

Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina de Lisboa



**Eutanásia e suicídio medicamente assistido:  
atitudes dos médicos**

Helena Sofia Rodrigues Fragoeiro de Gouveia e Freitas

Orientador: Professor Doutor António Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para a obtenção do grau de Mestre em  
Cuidados Paliativos

Setembro de 2016

Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina de Lisboa



**Eutanásia e suicídio medicamente assistido:  
atitudes dos médicos**

Helena Sofia Rodrigues Fragoeiro de Gouveia e Freitas

Orientador: Professor Doutor António Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para a obtenção do grau de Mestre em  
Cuidados Paliativos

Setembro de 2016

**A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 24 de Janeiro de 2017.**

*A morte não existe, existo, sim, eu, que morrerei.*

Daniel Serrão

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Isabel Fragoeiro, minha Mãe, meu exemplo, pelo apoio, incentivo e orientações e que nunca me deixou desistir.

À Professora Doutora Maria João Barreira, pelo apoio e incentivo.

Ao Professor Doutor António Barbosa, pela sua disponibilização para orientar esta dissertação.

À Professora Doutora Laura Ferreira dos Santos, que embora não tenha sido orientadora desta dissertação, forneceu preciosas orientações.

Ao Professor Doutor José Manuel Marques, pela orientação na parte estatística.

Ao Professor Doutor Ferraz Gonçalves por ter disponibilizado o seu questionário, e sem o qual não ter sido possível realizar esta dissertação.

À Dra. Henriqueta Reynolds, Presidente da Secção Regional da Ordem dos Médicos da Madeira, e à Dra. Maria do Carmo, do Gabinete de Comunicação do SESARAM, E.P.E., pela disponibilidade em enviar os questionários aos colegas médicos.

Aos colegas que se disponibilizaram a preencher os questionários, e sem os quais não teria sido possível desenvolver este estudo.

Aos meus doentes da Unidade de Cuidados Paliativos, que me enchem o coração e me fazem sentir realizada... Por me mostrarem que coisas simples podem significar tanto... Que devemos aproveitar todos os pequenos momentos que a vida nos oferece, porque tudo é efémero... Por me ficarem tão agradecidos mesmo quando eu pouco ou nada faço por eles... Foi por isto eu que escolhi ser médica...

À Fátima, que faleceu aos 36 anos e antes de conseguir realizar o seu maior sonho: ver o filho de 7 anos fazer a Primeira Comunhão... (E nós que nos perdemos em coisas tão supérfluas e não agradecemos tudo aquilo que temos...) Nunca me esquecerei dela... Da sua força de vontade, da sua luta incessante, da sua esperança e dos abraços que me dava sempre que me via... De quando me pedia a chorar, sempre que tinha uma agudização, para a ajudar porque não queria morrer... Foi por ela e por tantos outros que quando eu já havia desistido desta dissertação, decidi que eles mereciam mais de mim...

Ao Raymond, que me mostrou que mesmo com cuidados paliativos de excelência, há lugar para a eutanásia...

À Benedita, minha filha, pelo seu amor incondicional e que faz com que eu queira ser melhor Mãe, Médica e Pessoa...

## **Resumo:**

Palavras chave: eutanásia; suicídio medicamente assistido; decisões em fim de vida; morte assistida; cuidados paliativos

Os médicos desempenham um papel importante ao nível das decisões em fim de vida, sendo que no último século o progresso técnico e científico conduziu a uma mudança nos padrões da morte, com as doenças degenerativas, oncológicas e crónicas ocupando um lugar de destaque em termos de mortalidade. Vive-se durante mais tempo, mas nem sempre com uma melhor qualidade de vida. A morte e o morrer são muitas vezes escondidas da sociedade, e por vezes até do próprio moribundo, suscitando mais sofrimento e dificuldade em lidar com a morte.

Embora a eutanásia e o suicídio assistido existam desde a antiguidade, continuam a ser temas controversos, não só devido às questões legais que lhe são inerentes, mas também, e sobretudo, devido às questões éticas associadas. Apesar de ser legal em alguns países, em Portugal, a morte assistida não se encontra regulamentada. Contudo, variados autores têm estudado esta temática, embora em Portugal não existam muitos estudos, particularmente do ponto de vista do médico. Com este estudo procurou-se obter mais informações sobre o que pensam os médicos portugueses sobre a eutanásia e o suicídio assistido, bem como sobre as suas atitudes face a eventuais pedidos.

Este estudo foi do tipo descritivo, quantitativo, correlacional e transversal e teve lugar na Ilha Madeira. O instrumento utilizado foi o questionário realizado por Ferraz Gonçalves em 2006 sobre as atitudes dos oncologistas portugueses face à eutanásia e ao suicídio assistido. Os dados foram posteriormente analisados com o programa SPSS.

A amostra foi constituída por 183 médicos com idades compreendidas entre os 25 e os 65 anos, a maioria dos quais pertencendo ao género feminino (73,8%).

Apesar da maioria dos médicos recusar-se a praticar eutanásia no quadro legal vigente (48,1%), o número daqueles predispostos a realizá-la aumentava se a mesma fosse legalizada. A maioria dos inquiridos (65,6%) pensam que a eutanásia deveria ser permitida em Portugal. Contudo, o número daqueles que pensam que o suicídio assistido deveria ser legalizado é menor (46,9%). A maioria discorda com o alargamento dos conceitos de eutanásia e suicídio assistido a doentes não terminais.

Apenas 10,9% dos médicos alguma vez recebeu um pedido de eutanásia e sómente 2,2% receberam pedidos de suicídio medicamente assistido. Nenhum médico referiu ter participado de uma morte assistida. Contudo, a maioria gostaria de poder optar pela morte assistida no caso de padecer de uma doença terminal.

Finalmente, embora a maioria dos médicos concordasse que os cuidados paliativos resolviam a maioria se não todos os pedidos de morte assistida, apenas uma minoria apresentava formação nesta área, o que nos remete para a necessidade de investir a este nível.

## **Abstract**

Key words: euthanasia; physician assisted death; end of life decisions; assisted death; palliative care

Physicians play an important role in end of life decisions. In the last century, the technical and scientific progress has conducted to a change in the patterns of dying with degenerative, oncologic and chronic diseases occupying a different place from the one they used to. People live longer, but not always with a better quality of life. Death and dying are often hidden from the society, and sometimes even from the person itself, leading to more suffering and difficulty in dealing with death.

Euthanasia and physician assisted suicide have existed in societies since ancient times. However, they are still controversial matters not only due to legal aspects, but also and mainly because of the ethical aspects that concerns them. In spite of being legal in some countries, in Portugal there is not a legal frame regulating assisted death. There are not also many studies about it. However, throughout the years and places, different authors have studied these themes from different perspectives. In Portugal only a few studies have been made from the physician point of view. With this study we have tried to find out some more information about what Portuguese physicians think about euthanasia and physician assisted death, and their attitudes towards eventual requests.

This was a descriptive, quantitative, correlational and transversal study and took place in Madeira Island. The instrument used was the questionnaire made by Ferraz Gonçalves in 2006 concerning the attitudes from Portuguese oncologists toward euthanasia and physician assisted suicide. We have made some changes so it could include other kind of physicians. The data were then analyzed with SPSS.

The sample was constituted by 183 physicians between 25 and 65 years old, mainly (73,8%) from the female gender.

Although many of the doctors refused in taking part of assisted death in the actual legal frame (48,1%), the number of those that would do it if it was legalized was substantially bigger. Most of the doctors (65,6%) think that euthanasia should be allowed in Portugal. However, the number of those who think physician assisted suicide should be allowed is smaller (46,9%). Even smaller is the number of those who think the concepts of euthanasia and assisted death should be enlarged and include non-terminal patients.

Only a few doctors have ever received an euthanasia (10,9%) or physician assisted suicide (2,2%) request, and none has admitted to having done it. However, most of them would like to be able to choose assisted death in the case of being terminally ill.

Nevertheless most of the doctors have agreed that palliative care would prevent most if not all requests of assisted death, only a few had some kind of formation in this area (30,1%).

## Sumário

AGRADECIMENTOS.....	4
Sumário .....	7
I. INTRODUÇÃO.....	13
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	15
1. A MORTE E O MORRER.....	15
2. A MORTE ASSISTIDA .....	17
3. DELIMITAÇÃO DE CONCEITOS .....	18
3.1. Eutanásia .....	18
3.2. Distanásia, obstinação terapêutica e ortotanásia.....	23
3.3. Suicídio medicamente assistido .....	25
4. ARGUMENTOS DO DEBATE DA MORTE ASSISTIDA .....	25
4.1.Cuidados Paliativos.....	28
4.2. O princípio do duplo efeito .....	31
4.3. O princípio da autonomia.....	32
4.4. Legislar uma realidade que existe .....	34
4.5. Matar e deixar morrer .....	35
4.6. O princípio da beneficência.....	36
4.7. A incerteza da medicina .....	37
4.8. O papel do médico .....	37
5. A REALIDADE NOS PAÍSES QUE DESPENALIZARAM A MORTE ASSISTIDA .....	40
5.1.Bélgica .....	40
5.2.Holanda .....	41
5.3. Luxemburgo.....	42
5.4.Suíça .....	43
5.5. Alemanha.....	44
5.6. Canadá.....	44
5.7. Estados Unidos da América .....	44

5.8. Colômbia.....	45
6. A REALIDADE PORTUGUESA .....	45
6.1. Aspectos jurídicos da morte assistida .....	46
6.2. A questão social.....	51
6.3. Resultados de estudos.....	57
7. O MÉDICO E A MORTE ASSISTIDA .....	63
III. METODOLOGIA.....	67
1. OBJETIVOS .....	68
2. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	69
3. VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS.....	69
4. PROCEDIMENTOS .....	70
IV. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS.....	72
1. ANÁLISE DESCRITIVA .....	72
2. OPINIÃO DOS MÉDICOS.....	83
2.1. Estudo da associação entre a opinião face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e a idade (dicotomizada).....	83
2.2. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e o sexo .....	86
2.3. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e o estado civil (dicotomizado) .....	88
2.4. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e a religião (dicotomizada).....	88
2.5. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e o facto de ser, ou não, praticante da religião que professa .....	90
2.6. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e a especialidade principal (dicotomizada).....	91

2.7. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e o local de trabalho .....	93
2.8. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e o tempo de serviço (dicotomizado) .....	95
2.9. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e a formação em cuidados paliativos .....	97
2.10. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e o confronto, durante o último ano, com doentes incuráveis e em sofrimento .....	99
2.11. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e a experiência no tratamento de pessoas em fase terminal .....	102
2.12. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e o facto de ter tido familiar com doença terminal.....	104
V. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	108
1. MORTE ASSISTIDA .....	109
2. DOENTES INCOMPETENTES.....	116
3. SUSPENSÃO DE TRATAMENTOS E CONTROLO DE SINTOMAS .....	117
4. CUIDADOS PALIATIVOS.....	119
5. LIMITAÇÕES.....	120
VI. CONCLUSÃO .....	122
VII. Reflexão final.....	124
Bibliografia.....	125
ANEXOS.....	131

## Índice de Quadros

Quadro I - Amostra segundo as características demográficas.....	72
Quadro II - Amostra segundo as características profissionais .....	74
Quadro III - Amostra segundo a opinião face à eutanásia .....	75
Quadro IV - Amostra segundo a opinião face ao suicídio assistido .....	77
Quadro V - Amostra segundo a atitude face a doentes cognitivamente incompetentes.....	78
Quadro VI - Amostra segundo a opinião face à suspensão de tratamentos.....	80
Quadro VII - Amostra segundo a opinião face ao controlo de sintomas.....	81
Quadro VIII - Amostra segundo a opinião face aos cuidados paliativos .....	82
Tabela IX - Amostra segundo a opinião face a outros casos .....	82
Quadro X - Estudo de associação entre a opinião face à eutanásia e a idade (dicotomizada).....	84
Quadro XI - Estudo de associação entre a opinião face ao suicídio assistido e a idade (dicotomizada) .....	84
Quadro XII - Estudo de associação entre a opinião face aos cuidados paliativos e a idade (dicotomizada).....	85
Quadro XIII - Estudo de associação entre a opinião face a outros casos e a idade (dicotomizada) .....	86
Quadro XIV - Estudo de associação entre a atitude face a doentes cognitivamente incompetentes e o sexo .....	88
Quadro XV - Estudo de associação entre a atitude face a doentes cognitivamente incompetentes e a religião (dicotomizada).....	89
Quadro XVI - Estudo de associação entre a opinião face a outros casos e a religião (dicotomizada) ..	90
Quadro XVII - Estudo de associação entre a opinião face ao suicídio assistido e a religião (dicotomizada).....	91
Quadro XVIII - Estudo de associação entre a opinião face ao suicídio assistido e a especialidade principal (dicotomizada).....	92
Quadro XIX - Estudo de associação entre a atitude face a doentes cognitivamente incompetentes e a especialidade principal (dicotomizada).....	92
Quadro XX - Estudo de associação entre a opinião face ao suicídio assistido e o local de trabalho ...	93
Quadro XXI - Estudo de associação entre a atitude face a doentes cognitivamente incompetentes e o local de trabalho.....	94

Tabela XXII - Estudo de associação entre a opinião face à suspensão de tratamentos e o local de trabalho .....	94
Quadro XXIII - Estudo de associação entre a opinião face à eutanásia e o tempo de serviço (dicotomizado) .....	95
Quadro XXIV - Estudo de associação entre a opinião face ao suicídio assistido e o tempo de serviço (dicotomizado) .....	96
Quadro XXV - Estudo de associação entre a opinião face aos cuidados paliativos e o tempo de serviço (dicotomizado) .....	96
Quadro XXVI - Estudo de associação entre a opinião face a outros casos e o tempo de serviço (dicotomizado) .....	97
Quadro XXVII - Estudo de associação entre a opinião face à eutanásia e a formação em cuidados paliativos .....	98
Quadro XXVIII - Estudo de associação entre a opinião face à suspensão de tratamentos e a formação em cuidados paliativos .....	98
Quadro XXIX - Estudo de associação entre a opinião face aos cuidados paliativos e a formação em cuidados paliativos .....	99
Quadro XXX - Estudo de associação entre a opinião face à eutanásia e o confronto durante o último ano, com doentes incuráveis e em sofrimento .....	101
Quadro XXXI - Estudo da associação entre a atitude face à suspensão de tratamentos e o confronto durante o último ano, com doentes incuráveis e em sofrimento.....	101
Quadro XXXII - Estudo da associação entre a opinião face à eutanásia e a experiência no tratamento de pessoas em fase terminal .....	102
Quadro XXXIII - Estudo da associação entre a opinião face ao suicídio assistido e a experiência no tratamento de pessoas em fase terminal .....	103
Quadro XXXIV - Estudo da associação entre a atitude face a doentes cognitivamente incompetentes e a experiência no tratamento de pessoas em fase terminal.....	104
Quadro XXXV - Estudo da associação entre a opinião face a outros casos e o facto de ter tido um familiar com doença terminal .....	105
Quadro XXXVI - Estudo da associação entre as questões «A legislação portuguesa não permite a prática da eutanásia/suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que a praticaria» .....	106
Quadro XXXVII - Estudo de associação entre as questões «Se a legislação permitisse a prática da eutanásia/suicídio assistido fá-lo-ia» .....	106
Quadro XXXVIII - Estudo da associação entre as questões «A legislação não permite a prática da eutanásia. Mesmo assim, há circunstâncias em que a praticaria» e «Se a legislação permitisse a prática da eutanásia fá-la-ia» .....	107

Quadro XXXIX - Estudo da associação entre as questões «A legislação não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria» e «Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia» ..... 107

## I. INTRODUÇÃO

Falar da morte, nos dias de hoje, é tabu. Implica a lembrança da nossa condição de mortais e de que, não obstante todo o arsenal técnico e científico de que dispomos, esta continua a ser a última fronteira, um limite que nos é imposto e que não conseguimos transpor.

Assim, no presente, a morte é muitas vezes vivida clandestinamente, tendo sido deslocada do seio familiar para os ambientes hospitalares, num processo que visa sobretudo minorar o sofrimento dos que ficam, e que se repercute, infelizmente, na perda de autonomia do moribundo. Esta perda de autonomia deve-se sobretudo ao facto de a morte ser percecionada como uma questão técnica, resultando do falhanço da medicina e do profissional de saúde em derrotá-la. E ninguém gosta de falhar... Tudo se faz para impedir e retardar a morte, o que se traduz num aumento do número de vidas salvas e redução substancial na dor, mas também, por vezes, num aumento do sofrimento e agonia.

Por outro lado, no mundo ocidental, atribui-se cada vez mais importância à possibilidade do individuo decidir sobre a própria vida no que se refere a procedimentos médicos, sendo o consentimento informado e, mais recentemente, o Testamento Vital exemplos disso. Este direito à autodeterminação, suscita, porém, celeuma na medida em que surge acompanhado da dúvida de se deverá ser respeitado em todos os casos, nomeadamente perante uma situação de pedido de ajuda para morrer.

Neste contexto, numa época em que, os avanços tecnológicos e científicos, e o conseqüente desenvolvimento de novas tecnologias possibilitam a manutenção da vida e o prolongamento da morte, surge uma questão pertinente: qual deverá ser o limite de atuação perante a morte? E na sua sequência: o que fazer quando nada há já a fazer? É neste âmbito que a temática da eutanásia e do suicídio assistido se assume como pertinente e fundamental numa sociedade que se diz evoluída e tolerante.

Desde sempre presente na sociedade, embora por vezes de forma menos dissimulada, a eutanásia constitui-se como um tema polémico, controverso e sobretudo perturbador. Polémico e controverso na medida em que na sua essência estão direitos fundamentais ao ser humano e que, dependendo do ponto de vista adotado, poderão estar a ser-lhe negados. Perturbador no sentido em que é uma questão de morte, remetendo para o sofrimento, a solidão, a vulnerabilidade e a fraqueza associados a este momento.

Importa pois reconhecer a sua existência e estruturar argumentos que permitam uma discussão fundamentada sobre este tema.

Mais do que um discorrer de motivos e factos a favor ou contra a eutanásia e o suicídio medicamente assistido, este trabalho pretende ser mais um contributo para a compreensão desta realidade. De facto, o debate em torno da eutanásia e do suicídio assistido centra-se maioritariamente na argumentação a favor ou contra os mesmos, descurando uma questão essencial: como seria para o profissional de saúde participar da decisão de terminar uma vida ou, até mesmo, praticá-la? Assim, procurar-se-á abordar esta temática na perspetiva médica, sobretudo no que concerne à opinião desta classe perante a mesma. Não se trata de um estudo pioneiro, mas visa aumentar a pouca informação objetiva disponível referente à realidade portuguesa nesta área. Neste contexto, embora já tenham sido realizados alguns estudos subjacentes a esta temática em Portugal, poucos foram aqueles que a abordaram sob o ponto de vista da classe médica, a qual constitui um elemento fundamental ao nível das decisões em fim de vida.

## II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. A MORTE E O MORRER

“In this world nothing can be said to be certain, except death and taxes”. Utilizada pela primeira vez em 1789 por Benjamin Franklin numa das suas cartas, esta frase remete-nos para a inevitabilidade da morte como fenómeno integrante do ciclo vital. Porém, ao invés do nascimento geralmente vivenciado intensamente e celebrado pelas famílias, a morte é maioritariamente encarada com mal-estar, e muitas vezes vivida de forma quase clandestina. Representa o falhanço da ciência e, por conseguinte, o falhanço do ser humano, o que se constitui como algo negativo no mundo moderno.

Ao longo dos séculos, a conceção da morte tem sofrido diversas mudanças. Na Idade Média era vista como o corolário de toda uma vida e vivida publicamente. Fenómeno inevitável e inquestionável, estava integrada no quotidiano e todos dela tinham consciência e com ela conviviam. Era a chamada “morte domesticada” ou “morte domada” (Ariès, 1989; p.13). Esperava-se do moribundo e da sua família que cumprissem uma espécie de ritual, a decorrer preferencialmente no leito do próprio e no seio do círculo familiar, com evocação da vida deste, despedidas e partilha de sentimentos. A morte tinha “lugar” (Silva, 2012; p.134-135), no ciclo vital do moribundo, na família, na comunidade e até no próprio local em que decorria.

A partir dos séculos XI-XII, a morte passou a ser perspectivada como um momento privado e individual (Ariès, 1989; p.31). O indivíduo começa a consciencializar-se da sua própria morte e, com a emergência da ideia do “juízo final”, surge também a noção de um “juízo particular”, em que cada um é responsável pela vida que teve, a qual será “julgada” imediatamente após a sua morte (Barreto, 2009; p.48). Neste contexto, a relação indissociável entre a morte e a biografia de cada um assume particular importância, tornando-se a primeira o momento fundamental de reflexão da pessoa enquanto indivíduo e história (Silva, 2012; p.136).

Com o Renascimento, surge uma nova conceção da morte, juntamente com a noção de efemeridade da vida (Silva, 2012; p.137-138). Esta conceção, à qual Ariès (2000; p.134) chamou “morte distante e próxima”, desvaloriza o morrer e a influência da biografia neste momento e, simultaneamente, caracteriza-se pelo pensamento premente na morte. Paradoxalmente, e no âmbito de um maior conhecimento científico proveniente do estudo da anatomia no cadáver, que adquiriu particular relevo neste período, surge o medo da morte,

vista agora como algo incontrollável, e para qual não existe lugar na vida (Silva, 2012; p.138-139).

A partir do século XVIII, a morte adquire uma concepção romântica, sendo exaltada e dramatizada (Ariès, 2000; p.135). Porém não é tanto a morte do próprio que preocupa, mas antes a do próximo, a do ser amado. A morte passa, deste modo, a ser percebida como um fenómeno de quebra, mas que pode ser simultaneamente belo e trágico (Barreto, 2009; p.48). O luto adquire uma nova dimensão, deixando de ser uma formalidade para tornar-se na manifestação, por vezes até descontrolada, dos sentimentos pela morte do outro (Silva, 2012; p.139).

Já no século XX, impulsionada pelo grande desenvolvimento técnico e científico, assiste-se a uma mudança no paradigma da morte e do modo de morrer. A morte passa a ser percecionada como um fracasso da ciência e, por conseguinte, do próprio ser humano. É algo vergonhoso, causando repulsa, daí a necessidade de escondê-la e evitar a sua representação mental e social (Barreto, 2009; p.49). Ariès (2000; p.57) chama-a “morte interdita”. Interdita no sentido que, dada a sua inevitabilidade, procura-se torná-la invisível através da sua “deslugarização” (Silva, 2012; p.140-146), quer em termos físicos, quer em termos sociais e até mesmo pessoais. Assim, no mundo ocidental, a maioria dos óbitos deixou de ocorrer no domicílio como antigamente, para passar a ter lugar nos hospitais e casas de saúde. Esconde-se dos moribundos a gravidade do seu estado, de modo a minimizar o incómodo e sofrimento não só ao próprio, como à família. O luto foi banido em alguns meios e medicalizado noutros. Há, assim, uma denegação da morte (Hennezel & Leloup, 1998; p.18), que lhe confere uma falta de sentido e, muitas vezes, suscita mais sofrimento.

A “boa morte” que antigamente era tida como aquela decorrente no lar e junto dos familiares, quer-se agora como uma morte inesperada, rápida e, se possível, inconsciente, de forma a não a incomodar ou a incomodar o mínimo possível aqueles que ficam (Hennezel, 1999; p.13). Morre-se mais tarde, mas não necessariamente de forma melhor. As epidemias que dizimavam populações inteiras cederam lugar a outras, curiosamente designadas por doenças da civilização. A morte não ocorre por velhice mas no contexto de determinadas doenças e pelo falhanço da medicina em combatê-las. Tudo é feito no sentido de protelar/evitar a morte, perdendo-se muitos “nos entretantos” deste momento fundamental da vida.

Citando o prefácio de Luís Campos ao livro *A morte e o morrer em Portugal* (Machado *et al.*, 2011): «(...) a realidade é que se morre cada vez mais velho, mais

*incapacitado e mais só numa cama dum qualquer serviço de Medicina ou na maca de urgência de um qualquer hospital, às vezes ainda sujeito a fúteis manobras de reanimação».*

É no contexto desta evolução da morte e do morrer, aliado a um distanciamento da sociedade face a uma medicina paternalista e autoritária e, que responsabiliza, cada vez mais, o indivíduo pelas decisões referentes à sua saúde, que surge o espaço para a discussão de um tema controverso e fraturante como o da eutanásia e suicídio medicamente assistido.

## **2. A MORTE ASSISTIDA**

Ao longo desta dissertação, recorrer-se-á ao termo “morte assistida” para designar em conjunto eutanásia e suicídio medicamente assistido. De acordo com Battin & Quill (2004; p.1-2) este termo é neutro, designando o ato de antecipar ou abreviar a morte de um doente em grande sofrimento e sem esperança de cura, em resposta a um pedido do próprio, o qual foi efetuado de forma consciente, livre e reiteradamente (Santos, 2009; p.22).

A questão da morte assistida não é uma questão recente. Já no mundo antigo se encontram referências à mesma, quer seja na mitologia com as várias tentativas de morrer de Hércules devido a dores insuportáveis, quer nas referências de filósofos como Platão, Séneca e, mais recentemente, Montaigne e Hume, que perspetivavam o suicídio como a alternativa para aqueles em sofrimento e gravemente doentes (Foley & Hendin, 2002; p.5). Também no século V a.C., Hipócrates fazia referência à morte assistida, defendendo que o clínico dever-se-ia abster de tais atos, jurando preservar a vida acima de tudo (MacLeod *et al*, 2012).

Mais tarde, no século XIII, com a emergência da era judaico-cristã, o suicídio e o suicídio assistido passaram a ser encarados negativamente, constituindo uma ofensa a Deus e ao próprio, não se justificando de forma alguma.

