'The Groningen protocol — The Jewish perspective', *Neonatology*, 96(1), pp. 6-10. doi: 10.1159/000196882.
- GONÇALVES, R. P. (2018), 'A Ajuda à Morte e o Tribunal Europeu dos Direitos do Homem', *Julgat On Line*, Nov., pp. 1-80.
- GORSUCH, N. M. (2000), 'The right to assisted suicide and euthanasia.', *Harvard journal of law & public policy*, 23(2), pp. 599-710. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12524693>>.
- HARRISS, I. (2005), 'Australian Association for Professional and Applied Ethics 12th Annual Conference', in *Ethics and euthanasia: natural law philosophy and latent utilitarianism*. Adelaide, p. 8. Disponível em: <<https://www.unisa.edu.au/siteassets/episerver-6-files/documents/eass/hri/gig/harriss.pdf>>.
- HÄYRY, H. AND HÄYRY, M. (1990), 'Euthanasia, Ethics and Economics', *Bioethics*, 4(2), pp. 154-161. doi: 10.1111/j.1467-8519.1990.tb00076.x.
- HURST, S. A. AND MAURON, A. (2006), 'The ethics of palliative care and euthanasia: exploring common values', *Palliative Medicine*, 20(2), pp. 107-112. doi: 10.1191/0269216306pm1109oa.
- KLEIN, M. (2005), 'Euthanasia and the doctrine of double effect', *Wurzbürger medizinhistorische Mitteilungen*, 24, pp. 51-62. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17153292>>.
- KOFFEMAN, N. R. (2010), *The right to personal autonomy in the case law of the European Court of Human Rights*. LeidenLeiden University. Disponível em: <<https://openaccess.leidenuniv.nl/handle/1887/15890>>.
- LAVI, S. (2003), 'Euthanasia and the Changing Ethics of the Deathbed', *Theoretical Inquiries in Law*, 4(2). doi: 10.2202/1565-3404.1080.
- LEGET, C. (2006), 'Boundaries, borders, and limits. A phenomenological reflection on ethics and euthanasia', *Journal of Medical Ethics*, 32(5), pp. 256-259. doi: 10.1136/jme.2005.013110.
- LEITE DE CAMPOS, D. (2004), *Nós. Estudos sobre o Direito das Pessoas*. Almedina.
- LITTLE, M. O. (1999), 'Abortion, intimacy, and the duty to gestate.', *Ethical theory and moral practice: an international forum*, 2, pp. 295-312. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16718957>>.
- MATERSTVEDT, L. J., *et al.* (2003), 'Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force', *Palliative Medicine*, 17(2), pp. 97-101. doi: 10.1191/0269216303pm673oa.
- McEVOY, P. (2015), 'Euthanasia, ethics, and the Gordian Knot: is the Hippocratic Code obsolete?', *British Journal of General Practice*, 65(641), pp. 624-625. doi: 10.3399/bjgp15X687721.

ORDEM DOS MÉDICOS, *Juramento de Hipócrates*.

MIRANDA M, A. (2012), 'Eutanasia, suicidio asistido y principio del doble efecto: Réplica al profesor Rodolfo Figueroa', *Revista médica de Chile*, 140(2), pp. 261-265. doi: 10.4067/S0034-98872012000200017.

PARSA-PARSI, R. W. (2017), 'The Revised Declaration of Geneva', *JAMA*, 318(20), p. 1971. doi: 10.1001/jama.2017.16230.

PATERSON, C. (2003), 'On Clarifying Terms in Applied Ethics Discourse', *International Philosophical Quarterly*, 43(3), pp. 351-358. doi: 10.5840/ipq200343321.

PEREIRA, J. (2011), 'Legalizing euthanasia or assisted suicide: The illusion of safeguards and controls', *Current Oncology*. doi: 10.3747/co.v18i2.883.

PRICE, D. (1997), 'Euthanasia, pain relief and double effect', *Legal Studies*, 17(02), pp. 323-342. doi: 10.1111/j.1748-121X.1997.tb00410.x.