Com a melhoria das condições de vida e o desenvolvimento tecnológico, as doenças infecciosas foram gradualmente controladas, tendo-se verificado um aumento da esperança de vida. Simultaneamente, ocorreu um aumento da incidência e da prevalência das doenças degenerativas, oncológicas e crónicas, o que se traduziu numa necessidade premente de discutir mais aprofundadamente os cuidados em fim de vida, e ressaltou a importância da profissão médica, particularmente no que diz respeito às decisões relacionadas com este momento.

Os primeiros artigos com referências à morte assistida desta nova era da medicina, surgiram nos Estados Unidos e em Inglaterra nas últimas décadas do século XIX (Foley & Hendin, 2002; p.6). Em 1899, um editorial da revista médica *The Lancet* referiu que «a questão de abreviar sem dor a existência de outrem deveria dificilmente ser levada em

*consideração»* (MacLeod *et al*, 2012). Vinte anos depois, outros autores também questionaram a aplicabilidade prática de qualquer lei que permitisse a morte assistida, admitindo, contudo que, na sua existência, a ser realizada deveria sê-lo sobre supervisão médica (MacLeod *et al*, 2012).

A primeira proposta para a legalização da eutanásia foi feita, embora sem sucesso, no estado do Ohio, nos Estados Unidos, em 1905 (Foley & Hendin, 2002; p.6).

Após 1930, assistiu-se a um ressurgimento do movimento a favor da eutanásia, sobretudo em Inglaterra, com a criação de sociedades pró-eutanásia, e a divulgação de casos de doentes que desejavam a morte assistida e de médicos que a haviam praticado de forma encoberta (Foley & Hendin, 2002; p.6).

Este interesse na morte assistida que se verificou no final do século XIX início do século XX, coincidiu com a emergência de um movimento pró-eugenia, estimulado pelos avanços na área da genética e numa interpretação e aplicação errónea do processo de seleção natural descrito por Darwin, na tentativa de aperfeiçoar a raça humana. Este movimento refletiu-se inicialmente na esterilização dos indivíduos considerados menos aptos e, numa fase posterior, na eutanásia de milhares de pessoas aquando da II Guerra Mundial (Foley & Hendin, 2002; p.6-7).

Com o final da II Guerra Mundial, o movimento pró-eutanásia perdeu força, para voltar a ressurgir nas décadas de setenta e oitenta, agora compelido pela compaixão por aqueles em sofrimento (Foley & Hendin, 2002; p.8). Este movimento tem ganho força, sobretudo à custa da legalização da eutanásia e do suicídio assistido em vários países, e ao aperfeiçoamento de técnicas demasiado cruentas e ao encarniçamento terapêutico que permitem a extensão da longevidade até a estados de decrepitude.

Se a morte e o morrer ocorrem ainda dentro da vida, constituindo o seu capítulo final, o que fazer quando nada mais há a fazer?

### **3. DELIMITAÇÃO DE CONCEITOS**

#### **3.1. Eutanásia**

Toda a controvérsia e complexidade em torno deste tema prende-se não só com motivos éticos, morais, sociais e religiosos, mas também com a própria definição da palavra/ato *per se* (Mohammad *et al*, 2014).

O termo eutanásia deriva do léxico grego (*eu* – boa; *thanatus* – morte) e significa literalmente “boa morte”. Numa perspetiva histórica, atribui-se-lhe a origem a Francis Bacon,

no século XVII, aquando da sua utilização, na obra *Historia vitae et mortis*, como o tratamento adequado para as doenças incuráveis (Brito & Rijo, 2000; p.25; Foley & Hendin, 2002; p.5; Silva, 2011; p.15). Outros, atribuem-na a W.E.H. Lecky que, em 1869, a terá utilizado para referir-se à “ação de induzir suave e facilmente a morte”, com o menor nível de sofrimento, em indivíduos com doenças incuráveis e em estágio terminal (Brito & Rijo, 2000; p.26).

Destaque-se a perspetiva histórica de Diego Garcia, citado por Pessini (2004; p.103-109), sobre a evolução da eutanásia e que distingue três fases:

- A eutanásia ritualizada: datada das civilizações greco-romana, e em consonância com a cultura da morte e do morrer da altura, em que a existência de rituais facilita o ultrapassar deste fenómeno do ciclo vital. Neste contexto, o termo era utilizado de acordo com o seu significado etimológico original: “boa morte”. Desta época datam também relatos da prática de eutanásia a crianças com anomalias ou má-formações.
- A eutanásia medicalizada: com início na Grécia, simultaneamente com a medicina, até à II Guerra Mundial. De acordo com Platão, os cuidados médicos deveriam ser dedicados apenas àqueles que, sendo de base saudáveis contraem uma doença aguda, e não àqueles com doenças crónicas e incapazes de desenvolver as suas funções. De igual modo os estóicos, apesar de não recorrerem ao termo “eutanásia”, eram contra o sofrimento excessivo e sem sentido, considerando o suicídio uma alternativa válida e heróica. Já Hipócrates no século V a.C., no seu famoso “Juramento de Hipócrates” defendeu que o clínico deveria abster-se de praticar atos contra a vida humana, a qual deveria ser preservada. Com o nascimento da era judaico-cristã, ocorre uma mudança nos valores sociais, bem como no paradigma da vida e da morte, passando o suicídio a ser moralmente reprovado e surgindo a noção de solidariedade para com os que sofrem. Com o Renascimento, e a utilização do termo “eutanásia” por Francis Bacon, esta adquire o seu atual significado. No entanto, foi com a II Guerra Mundial e as políticas eugénicas nazis que o termo adquiriu a sua conotação mais funesta, com o extermínio primeiro, das crianças e adultos com doenças mentais, e posteriormente, daqueles considerados racialmente ou geneticamente indesejáveis.
- A eutanásia autónoma: refere-se ao panorama atual da eutanásia, centrando-se no direito do indivíduo a decidir sobre a própria morte, ou seja, no princípio da autonomia, e até que ponto este deverá ser respeitado.

Atualmente, podemos encontrar diferentes definições de eutanásia, consoante a fonte utilizada. Porém, no global, verificamos alguma consistência nas mesmas:

- O Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa define-a como: *«teoria segundo a qual é lícito por fim à vida dos doentes incuráveis, sobretudo quando estão em grande sofrimento; prática dessa teoria».*
- O Dicionário Médico da Climepsi refere que a eutanásia é o *«uso de procedimentos que permitem proporcionar, sem sofrimento, a morte a um ser humano que a deseja – ou que se supõe desejá-la – tão doloroso é o seu estado».*
- De acordo com o Relatório da Comissão Europeia sobre os Direitos dos Doentes a eutanásia é *«qualquer morte que não seja inteiramente natural, nem acidental (o que supõe que é uma decisão tomada conscientemente), nem um suicídio (para o qual se requer a intervenção do interessado), nem um assassinio (isto é, portanto, não é a morte contrária à vontade do interessado)».*
- O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida no Parecer *sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final de vida – 11/CNECV/95*, descreve eutanásia como *«a morte deliberada e intencional de uma pessoa, na sequência do pedido consciente desta, por profissional que acolheu o pedido e decidiu dar-lhe execução».*
- Já o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros no Parecer *posição relativamente à eutanásia – CJ-036/2002*, define-a como *«a ação iniciada pelo profissional de saúde que tem como fim pôr termo à vida, a pedido expresso do interessado. Ou seja, o processo de morte é deliberadamente provocado, em virtude de um quadro patológico incurável e em que a pessoa solicita a morte».*
- A Associação Portuguesa de Bioética no Parecer *proposta de um referendo nacional sobre a prática da eutanásia – P/13/APB/08*, utiliza como definição de eutanásia aquela aceite ao nível internacional e que se baseia na perspetiva holandesa: *«morte intencional de um doente, a seu pedido (firme e consistente), através da intervenção direta de um profissional de saúde. Trata-se de um processo voluntário (...), pressupõe a livre expressão da vontade individual ou, por outro lado, a vontade previamente expressa e, (...) apenas se pode referir (...) quando a morte é provocada por um médico ou outro profissional de saúde».*

- A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos define-a como «*ação ou omissão por parte do médico com intenção de, por compaixão, provocar a morte do paciente em sofrimento e a pedido deste*».

De acordo com a situação em que decorre e o seu propósito, podemos diferenciar vários tipos de eutanásia.

A eutanásia penal ou punitiva define as situações em que a morte (geralmente sem qualquer dor ou sofrimento) é utilizada como castigo para crimes específicos considerados graves em países onde a pena de morte não foi abolida (Brito & Rijo, 2000; p.27).

Tendo por referência o consentimento do indivíduo e, de acordo com Emanuel (2015) importa distinguir:

- Eutanásia ativa voluntária: implica a existência de dois pressupostos:
  1. A administração de medicação ou outras intervenções por um médico ou outra pessoa, para intencionalmente causar a morte do paciente;
  2. O pedido explícito do paciente e o seu consentimento informado.
- Eutanásia ativa involuntária: verifica-se o primeiro pressuposto mas, não existe o pedido explícito e/ou o consentimento informado total do paciente, o qual é competente e poderá nunca ter sido inquirido sobre esta prática.
- Eutanásia ativa não voluntária: ocorre quando o médico ou outra pessoa administra medicação, como por exemplo narcóticos, ou outras intervenções, para intencionalmente causar a morte do paciente, o qual é mentalmente incompetente e não pode pedir explicitamente eutanásia.

O mesmo autor faz também referência a duas situações que apesar de conhecidas como tipos de eutanásia, não deverão ser nomeadas como tal, nomeadamente a eutanásia passiva e a eutanásia involuntária. A eutanásia passiva refere-se às situações em que o médico suspende ou não inicia tratamentos médicos que permitirão manter a vida, tal como respiração artificial, administração de vasopressores ou alimentação parentérica, com o consentimento do paciente ou seu representante. A eutanásia involuntária ocorre quando o médico administra narcóticos ou outros fármacos para aliviar a dor ou outros sintomas com a consequência acidental de provocar suficiente depressão respiratória ou outros efeitos que aumentam o risco de morte do paciente.

Rijo & Brito (2000; p.27-29) citam também a distinção de eutanásia consoante o tipo de ação:

- Eutanásia por ação ou positiva: quando existe um ato intencional para induzir a morte isenta de dor e sofrimento do doente. Implica intervenção médica apropriada.
- Eutanásia por omissão ou negativa: quando existe omissão ou interrupção de qualquer tipo de tratamento médico que vise a manutenção da vida do doente, procurando-se desta forma minimizar o sofrimento do mesmo.

Os mesmos autores referem ainda outras distinções no que se refere à eutanásia:

- Eutanásia agónica: quando, num doente terminal, a morte é provocada isenta de sofrimento, misericordiosamente e por formar a colocar um fim no seu sofrimento.
- Eutanásia de duplo efeito: quando a morte sobrevém de forma acelerada e secundariamente à administração de fármacos que visam aliviar a dor do doente.
- Eutanásia direta: quando se pretende que a morte ocorra, no âmbito da administração de fármacos para diminuir a dor.
- Eutanásia indireta: quando a administração de fármacos para minorar o sofrimento leva ao encurtamento da vida do doente.
- Eutanásia lenitiva: aquando da utilização de tratamentos médicos que procuram eliminar o sofrimento do doente, sem encurtamento da vida e visando a conservação da mesma, até que a morte sobrevenha no contexto da doença.
- Eutanásia occisiva: quando o médico recorre a meios específicos para induzir a morte do doente, para terminar o sofrimento do mesmo.
- Eutanásia homicida: espécie de homicídio misericordioso, em que se põe um fim à vida de alguém, para o libertar de uma doença incurável, deformação física ou velhice angustiante.
- Eutanásia eugénica ou de tipo económico ou social: indução da morte, independentemente da vontade do próprio pelo facto do indivíduo ser considerado uma sobrecarga ou nocivo para a sociedade.

Outras distinções podem ainda ser feitas, como aquelas propostas por Ricardo Royo-Villanova em 1928, por Ruy Santos em 1928 ou por Jiménez de Asúa em 1942 (Brito & Rijo, 2000; p.30). Todavia, por razões práticas, nesta dissertação recorrer-se-á apenas àquela de Emanuel (2015), por a considerarmos mais concisa.

### 3.2. Distanásia, obstinação terapêutica e ortotanásia

Eutanásia é um conceito vasto, devendo ser distinguido dos conceitos distanásia e ortotanásia.

A palavra distanásia deriva etimologicamente do grego (*dis* – mal, algo mal feito; *thanatus* – morte) e corresponde no prolongar, o maior tempo possível, do momento da morte, recorrendo para tal a todo o arsenal terapêutico disponível, quer existam ou não critérios de razoabilidade, ainda que não exista qualquer esperança de cura e implique a indução de mais sofrimento ao moribundo, além daquele que já apresenta (Januário & Figueira, 2009; p.61). Ou seja, a distanásia consiste no atrasar o mais possível do momento da morte, a um doente cuja morte é inevitável, recorrendo a todos os meios, mesmo que não sejam proporcionados (Brito & Rijo, 2000; p.33-36). Nesta lógica, podemos afirmar que as situações de distanásia surgiram graças aos avanços científicos e tecnológicos médicos, nomeadamente com o desenvolvimento de novas terapêuticas de reanimação, que possibilitam o prolongamento da vida ao doente moribundo, recorrendo a meios ordinários e extraordinários, numa tentativa, muitas vezes vã, de preservar a vida e atrasar uma morte iminente mas inevitável, a expensas de um maior sofrimento.

Segundo França *et al* (2010), a distanásia afeta a prática diária dos profissionais de saúde, destacando-se entre os motivos apresentados para a sua prática a idade do paciente e a possibilidade de recuperação.

Alguns autores usam os conceitos “obstinação, intensificação ou encarniçamento terapêutico” como sinónimos de distanásia, na medida em que estes remetem para a exponenciação da agonia do moribundo associada ao prolongamento da sua vida, sem quaisquer perspetivas de cura ou melhoria.

De acordo com Urban *et al* (2003), a obstinação terapêutica consiste no «(...) *emprego ou a manutenção de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, sem que exista eficácia comprovada para evolução positiva e melhora das condições dos pacientes, seja em termos de sobrevida ou de qualidade de vida*».

De forma semelhante, Leone (1997), citado por Macedo (2010; p.198), refere-se à obstinação terapêutica como a «*insistência no recurso a defesas médico-cirúrgicas não incidentes em medida significativa sobre o natural e irreversível percurso da doença nem sobre uma melhor qualidade de vida do paciente*».

Todavia, alguns autores diferenciam a distanásia da obstinação terapêutica ou do encarniçamento terapêutico. Januário & Figueira (2009; p.61) distinguem-nas citando que a distanásia traduz uma «(...) *morte em más condições, com dor, incómodos, sofrimento, com*

*um mau tratamento da dor e de outros sintomas, ou a associada à obstinação terapêutica». Para estes autores, a obstinação terapêutica e o encarniçamento terapêutico dizem respeito à «(...) aplicação de tratamentos, os quais, sobretudo num contexto de doença avançada e irreversível, se podem considerar inúteis ou, embora úteis, que sejam desproporcionadamente incómodos para o resultado que deles se espera, o que prefigura a má prática médica e eticamente reprovável».*

Também Abel (2001), citado por Macedo (2010; p.198) diferencia parcialmente distanásia de obstinação terapêutica, definindo a última como o *«prolongamento do processo do ato de morte por meio de tratamentos que apenas têm o objetivo de prolongar a vida biológica do paciente».*

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos também não utiliza os termos distanásia e obstinação/encarniçamento terapêutico como sinónimos, referindo que a distanásia consiste na *«morte em más condições, com dor, incómodos, sofrimento. (...) morte com um mau tratamento da dor e de outros sintomas ou a associada ao encarniçamento terapêutico».*

Porém, e no nosso entender, ambas as situações sobrepõem-se, na medida em que, surgem erradamente como consequência dos avanços obtidos e remetem para a insistência e inutilidade de terapêuticas que não contribuem de forma significativa para a melhoria do estado geral de um doente que irá falecer, independentemente dos procedimentos adotados, acarretando, geralmente, alterações negativas no seu bem-estar. Entre as razões que poderão motivar estas situações, destacam-se a dificuldade em gerir a morte de outra pessoa e o insucesso enquanto profissional de saúde uma vez que a formação médica é baseada numa atitude de “curar” e não de “tratar de”.

A ortotanásia tem origem no léxico grego (*orthos* – certo; *thanatus* – morte) e, segundo Januário & Figueira (2009; p.64) *«(...) traduz-se na atuação correta perante a morte por parte daqueles que assistem alguém, que sofre de uma enfermidade em fase terminal».*

Brito & Rijo (2000; p.36) referem que este termo se aplica *«(...) àquelas situações em que se decide deixar um paciente “morrer em paz”, ou seja, de uma forma realmente humana, cessando o prolongamento artificial daquela vida reduzida já ao seu estado meramente vegetativo e sem qualquer esperança de recuperação».* Assim, o conceito de ortotanásia aplica-se às situações em que o clínico não administra deliberadamente terapêuticas inúteis para prolongar ou manter a vida ao doente moribundo, deixando que a morte sobrevenha naturalmente, sem acelerá-la, mas aliviando os sintomas que causam sofrimento físico e psicológico. A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos utiliza esta

expressão como sinónimo de morte digna, isto é, «*a morte natural, com todos os alívios médicos adequados, através de uma intervenção global no sofrimento humano*».

Neste âmbito, é pertinente referir que a distanásia e a ortotanásia encontram-se em extremos opostos, na medida em que a primeira procura prolongar a sobrevivência do doente moribundo a expensas de um maior sofrimento, enquanto a última consiste na interrupção dos meios ordinários e extraordinários necessários para manter a vida de um doente terminal, num processo equivalente a “deixar o doente morrer em paz”.

### **3.3. Suicídio medicamente assistido**

Ao longo dos tempos, as diferentes civilizações tiveram várias perspetivas sobre o suicídio. Na antiguidade clássica, a civilização grega aceitava-o enquanto os Romanos o puniam. Mais recentemente, a cultura japonesa considerava-o um ato honroso quando praticado na forma de *harakiri*. Também a religião tem forte influência na opinião sobre o suicídio, sendo que as religiões cristã, judaica e protestante reprovam-no, ao contrário das religiões orientais (Brito & Rijo; 2000; p.39).

O suicídio constitui um ato voluntário, por meio do qual o indivíduo induz a sua própria morte intencionalmente. Na perspetiva de Brito & Rijo (2000; p.40), embora não possa ser considerado um ato ilícito, pois não é possível sancionar o seu autor, também não pode ser considerado como o exercício de um direito, não havendo qualquer impedimento legal para alguém impedir um suicídio.

Segundo Emanuel (2015), o suicídio medicamente assistido consiste no fornecimento pelo médico de medicação, informação, uma prescrição ou outras intervenções a um paciente, tendo o conhecimento de que o mesmo pretende cometer suicídio. Logo, ocorre quando um médico ajuda intencionalmente um indivíduo a cometer suicídio, providenciando drogas para auto-administração, a pedido voluntário e competente desse mesmo indivíduo. Deve diferenciar-se da eutanásia na medida em que, o próprio indivíduo, quer por meio de uma ação ou omissão voluntárias, procura terminar com a sua vida, solicitando para tal o auxílio de outra pessoa.

## **4. ARGUMENTOS DO DEBATE DA MORTE ASSISTIDA**

Nos dias de hoje, as escolhas do final de vida, muitas vezes, não são simples. O desenvolvimento técnico e científico conduziu ao surgimento de problemas clínicos e éticos. Deste modo, as mesmas terapêuticas médicas que permitem a um indivíduo sobreviver e

muitos vezes recuperar de uma doença grave, podem também ser utilizadas de forma indiscriminada para prolongar o processo da morte. É neste contexto que surge o debate em torno da morte assistida. Este imergiu na consciência coletiva em meados da década de setenta do século XX e, ao longo dos anos, tem-se desenvolvido graças ao contributo de diferentes perspetivas.

De acordo com o Parecer N.º P/13/APB/08 – *Proposta de um referendo nacional sobre a prática da eutanásia*, da Associação Portuguesa de Bioética, os principais argumentos contra e a favor da prática de eutanásia são, sinteticamente, os seguintes:

- Argumentos Contra:
  - Carácter sagrado da vida humana;
  - Integridade da profissão médica;
  - Abuso potencial (*slippery-slope*).
- Argumentos a Favor:
  - Respeito pela autodeterminação da pessoa;
  - Alívio da dor e do sofrimento (compaixão).

Já Pina (2013; p.399-400), explicita-os mais detalhadamente:

- Argumentos Contra:
  - Os cuidados paliativos, com a utilização de medicamentos sedativos, permitem controlar a dor e o sofrimento;
  - A incurabilidade de uma doença não é condição para realizar a eutanásia, pois a terapêutica está sempre a modificar-se;
  - As súplicas dos doentes muito graves não devem ser compreendidas como um pedido de eutanásia, mas como pedidos angustiados de ajuda e de afeto. Para além dos cuidados médicos, aquilo de que o doente tem necessidade é de amor, de calor humano, que devem dar-lhe todos os que o rodeiam, familiares e pessoal da equipa de saúde;
  - A medicina não é uma ciência exata. Assim a dificuldade no estabelecimento de previsão do tempo de vida que resta ao doente, bem como a existência de um prognóstico incorreto, poderá conduzir à prática de uma morte precoce e sem sentido;
  - A eutanásia poderá ser realizada de uma forma abusiva, podendo conduzir à morte sem o consentimento do doente, o que origina

sentimentos de desconfiança e terror, por o indivíduo temer ser suprimido sem o seu consentimento;

- O juramento de Hipócrates obriga o médico a «*não dar um remédio mortal ou um conselho que leve o doente à sua morte*» e a Declaração de Genebra determina que o médico «*guarde respeito absoluto pela Vida Humana desde a concepção*»;
  - Se o médico não pode curar, também não pode destruir, voltando contra o doente as armas que lhe foram confiadas para utilizar no combate à doença;
  - Nas grandes religiões monoteístas, como a Igreja Cristã, o Judaísmo ou o Islamismo, a vida provém de Deus e só a Ele compete tirá-la, portanto, as pessoas crentes rejeitam a prática da eutanásia;
  - Os herdeiros do doente poderão agir por interesse financeiro, com conseqüente recomendação e invectivação da eutanásia.
- Argumentos a favor:
    - O direito a uma morte digna, expressamente pedida por quem padece de grandes sofrimentos;
    - O direito de cada um poder dispor da sua própria vida, do uso da sua liberdade, da sua autonomia, do seu direito pessoal e da sua autonomia individual;
    - A necessidade de legislar uma situação que existe de facto, mas que se realiza na clandestinidade;
    - O processo que representa suprimir a vida dos deficientes psíquicos ou dos doentes em fase terminal, situações que promovem a desumanização;
    - O risco de crueldade terapêutica inerente ao progresso da medicina, que tem como conseqüência a perda de naturalidade e espontaneidade que a morte tinha num passado ainda não muito longínquo;
    - A manifestação de solidariedade social que significa a eliminação de vidas desprovidas de sentido, que constituem um grande peso para os familiares e para a sociedade;
    - As situações da terceira idade, em que a morte física é precedida por uma não menos grave morte social, pois o número de idosos que vivem sós é cada vez maior e os vínculos familiares são especialmente frágeis.

Seguidamente serão abordados alguns aspetos dos argumentos utilizados na discussão sobre a morte assistida.

#### **4.1.Cuidados Paliativos**

Nas últimas décadas, assistimos a um aumento da esperança média de vida e a um envelhecimento das sociedades. Todavia, este aumento da sobrevida não corresponde necessariamente a uma boa saúde. Em muitos países a proporção de idosos na população está a aumentar, bem como a prevalência de doenças não comunicáveis como as doenças cardiovasculares e oncológicas. Em muitos casos, coexistem várias doenças que tornam o processo de morrer mais desgastante e complexo em termos de tratamento. Esta situação acarreta uma maior sobrecarga para os sistemas de saúde, a maioria dos quais enfrenta sérias dificuldades para se adaptar a um aumento dos custos que um maior número de idosos e doentes crónicos representa. Neste contexto, os Cuidados Paliativos apresentam-se como uma alternativa cada vez mais necessária, sobretudo como forma de promoção de uma morte mais digna.

Os Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, e redefinidos em 2002 (Hermes & Lamarca, 2013), como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.

São cuidados ativos, planeados, estruturados e holísticos realizados por uma equipa multidisciplinar, em internamento ou no domicílio, e que surgem como uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar os doentes com prognóstico limitado, e as respetivas famílias.

Fundamentam-se nos seguintes princípios (Twycross, 2001; p.17):

- Proporcionam alívio da dor e de outros sintomas angustiantes;
- Afirmam a vida e consideram a morte como um processo normal;
- Não pretendem apressar ou adiar a morte;
- Integram os aspetos psicológicos e espirituais da assistência ao doente;
- Oferecem um sistema de apoio para ajudar os doentes a viver tão ativamente quanto possível até à morte;

- Oferecem um sistema de apoio às necessidades do doente e família durante a doença e luto, usando uma abordagem multidisciplinar;
- Melhoram a qualidade de vida podendo, assim, influenciar positivamente o curso da doença;
- São aplicáveis desde o início do curso da doença, em conjunto com outras terapias ditas curativas, fazendo tudo para melhor compreender e gerir as angustiantes complicações clínicas que podem surgir no decurso do tratamento.

Os Cuidados Paliativos afirmam a vida. Encaram a morte como um processo natural, parte do ciclo vital, não procurando acelerá-la, rejeitando tanto a eutanásia como o suicídio medicamente assistido como forma de alívio do sofrimento. Existe, por conseguinte, uma incompatibilidade entre a morte assistida e os cuidados paliativos, tendo por base o princípio da inviolabilidade da vida humana. Nesta perspetiva, todo e qualquer pedido de morte assistida representa um pedido de atenção, e cessará com bons cuidados paliativos. De acordo com Cruz (2004; p.97), os profissionais de saúde que cuidam de doentes terminais referem que, aqueles que pedem para morrer geralmente suspendem os seus pedidos quando o seu sofrimento é adequadamente controlado ou quando sentem que não estão abandonados e que existem outros que se preocupam com eles. Também Oswald (2004; p.141) refere que, um doente conhecedor do seu prognóstico (neste caso de morte) geralmente não solicita explicitamente que o matem ou o ajudem a cometer suicídio e que, quando tal sucede, se estes doentes encontrarem a resposta adequada, os pedidos desaparecem. Adianta ainda que, nestas condições o número de suicídios é inferior ao da população em geral.

Os opositores da morte assistida advogam também que a legalização da mesma colocaria em risco o progresso atingido ao nível dos cuidados paliativos. Nos países que legalizaram a eutanásia ou o suicídio medicamente assistido, os cuidados paliativos apresentam um desenvolvimento inferior, existindo um menor número de camas destinadas aos mesmos, bem como um baixo número de consultores nesta área (Jeffreys, 2009; p.34). Assim, defendem que, uma vez que existe uma área específica de cuidados interventivos perante o sofrimento, a mesma deverá ser desenvolvida. Segundo o relatório do “Economist Intelligence Unit” sobre a qualidade da morte, apenas uma pequena percentagem dos fundos destinados à investigação em saúde são direcionados para a investigação em cuidados paliativos. Também segundo o Observatório Português de Cuidados Paliativos, apenas 17% dos cursos na área da saúde integram uma unidade curricular específica de cuidados paliativos. Isto reflete-se na prevalência de uma cultura que prioriza os tratamentos curativos.

Deste modo, de acordo com um estudo publicado pela entidade supracitada, em Janeiro de 2016, cerca de 51% dos doentes internados nos hospitais serão doentes paliativos, dos quais 16% terão um prognóstico de 15 dias ou menos de vida, estando referenciados para equipas de cuidados paliativos somente 7% dos primeiros e 10% dos últimos.

Os opositores da morte assistida argumentam ainda que, a morte assistida não substitui os cuidados paliativos. É fundamental que se garanta aos doentes que deles necessitam, um acesso total e livre, em tempo útil e a prestação por profissionais com competências técnicas e científicas adequadas a uma atuação perante o sofrimento. Referem também que, a atitude mais proativa é prevenir e aliviar o sofrimento, ao invés de promover a morte assistida do doente, a qual poderá apenas ser motivada por uma situação de desesperança face à falta de alternativas que permitam o controlo do mesmo.

Embora se tenham verificado melhorias ao nível da prestação de cuidados paliativos, mesmo os países mais desenvolvidos manifestam várias dificuldades em providenciar cuidados paliativos adequados a todos os que deles beneficiariam. Como referido anteriormente, a maioria dos países persiste numa cultura médica tendencialmente curativa, investindo no diagnóstico e tratamento de doenças, negligenciando, na maioria das vezes, as necessidades dos doentes e das famílias.

De acordo com o relatório do “Economist Intelligence Unit” que apresenta o ranking de vários países do mundo no que concerne aos cuidados paliativos e à qualidade de morte, e no qual se encontram representados 85% da população adulta mundial, menos de 10% da população que necessita de cuidados paliativos usufrui dos mesmos. O mesmo documento refere que, até nos países com pontuações mais elevadas no referido ranking, nem todas as necessidades dos doentes paliativos são sempre atendidas, havendo muitas vezes lacunas ao nível do controlo sintomático, da comunicação e planeamento e no diagnóstico e referência para tratamento. Ainda de acordo com a mesma fonte, em Portugal estima-se que apenas 2,9% daqueles que morrem anualmente beneficiem de cuidados paliativos. Também de acordo com o Observatório Português de Cuidados Paliativos, existirão em Portugal entre 72000 a 86000 doentes a necessitarem de cuidados paliativos.

Em contrapartida, os defensores da legalização da morte assistida argumentam que tem havido um maior interesse e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos desde a legalização da mesma, apresentando a Holanda e o estado do Oregon nos Estados Unidos da América como exemplo. Porém, apesar de se verificarem melhorias nestes países nesta área, os doentes continuam a não dispor de acesso ao tipo de cuidados especializados existentes noutros países (Jeffreys, 2009; p.45).

Noutra perspetiva, a morte assistida e os cuidados paliativos são compatíveis. Assim, de acordo com Quill & Battin (2004; p.327), todos os doentes terminais deveriam usufruir de cuidados paliativos de excelência. Porém, em certas situações, mesmo com cuidados paliativos otimizados, a doença e o processo de morrer continuam a representar tanto sofrimento que a vida é reduzida a uma sobrevivência sem sentido (Pessini, 2004; p120). Assim, e com base no princípio da compaixão, o acesso à morte assistida deverá constituir um último recurso para aqueles em que o sofrimento se torna intolerável apesar de beneficiarem de cuidados paliativos.

#### **4.2. O princípio do duplo efeito**

O princípio do duplo efeito é um princípio ético generalizado, aplicado à prática da medicina e que se traduz no facto de todos os tratamentos resultarem e possuírem um risco inerente (Januário & Figueira, 2009; p.191). Fundamenta-se em quatro condições essenciais (Beauchamp & Childress, 2001; cit. por Nunes & Rego, 2010):

- A ação em si mesma, tem de ser boa, ou pelo menos neutra;
- O mal não pode ser pretendido;
- A boa consequência não pode ser obtida através da má;
- Tem de haver proporcionalidade entre o bem atingido e o mal efectuado.

Parte da controvérsia inerente ao princípio do duplo efeito prende-se com o mito, quer ao nível da população no geral, quer entre alguns profissionais de saúde, que a administração de morfina ou de outros opióides, prática muito utilizada no âmbito dos cuidados paliativos, pode abreviar a vida. De facto, estes fármacos podem provocar depressão respiratória, alterações de consciência, entre outros (Pessini, 2004; p.171).

Aqueles a favor da legalização da morte assistida recorrem muitas vezes a esta premissa, argumentando que os médicos já praticam, assim, uma forma de eutanásia. Não obstante, a utilização de morfina e outros fármacos no alívio da sintomatologia do doente terminal, desde que realizada corretamente, não diminui a sobrevida (Jeffreys, 2009; p.29-30). Justifica-se, por conseguinte, o seu uso na medida em que os benefícios passíveis de alcançar são superiores aos riscos dos efeitos secundários (Januário & Figueira, 2009; p.191). Porém, o objetivo do recurso a estes fármacos não deverá ser a morte do doente, mas sim o alívio do sofrimento.

O mesmo se aplica à sedação paliativa até à inconsciência em doentes terminais. Está prática é comum nos países desenvolvidos e geralmente considerada como estando de acordo

com a integridade exigida da profissão médica, prevenindo, deste modo, o potencial abuso na sua utilização (*slippery-slope*). Uma vez mais, este procedimento visa o alívio da dor e do sofrimento, o que é adequado aos valores sociais dominantes, não sendo a morte desejada intencionalmente e, caso esta sobrevenha, consiste num efeito subsidiário (Nunes & Rego, 2010).

### **4.3. O princípio da autonomia**

O princípio da Autonomia assenta no pressuposto da dignidade humana e de que todos os seres humanos, ao nascerem, adquirem direitos dos quais deverão usufruir enquanto indivíduos (Serrão & Nunes, 1998; p.15). Segundo Beauchamp e Childress, citados por Macedo (2010; p.200) a autonomia pessoal consiste na “*regulação pessoal do próprio, livre, sem interferências externas e sem limitações pessoais*”.

Neves (1996, p.30) defende que: «o princípio da autonomia afirma a capacidade que a pessoa tem de se auto determinar e exige a regra da veracidade como condição mínima para a sua aplicabilidade (...) envolve dois aspectos complementares entre si: por um lado, o reconhecimento da capacidade comum a todas as pessoas de tomar as suas próprias decisões baseadas nos seus valores pessoais e crenças; por outro, a promoção efectiva das condições que favorecem o exercício da autonomia”.

Aqueles a favor da morte assistida, tendencialmente defendem a necessidade de respeitar a liberdade, autodeterminação ou autonomia das pessoas doentes. Santos (2010; p.172) refere que quando se trata da morte assistida, não estamos perante uma escolha entre a vida e a morte, mas sim de uma escolha entre duas formas de morrer, uma mais rápida e outra mais lenta.

Se um indivíduo tem o direito de determinar o curso da sua vida, também deverá ter o direito de determinar, na medida do possível, a forma como decorre a sua morte, ou seja, se um doente terminal procura ajuda, de forma consciente e livre, junto de um médico para morrer, deverá ser permitido ao médico ajudá-lo (Battin, 2005; p. 20).

No contexto dos cuidados em fim de vida, respeitar a autonomia do doente moribundo representa honrar o máximo possível as suas escolhas. De acordo com Preston *et al.*(2004; p.41), quanto mais importantes forem estas escolhas, maior deverá ser a razão para respeitá-las. Assim, a decisão de um doente terminal de abreviar a sua vida é extremamente importante e envolve os seus valores mais significativos. Como tal, existe um razão moral extraordinariamente forte para não restringir tal decisão. Esta razão torna-se ainda mais forte

quando existem condições que assegurem que a decisão foi tomada de forma autónoma e consciente, e sem qualquer coerção. De acordo com Neves (1996; p.30): «o desrespeito pela autonomia da pessoa implica a sua desconsideração como sujeito e fim em si mesmo e a sua perspetivação como simples meio, susceptível de objetivação».

Todavia, o conceito de autonomia é mais complexo do que o acima enunciado, pois engloba não só uma escolha pessoal mas também a influência que a mesma tem sobre os outros e as influências que sofre por parte dos outros (Jeffrey, 2009; p.40). Battin (2005; p.20) refere que uma escolha verdadeiramente autónoma raramente é possível, em especial para alguém que está a morrer. Não só porque existem influências sociais, mas também porque poderão existir outros fatores concorrentes, nomeadamente patologia psiquiátrica. Assim, o pedido de ajuda para morrer muitas vezes é motivado por um quadro depressivo ou consiste apenas num pedido de ajuda e de afeto. (Pina, 2013; p.399). Noutras situações, o pedido de ajuda para morrer poderá ser motivado pelo facto do doente se sentir “um fardo” para os seus familiares.

De acordo com Pestinger *et al* (2015), a expressão do desejo de acelerar a morte poderá ser um mecanismo extremo para lidar com a morte e agonia iminente, sendo que os doentes esperam dos profissionais de saúde uma escuta atenta e respeito pelo momento em que se encontram. Neste contexto, os mesmos autores apresentam como eventuais motivos para um pedido deste tipo os seguintes:

- Imagens antecipatórias de agonia e sofrimento no processo de morrer ocorrem frequentemente e são percebidas pelo doente como intrusivas;
- Os doentes que expressam um desejo de acelerar a morte necessitam de mais informação sobre o processo de morrer;
- Ao ponderar a esperança de vida e antecipar a agonia, a percepção do tempo é um factor gerador de stress;
- Os doentes pretendiam que os seus cuidadores ouvissem e respeitassem o seu desejo de acelerar a morte e não esperavam que os mesmos os acatassem como um pedido real de acelerar a morte.

Importa ainda referir que, apesar do carácter absoluto do direito de autonomia, a legislação considera-o subalterno relativamente ao direito à vida, sendo que estão proibidos atos de disposição sobre o próprio corpo quando ocasionem uma diminuição permanente da integridade física ou quando sejam de outra forma contrários à lei ou aos bons costumes, ou seja, a vida é indisponível e a integridade física apenas é disponível dentro de certos limites

(Neto, 2010; p.113). Logo, apesar de se considerar a autonomia como um valor básico, existem outros valores igualmente significativos e, como tal, a vida humana tem um valor que não pode ser reduzido à tomada de decisão autónoma de uma pessoa individual. Mais, o ser humano é confrontado múltiplas vezes com condições aquém do seu controlo, não porque a autonomia seja insuficiente mas por estar limitada por condições heterogéneas que se encontram fora da área de controlo do indivíduo (Have, 2009; p.327).

Segundo Deodato (2006), se se considerar a defesa da vida como um valor menor que a autonomia, podemos concluir que a vida é um bem disponível, na medida em que a liberdade, ao ser considerada um bem supremo, permite a realização de atos que coloquem um fim à própria vida. Assim, “é a liberdade que é condição suficiente para que o homem exista como homem, sendo a vida apenas a condição necessária”. Ainda de acordo com o mesmo autor, é estando vivo que um indivíduo é titular de direitos e pode exercê-los, não podendo como tal existir um direito que elimine todos os outros, porque extingue a vida.

Ainda no contexto do direito à autonomia, importa referir que se se aceitar que o ser humano pode dispor da própria vida, podendo terminá-la, coloca-se uma nova questão. Será lícito uma terceira pessoa ajudá-lo nesse ato? Battin (2005; p.20) defende que, uma pessoa não pode impor a outra a obrigação de fazer o que é moralmente errado, mesmo que a sua escolha tenha sido feita de forma livre e racional. Nesta lógica, um médico não poderá ser obrigado a ajudar alguém a morrer se tal é considerado errado. Já Have (2009; p.327) defende que se a justificação para terminar a vida de uma pessoa for o princípio da autonomia, é lícito que o médico se limite à prescrição dos fármacos necessários para que o doente termine com a própria vida, de modo a que a responsabilidade final da morte recaia sobre o próprio doente.

#### **4.4. Legislar uma realidade que existe**

Para os defensores da morte assistida, a prática da eutanásia e do suicídio assistido é uma realidade, importando legalizá-la, pois só assim será possível realizá-lo com honestidade e transparência (Emanuel, 2015). Nesta ordem, embora constitua crime segundo a ordem jurídica portuguesa, de acordo com um estudo efetuado pelo Associação de Defesa do Consumidor (DECO), em Portugal, entre Outubro de 2005 e Janeiro de 2006, e que envolveu 4433 indivíduos, dos quais 1158 médicos e 2570 enfermeiros, 4,5% dos doentes solicitou eutanásia ou suicídio assistido, sendo que em 0,9% dos casos, este pedido foi atendido. Gonçalves (2006; p.203), no estudo aplicado a oncologistas portugueses refere que 21% dos

inquiridos receberam pedidos de eutanásia e 3,5% receberam pedidos de suicídio assistido, sendo que um médico afirmou ter praticado eutanásia.

Martins (2006) refere que a aceitação da eutanásia voluntária aumentaria o número de pedidos e poderia conduzir à também aceitação da eutanásia não voluntária, sobretudo dos indivíduos inválidos, ou com deficiências ou doenças incuráveis. Brito & Rijo (2000; p.130) defendem que, se generalizada, a eutanásia poderia levar ao encobrimento de verdadeiros homicídios, podendo surgir casos em que os médicos atestassem um quadro dramático com intenções secundárias a pedido de terceiros, ou, *in extremis*, adquirir características eugénicas. Qualquer um dos argumentos enunciados enquadra-se no âmbito da tese *slippery slope* ou *vertente escorregadia*, que defende que a despenalização da eutanásia poderia levar ao aparecimento de abusos, passando-se de um modo “escorregadio” da eutanásia voluntária, para a não voluntária ou mesmo a involuntária (Santos, 2010; p.173).

Na Holanda, a prática da eutanásia e do suicídio assistido foi despenalizada em 1 de Abril de 2002 mas começou a ser aceite em 1981, muito antes de haver legislação sobre a mesma. Esta prática tem sido acompanhada por estudos regulares, sendo de salientar que a percentagem de casos notificados ou declarados pelos médicos aumentou de 18% em 1990 para 80,2% em 2005. Em 2005, 1,7% de todas as mortes ocorridas na Holanda resultaram da prática de eutanásia, valor inferior àquele referente ao ano de 2001, em que o valor reportado foi de 2,6%. Da totalidade das mortes ocorridas em 2005, 0,4% ocorreram sem o pedido explícito do doente (van der Heide *et al.*, 2007). Januário & Figueira (2009; p.202-203) descrevem que esta experiência de legalização da eutanásia é discutível, pois com a maior aceitação desta prática entre os holandeses, aumentou também o número daqueles que defendem que deveria ser negado o tratamento médico a indivíduos com deficiências graves, idosos e certos indigentes. Todavia, Battin *et al.*, citados por Nunes (2008) referem que não ocorreu um agravamento do risco da prática de eutanásia voluntária em grupos vulneráveis comparativamente com a população no geral, apesar de não ser possível determinar se o mesmo sucedeu com os doentes incompetentes.

#### **4.5. Matar e deixar morrer**

Para os defensores da morte assistida, não existe diferença entre a morte assistida e a suspensão e/ou abstenção de terapêuticas de suporte, as quais se reconhecem como eticamente justificáveis (Jeffrey, 2009; p.42; Emanuel, 2015). Ambos os casos traduzem-se na morte do doente e supõe-se que exista o consentimento do mesmo. De igual modo, em ambas as situações é expectável pela parte do médico que o doente morra, agindo com essa intenção. Se

não existe diferença no resultado final, no consentimento do doente e na intenção do médico em qualquer uma das situações, também não deverá haver diferença na justificação ética (Emanuel, 2015).

Porém, poderá contra argumentar-se que, na morte assistida existe “intenção”, e a morte sobrevém por administração de uma substância letal. Já na suspensão ou omissão de medidas de suporte, a morte é secundária à evolução da doença, não existindo a intenção de provocar a morte do doente, mas apenas a de evitar mais sofrimento (Jeffrey, 2009; p.42), sendo que, em determinadas situações, os doentes poderão inclusivamente sobreviver mesmo sem estas terapêuticas. Trata-se, portanto, de adequar o esforço terapêutico, às necessidades reais do doente, sendo que de acordo com Nunes (2008a), não existirão diferenças significativas, do ponto de vista ético, entre suspender ou não iniciar um certo tipo de terapêutica.

#### **4.6. O princípio da beneficência**

O princípio da beneficência constituiu, durante vários séculos, um dos pilares do exercício da medicina. Citando Pina (2013, p.12): «obriga o profissional de saúde a utilizar todos os meios para melhorar a saúde do seu doente, da forma mais adequada». Ou seja, de acordo com o princípio da beneficência, o médico deverá ponderar os benefícios e riscos das terapêuticas a instituir aos seus doentes, sempre no melhor interesse dos mesmos. Esta tarefa não é simples na medida em que depende dos valores e interesses das pessoas implicadas, da hierarquização dos valores implicados e sua avaliação, e na ponderação das consequências individuais e sociais.

Atualmente, e na perspectiva dos defensores da morte assistida, nalgumas situações o estar vivo implica maior sofrimento e dor do que a própria morte, sendo que o colocar um fim a este sofrimento seria fazer um bem maior àquela pessoa. Mais ainda, só o saber que podem optar pela eutanásia ou o suicídio assistido, possibilita alguma segurança psicológica, o que por si só já se mostra benéfico (Emanuel, 2015). Assim, à luz do princípio da beneficência, aos profissionais de saúde impõe-se a obrigação de aliviar o sofrimento daqueles que dele padecem, constituindo-se a morte assistida como uma opção válida para estas situações.

Contudo, segundo Keown (2009; p.193) o princípio da beneficência deve ser sempre perspectivado em conjunto com os outros princípios éticos. Neste contexto, terminar com a vida de outrem não o beneficiará uma vez que, esse indivíduo não estará vivo para gozar o suposto benefício da ação, como também será privado do seu direito à vida. Adicionalmente,

muitos doentes terminais não beneficiam de cuidados de fim de vida adequados, o que se traduz num sofrimento desnecessário.

Presentemente, a medicina dispõe de todos os recursos terapêuticos necessários para permitir uma morte sem sofrimento. Apesar da utilização de determinados fármacos para alívio do sofrimento poder conduzir a uma diminuição da sobrevida do doente, tal não é perspetivado como eutanásia, uma vez que o seu único objetivo é o alívio do sofrimento de modo a que a morte decorra condignamente. A morte poderá ocorrer mais rapidamente mas apenas como efeito subsidiário. Tal é defendido pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV, 1995) no *Parecer sobre eutanásia* em que se encontra enunciado que «*é ética a aplicação de medicamentos destinados a aliviar a dor do paciente, ainda que possam ter, como efeito secundário, a redução do tempo previsível de vida*». Segundo Emanuel (2015), o número de doentes que mesmo com cuidados em fim de vida otimizados continuam a viver em sofrimento é reduzido, não se justificando a utilização destes casos como motivo para a legalização da morte assistida. Também Gonçalves (2006; p.120) defende, como alternativa à morte assistida, a instituição da sedação paliativa, para os casos mais difíceis, conforme já previamente referido.

#### **4.7. A incerteza da medicina**

A medicina não é uma ciência exacta. Existe sempre algum grau de incerteza ou imprecisão relativamente a determinados diagnósticos e prognósticos, o que poderá traduzir-se numa morte precoce e desnecessária, caso se opte pela via da morte assistida (Cruz, 2004; p.97; Pina, 2013; p.399). Adicionalmente, incurabilidade de uma doença não deverá constituir motivo para realizar eutanásia, pois a terapêutica está sempre a alterar-se (Pina, 2013; p.399). Assim, graças ao desenvolvimento científico e tecnológico, atualmente assistimos à sobrevivência de indivíduos com patologias que noutras épocas nem teriam nascido.

#### **4.8. O papel do médico**

Já desde a antiguidade que se espera do médico uma prática profissional digna, adequada e diligente, procurando lutar contra a doença e retardar durante o máximo de tempo possível a morte. Tal encontra-se bem frisado no Juramento de Hipócrates: «*(...) applicarei os medicamentos para bem dos doentes segundo o meu saber e nunca para seu mal. Não darei um remédio mortal ou um conselho que o leva à sua morte.*» (Pina, 2003; p.5), do qual também se deduz que, proceder de um modo que não respeite o carácter sagrado da vida e a

dignidade do ser humano será trair o sentido da profissão médica (Januário & Figueira, 2009; p. 89).

O objetivo principal dos cuidados médicos é, de acordo com o artigo 31º do Código Deontológico (CD) «promover ou restituir a saúde, conservar a vida e a sua qualidade, suavizar os sofrimentos, nomeadamente nos doentes sem esperança de cura ou em fase terminal, no pleno respeito pela dignidade do ser humano» (Alexandre, 2009; p.107).

A um nível global, a maioria da classe médica partilha de uma visão anti eutanásia na medida em que a mesma, no sentido que geralmente lhe é atribuído, representa um crime, punido juridicamente e reprovado moralmente (Januário & Figueira, 2009; p.89). Todavia, embora a manutenção da vida e o respeito pelo ser humano constituam um dever para a classe médica, a decisão de não iniciar ou interromper uma terapêutica médica inútil ou inadequada, permitindo que a doença siga o seu curso habitual e a morte sobrevenha, pode ser considerada uma boa prática médica (Serrão, 1998; p.89). Ressalta assim a importância de que o principal objetivo do médico deverá ser o de não prejudicar o doente (*primum non nocere*), quer tal seja obtido através do restabelecimento da saúde, ou meramente do alívio do sofrimento (Cruz, 2004; p.96).

O acima enunciado é fundamentado na *Declaração sobre o doente terminal*, adoptada pela 35ª Assembleia da Associação Mundial de Medicina, em 1983 em Veneza, referida por Pina (2013; p393-394) e do qual se extrai o seguinte:

1. *O dever do médico é curar, quando for possível, aliviar o sofrimento e agir na proteção dos melhores interesses do seu doente.*
2. *Não fará excepção alguma a este princípio ainda que seja caso de malformação ou doença incurável.*
3. *Este princípio não exclui a aplicação das seguintes regras:*
  - i. *O tratamento pode aliviar o sofrimento de um doente com doença terminal suspendendo o tratamento curativo com o consentimento da doente ou da família imediata em caso de estar impossibilitado de se expressar. A suspensão do tratamento não desobriga o médico da sua função de assistir o doente agonizante e dar-lhe os medicamentos necessários para mitigar a fase final da sua doença;*
  - ii. *O médico deve abster-se de empregar qualquer meio extraordinário que não traga benefícios para o doente.*

Também o Código Deontológico ressalva os mesmos princípios, como se descreverá seguidamente.

O artigo 57º refere que: “o médico deve respeitar a dignidade do doente no momento do fim da vida”. Refere ainda que “ao médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia”.

Segundo o artigo 47º, o médico deve «(...) guardar respeito pela vida humana desde o seu início», constituindo «(...) falha deontológica grave, quer a prática do aborto, quer a prática da eutanásia». Não obstante, o artigo 49º refere que «em caso de doença comportando prognóstico seguramente infausto a muito curto prazo, deve o médico evitar obstinação terapêutica sem esperança, podendo limitar a sua intervenção à assistência moral ao doente e à prescrição ao mesmo de tratamento capaz de o poupar a sofrimento inútil, no respeito do seu direito a uma morte digna e conforme à sua condição de ser humano».

Já o artigo 59º, sobre a morte, enuncia que:

1. “O uso de meios de suporte artificial de funções vitais deve ser interrompido após o diagnóstico de morte do tronco cerebral, com exceção das situações em que se procederá à colheita de órgãos para transplante.
2. Este diagnóstico e correspondente declaração devem ser verificados, processados e assumidos de acordo com os critérios definidos pela Ordem.
3. O uso de meios extraordinários de manutenção de vida deve ser interrompido nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente.
4. O uso de meios extraordinários de manutenção de vida não deve ser iniciado ou continuado contra a vontade do doente.
5. Não se consideram meios extraordinários de manutenção de vida, mesmo administrados por via artificial, a hidratação e a alimentação; nem a administração por meios simples de pequenos débitos de oxigénio suplementar.”

Fica assim patente que, apesar de ser dever do médico preservar a vida humana, deve também abster-se de praticar procedimentos terapêuticos quando não existe esperança, para que o doente possa morrer condignamente (Pina, 2003; p.182). Porém, este direito do doente a viver a própria morte de forma digna distancia-se da prática da eutanásia, uma vez que esta, segundo Pina (2003; p.182) consiste numa sofisticação de homicídio.