PROCON.ORG (2018), *States with Legal Physician-Assisted Suicide*. Disponível em: <https://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000132#legal_states> (accessed: 30 January 2019).

PUPPINCK, G. AND DE LA HOUGUE, C. (2014), 'The right to assisted suicide in the case law of the European Court of Human Rights', *The International Journal of Human Rights*, 18(7-8), pp. 735-755. doi: 10.1080/13642987.2014.926891.

QUILL, T. E., LO, B. AND BROCK, D. W. (2004), 'Palliative Options of Last Resort', in *Terminal Sedation: Euthanasia in Disguise?* Dordrecht: Springer Netherlands, pp. 1-14. doi: 10.1007/978-1-4020-2124-4_1.

RAWLS, J. (1971), *A Theory of Justice*. Revised Ed. Harvard University Press.

RICOUER, P. (2015), *Soi-même comme un autre*. Points.

TRIBUNAL EUROPEU DOS DIREITOS HUMANOS (2002), *Pretty v. The United Kingdom*. Disponível em: <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-60448>>.

TRIBUNAL EUROPEU DOS DIREITOS HUMANOS (2004), *Glass v. The United Kingdom*. Disponível em: <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-61663>>.

TRIBUNAL EUROPEU DOS DIREITOS HUMANOS (2006), *Burke v. The United Kingdom*. Disponível em: <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-76785>>.

TRIBUNAL EUROPEU DOS DIREITOS HUMANOS (2011), *Haas v. Switzerland*. Disponível em: <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-102939>>.

TRIBUNAL EUROPEU DOS DIREITOS HUMANOS (2014), *Gross v. Switzerland*. Disponível em: <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-146780>>.

TRIBUNAL EUROPEU DOS DIREITOS HUMANOS (2015), *Lambert and Others v. France*. Disponível em: <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-155352>>.

SARTORI, D. (2018), 'End-of-life issues and the European Court of Human Rights. The value of personal autonomy within a "proceduralized" review', *Questions of International Law*, (52), pp. 23-43. Disponível em: <<http://www.qil-qdi.org/category/zoom-in/dignity-end-life-issues-open-questions-light-european-court-human-rights-recent-case-law/>>.

SHAW, A. B. (2002), 'Two challenges to the double effect doctrine: euthanasia and abortion', *Journal of Medical Ethics*, 28(2), pp. 102-104. doi: 10.1136/jme.28.2.102.

- SINGER, P. (2003), 'Voluntary euthanasia: a utilitarian perspective', *Bioethics*, 17(5-6), pp. 526-41. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14959723>>.
- SPAEMANN, R. (2009), *Les personnes : Essai sur la différence entre 'quelque chose' et 'quelqu'un'*. Éditions du Cerf, coll. Humanités.
- TENO, J. AND LYNN, J. (1991), 'Voluntary Active Euthanasia: The Individual Case and Public Policy', *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(8), pp. 827-830. doi: 10.1111/j.1532-5415.1991.tb02707.x.
- THOMAS, Z. (2015), 'Euthanasia — a Study Of Law, Policy and Ethics', *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare*, 2(31), pp. 4630-4644. doi: 10.18410/jebmh/2015/651.
- VERHAGEN, E. AND SAUER, P. J. J. P. J. J. (2005), 'The Groningen Protocol — Euthanasia in Severely Ill Newborns', *New England Journal of Medicine*, 352(10), pp. 959-962. doi: 10.1056/NEJMp058026.
- WALTON, D. (1992), *Slipery Slope Arguments*. Oxford: Clarendon Press.
- WEBER, L. J. (1973), 'Ethics and Euthanasia: Another View', *The American Journal of Nursing*, 73(7), p. 1228. doi: 10.2307/3422790.
- WILKINSON, J. (1990) 'The ethics of euthanasia', *Palliative Medicine*, 4(2), pp. 81-86. doi: 10.1177/026921639000400204.
- VAN ZYL, L. (2002), 'Euthanasia, virtue ethics and the law.', *New Zealand bioethics journal*, 3(1), pp. 18-27. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15587484>>.