De um modo geral, a profissão médica recusa o argumento de que a sua obrigação de providenciar aos doentes o alívio do sofrimento inclua a morte assistida, uma vez que a mesma vai contra os princípios fundamentais da sua profissão.

Adicionalmente, o médico deve ter um papel bem esclarecido para que os doentes e as suas famílias possam delegar-lhes a sua saúde com confiança. Neste contexto, a participação dos médicos na morte assistida iria ter repercussões na relação médico-doente. Por um lado, os doentes poderiam ter dificuldade em confiar no médico se este detivesse o poder de lhes provocar a morte. Por outro, e citando Gonçalves (2006; p.127): «os médicos podem não ser neutros em relação à questão do desejo de morrer que os doentes possam ter». Deste modo, a incapacidade dos médicos em curar determinadas doenças poderia traduzir-se na sua aceitação ou mesmo sugestão da morte assistida como alternativa a esta incapacidade (Januário & Figueira, 2009; p.194).

## **5. A REALIDADE NOS PAÍSES QUE DESPENALIZARAM A MORTE ASSISTIDA**

Atualmente, o direito a morrer é uma realidade em alguns países, constituindo, também matéria de um intenso debate noutros países. Seguidamente iremos abordar de forma sucinta a realidade de alguns países.

### **5.1. Bélgica**

A Bélgica foi o segundo país do mundo a legalizar a eutanásia voluntária em determinadas circunstâncias (Samanta, 2015).

Após vários estudos terem demonstrado a elevada frequência de casos de eutanásia e suicídio assistido, o Senado belga aprovou a *Lei relativa à eutanásia* em 2001, a qual foi posteriormente ratificada em 2002, altura em que entrou em vigência (Pina, 2013; p.404-406; Emanuel, 2015). De acordo com esta lei, a eutanásia é «o ato, praticado por um terceiro, que põe intencionalmente fim à vida de uma pessoa a pedido desta», sendo que «o paciente encontra-se numa situação médica sem saída e dá mostras de um sofrimento físico ou psíquico constante e insuportável que não pode ser apaziguado e que resulta de uma afecção acidental ou patológica grave e incurável» (Santos, 2009; p.165). Esta lei concede aos doentes o direito de pedirem ajuda médica para morrer. Porém não lhes garante o direito à eutanásia, tendo os médicos o direito de serem objetores de consciência com base em crenças morais e religiosas (Samanta, 2015).

Foi também criada uma comissão de avaliação e controlo da eutanásia (*Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie*), constituída por 16 membros e que emite relatórios sobre esta prática bienalmente.

Embora não seja feita referência direta ao suicídio assistido nesta lei, uma vez que não se impõe o modo como a eutanásia deverá ser realizada, torna-se assim, do ponto de vista prático, legal o suicídio assistido.

Os requisitos para a realização da morte assistida variam consoante as situações clínicas, mas estão sempre condicionados à intervenção de um médico e a que exista um pedido consciente e voluntário por parte do doente, subsequente a sofrimento insuportável e sem perspectivas de melhoria. Estas condições têm de ser reiteradas por um segundo médico independente. No caso dos pacientes cuja morte não se espera para um futuro próximo são necessárias consultas com dois médicos independentes diferentes e deverá decorrer um período mínimo de um mês entre o pedido de eutanásia e a realização da mesma.

De acordo com o sexto relatório da supracitada comissão, em 2012-2013 foram declarados 3239 casos de morte assistida, dos quais 73% corresponderam a doentes oncológicos. Este valor foi muito superior àquele verificado em 2002-2003, altura em que a lei entrou em vigor, tendo sido reportados 259 casos, dos quais 82,5% corresponderam a doentes oncológicos (Santos, 2009; p.168).

Até recentemente, esta lei abrangia adultos e crianças com idade superior a 15 anos, desde que judicialmente emancipadas. Não obstante, em 2014, esta lei foi alargada, abrangendo também as crianças com idade inferior a 15 anos. Assim, qualquer criança pode requisitar eutanásia desde que se comprove que compreende as consequências da sua decisão, sendo que tal necessita de ser certificado por um pedopsiquiatra ou psicólogo. É também imperativo que a criança padeça de uma doença terminal que lhe condicione sofrimento físico insuportável e que não possa ser aliviado de outra forma e que a sua decisão seja suportada por um dos pais ou tutor legal.

## **5.2.Holanda**

A morte assistida foi permitida na Holanda durante várias décadas, mesmo antes da sua legalização, graças a um entendimento entre o governo holandês e a associação médica holandesa. Segundo Santos (2009; p.38), a Real Associação Médica Holandesa foi a primeira e, aparentemente a única, associação médica no mundo a apoiar desde o início a terminação voluntária da vida.

Em Abril de 2002 entrou em vigor a *Lei sobre a cessação da vida a pedido e o suicídio assistido* e que permite aos médicos participar deste tipo de atos sem serem punidos, desde que cumpram certos requisitos. Assim, a eutanásia na Holanda é definida como a

«morte que resulta de medicação que é administrada por um(a) médico(a) com a intervenção explícita de antecipar a morte, a pedido explícito do(a) paciente» (van der Heide *et al*, 2007; cit. por Santos, 2009; p.43). Já o suicídio assistido consiste em providenciar os meios para que a pessoa se possa suicidar, sendo necessário que o médico esteja sempre presente.

Entre os requisitos necessários à prática da morte assistida destacam-se o facto de o médico ter que possuir a convicção de que o pedido do doente foi voluntário e bem avaliado e de que o sofrimento do mesmo é intolerável e sem perspectiva de alívio. O doente deve ser informado da sua situação e prognóstico e, em conjunto com o médico, concluir que não existe outra alternativa razoável para o seu sofrimento. Pelo menos um médico independente deverá ser consultado, o qual deverá dar um parecer por escrito (Pina, 2013; p. 404).

A prática da morte assistida na Holanda tem sido acompanhada através da realização de estudos. Segundo Heide *et al* (2007), em 2005, do total de mortes ocorridas na Holanda, 1,7% resultaram de eutanásia e 0,1% de suicídio assistido, valores significativamente inferiores aos de 2001, em que o número de mortes por eutanásia e suicídio assistido correspondem a 2,6% e 0,2% do total, respectivamente.

De acordo com os dados mais recentes das comissões regionais de eutanásia (disponível em: <http://www.euthanasiecommissie.nl/>), em 2015, o número de mortes por eutanásia correspondeu a 3,8% do total das mortes ocorridas na Holanda, totalizando 5306 casos. Destes, 73% dos casos corresponderam a doentes oncológicos.

### **5.3. Luxemburgo**

Em 2009, foi publicada no Luxemburgo a *Lei sobre a eutanásia e o suicídio assistido* que legaliza estes atos em determinadas situações. Esta lei declara que, o médico que praticar eutanásia ou suicídio assistido não será punido legalmente, desde que consulte previamente outro colega que confirme que o doente padece de uma doença terminal, se encontra numa condição grave e incurável, e pediu repetidamente para morrer (Emanuel, 2015).

De acordo com a comissão responsável pelo controlo e avaliação da lei da eutanásia e do suicídio assistido, desde a entrada em vigor da legislação até ao final de 2010, foram declarados 5 casos de morte assistida. Este valor aumentou para 14 entre 2011-2012 e para 15 entre 2013-2014.

## 5.4.Suíça

A Suíça não permite a eutanásia, apenas o suicídio assistido, o qual se encontra legalizado desde Fevereiro de 1982 (Pina, 2013; p.409-410). Porém, já em 1918, um texto do governo federal fazia referência à punição da ajuda ao suicídio, apenas quando incitada por motivos egoístas. Neste país, a ajuda ao suicídio é praticada por organizações que defendem o chamado *direito a morrer com dignidade*, embora um médico possa estar presente desde que na condição de cidadão (Santos, 2009; p.72). As primeiras organizações deste tipo foram fundadas na Suíça há cerca de 30 anos, no contexto legal do artigo 115º do Código Penal, o qual não proíbe o suicídio assistido na ausência de motivos egoístas.

Perante a ausência de regulamentação no Código Penal suíço, a Comissão Nacional de Ética para a Medicina Humana emitiu sete recomendações para a gestão do suicídio assistido, e que se encontram enunciadas abaixo:

- A morte do doente só é permitida se este for competente;
- A morte do doente deve ser autorizada numa doença grave com sofrimento intenso;
- A morte não é permitida a um doente mental, com terapêutica curativa;
- A morte do doente só é permitida se a vontade em pôr fim à vida for persistente e consistente e não resultante de um ato impulsivo;
- A morte do doente não pode ser influenciada por pressões externas;
- A morte do doente só pode ser consentida depois de terem sido exploradas todas as alternativas, mantendo o respeito pelas convicções pessoais;
- A morte do doente só é permitida depois de serem dados todos os esclarecimentos, feitos preferencialmente, com vários contactos pessoais;
- A morte do doente deve obrigar a uma segunda opinião que seja conclusiva quanto à legitimidade do pedido.

De acordo com os últimos dados disponibilizados pelo Gabinete Federal de Estatística Suíço (Bunker, 2012), e referentes à primeira década do século XXI, anualmente terão ocorrido cerca de 300 mortes por suicídio assistido, entre os residentes deste país. Este valor aumentou gradualmente, sendo que 90% dos casos corresponderam a indivíduos com idade igual ou superior a 55 anos. Os doentes oncológicos representaram 44% dos casos. Já segundo os dados disponibilizados pela organização *Dignitas* ([www.dignitas.ch](http://www.dignitas.ch)), em 2015 ocorreram 222 suicídios assistidos.

## **5.5. Alemanha**

Na Alemanha o suicídio assistido é legal, desde 2015, para adultos competentes. Contudo, a *German Medical Association* proíbe os médicos de assistirem nesta prática argumentando que o seu dever é “salvar” o doente. Esta prática apenas é permitida se realizada numa base altruística, sendo proibida num contexto de negócio lucrativo.

## **5.6. Canadá**

Em Fevereiro de 2015, o Tribunal Supremo do Canadá levantou a proibição contra o suicídio assistido, determinando que a criminalização deste ato violava a Constituição Canadiana, na medida em que nega ao indivíduo a garantia constitucional de liberdade e segurança. Consequentemente, o suicídio assistido foi legalizado, desde que seja pedido de forma voluntária por um adulto mentalmente competente, com uma doença terminal e em sofrimento insuportável. A província do Quebec legalizou o suicídio assistido e a eutanásia em Abril de 2014 (Emanuel, 2015).

## **5.7. Estados Unidos da América**

A eutanásia não é permitida nos Estados Unidos da América (EUA), sendo que, em Junho de 1997, o Supremo Tribunal determinou que não existia um direito constitucional à eutanásia e ao suicídio assistido. Todavia, deixou em aberto a possibilidade dos diferentes estados legalizarem estas práticas.

Em Novembro de 1994, o estado de Oregon aprovou a Lei da Morte com Dignidade de Oregon, que permite o suicídio assistido, e que entrou em vigência em 1997 (Emanuel, 2015). Posteriormente os estados de Washington em 2008, de Vermont em 2013 e da Califórnia em 2015 também legalizaram o suicídio assistido. No geral, nestes estados, a lei permite que o médico prescreva uma droga letal a um doente terminal, definido como alguém cuja esperança de vida em virtude de doença é inferior a 6 meses, e que o tenha pedido. O médico deve aconselhar o doente relativamente a outras opções, incluindo cuidados paliativos e internamento em unidades especializadas e assegurar que o mesmo está ciente da sua decisão, a qual é feita de livre vontade. No estado do Montana, apesar de não haver legislação específica, o Supremo Tribunal esclareceu que os médicos não seriam punidos caso participassem de um suicídio assistido.

## **5.8. Colômbia**

A Colômbia foi o primeiro país da América Latina a legalizar a eutanásia. Assim, em 1997 (Emanuel, 2015), o Tribunal Constitucional colombiano definiu que «se o modo como os indivíduos vêem a morte reflecte as suas próprias convicções, não podem ser forçados a continuar a viver quando, pelas circunstâncias extremas em que se encontram, não pensam que isso é desejável nem compatível com a sua própria dignidade, com o argumento inadmissível de que uma maioria o julga um imperativo religioso ou moral». A mesma instituição, entendendo que o Estado deve proteger a vida de forma compatível com a dignidade e o livre desenvolvimento da personalidade, afirmou ainda que «a decisão acerca de como enfrentar a morte adquire uma importância decisiva para o doente terminal, que sabe que não pode ser curado, e que afinal não está a optar entre a morte e muitos anos de vida plena, mas entre morrer em condições que ele escolhe, ou morrer pouco tempo depois em circunstâncias dolorosas e que julga indignas. O direito fundamental a viver de forma digna implica, portanto, o direito a morrer dignamente, pois condenar uma pessoa a prolongar a sua existência durante um tempo escasso, quando não o deseja e padece de profundas aflições, equivale não só a uma anulação da sua dignidade e da sua autonomia como sujeito moral. A pessoa ficaria reduzida a um instrumento para a preservação da vida como valor abstrato» (Santos, 2009; p.158-159).

Apesar de a eutanásia ter sido despenalizada neste país, designando-se a nível legal como «homicídio piedoso consentido», até à data ainda não se encontra devidamente regulamentada (Emanuel, 2015), sendo estas questões resolvidas de forma particular entre médico e doente (Santos, 2009; p.160).

## **6. A REALIDADE PORTUGUESA**

Em Portugal, em 2008-2010, a esperança média de vida à nascença era de 79,20 anos, sendo que o mesmo valor aos 65 anos era de 18,47 anos (George; 2012), o que espelha quer a melhoria das condições de vida, quer o avanço tecnológico. Porém, este aumento na esperança de vida não representa, necessariamente, numa maior qualidade de vida ou um processo de envelhecimento activo e, muito menos, uma melhoria nas condições em que a morte decorre.

Nas últimas décadas temos assistido a uma hospitalização da morte. Se em 1958 apenas 11% das pessoas que morreram por doença, fizeram-no num hospital, 50 anos mais tarde, em 2008, este número aumentou para 61%. Tal é reflexo de vários fatores, entre os quais a progressiva ocultação da morte, a redução do núcleo familiar e o aumento do emprego

feminino (Machado *et al*, 2011; p.8). No sentido oposto, a percentagem de óbitos ocorridos no domicílio decresceu 6,5% entre os anos 2000 (35,9%) e 2008 (29,9%). Também o número de episódios de internamento hospitalar tem aumentado, o que reflete a necessidade de hospitalização que acompanha o envelhecimento da população e o aumento da prevalência da doença crónica. Por conseguinte, é fulcral que os serviços hospitalares se encontrem preparados para prestar apoio ao doente terminal e às famílias, uma vez que estas situações constituem um desafio para os profissionais de saúde, não só do ponto de vista profissional, como do ponto de vista pessoal e afectivo.

As principais causas de morte na população portuguesa com idade superior a 15 anos são as neoplasias malignas e as doenças do aparelho circulatório, representando as mesmas, 25,0% e 30,6%, respectivamente, dos óbitos registados em 2014, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística. Entre aqueles que morrem com patologia neoplásica, 74,9% morre numa instituição hospitalar. Paradoxalmente, segundo a literatura, mais de metade dos doentes manifesta vontade de morrer em casa (Higginson *et al.*; 2000, citado por Machado *et al*, 2011; p.148).

Embora em Portugal se tenham verificado grandes avanços no campo da prestação de cuidados paliativos, esta é uma área ainda deficitária, conforme já descrito anteriormente.

## **6.1. Aspectos jurídicos da morte assistida**

Ao longo do tempo, têm sido várias as tentativas para reconhecer o direito à morte assistida. As primeiras datam do início do século XX nos países anglo-saxónicos. Contudo, em Portugal, só recentemente se começou a debater esta questão, bem como aquelas associadas aos cuidados em fim de vida.

A posição do ordenamento jurídico português face à eutanásia e ao suicídio assistido é uma posição cautelosa (Brito & Rijo, 2000; p.99).

Do Código Penal português não consta o termo eutanásia. Todavia, de acordo com a conduta, esta poderá ser delimitada no âmbito do homicídio em geral, homicídio privilegiado, homicídio a pedido da vítima ou ainda incitamento ou ajuda ao suicídio (Barbas, 2009; p.82)

Os artigos 131º e 133º do Código Penal tipificam o crime de homicídio e o crime de homicídio privilegiado, respetivamente. Assim, o artigo 133º prevê o crime de homicídio privilegiado quando o autor mata outra pessoa “*dominado por compreensível emoção violenta, paixão, desespero ou motivo de relevante valor social ou moral, que diminuam sensivelmente a sua culpa*”. Difere do crime de homicídio geral, na medida que neste, o ato

foi praticado sem que o seu autor estivesse dominado pela compaixão ou piedade referida no artigo 133º.

De acordo com Pina (2013; p.418), a *emoção violenta* resulta de um estado de consciência causado por um agravamento de sentimentos. Já a *compaixão* está presente sempre que o agente mata alguém por piedade e com o único propósito de poupar ao sofrimento psíquico e físico. O *desespero* concerne ao estado da pessoa que encara uma situação insuportável, quer seja de dor, prostração ou amargura. O *motivo de relevante valor social* diz respeito a interesses colectivos, ou provocado por paixões específicas ou preocupações sociais que se coadunam com a organização da sociedade. O *motivo de relevante valor moral* corresponde a razões éticas em vigor no meio em que o agente se insere.

Assim, a eutanásia ativa pode ser enquadrada no artigo 133º, sendo no entanto necessário demonstrar que o agente foi dominado pelos fatores enunciados no referido artigo. De igual modo, enquadram-se também neste artigo as situações a pedido de terceiros, quando o doente não tem a capacidade de decidir por si próprio consciente e livremente, se ficar demonstrado que o médico foi psicologicamente dominado (Pina, 2013; p.419).

A eutanásia pode ainda ser incluída no âmbito do artigo 134º do Código Penal, que caracteriza o crime de homicídio a pedido da vítima: “*quem matar outra pessoa determinado por pedido sério, instante e expresso que ela lhe tenha feito é punido com pena de prisão de até 3 anos*”. Ou seja, o autor age mas a pedido da vítima, pedido este que deverá ser definitivo, incondicional, com vontade livre e esclarecida (Pina, 2013; p.419). Nesta situação, a pena do agente é atenuada tendo em consideração as circunstâncias.

O crime de incitamento ou ajuda ao suicídio pode ainda enquadrar juridicamente a eutanásia. Este crime é tipificado no artigo 135º do Código Penal e abrange as situações em que é o doente que provoca pelos próprios atos a sua morte, sendo que o crime é cometido por um terceiro que incita ou ajuda ao suicídio. Enquanto a ajuda se refere ao auxílio literal, ou seja, quando o doente não consegue concretizar sozinho a sua intenção de morrer, solicitando para tal ajuda a outra pessoa, o incitamento concerne às situações em que alguém influencia a formação de vontade em outrem, convencendo-a, instigando-a ou coagindo-a (Pina, 2013; p.419).

Em qualquer um dos artigos atrás enunciados não são levadas em consideração as situações particulares de doença, sofrimento insuportável e proximidade do fim de vida, havendo aqueles que defendem uma eventual proteção e até isenção de pena, na condição de

que exista um pedido prévio razoável e devidamente fundamentado para morrer (Rueff, 2014; p.46, 48).

O *direito à vida* constitui um dos direitos fundamentais consagrados na Constituição da República Portuguesa (CRP), condicionando todos os restantes direitos da pessoa. Nos artigos 24º e 25º da CRP de 1976, na redação que lhe foi dada pela Lei Constitucional 1/2005 de 12 de Agosto, consta que “*a vida humana é inviolável*” e que “*a integridade moral e física do cidadão é inviolável*”, respetivamente. Daqui se conclui que, embora no artigo 24º haja espaço para diferentes interpretações, no 25º fica explícito que o direito à vida não comporta qualquer exceção. O *direito à vida* refere-se não apenas à vida física e mental mas ao direito de não ser morto ou privado da vida, abrangendo também a punição da pena de morte e a punição do homicídio (Januário & Figueira, 2009; p 217).

O direito à vida não é somente um direito da pessoa sobre ela mesma, o que legitimaria o suicídio. O direito à vida implica que o próprio titular do direito a respeite, porque até o próprio não dispõe de uma vontade juridicamente soberana. Sendo o direito à vida um direito objetivo, não há lugar para um ‘direito à morte’, mas apenas o direito a recusar o prolongamento artificial da vida (Brito & Rijo, 2000; p 99). Logo, pode-se dizer que na CRP não existe o direito à eutanásia ativa. Não obstante, a indisponibilidade da vida também não legitima qualquer intervenção ou terapêutica contrária à vontade de um doente consciente e com capacidade de expressar de forma atual e livre o seu consentimento. Está em causa, neste âmbito, não a disponibilidade da vida (se assim fosse, seria lícito o homicídio a pedido), mas o respeito pela integridade física e a dignidade do doente, que seria de outro modo reduzido a *objeto* (já não *sujeito*) de uma prática médica (Patto, 2009).

A eutanásia passiva pode também ser enquadrada no Código Penal no âmbito do artigo 10º: 1 – “*quando um tipo legal de crime compreender um certo resultado, o facto abrange não só a ação adequada a produzi-lo como a omissão da ação adequada a evitá-lo (...)*”; 2- “*a comissão de um resultado por omissão só é punível quando sobre o omitente recair um dever jurídico que pessoalmente o obrigue a evitar esse resultado*”. Ou seja, se estiver em causa a omissão de tratamentos médicos necessários, úteis e proporcionados para salvar a vida, aproximamo-nos de uma situação de eutanásia.

A distanásia, por sua vez, apesar de também não se encontrar regulamentada, não levanta grandes problemas jurídicos.

O artigo 150º do Código Penal, sobre intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos enuncia que: “*as intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicadas e forem levadas a cabo, de acordo com*

*as leges artis, por um médico ou outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física”.*

Quando o objetivo da terapêutica não estiver de acordo com o supracitado, estaremos perante uma ilicitude, indo ao encontro do exposto pelo artigo 156º que pune as intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos realizados sem o paciente ter dado o seu consentimento, o qual apenas é considerado eficaz, de acordo com o disposto no artigo 157º, isto é, se o paciente tiver, em princípio, sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento.

Na situação de uma pessoa decidir voluntariamente resignar-se à sua doença e renunciar a qualquer terapêutica que lhe permita aliviar o sofrimento, a expensas de um prolongamento da agonia, é necessário respeitar a sua decisão. Tal encontra-se exposto na CRP, de 2 de Abril de 1976, nos artigos 1.º, 25.º, 26.º, 27.º, 41.º e 64º, os quais consagram respectivamente, a dignidade da pessoa humana como fundamento da República, os direitos da pessoa à integridade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade e à liberdade, a inviolabilidade da liberdade de consciência, de religião e de culto e o direito de todos à protecção da saúde. Este último, o artigo 64º, foi realizado na Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde). Esta reconhece na Base XIV, os direitos dos utentes a “*ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado*”, e a “*decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei*”. É assim valorizada a autonomia individual dos cidadãos no que concerne à sua saúde, sendo-lhes reconhecida a faculdade de tomar diferentes decisões sobre a mesma (Melo & Nunes, 2006).

Porém, se a decisão de prolongamento do processo de morte não parte do doente e é-lhe imposta contra sua vontade, tal já será alvo do Direito, uma vez que se encontram em causa os direitos consagrados nos artigos acima referidos.

No sentido oposto, na situação de o doente, conscientemente, manifestar vontade de prolongar a vida ou o tiver feito previamente muito embora no momento não se encontre lúcido, mesmo se houver necessidade de utilizar terapêuticas inúteis e/ou dolorosas, o médico tem o dever de respeitar o desejo do doente, ou poderá incorrer no crime de homicídio.

Em relação à prática da ortotanásia é relevante mencionar que, a Recomendação 1418 (1999) que aborda a protecção dos direitos e da dignidade dos doentes incuráveis e dos moribundos, adoptada pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa em 25 de Junho de 1999 e pelo artigo 43.º da Carta dos Direitos do Utente dos Serviços de Saúde, adoptada pela

Entidade Reguladora da Saúde, em Junho de 2005, reconhece o direito a morrer com paz e dignidade (Melo & Nunes, 2006).

A ortotanásia permite assegurar a dignidade no morrer e nos momentos finais da vida. A CRP consagra a inviolabilidade da vida humana, enunciando os direitos, liberdades e garantias pessoais no artigo 24º e a dignidade da pessoa humana como princípio fundamental da República soberana no artigo 1º (Barbas, 2009; p.91). O direito à vida é intransmissível e indisponível, abrangendo o direito de não ser morto e o direito a uma vida digna e tem na sua génese a dignidade da pessoa. Esta última está expressamente tutelada nos artigos 7º, 13º e 26º e manifesta-se no poder de autodeterminação responsável da própria vida, ou seja, na faculdade de cada pessoa gerir a sua vida (e morte) segundo a sua liberdade de consciência.

De acordo com Barbas (2009; p.91), a prática da ortotanásia está tutelada pelo princípio da autonomia da vontade e pela exigência do consentimento informado. Nos casos em que os possíveis benefícios de uma terapêutica são inferiores aos efeitos nefastos que dela também derivam, o princípio da autonomia protege a decisão do doente não consentir no tratamento, desde que se prove a sua capacidade para o fazer. Da perspetiva do Direito, por autonomia privada entende-se o poder de autodeterminação dentro dos limites legais nas relações com outras pessoas. Se a estes elementos enunciados associarmos o Direito Penal Português, conclui-se que o ordenamento jurídico-penal português não pune a prática da ortotanásia. Por conseguinte, uma vez que não estão reunidos os pressupostos legais consagrados nos artigos 131º, 133º, 134º e 135º do CP, não se consegue enquadrar a ortotanásia no âmbito do homicídio em geral, do homicídio privilegiado, do homicídio a pedido da vítima nem do incitamento ou ajuda ao suicídio. Adicionalmente, o disposto no artigo 156º reforça esta ideia, na medida em que pune os atos realizados sem o consentimento do paciente, logo, as consequências jurídicas só têm lugar nos casos de atuação médica sem consentimento. Resumindo, o médico não é penalizado por não realizar tratamentos contra a vontade do doente, respeitando a opção deste pela ortotanásia, isto é, o médico não pode ser obrigado a manter o doente em agonia com o objetivo de lhe proporcionar mais alguns momentos de vida.

O direito de morrer com dignidade fundamenta-se no princípio da autonomia e em outros direitos, como o direito à liberdade (artigo 27º), à integridade pessoal, que compreende a integridade moral e física (artigo 25º), à liberdade de consciência, de religião e de culto (artigo 41º), à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade e à reserva da intimidade da vida privada e familiar (artigo 26º). Citando Barbas (2009; p.92): “o princípio da dignidade humana é, assim, o fundamento jurídico e bioético do direito a uma morte digna”.

Ainda no contexto da questão jurídica associada à eutanásia, importa referir a recentemente aprovada Lei nº25/2012, de 16 de Julho que regulamenta o regime jurídico das

denominadas Directivas Antecipadas de Vontade, entre os quais se encontra o Testamento Vital. De acordo com o nº1 do artigo 2º deste diploma, o Testamento Vital é «o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente». Ou seja, o Testamento Vital constitui um documento no qual o indivíduo expressa de forma consciente e livre, quais os cuidados de saúde que deseja receber no futuro, pressupondo que não terá capacidade de decidir dessa mesma forma, quando chegar o momento de os receber. Diversas questões podem ser levantadas em torno deste tema, sobretudo do ponto de vista ético e moral. Porém, no âmbito desta dissertação é pertinente apenas referir que, este documento poderá obviar situações de distanásia.

## 6.2. A questão social

A temática da morte assistida tem alimentado inúmeras discussões ao longo tempo, nem sempre construtivas, fruto das transformações sociais e da evolução técnico científica. Porém em Portugal, até muito recentemente, o problema da legalização da morte assistida não foi muito debatido (Brito & Rijo, 2000; p.98). De facto, com excepção de algumas publicações esporádicas e de alguns estudos, só com a criação recente de um movimento cívico a reclamar a discussão desta temática é que se assistiu ao emergir de uma maior consciencialização da necessidade de a abordar, de uma forma aberta e pública.

Em 1995, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) emitiu o *Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida* (11/CNECV/95). Neste é feita referência ao facto de que «(...) enquanto há uma esperança razoável de obter cura ou melhoria do estado mórbido (...) são as regras da medicina curativa, científicas e éticas, que devem ser seguidas pelo médico. (...) Quando não há esperança razoável de cura e as melhorias presumidas dependem de pesados sacrifícios físicos, impostos à pessoa doente pelos tratamentos a efetuar, são as regras da medicina de acompanhamento que devem prevalecer».

No que diz respeito à prática do suicídio assistido, o CNECV refere que: «eticamente não temos que avaliar agora a decisão da pessoa que pede para ser morta, pois ela radica no seu foro íntimo e pessoal. A decisão de aceder ao pedido da pessoa, fornecendo-lhe os meios

*para ela se matar, não tem jurisdição ética. Quem recebe o pedido, não deve, pois, aceitar que a pessoa deva matar-se, nem contribuir para que ela satisfaça uma vontade a que o solicitado é alheio e que tem, como consequência, a destruição de uma vida humana».*

Relativamente à eutanásia num indivíduo competente, este conselho tomou a seguinte posição: *«Se o médico (ou outra pessoa) aceder a este pedido e matar o doente por causa do pedido pratica eutanásia voluntária ativa. (...) não devemos formar juízos éticos sobre a decisão da pessoa que exerce, com liberdade, a sua autonomia pessoal, ao formular o pedido. Já merece cuidadosa reflexão ética a forma como se constitui, na consciência profissional e moral do médico, a vontade de aceder ou não ao pedido insistente do doente. Para muitos médicos, em Portugal, o facto de ser um homicídio, punido pela lei penal, e de o Código Deontológico vedar aos médicos, expressamente, a prática de eutanásia é razão suficiente para não considerar atendível o pedido do doente. Outros, porém, nas situações em que o estar vivo é, para a pessoa, causa de profundo sofrimento, que eles, médicos, não podem (ou não sabem) tornar tolerável para essa pessoa, questionam-se se, nestas situações limite, aceder à vontade do doente não deve ser considerado o melhor procedimento e, portanto, eticamente justificado pelo princípio da beneficência. (...) Tenha-se presente que, a nível legal, é na circunstância de se tratar de uma vontade dominada por impulso relacionado com o estado do “doente” que reside a principal característica do crime. O juízo ético sobre esta decisão (médica), resultante de manipulação, deve ser de desaprovação.*

Ainda no que concerne à situação de um doente terminal, inconsciente, incapaz de exprimir a sua vontade e que o médico, dominado psicologicamente pelo que ele considera ser uma situação intolerável, decide matar o doente, o CNECV, refere: *«Esta situação configura o ato de eutanásia ativa, involuntária (porque o doente não manifestou a sua vontade). Objetivamente, é uma decisão médica inaceitável porque o médico, por compaixão real ou suposta, arroga-se o direito de dispor da vida de uma pessoa humana; e não tem esse direito (...). Idêntico juízo ético negativo se formula na situação em que o doente terminal está consciente, não manifesta a vontade de ser morto e o médico decide matá-lo. A possibilidade de o médico poder tomar esta decisão cria as condições para a manipulação e instrumentalização da sua vontade por parte de terceiros, com interesse pessoal nesta decisão (...). Para além deste risco real e comprovado, semelhante decisão médica ofende os princípios éticos e deontológicos geralmente aceites na prática médica».*

O Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros no Parecer *posição relativamente à eutanásia* – CJ-036/2002 manifestou-se contra a prática da eutanásia e do suicídio assistido enunciando que:

1. *«Os enfermeiros assumem a defesa e proteção da vida e da qualidade de vida, recusando posições extremadas como o são a eutanásia e a distanásia (obstinação terapêutica). No que se refere à eutanásia, considera-se a necessidade de distinguir entre uma ação que pretende provocar ativamente a morte (“tirar a vida”) e a omissão de uma ação (...) considerando-se que a valoração ética é diferente e que a abstenção de acções, em determinadas situações, pode não ser contrária à ética: quando tal ocorre por obediência à vontade competente e esclarecida do doente ou por razões de boas práticas, isto é, abstenção de tratamentos inúteis que se traduz na ação ética de recusar a obstinação terapêutica (distanásia).*
2. *Considera-se não existir diferença ética relevante entre não aplicar uma terapia que pode prolongar artificialmente a vida e retirar um tratamento que se tornou desproporcionado ou inútil, no domínio da ortotanásia (...) não se determina o encurtamento ou suspensão da vida - limita-se a suspender tratamentos artificiais, inúteis e/ou desproporcionados, que na maior parte dos casos provocam sofrimento inútil ao doente, - deixando de prolongar artificial e inutilmente a vida.*
3. *A recusa de tratamento encontra-se na situação de “recusa livre e esclarecida” (...) decorre da autonomia de cada pessoa (...) e se a pessoa, no exercício do direito à autodeterminação, recusa um tratamento estando esclarecida das consequências e competente para decidir, e se desta recusa resulta abreviar a vida, esta não é uma ação positiva no sentido de tirar a vida mas de não intervir, prolongando-a.»*

Em 2008, a Associação Portuguesa de Bioética publicou o *Parecer N°P/13/APB/08 – Proposta sobre um referendo nacional sobre a prática da eutanásia*, emitindo, entre outras, as seguintes recomendações:

- *«Se devem implementar medidas concretas que permitam evitar pedidos de eutanásia voluntária quando esta não seja verdadeiramente desejada;*
- *Se devem envidar todos os esforços para prestar auxílio àqueles que sofrem e que encontram num pedido de eutanásia um grito de alerta e de esperança sobre a sua qualidade de vida, devendo a sua sociedade organizar-se para incluir,*

*acompanhar e integrar os doentes terminais e as pessoas portadoras de doenças crónicas;*

- *O Estado deve promover a generalização dos cuidados paliativos a nível domiciliário, nos centros de saúde e cuidados em hospitais oncológicos e outros estabelecimentos de saúde;*
- *A medicina de acompanhamento pode ser observada por muitos doentes como uma verdadeira alternativa à eutanásia, alicerçada tanto em redes sociais de apoio – que galvanizem os recursos individuais do doente incurável – como na família, elemento nuclear de uma sociedade justa e equitativa;*
- *O Estado deve implementar uma política efectiva de luta contra a dor, nomeadamente através da implementação generalizada do Plano Nacional de Luta contra a dor;*
- *Devem ser implementadas medidas que permitam fomentar cuidados domiciliários ou institucionalizados de grande qualidade, nomeadamente no que diz respeito ao acompanhamento espiritual de doentes terminais;*
- *Importa definir rapidamente um quadro regulatório de práticas tal como a suspensão ou a abstenção de meios desproporcionados de tratamento, de modo a não serem administrados tratamentos considerados “fúteis” ou “heróicos”;*
- *No quadro de uma doença irreversível e terminal, as Ordens de Não Reanimar são eticamente legítimas se as manobras de reanimação forem claramente desproporcionadas;*
- *Independentemente da implementação concreta de um vasto conjunto de medidas sociais com vista a melhorar os cuidados assistenciais a doentes terminais existirão sempre pedidos genuínos de eutanásia – no quadro do exercício racional da autodeterminação;*
- *É fundamental promover um debate sério e participado sobre a legitimidade da eutanásia no plano ético/social e sobre a necessidade de legislar nesta matéria;*
- *Ainda que não exista uma cultura referendária no nosso país, o empowerment da sociedade é um factor decisivo para um verdadeiro desenvolvimento civilizacional, pelo que é eticamente inadmissível que não seja efectuada uma consulta popular de modo a legitimar qualquer evolução legislativa sobre a prática da eutanásia.»*

No mesmo ano, no contexto da manifestação pública de várias posições por alguns elementos da sociedade portuguesa, o Centro de Estudos de Bioética emitiu também o seu parecer sobre a eutanásia, e do qual se extraiu o seguinte:

- *A vida humana é inviolável (artigo 24 n.º1 da Constituição da República Portuguesa). É pois, dever inalienável do Estado e da Sociedade tudo fazer para minorar a solidão e o sofrimento físico dos que precisam de acompanhamento técnico e humano de “consultas de dor” e de cuidados paliativos nas situações de doença grave ou de incapacidades prolongadas. O papel dos profissionais de saúde é o de proporcionar aos doentes toda a atenção necessária para poder dar-lhes uma vida com qualidade;*
- *Para tal, urge implementar o direito de acesso a bons cuidados paliativos, como de resto existem já em Portugal, infelizmente em número claramente não suficiente para quem deles necessita.*
- *A proibição da eutanásia na lei justifica-se pela proteção de um bem fundamental que é o da vida do doente. Defende ainda o paciente de possíveis abusos de uma hipotética autorização para matar a pedido, mesmo quando ela não existe, como tem sucedido na Holanda (eutanásia involuntária de doentes adultos e mesmo menores). Essa proteção é exigida pela ética médica, que seria gravemente comprometida se o papel dos médicos e dos enfermeiros que com eles colaboram, como garantes da defesa da vida, se transformasse no de prestadores oficiais da morte.*
- *Nestas condições, o Centro de Estudos de Bioética exprime, através da sua Direção, um parecer positivo quanto à mais rápida e total implementação da rede de cuidados paliativos, certo de que a resposta a um (raro) pedido de eutanásia é a compassiva e total prestação de cuidados, de modo a que o doente terminal viva em paz a sua vida até morrer. Esta é, na verdade, a morte medicamente assistida a que todos temos direito.»*

O Movimento Cívico pela Despenalização da Morte Assistida identifica-se como «um grupo de cidadãos e cidadãs de Portugal, unidos na valorização privilegiada do direito à Liberdade». Defende «a despenalização e regulamentação da morte assistida como uma expressão concreta dos direitos individuais à autonomia, à liberdade religiosa e à liberdade de convicção e consciência, direitos inscritos na Constituição». A 6 de Fevereiro de 2016

publicou o *Manifesto em Defesa da Despenalização da Morte Assistida* e iniciou uma petição pública para a Despenalização da Morte Assistida. Nesta, a morte assistida é definida como «ato de, em resposta a um pedido do próprio – informado, consciente e reiterado – antecipar ou abreviar a morte de doentes em grande sofrimento e sem esperança de cura». Referem que, ambas as modalidades de morte assistida são sempre efetuadas por um médico ou sob a sua supervisão e orientação. Referem ainda que: «a morte assistida não entra em conflito nem exclui o acesso aos cuidados paliativos e a sua despenalização não significa menor investimento nesse tipo de cuidados». Terminam referindo que «é imperioso acabar com o sofrimento inútil e, sem sentido, imposto em nome de convicções alheias. É urgente despenalizar e regulamentar a morte assistida».

A 14 de Fevereiro de 2016, a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos publicou a reflexão *Que atuação perante o sofrimento?* sobre o manifesto “Morrer com dignidade”. Na mesma referem que: «A APCP enquanto associação de profissionais que desenvolvem uma prática de cuidados paliativos e/ou se preocupam com esta área científica e especializada do saber, não pode deixar de repudiar e manifestar toda a sua oposição à solução apresentada para o alívio do sofrimento. Porque na nossa convicção todos os profissionais respeitam os seus códigos deontológicos e porque se o contrário fizesse a APCP estaria a negar os princípios fundamentais dos cuidados paliativos, assumidos e enumerados tanto pela OMS como pelas Associações Internacionais na área. A saber, os cuidados paliativos afirmam a vida e consideram a morte um processo natural, uma inevitabilidade da vida, que não deve ser atrasada nem antecipada. Independentemente do que venha a ser a realidade futura, deverá ser claramente reafirmado que não poderão ser as equipas de cuidados paliativos e os seus profissionais, a praticar a eutanásia ou suicídio assistido, pois tal estaria em total oposição aos princípios fundamentais desta filosofia de atuação, não se coadunando com uma prática universalmente aceite de cuidados paliativos de qualidade, nem com os princípios éticos que a balizam. (...) A APCP será sempre um elemento ativo neste debate, mas antes deixa o mais importante e prioritário desafio: que exista garantia na acessibilidade universal aos cuidados paliativos de qualidade, prestados por profissionais em número e com formação adequados, que se reforcem as equipas atuais (que estão no limite, ou para lá dele, da sua capacidade de resposta) e que conjuntamente reflitamos e trabalhem na perspetiva de encontrar resposta para aqueles cujo sofrimento não consiga ser controlado por estes cuidados».

### 6.3. Resultados de estudos

Em Portugal, têm sido realizados alguns estudos abordando a temática da morte assistida e que permitem algumas reflexões sobre a mesma.

Em Dezembro de 2000, a Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO), publicou os resultados de um inquérito efetuado em 5 países europeus e que abrangeu um total de 12384 pessoas. Em Portugal, foram inquiridos 2467 pessoas, dos quais 382 médicos, 293 enfermeiros, 794 familiares de doentes de cancro e 998 pessoas representativas da sociedade portuguesa. Entre os resultados destacam-se os seguintes:

- 61,4% da população geral era favorável à despenalização da morte assistida. Apenas 9,5% dos médicos e 7,6% dos enfermeiros apresentou a mesma opinião.
- Quando inquiridos se no caso de não haver possibilidades de melhoras e o doente não conseguir manifestar a sua vontade, a família poderia efetuar um pedido para “aliviar” o sofrimento do familiar, 48,8% da população geral, 11,8% dos médicos e 11,5% dos enfermeiros mostraram-se favoráveis.
- Na situação de despenalização, 24,4% dos médicos praticariam um suicídio assistido e 19% uma eutanásia; 32% dos enfermeiros ajudariam num suicídio assistido e 29% numa eutanásia.
- No que diz respeito à associação entre a religião e a aceitação da eutanásia, a oposição à morte assistida é tanto maior quanto maior for a «crença praticante».
- 23% dos doentes em cuidados paliativos solicitou eutanásia.
- 30% dos médicos e 41% dos enfermeiros assumiram já ter sido abordados no sentido de ajudar alguém a morrer.
- O contato com doentes terminais estava associado a uma maior aceitação da eutanásia.

Num outro estudo também efetuado pelo DECO, em Portugal, entre Outubro de 2005 e Janeiro de 2006, e que envolveu 4433 indivíduos, dos quais 1158 médicos e 2570 enfermeiros, foi referido que 4,5% dos doentes solicitou eutanásia ou suicídio assistido, sendo que em 0,9% dos casos, este pedido foi atendido.

Em 2006, José António Ferraz Gonçalves, no âmbito do curso de mestrado em Bioética, procurou conhecer as opiniões dos médicos que trabalham com doentes terminais relativamente a questões éticas no fim de vida. Entre os resultados destacam-se os seguintes:

- Tendo em conta a atual situação legal da eutanásia, 78% dos médicos referiu que não a praticaria, enquanto 13% o faria. No caso de a legislação o permitir, a percentagem de médicos que a praticaria aumentou para 24%.
- Vinte e nove médicos (21%) receberam pedidos de eutanásia, um dos quais admitiu tê-la praticado.
- Trinta e nove por cento dos médicos pensam que a eutanásia deveria ser permitida na legislação portuguesa.
- Na situação de ter uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, 36% dos médicos optariam pela eutanásia.
- Não se verificou nenhuma relação estatisticamente significativa entre eutanásia e suicídio assistido e as variáveis: sexo, idade, estado civil, local de trabalho, especialidade e a região onde os médicos praticavam a sua especialidade.
- O factor mais consistentemente relacionado com a aceitabilidade da eutanásia e do suicídio assistido foi a religião, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas entre os católicos praticantes e os não praticantes, sendo que os últimos a aceitavam mais frequentemente.
- Verificou-se uma associação estatisticamente relevante entre o facto dos médicos observarem mais de 30 doentes terminais por ano e responderem menos afirmativamente que praticariam eutanásia se a legislação o permitisse.
- Os médicos com mais de 65 anos de idade responderam tendencialmente de forma mais negativa às perguntas sobre eutanásia e o suicídio assistido.
- O número de médicos que pensam que o suicídio assistido deveria ser permitido na legislação portuguesa foi inferior ao daqueles com a mesma opinião sobre a eutanásia. O mesmo se verifica caso tivessem uma doença incurável.
- Onze médicos (7,7%) administrariam doses letais de um ou mais fármacos a uma pessoa com uma doença incurável, avançada e progressiva, incapaz de tomar decisões a pedido de familiares ou de outra pessoa próxima.
- Cerca de 70% dos médicos suspenderiam medidas de suporte a pedido de um doente com uma doença incurável e progressiva, mas apenas 41% suspenderiam medidas como a alimentação e a hidratação.
- A maioria dos médicos (96,5%) concordam com a administração de fármacos para o controlo de sintomas, mesmo que estes possam encurtar a sobrevida do doente.

- A maioria dos médicos acredita que os cuidados paliativos poderiam evitar pedidos de eutanásia e de suicídio assistido.

Em 2007, foi realizado o Inquérito Nacional à Prática da Eutanásia, sob a coordenação do Professor Doutor Rui Nunes, no âmbito de um projecto de investigação do Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina do Porto e, posteriormente adotado pela Associação Portuguesa de Bioética. Este estudo procurou avaliar se a população idosa portuguesa institucionalizada estava mais predisposta à prática da eutanásia, abrangendo 810 idosos de todo o país, sem qualquer doença terminal ou crónica. Entre os resultados destacam-se os seguintes:

- Relativamente ao tema da morte e, se pensa na morte: 62,8% das pessoas idosas institucionalizadas fá-lo.
- No que concerne ao desejo de morrer: 58,5% refere nunca o ter desejado, embora 1,1% refira desejar sempre a morte e 13,3% a deseje muitas vezes.
- No que diz respeito à disponibilidade para pedir ativamente a prática de eutanásia (morte assistida por um profissional de saúde) se se encontrassem num estado muito avançado de doença ou com grande sofrimento: 65,5% responderam negativamente.
- Em relação à criação de uma lei que permita que outras pessoas, caso não o aceitassem para si próprio, peçam a um médico ou outro profissional de saúde que termine com a própria vida se estiverem num estado muito avançado de doença ou em grande sofrimento, 53,6% responderam negativamente.
- Relativamente às associações estatisticamente significativas encontradas verificou-se que:
  - Sexo: os indivíduos do sexo masculino apresentavam maior predisposição para a prática e legalização da eutanásia.
  - Religião: o não ter qualquer religião apresenta maior influência que o ter uma religião tanto na prática como na legalização da eutanásia.
  - Região geográfica: os idosos a residir na região do Alentejo apresentam maior predisposição para a prática e para a legalização de eutanásia. Em oposição, aqueles a residir na Região Autónoma da Madeira apresentam a menor predisposição para ambas.
  - Agregado familiar: apesar da inexistência de irmãos ser a única variável a apresentar significância estatística em relação ao pedido de eutanásia,

aqueles sem familiares apresentavam uma maior propensão para o pedido de eutanásia do que aqueles que os tinham. O oposto verificou-se relativamente à legalização da eutanásia, isto é, aqueles com familiares manifestaram-se mais a favor da legalização da eutanásia, embora sem significância estatística.

- Desejo de morrer: o desejo frequente da morte influencia de forma positiva o pedido de eutanásia, bem como uma resposta positiva face à legalização da mesma.
- Nível de escolaridade: aqueles com maior nível de escolaridade (12º ano) são mais favoráveis à legalização da eutanásia.

Num outro estudo descritivo e analítico, realizado em 2006, no âmbito da tese de mestrado de Anabela Pinto da Silva foram inquiridos 216 profissionais de saúde que trabalhavam no Hospital Infante D. Pedro S.A. em Aveiro. Destes, 70 eram médicos, 91 eram enfermeiros, 20 eram psicólogos e 37 eram técnicos especializados. Entre os resultados obtidos, destacam-se os seguintes:

- Apenas 20,83% dos inquiridos esteve em contato com um doente terminal. A maioria destes, quando questionados sobre se aceitavam a ideia de que o doente poderia escolher o momento da sua própria morte, aceita com dúvidas a liberdade de escolha do doente.
- Trinta e nove dos inquiridos já haviam sido abordados no sentido de ajudar um doente a morrer.
- Quando questionados sobre a existência de eutanásia nos hospitais portugueses, apenas 35,1% responderam. Destes, 53 referiram que a mesma não era praticada e 78 que não sabia. Os médicos foram aqueles que responderam não conhecer a prática da eutanásia em maior número.
- Quando interrogados se denunciariam um caso de eutanásia às autoridades se tivessem conhecimento do mesmo, 93,6% respondeu que não o faria e, apenas 4,5% que o faria.
- Nenhum profissional de saúde referiu ter praticado eutanásia.
- Apenas 9 médicos afirmaram ter aumentado a dosagem de um medicamento no sentido de aliviar as dores, mesmo sabendo que tal poderia reduzir o tempo de vida do doente. Os restantes profissionais negaram esta prática.

- Quando interrogados sobre que impacto a legalização da eutanásia teria sobre um aumento no número de pedidos, a maioria dos médicos e enfermeiros respondeu que o mesmo seria nulo. Os outros profissionais de saúde referiram que a legalização poderia levar a um aumento no número de pedidos.
- Verificou-se uma associação com significância estatística entre o possuir formação em cuidados paliativos e uma resposta positiva quando inquiridos se os mesmos poderiam evitar os pedidos de eutanásia.

Um outro estudo realizado em Coimbra no ano de 2010, no âmbito da tese de Mestrado de Cristina Maria Rodrigues Nogueira, e dirigido a enfermeiros, procurou compreender as atitudes dos enfermeiros perante as decisões em fim de vida. Entre os resultados destacam-se os seguintes:

- Quando inquiridos sobre se é aceitável a administração de substâncias que ponham fim à vida, a pedido explícito do doente, no caso de este ser portador de uma doença terminal, com dor ou sofrimento extremos ou incontroláveis, 49,1% concorda, enquanto 28,3% discorda.
- A maioria (92,5%) concorda que os médicos devem respeitar as decisões bem ponderadas acerca da rejeição de tratamentos por parte do doente, mesmo quando isto acelere o fim de vida do mesmo.
- 56% concorda que a indução do estado de inconsciência no doente até ao seu falecimento representa o processo de morte mais adequado, sobretudo se tal for a única forma de controlar o sofrimento.
- 70,4% concorda que cada doente tem o direito de decidir sobre o aceleramento do fim da sua vida.
- Apenas 21,4% concorda que no caso do sofrimento de um portador de uma doença incurável ser insuportável e não tendo este a capacidade de decidir, os médicos devem estar autorizados a administrar substâncias que ponham termo à vida do doente. 44% dos inquiridos discorda.
- 91,8% dos inquiridos concorda que, caso seja necessário, um doente deve poder receber medicação para a dor e o sofrimento, mesmo quando esta possa acelerar o fim da sua vida.
- 86,2% dos inquiridos concorda que os cuidados paliativos de boa qualidade previnem muitos pedidos de eutanásia.

Em 2012, o instituto suíço Isopublic realizou um inquérito online em 12 países europeus, incluindo Portugal, no ano de 2012, sobre a opinião dos europeus sobre o suicídio assistido. Entre os resultados obtidos em Portugal destacam-se os seguintes:

- 79% dos inquiridos responderam que cada individuo deveria poder decidir por si próprio quando e como morrer; 16% tiveram opinião contrária. Aqueles com uma idade inferior a 34 anos são mais a favor desta decisão do que os indivíduos mais velhos.
- 74% dos inquiridos considerariam o suicídio assistido caso tivessem uma doença incurável; 17% recusaria. Aqueles com uma idade igual ou superior a 55 anos foram aquelas que mais se mostraram contra.
- Quando interrogados se caso o suicídio assistido fosse permitido, deveria ser realizado exclusivamente por profissionais, 88% dos inquiridos responderam que sim e 9% que não.
- 82% dos inquiridos responderam que o suicídio assistido não deveria ser punido. Apenas 14% concordam que deveria ser punido.
- 76% dos inquiridos responderam que os médicos que ajudam um doente a terminar intencionalmente com a sua vida não deveriam ser punidos. 20% têm opinião contrária. Os inquiridos com menor idade foram aqueles que mais concordaram com a não punição do médico.
- Quando interrogados se numa situação em que o suicídio assistido fosse legal, se alguém como o próprio poderia ser submetido a pressões para escolher o suicídio, 11% respondeu frequentemente, 32% ocasionalmente, 24% raramente e 27% nunca.

Em 2009, Alexandre Cotovio Martins (Martins, 2013; p. 29, 246-248) realizou um estudo junto da população portuguesa e que procurou confrontar os respondentes com situações e problemas com que os médicos de cuidados paliativos se confrontam. Deste estudo concluiu-se que quando confrontados com uma situação de distanásia ou obstinação terapêutica 3 em cada 4 respondentes revelam pelo menos discordância, ou seja, a maioria dos inquiridos discorda ou discorda totalmente da continuação dos tratamentos curativos com sofrimento do doente terminal, quando a probabilidade das terapêuticas disponíveis curarem o doente são muito baixas.

## 7. O MÉDICO E A MORTE ASSISTIDA

Se a longo prazo, se verificar uma aceitação generalizada da morte assistida, bem como a sua legalização e prática de forma descoberta, novas questões irão emergir. Talvez a mais importante seja: é o médico obrigado a ajudar um doente a morrer? Se a morte assistida for legalizada ou despenalizada, terá o doente o direito a ver o seu pedido atendido, mesmo contra a vontade do médico?

Lavoie *et al* (2015) apontam que, a maioria dos estudos sobre a morte assistida limita-se a explorar a opinião dos profissionais de saúde no que concerne à sua legalização ou experiência quando este ato é requisitado, falhando em explicar as intenções dos mesmos quando confrontados com a realização de um ato de eutanásia. O facto de um indivíduo ser a favor da legalização da morte assistida, não significa que esteja confortável e disposto a praticá-la.

De acordo com o Movimento Cívico pela Despenalização da Morte Assistida, esta «nas suas duas modalidades – ser o próprio doente a auto-administrar o fármaco letal ou ser este administrado por outrem – é sempre efectuada por médico ou sob a sua orientação e supervisão». Na realidade, numa situação de legalização ou despenalização da morte assistida, o médico encontra-se na posição mais adequada para prestar este tipo de assistência na medida em que, para além de dispor do acesso aos meios e conhecimentos para terminar suavemente com uma vida, pode também prestar apoio emocional tanto ao doente como à sua família. Neste prisma, o direito à morte assistida baseia-se no direito do doente moribundo à obtenção de ajuda do seu médico, o qual idealmente deverá ser aquele que tem estado diretamente ligado ao caso, prestando os cuidados ao doente, relacionando-se com a família e compreendendo melhor, que qualquer outro profissional de saúde ou elemento capaz de providenciar ajuda na morte assistida, os medos, esperanças e desejos do doente que vai morrer (Battin, 2005; p.91). Porém, na Suíça, esta prática é efectuada por organizações de voluntários, podendo um médico estar presente somente na condição de cidadão (Santos, 2009; p.72).

Para os defensores da morte assistida, quando um doente se encontra em sofrimento intolerável, está preparado para morrer e é capaz de dar consentimento para tal, não assistir o doente no seu desejo de morrer é agir de forma maleficiente e violar a sua dignidade e autonomia, abandonando-o numa altura crítica. Os mesmos defendem que, uma vez que é o médico que detém os conhecimentos adequados para facilitar a morte, não só é cruel, como também é imoral não aceder ao pedido do doente. Mais ainda, numa posição extrema, defendem que a eutanásia constitui uma obrigação moral, sendo que, não “assistir” um doente

incompetente é agir de forma discriminatória, na medida em que priva os doentes em coma, com défice cognitivo e crianças dos “benefícios” de uma morte antecipada (Pellegrino, 1996; p.161).

Neste contexto, o direito de um doente à morte assistida traduz-se na obrigação por parte do médico de lhe prestar assistência, ou no mínimo de não intervir na prevenção de um suicídio, quer seja por meio de ameaças, força ou hospitalização involuntária (Battin, 2005; p.92). É esta “obrigação” do médico a prestar assistência a um doente que quer morrer que, suscita controvérsia. Segundo MacLeod *et al.* (2012), os médicos raramente são a favor da ideia de se tornarem um instrumento para o acelerar de uma morte. Deste modo, os princípios éticos da autodeterminação e da beneficência acabam por diminuir de relevância face a uma situação real, em que até mesmo um médico que reconhece a obrigação moral de ajudar os doentes a morrer, tenha que praticar o ato em si. Em adição a situações em que se põem em causa eventuais critérios de elegibilidade para esta prática, nomeadamente ao nível de prognóstico, grau de sofrimento e incapacidade no momento presente de um doente reformular de forma explícita um pedido de morte assistida, surgem também outras situações em que o próprio médico se opõe a esta prática. Assim, mesmo nos locais onde a morte assistida foi legalizada ou despenalizada, o médico pode ter objecções à realização de eutanásia ou suicídio assistido.

Num estudo realizado por Zenz *et al.* (2015) a 470 profissionais de saúde, dos quais 198 eram médicos, apenas 7,1% dos médicos afirmou que realizariam eutanásia e 15,7% suicídio assistido. Já Dany *et al.* (2015), num estudo realizado em França, verificaram que apesar de 96% da população ser a favor da eutanásia, menos de 50% dos médicos inquiridos também o era. Ambos os estudos apontam para a baixa aceitação por parte da classe médica da prática da morte assistida.

Wright *et al.* (2015) apontam como principais argumentos dos médicos contra a morte assistida os seguintes:

- A preocupação de que a eutanásia como alternativa terapêutica desestabilize, irrevogavelmente, a confiança que a sociedade lhes confere enquanto cuidadores;
- A noção de que o desejo de morrer é algo demasiado complexo para ser compreendido apenas na perspetiva de escolha ou liberdade individual;
- O facto de os potenciais danos que possam emergir na sociedade, sobreponham qualquer benefício para os pacientes individuais.

Tal encontra-se bem patente num artigo de Martins (2006) em que o autor refere que: «repudiariámos ver o médico, hoje olhado e venerado com o respeito que a sua atuação

*merece, passar a ser encarado com sentimentos de receio e perigo, mal-estar ou aversão; passar a pesar sobre ele a suspeição de abusos e erros, de participação em interesses materiais (...). O que pensaria um doente da possibilidade de ver reunir-se à sua volta um grupo de homens, em princípio sábios e de bom juízo, mas de cuja conferência saísse talvez uma sentença de morte provocada?».*

MacLeod *et al* (2012) citam entre os fatores mais associados à oposição à morte assistida por parte dos médicos, o facto de terem formação em cuidados paliativos e praticarem uma religião. Apontam ainda a especialidade médica, sexo e grupo étnico como fatores associados a uma maior ou menor predisposição para a aceitação desta prática.

É um facto que os médicos jamais poderão ser obrigados a fazer algo que considerem moralmente errado pois, independentemente daquilo que a lei permite, a sua consciência poderá não o fazer (Battin, 2005; p.88). Segundo Nunes (2008a), «à luz da mais recente evidência científica existente, os profissionais de saúde não são obrigados a providenciar tratamentos que contrariem as *leges artis*» e «(...) têm o direito a recusar a realização de tratamentos que contrariem a sua consciência moral ou profissional, designadamente no âmbito do legítimo direito à objecção de consciência».

Segundo Brito & Rijo (2000; p.108-109), caso a eutanásia fosse legalizada em Portugal, apenas os conselhos médicos deveriam ter poder para decidir, e sempre de comum acordo com a família. Não obstante, um médico que fosse objetor de consciência, à semelhança do que acontece com o aborto, não deveria ser obrigado a praticar este ato.

Ainda de acordo com os mesmos autores, esta prática deveria ser limitada por um regulamento, por forma a salvaguardar a posição do médico e a vontade do doente, evitando-se, ao mesmo tempo, potenciais situações abusivas.

O supracitado conselho deveria ser constituído por um mínimo de 3 médicos, que concordassem e declarassem que o prognóstico do doente era limitado a poucos meses de vida, devendo ainda participar deste procedimento um representante do Estado e os membros da família. Todos deveriam ser informados do pedido consistente, consciente e repetido do doente para que terminem com o seu sofrimento, ouvindo-se os seus pontos de vista, e só depois decidindo de mútuo acordo e em concordância com o conselho médico. Toda a equipa médica deveria ter conhecimento de que o pedido do doente foi atendido, bem como da data e forma em que o mesmo decorrerá. Idealmente, a mesma deveria ser realizada no domicílio do doente, na data, hora e presença daqueles que o doente desejasse. O pedido de eutanásia deveria também poder ser revogado a qualquer momento pelo doente, recorrendo-se sempre aos métodos mais humanos possíveis e conhecidos para minorar o sofrimento do doente.

É neste contexto que se torna pertinente a realização de mais estudos abordando a morte assistida e, em particular, sob o ponto de vista médico. Só assim, e independentemente da perspectiva adotada, se poderá consubstanciar um debate mais profícuo e fundamentado sobre esta temática.

### **III. METODOLOGIA**

Os avanços tecnológicos e científicos que se verificaram nas últimas décadas, e o conseqüente desenvolvimento de novas tecnologias que possibilitam a manutenção da vida e o prolongamento da morte, contribuíram, sobremaneira, para o surgimento de novas questões em torno da problemática da morte e do morrer. Deste modo, numa época em que, diariamente, são feitas novas descobertas que potencializam uma maior sobrevivência do ser humano, surge uma questão pertinente: qual deverá ser o nosso limite de atuação perante a morte? Neste contexto, mais do que uma prática ainda não legislada, a eutanásia e o suicídio assistido constituem-se, não apenas como problemas complexos nas perspectivas da bioética e do biodireito, mas também como temáticas controversas como resultado do conflito entre dois valores fundamentais, nomeadamente, o valor intrínseco e não mensurável da vida e o direito à liberdade de auto-determinação.

A morte assistida tem sido objeto de estudo nos últimos anos em várias regiões e países e sob várias perspectivas, constituindo-se como um tema importante numa sociedade cada vez mais envelhecida, em que as doenças crónicas e degenerativas bem como a morte e o morrer assumem-se como tabu.

Os médicos são um grupo com um papel determinante ao nível das decisões em final de vida e cuja opinião se reflete não só numa maior ou menor aceitação por parte da população no geral mas também, na eventual tomada de decisões legais, sobretudo no que concerne a questões relacionadas com a saúde e, em particular, no âmbito desta temática. Importa, pois, determinar em que medida estes profissionais manifestam ou não uma opinião favorável a esta prática, uma vez que são elemento fundamental para a sua realização. Neste contexto, este estudo reveste-se de interesse e pertinência, sobretudo na medida em que o progresso técnico e científico tem suscitado situações de sobrevivência até extremos até antes inimagináveis.

Este estudo não pretende ser uma análise aprofundada das diferentes questões éticas que existem ao redor da problemática da eutanásia e do suicídio assistido.

Com este estudo procurar-se-á determinar a opinião dos médicos sobre a temática da eutanásia e do suicídio medicamente assistido, de modo a obter dados mais objetivos que possam consubstanciar um debate profícuo na sociedade portuguesa em geral, e nos médicos em particular. Pretende ser um estudo abrangente e multidimensional sobre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido e as dificuldades/dilemas que se colocam aos médicos perante

um doente em fase terminal. Procurar-se-á, portanto, responder à questão: Qual a opinião dos médicos sobre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido?

Trata-se de um estudo abrangente, dado que no país não foram realizados estudos focalizados na questão formulada e procurando englobar diferentes especialidades médicas, além da oncologia. Mais ainda, na RAM nunca foram realizados estudos relativos a esta temática, pelo que a seleção das variáveis a estudar baseou-se no racional e nos resultados provenientes de outras pesquisas com objetivos semelhantes e, em particular, naquela realizada pelo Professor Doutor Ferraz Gonçalves em 2006 na sua dissertação de mestrado, subordinada ao tema “A boa morte: ética no fim de vida” e após consentimento do mesmo.

Como referido anteriormente, em Portugal já foram realizados vários estudos abordando a temática em apreço, nomeadamente a atitude dos profissionais de saúde e da população no geral, face à eutanásia e ao suicídio medicamente assistido. Estes estudos permitiram estimar valores relativamente a uma posição positiva ou negativa perante a morte assistida e associar determinadas variáveis com aquelas posições.

Este estudo foi um estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal. Procurou fundamentalmente responder às seguintes questões: qual a opinião dos médicos face à eutanásia e ao suicídio assistido; qual é a atitude adotada pelos médicos face a eventuais pedidos de eutanásia e suicídio assistido; de que forma uma opinião mais ou menos favorável relativamente à morte assistida está associada às variáveis: idade, sexo, estado civil, religião, local de trabalho, especialidade médica, número de anos no ativo, contato com doentes terminais ao nível profissional, situação de doença terminal na família e experiência ou formação em cuidados paliativos.

## **1. OBJETIVOS**

Com este estudo pretendeu-se:

- Determinar a opinião dos médicos da RAM perante a eutanásia e o suicídio assistido, quer do ponto de vista pessoal, quer do ponto de vista profissional.
- Determinar a casuística dos pedidos de eutanásia e suicídio assistido na RAM e qual a atitude tomada pelos médicos face aos mesmos.
- Determinar em que medida certas variáveis influenciam a opinião dos médicos perante a morte assistida.

## **2. POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população estudada foi constituída pela totalidade dos médicos vinculados ao Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. (SESARAM, E.P.E.). Esta é uma unidade integrada de prestação de cuidados de saúde, funcionando como dispositivo articulador, na base de complementariedade, dos centros de saúde e dos hospitais e como instância de planeamento de recursos, cabendo-lhe a prestação de cuidados aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais.

O SESARAM, E.P.E., com sede no Funchal, é uma pessoa colectiva de direito público, de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa financeira e patrimonial, dos termos do Decreto-Lei nº 558/99, de 17 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 300/2007, de 23 de Agosto. Rege-se pelo regime aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades constantes do Decreto Legislativo Regional nº 9/2003/M, de 27 de Maio, alterado pelo Decreto Legislativo Regional nº 23/2008/M, de 23 de Junho, dos seus estatutos aprovados por aquele diploma legal e dos seus regulamentos internos, bem como das normas em vigor para o Serviço de Saúde da RAM.

Dada a delicadeza do tema, e a consequente antecipação do baixo número de respostas em função de outros estudos semelhantes e consultados, optou-se por tentar abranger a totalidade da população. Para tal, foi pedida autorização ao Conselho de Administração do SESARAM E.P.E. para aceder à listagem de clínicos a exercer na mesma, pedido esse que nos foi negado. Como tal, apenas podemos estimar o número de médicos, baseando-nos em fontes não oficiais.

Após a conclusão da recolha dos questionários, a amostra ficou constituída por 183 médicos, 135 do sexo feminino e 38 do sexo masculino. Pelo motivo supracitado não podemos afirmar que esta amostra é representativa em termos quantitativos da população a estudar, apesar de se estimar que a mesma seja de 870 médicos.

## **3. VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS**

Atendendo aos objetivos do estudo, as variáveis englobadas e os instrumentos seleccionados encontram-se discriminados seguidamente.

A variável dependente consistiu na opinião dos médicos a trabalhar no SESARAM E.P.E. face à eutanásia e suicídio assistido. As variáveis independentes foram: sexo, estado civil, idade, religião, local de trabalho, especialidade médica, número de anos no activo,

contato com doentes terminais a nível profissional, situação de doença terminal na família e experiência ou formação em cuidados paliativos.

O instrumento utilizado consistiu num questionário (Anexo 1) adaptado daquele criado por Gonçalves (2006) para o “Estudo sobre as decisões em situações de fim de vida tomadas pelos oncologistas portugueses” e do qual foi obtida a prévia autorização.

#### **4. PROCEDIMENTOS**

Numa fase inicial foi solicitada autorização ao Professor Doutor Ferraz Gonçalves para utilização e adaptação do seu questionário. A este foram feitas as seguintes alterações:

- Nas perguntas A5 (especialidade principal) e A6 (local de trabalho) foram efetuadas adaptações.
- Exclusão da pergunta A7 (tipo de local de trabalho).
- Acréscimo das perguntas relativamente a número de anos no ativo como médico; formação em cuidados paliativos e que tipo de formação; experiência no tratamento de pessoas em fase terminal; antecedentes de familiares com doença terminal e que tipo de parentesco.

Seguidamente, foi pedida autorização (Anexo 2) junto do Conselho de Administração do SESARAM E.P.E. e da Comissão de Ética do referido organismo, a qual foi deferida com a condição de inclusão da alternativa “Não respondo” nas questões B5, C5, D4 e D8, por indicação do gabinete jurídico.

Uma vez que o pedido para aceder à listagem de médicos a exercer no SESARAM E.P.E. foi indeferido, procurou-se junto da Secção Regional da Ordem dos Médicos da Madeira aceder aos mesmos dados. Tal também foi negado. No entanto, foi-nos disponibilizada a alternativa de encaminharem o questionário para os médicos inscritos. Por conseguinte, recorreu-se à ferramenta *Google Docs*, transpondo o questionário para o formato de formulário, o qual foi posteriormente encaminhado pelo supracitado organismo para os médicos inscritos.

Efetuuou-se pedido semelhante junto do Gabinete de Comunicação do SESARAM E.P.E., o qual também foi acedido, sendo o formulário supracitado encaminhado para os médicos do SESARAM E.P.E..

Estabeleceu-se o prazo para recepção das respostas aos formulários de 1 de Setembro de 2015 a 30 de Novembro de 2015.

Os dados obtidos foram analisados através de estatística descritiva, de associação e inferencial, a fim de determinar em que medida as diferentes variáveis influenciavam de forma mais positiva ou negativa a opinião dos profissionais de saúde face à eutanásia. Para tal recorreu-se à 22ª edição do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®).

Numa fase inicial, para o tratamento estatístico dos dados efetuou-se uma análise global dos mesmos de forma a identificar erros de codificação, inconsistências ou presença de categorias ausentes ou em número reduzido, procedendo-se às correções adequadas. Seguidamente, realizou-se uma análise exploratória dos dados para descrição da amostra, utilizando-se para essa finalidade, métodos gráficos, proporções e médias. Utilizou-se o teste de Qui-quadrado para averiguar a existência ou não de associação entre variáveis, utilizando como nível de significância 0,05.

## IV. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS

No presente capítulo irá proceder-se à análise e apresentação dos dados obtidos com a aplicação do questionário elaborado e dos resultados observados através do estudo estatístico aplicado aos mesmos.

Iniciar-se-á com a análise e apresentação descritiva e, posteriormente, analisar-se-ão os resultados dos estudos da associação entre diversas variáveis.

### 1. ANÁLISE DESCRITIVA

Pela observação do quadro I constata-se que, os 183 médicos que colaboraram no estudo apresentavam idades compreendidas entre os 25 e os 65 anos, sendo a idade média 40.96 anos com um desvio padrão de 12.10 anos. Verificamos, ainda, que 41.0% dos inquiridos pertenciam ao grupo etário dos 25 aos 34 anos, seguidos de 25.1% que tinham idades compreendidas entre os 35 e 44 anos. Metade dos médicos tinham, pelo menos, 37.00 anos e a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma curva normal ou gaussiana.

A maioria dos médicos, concretamente 73.8%, era do sexo feminino. De igual modo, a maioria era casado ou vivia em união de facto (54.1%).

Quanto à religião, a maior parte dos médicos (82.0%) referiu ser católico. Dos 163 médicos que professavam alguma religião, 65.0% referiram ser não praticantes.

Quadro I - Amostra segundo as características demográficas

Variável	n	%
<b>Grupo etário</b>		
25 – 34	75	41.0
35 – 44	46	25.1
45 – 54	25	13.7
55 – 65	37	20.2
$\bar{x} = 40.96$ Md = 37.00 s = 12.10 $x_{\min} = 25$ $x_{\max} = 65$ p = 0.000		
<b>Sexo</b>		
Masculino	48	26.2
Feminino	135	73.8
<b>Estado civil</b>		
Casado(a)/União de facto	99	54.1
Solteiro(a) vivendo só	24	13.1
Solteiro(a) vivendo acompanhado	42	23.0
Divorciado(a)/Separado(a)	15	8.2
Viúvo(a) vivendo só	3	1.6

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Religião</b>		
Católica	150	82.0
Cristã	7	3.8
Ortodoxa	3	1.6
Protestante	1	0.5
Xintoísmo	1	0.5
Budismo	1	0.5
Agnóstico(a)	2	1.1
Ateu	18	9.8
<b>Praticante da religião que professa</b>		
Sim	57	35.0
Não	106	65.0

Relativamente às características profissionais verifica-se (quadro II) que, 56.3% dos médicos tinham como especialidade principal a medicina geral e familiar, porém, como se constata, a amostra era muito diversificada a este nível. Quanto ao local de trabalho, 54.6% dos profissionais desenvolviam a sua atividade em centros de saúde, enquanto 42.1% trabalhavam no hospital. No que concerne ao tempo de serviço como médico, 29.5% dos inquiridos desempenhavam a sua atividade há mais de 20 anos, seguidos de 26.2% que eram profissionais há menos de 5 anos e de 20.8% que referiram tempos de serviço entre 5 e 10 anos.

Quando questionados acerca da formação em cuidados paliativos, a maioria dos médicos (62.3%) referiu não ter formação nesta área e, dos 69 que disseram ter formação, 81.2% referiram que a mesma era básica.

No que diz respeito ao número de pessoas com uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e em sofrimento, com que se viram confrontados na prática clínica, durante o último ano, 50.3% dos médicos indicaram de 1 a 5, seguidos de 19.1% que indicaram mais de 5 pessoas.

De igual modo, verifica-se que 70.5% dos médicos não tinham experiência no tratamento de pessoas em fase terminal e que 54.6% tiveram algum familiar com doença terminal, sendo os graus de parentesco mais frequentes o pai/mãe (39.0%), os avós (31.0%) e os tios(as) (22.0%).

Quadro II - Amostra segundo as características profissionais

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Especialidade principal</b>		
Medicina geral e familiar	103	56.3
Medicina interna	21	11.5
Anestesiologia	8	4.4
Pediatria	6	3.3
Ginecologia/Obstetrícia	5	2.7
Cirurgia geral	4	2.2
Gastroenterologia	4	2.2
Otorrinolaringologia	3	1.6
Cirurgia pediátrica	2	1.1
Ortopedia e traumatologia	2	1.1
Radiologia	1	0.5
Pedopsiquiatria	1	0.5
Neurologia	1	0.5
Infeciosas	1	0.5
Clinica geral	1	0.5
Hematologia clínica	1	0.5
Cardiologia	1	0.5
Não respondeu	18	9.8
<b>Local de trabalho</b>		
Hospital	77	42.1
Centro de Saúde	100	54.6
Medicina privada	2	1.1
Aposentado	1	0.5
Não respondeu	3	1.6
<b>Tempo de serviço como médico</b>		
< 5 anos	48	26.2
5 a 10 anos	38	20.8
10 a 15 anos	24	13.1
15 a 20 anos	19	10.4
> 20 anos	54	29.5
<b>Tem formação em cuidados paliativos</b>		
Sim	69	37.7
Não	114	62.3
<b>Se te formação em cuidados paliativos, qual o tipo de formação</b>		
Básica	56	81.2
Pós-graduação	9	13.0
Mestrado	4	5.8
Doutoramento	0	0.0
<b>No último ano, com quantas situações de pessoas, com uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e em sofrimento, se viu confrontado, na sua prática clínica</b>		
Nenhum	19	10.4
1 a 5	92	50.3
Mais de 5	35	19.1
Mais de 15	13	7.1
Mais de 30	24	13.1

<b>Tem experiência no tratamento de pessoas em fase terminal</b>		
Sim	54	29.5
Não	129	70.5
<b>Teve algum elemento da sua família com doença terminal</b>		
Sim	100	54.6
Não	83	45.4
<b>Qual o grau de parentesco com o familiar com doença terminal</b>		
Pai/Mãe	39	39.0
Avós	31	31.0
Tio(a)	22	22.0
Primos	5	5.0
Sogro(a)	4	4.0
Cunhados	3	3.0
Sobrinhos	2	2.0
Irmãos	1	1.0

Quanto à opinião face à eutanásia (quadro III), 48.1% dos médicos responderam negativamente à questão sobre a prática da eutanásia dado que a legislação portuguesa não a permite; 41.5% fariam eutanásia se a legislação a permitisse. A maioria dos médicos (89.1%) nunca recebeu qualquer pedido para a prática da eutanásia, sendo que dos 20 médicos que o receberam, 65.0% afirmaram ter recebido 1 ou 2. A maioria dos pedidos (60.0%) foi efetuada durante o último ano de exercício profissional. Dez dos doze médicos, ou seja, 83.3% receberam 1 ou 2 pedidos no último ano.

Todos os médicos afirmaram que nunca tinham praticado eutanásia, embora 65.6% pensem que a eutanásia devia ser permitida na ordem jurídica portuguesa. Quando inquiridos se gostariam de poder optar pela eutanásia, caso tivessem uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, 59.6% dos médicos respondeu positivamente.

**Quadro III - Amostra segundo a opinião face à eutanásia**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>A legislação portuguesa não permite a prática da eutanásia. Mesmo assim, há circunstâncias em que a praticaria</b>		
Sim	49	26.8
Não	88	48.1
Não tem opinião formada	46	25.1
<b>Se a legislação permitisse a prática da eutanásia fá-la-ia</b>		
Sim	76	41.5
Não	58	31.7
Não tem opinião formada	49	26.8

<b>Já alguma vez recebeu um pedido de eutanásia</b>		
Sim	20	10.9
Não	163	89.1
<b>Número aproximado de pedidos de eutanásia</b>		
1 ou 2	13	65.0
3 ou 4	3	15.0
5 ou 6	4	20.0
<b>Recebeu algum pedido de eutanásia no último ano</b>		
Sim	12	60.0
Não	8	40.0
<b>Número de pedidos de eutanásia recebidos no último ano</b>		
1 ou 2	10	83.3
3 ou 4	2	16.7
<b>Já praticou eutanásia no sentido da definição apresentada</b>		
Sim	0	0.0
Não	183	100.0
Não responde	0	0.0
<b>Pensa que a eutanásia devia ser permitida na ordem jurídica portuguesa</b>		
Sim	120	65.6
Não	32	17.5
Não tem opinião formada	31	16.9
<b>Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pela eutanásia</b>		
Sim	109	59.6
Não	36	19.7
Não tem opinião formada	38	20.8

No que respeita à opinião face ao suicídio assistido constata-se (quadro IV) que, 53.0% dos médicos responderam negativamente quando confrontados com a questão «A legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria?»; 39.9% afirmaram que também não o fariam mesmo que a legislação permitisse, seguidos de 33.9% que, nestas condições, estariam dispostos para a prática do suicídio assistido. A maioria dos inquiridos (97.8%) nunca recebeu qualquer pedido deste tipo. Dos quatro médicos que afirmaram já o ter recebido, 50.0% referiram ter recebido 5 ou 6 pedidos; 3 destes médicos (75.0%) afirmaram que receberam pedidos no último ano; Nenhum médico respondeu afirmativamente à pergunta se já havia praticado o suicídio assistido; 46.4% pensam que esta prática devia ser permitida na ordem jurídica portuguesa; 39.9% afirmaram que se tivessem uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostariam de poder optar pelo suicídio assistido, seguidos de 31.7% que responderam negativamente a esta questão.

Quadro IV - Amostra segundo a opinião face ao suicídio assistido

Variável	n	%
<b>A legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria</b>		
Sim	41	22.4
Não	97	53.0
Não tem opinião formada	45	24.6
<b>Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia</b>		
Sim	62	33.9
Não	73	39.9
Não tem opinião formada	48	26.2
<b>Já alguma vez recebeu um pedido de suicídio assistido</b>		
Sim	4	2.2
Não	179	97.8
<b>Número aproximado de pedidos de suicídio assistido</b>		
1 ou 2	1	25.0
3 ou 4	1	25.0
5 ou 6	2	50.0
<b>Recebeu algum pedido de suicídio assistido no último ano</b>		
Sim	3	75.0
Não	1	25.0
<b>Já praticou suicídio assistido no sentido da definição apresentada</b>		
Sim	0	0.0
Não	183	100.0
Não responde	0	0.0
<b>Pensa que o suicídio assistido devia ser permitido na ordem jurídica portuguesa</b>		
Sim	85	46.4
Não	49	26.8
Não tem opinião formada	49	26.8
<b>Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pelo suicídio assistido</b>		
Sim	73	39.9
Não	58	31.7
Não tem opinião formada	52	28.4

Os dados que constituem o quadro V revelam que 62.8% dos médicos não administrariam um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima. A maioria dos médicos (96.7%) nunca recebeu qualquer pedido deste tipo; dos seis médicos que receberam estes pedidos 50.0% referiu ter recebido três ou quatro pedidos; 66.7% receberam pedidos no último ano; 75.0% receberam um ou dois pedidos no último ano.

A maioria dos médicos (98.9%) nunca administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, a pedido

de um familiar ou de outra pessoa próxima; 41.5% pensam que este tipo de atos não devia ser permitido pela legislação.

Menos de metade dos médicos (40.4%) referiram que se tivessem uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivessem incapazes de tomar decisões por alterações da consciência, gostariam que um médico lhes administrasse um ou mais fármacos em doses letais, se tal lhe fosse pedido por um seu familiar ou outra pessoa próxima, seguidos de 33.9% que responderam negativamente; 86.4% afirmaram que não administrariam um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, por sua própria iniciativa (sem que lhe tenha sido pedido); 99.5% nunca praticaram um ato deste tipo; 48.6% pensam que atos deste tipo não deviam ser permitidos pela legislação; 66.7% se tivessem uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivessem incapazes de tomar decisões por alterações da consciência, não gostariam que um médico lhes administrasse um ou mais fármacos em doses letais, baseando-se apenas no seu julgamento.

**Quadro V - Amostra segundo a atitude face a doentes cognitivamente incompetentes**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima</b>		
Sim	21	11.5
Não	115	62.8
Não tem opinião formada	47	25.7
<b>Já alguma vez recebeu um pedido deste tipo</b>		
Sim	6	3.3
Não	177	96.7
<b>Número aproximado de pedidos</b>		
1 ou 2	2	33.3
3 ou 4	3	50.0
5 ou 6	1	16.7
<b>Recebeu algum pedido no último ano</b>		
Sim	4	66.7
Não	2	33.3
<b>Número de pedidos recebidos no último ano</b>		
1 ou 2	3	75.0
3 ou 4	1	25.0

<b>Já praticou um ato deste tipo</b>		
Sim	1	0.5
Não	181	98.9
Não responde	1	0.5
<b>Pensa que este tipo de atos devia ser permitido pela legislação</b>		
Sim	54	29.5
Não	76	41.5
Não tem opinião formada	53	29.0
<b>Se tivesse uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, gostaria que um médico lhe administrasse um ou mais fármacos em doses letais, se tal lhe fosse pedido por um seu familiar ou outra pessoa próxima</b>		
Sim	74	40.4
Não	62	33.9
Não tem opinião formada	47	25.7
<b>Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, por sua própria iniciativa (sem que lhe tenha sido pedido)</b>		
Sim	7	3.8
Não	158	86.4
Não tem opinião formada	18	9.8
<b>Já praticou um ato deste tipo</b>		
Sim	0	0.0
Não	182	99.5
Não responde	1	0.5
<b>Pensa que os atos deste tipo deviam ser permitidos pela legislação</b>		
Sim	42	23.0
Não	89	48.6
Não tem opinião formada	52	28.4
<b>Se tivesse uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, gostaria que um médico lhe administrasse um ou mais fármacos em doses letais, baseado apenas no seu julgamento</b>		
Sim	26	14.2
Não	122	66.7
Não tem opinião formada	35	19.1

Relativamente à suspensão de tratamentos constata-se, por análise do quadro VI, que 74.9% dos médicos pensam que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, é legítimo suspender medidas de suporte da vida a seu pedido explícito, repetido, informado e bem refletido. Porém, 69.4% não suspenderiam medidas como alimentação ou hidratação, nestas condições.

Uma percentagem inferior dos médicos (44.8%) pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de

tomar decisões por alterações da consciência, não é legítimo suspender medidas de suporte da vida a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima, seguindo-se 42.1% que responderam o contrário; 74.9% não suspenderiam medidas como alimentação ou hidratação naquelas condições.

Numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que leve inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões, 63,4% dos inquiridos responderam que não é legítimo suspender medidas de suporte da vida por decisão unilateral do médico ou da equipa de saúde e 78.7%, neste caso, não suspenderiam medidas como alimentação ou hidratação.

**Quadro VI - Amostra segundo a opinião face à suspensão de tratamentos**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, é legítimo suspender medidas de suporte da vida a seu pedido explícito, repetido, informado e bem refletido</b>		
Sim	137	74.9
Não	25	13.7
Em certas circunstâncias	21	11.5
<b>Suspenderia medidas como alimentação ou hidratação</b>		
Sim	32	17.5
Não	127	69.4
Não tenho opinião formada	24	13.1
<b>Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, é legítimo suspender medidas de suporte da vida a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima</b>		
Sim	77	42.1
Não	82	44.8
Em certas circunstâncias	24	13.1
<b>Suspenderia medidas como alimentação ou hidratação</b>		
Sim	27	14.8
Não	137	74.9
Não tem opinião formada	19	10.4
<b>Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões, é legítimo suspender medidas de suporte da vida por decisão unilateral do médico ou da equipa de saúde</b>		
Sim	49	26.8
Não	116	63.4
Em certas circunstâncias	18	9.8
<b>Suspenderia medidas como alimentação ou hidratação</b>		
Sim	24	13.1
Não	144	78.7
Não tem opinião formada	15	8.2

Quanto ao controlo de sintomas (quadro VII), 84.7% dos profissionais referem que, em pessoas em grande sofrimento com doenças incuráveis, avançadas e progressivas que levarão inexoravelmente à morte, administram os fármacos necessários (ex. morfina) para controlar esse sofrimento ainda que tal possa encurtar a sua vida (sem que seja essa a sua intenção); 91.8% dos inquiridos se tivessem uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse em sofrimento, gostariam que um médico lhes administrasse os fármacos necessários (ex. morfina) para controlar o seu sofrimento ainda que isso lhes pudesse encurtar a vida (sem que seja essa a intenção).

**Quadro VII - Amostra segundo a opinião face ao controlo de sintomas**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Em pessoas em grande sofrimento com doenças incuráveis, avançadas e progressivas que levarão inexoravelmente à morte, administra os fármacos necessários (ex. morfina) para controlar esse sofrimento ainda que possa admitir que possa encurtar a sua vida (sem que seja essa a sua intenção)</b>		
Sim	155	84.7
Não	4	2.2
Em certas circunstâncias	8	4.4
Não tem opinião formada	16	8.7
<b>Se tivesse uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse em sofrimento, gostaria que um médico lhe administrasse os fármacos necessários (ex. morfina) para controlar o seu sofrimento ainda que isso lhe pudesse encurtar a vida (sem que seja essa a intenção)</b>		
Sim	168	91.8
Não	3	1.6
Não tem opinião formada	12	6.6

Os dados que apresentamos no quadro VIII permitem conhecer a opinião dos médicos face ao papel dos cuidados paliativos no sentido de evitar pedidos de eutanásia ou suicídio assistido. Como se constata, 50.3% consideram que este tipo de cuidados pode evitar muitos pedidos, seguindo-se 32.2% que afirmaram que os cuidados paliativos podem evitar alguns pedidos de eutanásia ou suicídio assistido.

Quadro VIII - Amostra segundo a opinião face aos cuidados paliativos

Variável	n	%
<b>Considera que os cuidados paliativos podem evitar pedidos de eutanásia e de suicídio assistido</b>		
Todos	16	8.7
Muitos	92	50.3
Alguns	59	32.2
Não	5	2.7
Não tem opinião formada	11	6.0

Por último, no quadro IX são apresentados os dados referentes às respostas dos médicos face a outros casos. Verifica-se que, no entender de 75.4% dos médicos o conceito de eutanásia (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) não deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência. Da mesma opinião partilham 71.6% dos inquiridos, os quais consideram que o conceito de suicídio assistido (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) não deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência.

Tabela IX - Amostra segundo a opinião face a outros casos

Variável	n	%
<b>No seu entender, o conceito de eutanásia (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência</b>		
Sim	16	8.7
Não	138	75.4
Não tem opinião formada	29	15.8
<b>No seu entender, o conceito de suicídio assistido (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência</b>		
Sim	22	12.0
Não	131	71.6
Não tem opinião formada	30	16.4

## **2. OPINIÃO DOS MÉDICOS**

No sentido de identificar diferenças de opinião dos médicos face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos em função das variáveis sociodemográficas [idade (dicotomizada: inferior à mediana / igual ou superior à mediana), sexo (masculino / feminino), estado civil (dicotomizado: casado(a) e união de facto / outros), religião (dicotomizada: religioso(a) / agnóstico(a) e ateu) e praticante da religião que professa (praticante / não praticante)] e profissionais [especialidade principal (dicotomizada: medicina geral e familiar / especialidades hospitalares), local de trabalho (dicotomizada: hospital / centro de saúde), tempo de serviço (dicotomizado: inferior a 15 anos / igual ou superior a 15 anos), formação em cuidados paliativos (com formação / sem formação), confronto, durante o último ano, com doentes incuráveis e em sofrimento (nenhuma / uma ou mais), experiência no tratamento de pessoas em fase terminal (com experiência / sem experiência) e o facto de ter tido familiar com doença terminal (sim / não)] procedeu-se a estudos de associação utilizando o teste do Qui-quadrado e o teste exato de Fisher.

Atendendo ao volume de informação envolvido nestes estudos, optou-se por apresentar, apenas, as situações em que se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas, ou seja, com  $p < 0.050$ .

### **2.1. Estudo da associação entre a opinião face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e a idade (dicotomizada)**

Os resultados apresentados no quadro X permitem constatar que os médicos mais novos tendem a responder afirmativamente e com percentagens significativamente mais elevadas, por comparação com os mais velhos, às situações «Se a legislação permitisse a prática da eutanásia fá-la-ia», «Pensa que a eutanásia devia ser permitida na ordem jurídica portuguesa» e «Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pela eutanásia». Verifica-se, ainda, que os médicos mais velhos tendem a apresentar diferenças significativas em termos de respostas negativas. Assim, podemos afirmar que existe uma percentagem mais elevada de médicos mais novos que estão disponíveis para praticar a eutanásia se a legislação o permitir, que pensam que a eutanásia

deveria ser permitida na ordem jurídica portuguesa e que se tivessem uma doença incurável e progressiva, que levasse inexoravelmente à morte, gostariam de poder optar pela eutanásia.

**Quadro X - Estudo de associação entre a opinião face à eutanásia e a idade (dicotomizada)**

Variável	Idade ≤ 37		Idade > 37		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Se a legislação permitisse a prática da eutanásia fá-la-ia</b>					
Sim	46	50.0	30	33.0	7.797 (0.020)
Não	21	22.8	37	40.7	
Não tem opinião formada	25	27.2	24	26.4	
<b>Pensa que a eutanásia devia ser permitida na ordem jurídica portuguesa</b>					
Sim	67	72.8	53	58.2	9.918 (0.007)
Não	8	8.7	24	26.4	
Não tem opinião formada	17	18.5	14	15.4	
<b>Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pela eutanásia</b>					
Sim	63	68.5	46	50.5	9.575 (0.008)
Não	10	10.9	26	28.6	
Não tem opinião formada	19	20.7	19	20.9	

Relativamente ao suicídio assistido, apenas se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas respostas à questão «Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia» (quadro XI), sendo que os médicos mais novos tenderam a responder positivamente enquanto os mais velhos tenderam a responder negativamente.

**Quadro XI - Estudo de associação entre a opinião face ao suicídio assistido e a idade (dicotomizada)**

Variável	Idade ≤ 37		Idade > 37		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia</b>					
Sim	37	40.2	25	27.5	7.026 (0.030)
Não	28	30.4	45	49.5	
Não tem opinião formada	27	29.3	21	23.1	

Quanto às atitudes face aos doentes cognitivamente incompetentes, constatou-se a não existência de quaisquer diferenças significativas em função da idade. Idêntica situação se verificou relativamente à atitude face à suspensão de tratamentos. O mesmo revelaram os estudos de associação entre a atitude face ao controlo de sintomas e a idade.

Na atitude face aos cuidados paliativos observámos a existência de diferenças estatisticamente significativas (quadro XII), sendo que os médicos mais velhos tendem a

considerar que estes cuidados podem evitar muitos ou todos os pedidos de eutanásia e de suicídio assistido. Já os mais novos tendem a considerar que os cuidados paliativos evitam alguns ou não evitam qualquer pedido.

**Quadro XII - Estudo de associação entre a opinião face aos cuidados paliativos e a idade (dicotomizada)**

Variável	Idade ≤ 37		Idade > 37		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Considera que os cuidados paliativos podem evitar pedidos de eutanásia e de suicídio assistido</b>					
Todos	5	5.4	11	12.1	12.964 (0.011)
Muitos	41	44.6	51	56.0	
Alguns	37	40.2	22	24.2	
Não	5	5.4	0	0.0	
Não tem opinião formada	4	4.3	7	7.7	

No que concerne a outros casos verifica-se a não existência de diferença estatisticamente significativa na questão «No seu entender, o conceito de suicídio assistido (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência» ( $p = 0.109$ ). Não obstante, verifica-se que estas diferenças existem ao nível da questão «No seu entender, o conceito de eutanásia (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência» (quadro XIII). A percentagem de respostas negativas é muito superior nos médicos mais velhos. Os mais novos apresentaram uma percentagem significativamente superior no que respeita à opinião não formada acerca deste assunto.

Quadro XIII - Estudo de associação entre a opinião face a outros casos e a idade (dicotomizada)

Variável	Idade ≤ 37		Idade > 37		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
No seu entender, o conceito de eutanásia (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência	9	9.8	7	7.7	7.493 (0.024)
Sim	62	67.4	76	83.5	
Não	21	22.8	8	8.8	
Não tem opinião formada					

## 2.2. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e o sexo

Não se observou qualquer diferença estatisticamente significativa, entre os médicos do sexo masculino e os do sexo feminino, em termos de atitude face à eutanásia: «A legislação portuguesa não permite a prática da eutanásia. Mesmo assim, há circunstâncias em que a praticaria» (p = 0.711), «Se a legislação permitisse a prática da eutanásia fá-la-ia» (p = 0.781), «Já alguma vez recebeu um pedido de eutanásia» (p = 0.895), «Pensa que a eutanásia devia ser permitida na ordem jurídica portuguesa» (p = 0.844) e «Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pela eutanásia» (p = 0.343)

O mesmo se registou face ao suicídio assistido: «A legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria» (p = 0.404), «Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia» (p = 0.610), «Já alguma vez recebeu um pedido de suicídio assistido» (p = 1.000), «Pensa que o suicídio assistido devia ser permitido na ordem jurídica portuguesa» (p = 0.413) e «Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pelo suicídio assistido» (p = 0.907).

Os estudos da associação entre a atitude face a doentes cognitivamente incompetentes e o sexo revelaram que não existiam diferenças significativas nas questões: «Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima» ( $p = 0.964$ ), «Pensa que este tipo de atos devia ser permitido pela legislação» ( $p = 0.724$ ), «Se tivesse uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, gostaria que um médico lhe administrasse um ou mais fármacos em doses letais, se tal lhe fosse pedido por um seu familiar ou outra pessoa próxima» ( $p = 0.967$ ), «Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, por sua própria iniciativa (sem que lhe tenha sido pedido)» ( $p = 0.159$ ) e «Pensa que os atos deste tipo deviam ser permitidos pela legislação» ( $p = 0.730$ ).

Em oposição, verifica-se que, existem diferenças significativas no pedido de administração de um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, feito por um familiar ou de outra pessoa próxima, ao longo da vida profissional, e também nas respostas perante a questão «Se tivesse uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, gostaria que um médico lhe administrasse um ou mais fármacos em doses letais, baseado apenas no seu julgamento» (Quadro XIV).

Os médicos do sexo masculino tendem a receber mais pedidos e a manifestar-se mais disponíveis para que num cenário de uma doença incurável, avançada e progressiva, que os levasse inexoravelmente à morte e estando incapazes de tomar decisões por alterações da consciência, gostarem que um colega lhes administrasse um ou mais fármacos em doses letais, baseando-se apenas no seu julgamento. Por outro lado, os médicos do sexo feminino, perante o mesmo cenário apresentam maior percentagem de respostas negativas.

Quadro XIV - Estudo de associação entre a atitude face a doentes cognitivamente incompetentes e o sexo

Variável	Masculino		Feminino		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Já alguma vez recebeu um pedido deste tipo</b>					(0.042)
Sim	4	8.3	2	1.5	
Não	44	91.7	133	98.5	
<b>Se tivesse uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, gostaria que um médico lhe administrasse um ou mais fármacos em doses letais, baseado apenas no seu julgamento</b>					10.920 (0.004)
Sim	12	25.0	14	10.4	
Não	23	47.9	99	73.3	
Não tem opinião formada	13	27.1	22	16.3	

Não foram detetadas diferenças na atitude, em função do sexo, face à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos.

### **2.3. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e o estado civil (dicotomizado)**

Os estudos de associação revelaram a não existência de quaisquer diferenças estatisticamente significativas.

### **2.4. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e a religião (dicotomizada)**

O estudo da associação entre a atitude face à eutanásia e a religião não revelou qualquer diferença estatisticamente significativa.

Situação semelhante verificou-se no estudo da associação entre a atitude face ao suicídio assistido e a religião e entre a atitude face a doentes cognitivamente incompetentes e a religião.

Quanto à questão «Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, por sua própria iniciativa (sem que lhe tenha sido pedido)» verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas (quadro XV). Assim, constatou-se que nos médicos que professam uma religião são mais elevadas as respostas afirmativas e negativas e mais baixa a resposta na alternativa referente ao não ter opinião formada.

**Quadro XV - Estudo de associação entre a atitude face a doentes cognitivamente incompetentes e a religião (dicotomizada)**

Variável	Religioso(a)		Agnóstico(a)/Ateu		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, por sua própria iniciativa (sem que lhe tenha sido pedido)</b>					6.442 (0.040)
Sim	7	4.3	0	0.0	
Não	143	87.7	15	75.0	
Não tem opinião formada	13	8.0	5	25.0	

Na suspensão de tratamentos, no controlo de sintomas e nos cuidados paliativos não se verificou qualquer diferença estatisticamente significativa.

Nas atitudes face aos outros casos observou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas (quadro XVI), sendo que os médicos que professam alguma religião apresentam maior percentagem de respostas positivas e negativas e menor percentagem de respostas na alternativa referente ao não ter opinião formada. Esta tendência verifica-se nas duas questões: «No seu entender, o conceito de eutanásia (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência» e «No seu entender, o conceito de suicídio assistido (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência».

Quadro XVI - Estudo de associação entre a opinião face a outros casos e a religião (dicotomizada)

Variável	Religioso(a)		Agnóstico(a)/Ateu		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>No seu entender, o conceito de eutanásia (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência</b>	15	9.2	1	5.0	6.265 (0.044)
Sim	126	77.3	12	60.0	
Não	22	13.5	7	35.0	
Não tem opinião formada					
<b>No seu entender, o conceito de suicídio assistido (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência</b>	21	12.9	1	5.0	9.417 (0.009)
Sim	120	73.6	11	55.0	
Não	22	13.5	8	40.0	
Não tem opinião formada					

## 2.5. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e o facto de ser, ou não, praticante da religião que professa

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na atitude face à eutanásia em função do facto de ser praticante, ou não, da religião que professa.

O estudo da associação revelou a não existência de diferenças significativas na atitude face ao suicídio assistido em termos das questões: «A legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria» (p = 0.064), «Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia» (p = 0.367) e «Já alguma vez recebeu um pedido de suicídio assistido» (p = 0.612). No entanto, observamos diferenças estatisticamente significativas nas questões «Pensa que o suicídio assistido devia ser permitido na ordem jurídica portuguesa» e «Se tivesse uma doença incurável e progressiva

que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pelo suicídio assistido» (quadro XVII). Em ambos os casos, os médicos praticantes responderam negativamente em maior percentagem e os não praticantes apresentam maior percentagem de respostas na positiva.

**Quadro XVII - Estudo de associação entre a opinião face ao suicídio assistido e a religião (dicotomizada)**

Variável	Praticante		Não praticante		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Pensa que o suicídio assistido devia ser permitido na ordem jurídica portuguesa</b>					
Sim	21	36.8	53	50.0	6.408 (0.041)
Não	23	40.4	23	21.7	
Não tem opinião formada	13	22.8	30	28.3	
<b>Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pelo suicídio assistido</b>					
Sim	18	31.6	44	41.5	6.190 (0.045)
Não	26	45.6	28	26.4	
Não tem opinião formada	13	22.8	34	32.1	

Na atitude face a doentes cognitivamente incompetentes, face à suspensão de tratamentos, face ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos não se registou qualquer diferença significativa.

## **2.6. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e a especialidade principal (dicotomizada)**

A análise dos dados e resultados apresentados no quadro XVIII permitem afirmar que os médicos cuja especialidade principal era medicina geral e familiar tendem, de modo estatisticamente significativo, a responder menos positivamente e a manifestar com maior frequência a ausência de opinião formada por comparação com aqueles que tinham especialidades hospitalares, no que respeita à situação de «A legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria».

**Quadro XVIII - Estudo de associação entre a opinião face ao suicídio assistido e a especialidade principal (dicotomizada)**

Variável	Medicina geral e familiar		Especialidades hospitalares		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>A legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria</b>					8.770 (0.012)
Sim	17	16.3	20	32.8	
Não	57	54.8	33	54.1	
Não tem opinião formada	30	28.8	8	13.1	

Verifica-se, ainda, que existe diferença significativa ao nível da atitude perante a situação «Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima». A análise das frequências revela que os profissionais da medicina geral e familiar tendem a responder afirmativamente com frequência mais baixa e manifestar a ausência de opinião formada com maior frequência por comparação com os que possuíam especialidades hospitalares (quadro XIX).

**Quadro XIX - Estudo de associação entre a atitude face a doentes cognitivamente incompetentes e a especialidade principal (dicotomizada)**

Variável	Medicina geral e familiar		Especialidades hospitalares		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima</b>					6.969 (0.031)
Sim	7	6.7	11	18.0	
Não	67	64.4	40	65.6	
Não tem opinião formada	30	28.8	10	16.4	

Quanto às situações relativas à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos, os médicos de ambos os grupos tenderam a manifestar atitudes semelhantes.

## 2.7. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e o local de trabalho

Quando comparados em função do local de trabalho, os médicos tenderam a manifestar atitudes semelhantes face às situações inerentes à eutanásia e ao suicídio assistido. Porém, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na frequência de respostas perante a situação «A legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria» (quadro XX). Os médicos que trabalhavam no hospital tendem a responder afirmativamente com maior frequência enquanto os que trabalhavam nos centros de saúde responderam com maior frequência nas alternativas negativa e sem opinião formada.

Quadro XX - Estudo de associação entre a opinião face ao suicídio assistido e o local de trabalho

Variável	Hospital		Centro de Saúde		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>A legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria</b>					6.279 (0.043)
Sim	24	31.2	16	16.0	
Não	38	49.4	55	55.0	
Não tem opinião formada	15	19.5	29	29.0	

Perante as situações inerentes aos doentes cognitivamente incompetentes, observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na atitude perante a situação «Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima», sendo que os médicos que desempenhavam funções no hospital tenderam a selecionar com maior frequência a resposta afirmativa ao passo que os médicos dos centros de saúde manifestaram com maior frequência a ausência de opinião formada.

**Quadro XXI - Estudo de associação entre a atitude face a doentes cognitivamente incompetentes e o local de trabalho**

Variável	Hospital		Centro de Saúde		$\chi^2$ (p)
	n	%	N	%	
<b>Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima</b>					6.189 (0.045)
Sim	14	18.2	7	7.0	
Não	48	62.3	64	64.0	
Não tem opinião formada	15	19.5	29	29.0	

O estudo de associação entre as situações referentes à suspensão de tratamentos e o local de trabalho revelou que, perante as situações de suspensão de medidas como a alimentação ou hidratação associadas às questões referentes a «Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, é legítimo suspender medidas de suporte de vida a seu pedido explícito, repetido, informado e bem refletido» e «Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, é legítimo suspender medidas de suporte da vida a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima», os médicos do hospital tendem a responder com menor frequência na afirmativa e com maior frequência na negativa por comparação com os que desempenham funções no centro de saúde (quadro XXII).

**Tabela XXII - Estudo de associação entre a opinião face à suspensão de tratamentos e o local de trabalho**

Variável	Hospital		Centro de Saúde		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Suspenderia medidas como alimentação ou hidratação a pedido explícito, repetido informado e bem refletido do doente</b>					6.236 (0.044)
Sim	8	10.4	24	24.0	
Não	60	77.9	62	62.0	
Não tem opinião formada	9	11.7	14	14.0	

<b>Suspenderia medidas como alimentação ou hidratação a pedido de um familiar ou outra pessoa próximo</b>	5	6.5	22	22.0	8.782 (0.012)
Sim	65	84.4	67	67.0	
Não	7	9.1	11	11.0	
Não tem opinião formada					

Os estudos de associação não revelaram diferenças significativas em função do local de trabalho em termos das situações inerentes ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e aos outros casos.

## **2.8. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e o tempo de serviço (dicotomizado)**

Na atitude face à eutanásia comparada em função do tempo de serviço registou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em função do tempo de serviço nas situações inerentes às situações «Pensa que a eutanásia devia ser permitida na ordem jurídica portuguesa» e «Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pela eutanásia» (quadro XXIII). Analisando a distribuição de frequências pode-se constatar que, por comparação com os médicos que trabalhavam há mais tempo, os mais novos na profissão tendem a responder positivamente com maior frequência, negativamente com menor frequência e a manifestarem ausência de opinião formada também com frequência mais elevada, em ambas as situações.

**Quadro XXIII - Estudo de associação entre a opinião face à eutanásia e o tempo de serviço (dicotomizado)**

Variável	< 15 anos		≥ 15 anos		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Pensa que a eutanásia devia ser permitida na ordem jurídica portuguesa</b>					13.836 (0.001)
Sim	78	70.9	42	57.5	
Não	10	9.1	22	30.1	
Não tem opinião formada	22	20.0	9	12.3	
<b>Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pela eutanásia</b>					16.377 (0.000)
Sim	74	67.3	35	47.9	
Não	11	10.0	25	34.2	
Não tem opinião formada	25	22.7	13	17.8	

Perante a situação «Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia» os médicos com menor tempo de profissão tendem a responder com frequência mais elevada na alternativa positiva, com menor frequência na negativa e a manifestar mais frequentemente a opinião não formada, ou seja, estes médicos revelaram estar mais disponíveis para a prática do suicídio assistido se a legislação o permitisse mas também estão mais indecisos que os médicos que trabalhavam há mais tempo.

**Quadro XXIV - Estudo de associação entre a opinião face ao suicídio assistido e o tempo de serviço (dicotomizado)**

Variável	< 15 anos		≥ 15 anos		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia</b>					
Sim	43	39.1	19	26.0	9.281 (0.010)
Não	34	30.9	39	53.5	
Não tem opinião formada	33	30.0	15	20.5	

Perante as situações relativas aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos e ao controlo de sintomas, os médicos que trabalhavam há menos tempo tenderam a manifestar atitudes semelhantes aos que eram profissionais há mais tempo. Não obstante, perante a situação «Considera que os cuidados paliativos podem evitar pedidos de eutanásia e de suicídio assistido» verificou-se a existência de diferenças significativas (quadro XXV), sendo que os médicos que exerciam a profissão há menos tempo tenderam a responder com menor frequência nas alternativas “todos” ou “muitos” e com maior frequência nas alternativas “alguns” e “não”.

**Quadro XXV - Estudo de associação entre a opinião face aos cuidados paliativos e o tempo de serviço (dicotomizado)**

Variável	< 15 anos		≥ 15 anos		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Considera que os cuidados paliativos podem evitar pedidos de eutanásia e de suicídio assistido</b>					
Todos	5	4.5	11	15.1	11.424 (0.022)
Muitos	53	48.2	39	53.4	
Alguns	41	37.3	18	24.7	
Não	5	4.5	0	0.0	
Não tem opinião formada	6	5.5	5	6.8	

O estudo da associação entre a opinião face a outros casos e o tempo de serviço revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas em ambas as situações

(quadro XXVI). Em ambos os casos, as diferenças mais relevantes ocorreram nas respostas negativas e na manifestação de opinião não formada, sendo que os médicos que exerciam a profissão há menos tempo tenderam a responder com menor frequência na primeira e com maior frequência na segunda.

**Quadro XXVI - Estudo de associação entre a opinião face a outros casos e o tempo de serviço (dicotomizado)**

Variável	< 15 anos		≥ 15 anos		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>No seu entender, o conceito de eutanásia (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência</b>					10.186 (0.006)
Sim	10	9.1	6	8.2	
Não	75	68.2	63	86.3	
Não tem opinião formada	25	22.7	4	5.5	
<b>No seu entender, o conceito de suicídio assistido (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência</b>					6.010 (0.049)
Sim	13	11.8	9	12.3	
Não	73	66.4	58	79.5	
Não tem opinião formada	24	21.8	6	8.2	

## **2.9. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e a formação em cuidados paliativos**

A formação em cuidados paliativos parece não ter influência significativa perante as atitudes dos médicos nas seguintes situações: «A legislação portuguesa não permite a prática da eutanásia. Mesmo assim, há circunstâncias em que a praticaria» (p = 0.052), «Já alguma vez recebeu um pedido de eutanásia» (p = 0.229), «Pensa que a eutanásia devia ser permitida na ordem jurídica portuguesa» (p = 0.392), «Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pela eutanásia» (p = 0.415).

Os dados e resultados que constituem o quadro XXVII revelam que existe diferença estatisticamente significativa em termos de atitude perante a situação «Se a legislação permitisse a prática da eutanásia fá-la-ia». A análise da distribuição de frequências revela que os médicos com formação em cuidados paliativos tendem a responder com menor frequência na resposta positiva e a manifestar menor frequência de opinião não formada e com maior frequência na resposta negativa, por comparação com os que não tinham aquela formação.

**Quadro XXVII - Estudo de associação entre a opinião face à eutanásia e a formação em cuidados paliativos**

Variável	Com formação		Sem formação		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Se a legislação permitisse a prática da eutanásia fá-la-ia</b>					9.075 (0.011)
Sim	24	34.8	52	45.6	
Não	31	44.9	27	23.7	
Não tem opinião formada	14	20.3	35	30.7	

A atitude dos médicos com formação em cuidados paliativos é semelhante aos que não tinham formação nesta área nas situações inerentes ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes e à suspensão de tratamentos. Contudo, verificamos a diferença de atitudes, em função da formação em cuidados paliativos, na situação «Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, é legítimo suspender medidas de suporte da vida a seu pedido explícito, repetido, informado e bem refletido», sendo que os médicos com formação tendem a responder com menor frequência na alternativa “não” e com frequência mais elevada na alternativa “em certas circunstâncias” (quadro XXVIII).

**Quadro XXVIII - Estudo de associação entre a opinião face à suspensão de tratamentos e a formação em cuidados paliativos**

Variável	Com formação		Sem formação		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, é legítimo suspender medidas de suporte da vida a seu pedido explícito, repetido, informado e bem refletido</b>					10.921 (0.004)
Sim	50	72.5	87	76.3	

Não	5	7.2	20	17.5	
Em certas circunstâncias	14	20.3	7	6.1	

A formação em cuidados paliativos parece não influenciar a atitude dos médicos face às questões referentes ao controlo de sintomas. Todavia, os médicos que têm formação nesta área tendem a apresentar atitude significativamente diferente face à situação «Considera que os cuidados paliativos podem evitar pedidos de eutanásia e de suicídio assistido» por comparação com os que não têm esta formação (quadro XXIX). Observando a distribuição de frequências pode-se constatar que as maiores diferenças ocorrem nas frequências de respostas às alternativas “muitos” e “alguns”, sendo que os médicos que têm formação em cuidados paliativos tenderam a responder com maior frequência na primeira e com frequência mais baixa na segunda.

**Quadro XXIX - Estudo de associação entre a opinião face aos cuidados paliativos e a formação em cuidados paliativos**

Variável	Com formação		Sem formação		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Considera que os cuidados paliativos podem evitar pedidos de eutanásia e de suicídio assistido</b>					
Todos	45	65.2	47	41.2	13.885 (0.008)
Muitos	15	21.7	44	38.6	
Alguns	3	4.3	2	1.8	
Não	1	1.4	10	8.8	
Não tem opinião formada					

## **2.10. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e o confronto, durante o último ano, com doentes incuráveis e em sofrimento**

A atitude face às situações «Pensa que a eutanásia devia ser permitida na ordem jurídica portuguesa» e «Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pela eutanásia» é significativamente influenciada pelo confronto, durante o último ano, com doentes incuráveis e em sofrimento.

Os médicos que tiveram contato com uma ou mais pessoas nesta situação tendem a responder com maior frequência na alternativa positiva enquanto, aqueles que não tiveram contato com estas pessoas tendem a responder com maior frequência na negativa.

**Quadro XXX - Estudo de associação entre a opinião face à eutanásia e o confronto durante o último ano, com doentes incuráveis e em sofrimento**

Variável	Nenhuma		Uma ou mais		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Pensa que a eutanásia devia ser permitida na ordem jurídica portuguesa</b>					14.775 (0.001)
Sim	6	31.5	114	69.5	
Não	9	47.4	23	14.0	
Não tem opinião formada	4	21.1	27	16.5	
<b>Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pela eutanásia</b>					10.357 (0.006)
Sim	7	36.8	102	62.2	
Não	9	47.4	27	16.5	
Não tem opinião formada	3	15.8	35	21.3	

O confronto, durante o último ano, com pessoas com doenças incuráveis e em sofrimento parece influenciar significativamente a atitude dos médicos perante a situação «Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, é legítimo suspender medidas de suporte da vida a seu pedido explícito, repetido, informado e bem refletido» (quadro XXXI). Os médicos que tiveram contato com estas pessoas tenderam a responder com maior frequência na alternativa positiva enquanto os que não tiveram este contato responderam com frequência mais elevada na negativa.

**Quadro XXXI - Estudo da associação entre a atitude face à suspensão de tratamentos e o confronto durante o último ano, com doentes incuráveis e em sofrimento**

Variável	Nenhuma		Uma ou mais		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, é legítimo suspender medidas de suporte da vida a seu pedido explícito, repetido, informado e bem refletido</b>					14.714 (0.001)
Sim	9	47.4	128	78.0	
Não	8	42.1	17	10.4	
Em certas circunstâncias	2	10.5	19	11.6	

## 2.11. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e a experiência no tratamento de pessoas em fase terminal

O estudo da associação entre a atitude face à eutanásia e a experiência no tratamento de pessoas em fase terminal revelou que a atitude dos médicos é diferente nas situações apresentadas no quadro XXXII, ou seja, nas situações «Se a legislação permitisse a prática da eutanásia fá-la-ia» e «Já alguma vez recebeu um pedido de eutanásia». As distribuições de frequências revelam que os médicos que tinham experiência no tratamento de pessoas em fase terminal tenderam a responder com maior frequência nas respostas “sim” e “não tem opinião formada” na primeira situação e na alternativa “não” na segunda.

**Quadro XXXII - Estudo da associação entre a opinião face à eutanásia e a experiência no tratamento de pessoas em fase terminal**

Variável	Com experiência		Sem experiência		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Se a legislação permitisse a prática da eutanásia fá-la-ia</b>					9.376 (0.009)
Sim	21	38.9	55	42.6	
Não	25	46.3	33	25.6	
Não tem opinião formada	8	14.8	41	31.8	
<b>Já alguma vez recebeu um pedido de eutanásia</b>					10.036 (0.002)
Sim	12	22.2	8	6.2	
Não	42	77.8	121	93.8	

Os estudos revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível das atitudes dos médicos nas situações «A legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria» e «Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia» (quadro XXXIII). Comparando as distribuições de frequências podemos, ainda, afirmar que os médicos com experiência no tratamento de pessoas em fase terminal tendem, em ambas as situações, a responder com maior frequência nas alternativas “sim” e “não” e com menor frequência na resposta “não tem opinião formada”, ou seja, os médicos com este tipo de experiência estão menos indecisos que aqueles que não a têm.

**Quadro XXXIII - Estudo da associação entre a opinião face ao suicídio assistido e a experiência no tratamento de pessoas em fase terminal**

Variável	Com experiência		Sem experiência		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>A legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria</b>					6.277 (0.043)
Sim	16	29.6	25	19.4	
Não	31	57.4	66	51.2	
Não tem opinião formada	7	13.0	38	29.5	
<b>Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia</b>					7.071 (0.030)
Sim	21	38.9	41	31.8	
Não	26	48.1	47	36.4	
Não tem opinião formada	7	13.0	41	31.8	

Observámos a existência de diferenças significativas nas atitudes dos médicos com e sem experiência no tratamento de pessoas em fase terminal nas situações inerentes face às seguintes situações «Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima» e «Se tivesse uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, gostaria que um médico lhe administrasse um ou mais fármacos em doses letais, se tal lhe fosse pedido por um seu familiar ou outra pessoa próxima» (quadro XXXIV). A análise das frequências evidencia que na primeira destas situações os médicos com experiência tendem a responder mais na alternativa “não” enquanto os que não tinham experiência tendem a responder na alternativa “não tem opinião formada”, na segunda situação os médicos com experiência tendem a responder na alternativa “não” mas os que não tinham este tipo de experiência responderam com maior frequência nas alternativas “sim” e “não tem opinião formada”.

Quadro XXXIV - Estudo da associação entre a atitude face a doentes cognitivamente incompetentes e a experiência no tratamento de pessoas em fase terminal

Variável	Com experiência		Sem experiência		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima</b>					6.512 (0.039)
Sim	7	13.0	14	10.9	
Não	40	74.1	75	58.1	
Não tem opinião formada	7	13.0	40	31.0	
<b>Se tivesse uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, gostaria que um médico lhe administrasse um ou mais fármacos em doses letais, se tal lhe fosse pedido por um seu familiar ou outra pessoa próxima</b>					7.090 (0.029)
Sim	18	33.3	56	43.4	
Não	26	48.1	36	27.9	
Não tem opinião formada	10	18.5	37	28.7	

O estudo da associação da atitude face à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e às outras situações com a experiência no tratamento de pessoas em fase terminal não revelou a existência de diferenças significativas em qualquer das situações.

## **2.12. Estudo da associação entre a atitude face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos e o facto de ter tido familiar com doença terminal**

As atitudes face à eutanásia, ao suicídio assistido, aos doentes cognitivamente incompetentes, à suspensão de tratamentos, ao controlo de sintomas, aos cuidados paliativos e a outros casos parecem não sofrer influência pelo facto de o médico ter tido, ou não, familiar com doença terminal. Apenas se observou a existência de diferenças estatisticamente

significativas na situação «No seu entender, o conceito de suicídio assistido (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência» (quadro XXXV). Analisando a distribuição de frequências constatamos que os médicos que tiveram familiar com doenças terminal responderam mais frequentemente na alternativa “sim” e com menor frequência nas alternativas “não” e “não tem opinião formada”, por comparação com os que não tiveram qualquer familiar naquela situação.

**Quadro XXXV - Estudo da associação entre a opinião face a outros casos e o facto de ter tido um familiar com doença terminal**

Variável	Sim		Não		$\chi^2$ (p)
	n	%	n	%	
<b>No seu entender, o conceito de suicídio assistido (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência</b>					7.463 (0.024)
Sim	18	18.0	4	4.8	
Não	67	67.0	64	77.1	
Não tem opinião formada	15	15.0	15	18.1	

Procedemos, ainda, ao estudo da associação entre as respostas às questões «A legislação portuguesa não permite a prática da eutanásia. Mesmo assim, há circunstâncias em que a praticaria» e «A legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria» (quadro XXXVI). Os resultados observados revelam uma associação estatisticamente significativa e evidenciam grande concordância entre as respostas às duas questões. Tal pode ser verificado pelo facto da maioria dos inquiridos terem respondido da mesma forma nas duas questões, ou seja, a maioria dos médicos que responderam “sim” a uma das questões responderam também “sim” à outra. O mesmo se verifica nas respostas “não” e “não tem opinião formada”.

**Quadro XXXVI - Estudo da associação entre as questões «A legislação portuguesa não permite a prática da eutanásia/suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que a praticaria»**

A legislação portuguesa não permite a prática da eutanásia. Mesmo assim, há circunstâncias em que a praticaria	A legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria						$\chi^2$ (p)
	Sim		Não		Não tem opinião formada		
	n	%	n	%	n	%	
Sim	32	65.4	5	5.7	4	8.7	149.112 (0.000)
Não	11	22.4	77	87.5	9	19.6	
Não tem opinião formada	6	12.2	6	6.8	33	71.7	

O estudo idêntico permitiu-nos avaliar a significância da associação entre as respostas às questões «Se a legislação permitisse a prática da eutanásia fá-la-ia» e «Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia» (quadro XXXVII) e revelou uma situação semelhante à atrás referida ou, por outras palavras, verifica-se grande concordância nas respostas às duas questões e, conseqüentemente, uma associação estatisticamente significativa.

**Quadro XXXVII - Estudo de associação entre as questões «Se a legislação permitisse a prática da eutanásia/suicídio assistido fá-lo-ia»**

Se a legislação permitisse a prática da eutanásia fá-la-ia	Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia						$\chi^2$ (p)
	Sim		Não		Não tem opinião formada		
	n	%	n	%	n	%	
Sim	55	72.4	5	8.6	2	4.1	170.060 (0.000)
Não	14	18.4	50	86.2	8	18.4	
Não tem opinião formada	7	9.2	3	5.2	38	77.5	

Procurámos, também, analisar a significância da associação entre as respostas às questões sobre eutanásia «A legislação portuguesa não permite a prática da eutanásia. Mesmo assim, há circunstâncias em que a praticaria» e «Se a legislação permitisse a prática da eutanásia fá-la-ia». Os resultados observados (quadro XXXVIII) permitem-nos verificar que a associação é significativa e que existe bastante concordância nas respostas às duas questões, principalmente ao nível da resposta “sim” na qual se verifica 87.7% de concordância.

**Quadro XXXVIII - Estudo da associação entre as questões «A legislação não permite a prática da eutanásia. Mesmo assim, há circunstâncias em que a praticaria» e «Se a legislação permitisse a prática da eutanásia fá-la-ia»**

Se a legislação permitisse a prática da eutanásia fá-la-ia	A legislação portuguesa não permite a prática da eutanásia. Mesmo assim, há circunstâncias em que a praticaria						$\chi^2$ (p)
	Sim		Não		Não tem opinião formada		
	n	%	n	%	n	%	
Sim	43	87.7	24	27.3	9	19.6	114.620 (0.000)
Não	2	4.1	51	58.0	5	10.9	
Não tem opinião formada	4	8.2	13	14.7	32	69.5	

Do mesmo modo procedemos ao estudo da associação entre duas das questões sobre o suicídio assistido: «A legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria» e «Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia». Como podemos constatar pelos resultados que apresentamos no quadro XXXIX a associação é estatisticamente significativa e verifica-se bastante concordância na resposta a estas questões sendo mais notória na alternativa “sim”, na qual se verifica uma concordância de 90.2%.

**Quadro XXXIX - Estudo da associação entre as questões «A legislação não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria» e «Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia»**

Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia	A legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria						$\chi^2$ (p)
	Sim		Não		Não tem opinião formada		
	n	%	n	%	n	%	
Sim	37	90.2	21	21.7	4	8.9	135.685 (0.000)
Não	2	4.9	63	64.9	8	17.8	
Não tem opinião formada	2	4.9	13	13.4	33	73.3	

## V. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em primeiro lugar, é importante frisar o baixo número de respostas ao estudo efetuado. Assim, responderam ao inquérito 183 médicos, valor que se desconhece ser representativo da população de médicos em actividade na RAM. Nos estudos de Gonçalves (2006) e Silva (2007) em que a percentagem de respostas foi de 33% e 79%, respetivamente. Esta percentagem de respostas poderá ter na sua génese vários fatores.

O modo de distribuição dos questionários, em formato digital, poderá ter condicionado o número de respostas, uma vez que implicava o acesso a meios informáticos. Assim, segundo Bälter *et al* (2005), apesar de os questionários *online* serem uma ferramenta prática e fácil de usar, com vantagens ao nível dos custos, distribuição e análise dos dados, entre outras, a sua utilização deverá ocorrer preferencialmente em populações cujo acesso à internet é elevado, podendo o número de respostas ser superior quando aplicados no formato tradicional em papel. Já Russel *et al* (2010) referem que a percentagem de respostas a inquéritos *online* duplicou entre 2003 e 2007, sendo superior à percentagem de respostas obtidas por meio de questionários em papel. No entanto, ambos os estudos apontam que a resposta a inquéritos *online* é condicionada por alguns fatores, nomeadamente a idade, sexo, educação, entre outros.

De acordo com Russel *et al* (2010) os inquéritos *online* apresentam taxas de resposta superiores em idades mais jovens, declinando à medida que a idade aumenta. Segundo Wagner *et al* (2010), os mais velhos apresentam maiores dificuldades na utilização de computadores por falta de conhecimentos sobre o funcionamento dos mesmos, entre outros motivos. No presente estudo, verificou-se que 41.0% dos inquiridos pertenciam ao grupo etário dos 25 aos 34 anos, seguidos de 25.1% que tinham idades compreendidas entre os 35 e 44 anos, o que se coaduna com o anteriormente citado.

Neste âmbito, importa ainda frisar que, Ekman *et al* (2006) concluíram que o viés nos estudos em que os dados são recolhidos via internet não era maior que o dos estudos em que os dados são recolhidos em papel.

Outro dos fatores que poderá estar na base do número de respostas prende-se com características inerentes à própria classe médica, nomeadamente uma eventual sobrecarga de trabalho, a baixa importância que atribuem a este tipo de estudo e até mesmo um baixo nível de cultura cívica e de sentido de responsabilidade social (Gonçalves, 2006, p.202; Leece *et al*, 2004;).

A isto acresce a temática do estudo, que muito embora suscite calorosas discussões e seja alvo de escrutínio público à data em que esta dissertação se encontra a ser escrita, não deixa de levantar questões importantes, sobretudo de âmbito legal. Deste modo, muito embora se tenha assegurado o anonimato, o facto de o tema abordado dizer respeito a algo que de momento não se encontra regulado na legislação portuguesa, constituindo matéria de crime e com consequências legais, poderá ter-se refletido em algumas reticências em completar o questionário (Gonçalves, 2006, p.203; Maitra *et al*, 2005; Silva, 2007, p.74; Vézima *et al*, 2014), ou eventualmente, em até responder honestamente às questões colocadas (Zenz *et al*, 2015). Tal pode ser demonstrado na questão relativa à especialidade principal, em que 18 dos 183 médicos (9,8%) não responderam. O grande número de respostas em branco nesta questão poderá resultar do facto de poder permitir a identificação do inquirido (Nogueira, 2010; p.98), sobretudo em especialidades com um baixo número de médicos atualmente a trabalhar na RAM.

## **1. MORTE ASSISTIDA**

Faria Costa (2003), citado por Rueff (2014), defende que: «(...) a eutanásia ativa, sustentada em pedido sério, instante e expresso, não pode ser praticada por quem quer que seja. É ponto indiscutível que tal ato tem de ter a dignidade de só poder ser levado a cabo por médico.»

Curiosamente, os médicos inquiridos não partilham da opinião anterior. Assim, a maioria dos inquiridos (48.1%) referiu que não praticaria eutanásia no atual quadro legal. Todavia este valor decresceu para 31.7%, na condição da legislação o permitir. Isto leva-nos a inferir que o facto da legislação portuguesa não permitir esta prática, é um factor importante na tomada de decisão dos clínicos. Tal vai de encontro a vários estudos realizados em países em que a prática da eutanásia não é legal, e em que a maioria dos médicos se negaria a praticar este ato. No estudo de Gonçalves (2006; p.192), 78% dos médicos não praticaria eutanásia. Este valor diminui para 63,6%, caso a eutanásia fosse legal. Já Zenz *et al* (2015), num estudo realizado na Alemanha, país em que até recentemente a eutanásia não era permitida, verificaram que 79.6% dos clínicos se recusavam a praticar eutanásia. Num outro estudo realizado na Polónia (Leppert *et al*, 2013), 90% dos médicos e 82% dos estudantes de medicina recusar-se-iam a realizar eutanásia.

A maioria dos inquiridos (65.6%) pensa que a eutanásia deveria ser permitida na ordem jurídica portuguesa, valor muito superior ao respeitante àqueles que admitiram que

praticariam eutanásia na situação legal vigente (26.8%) e na circunstância de legalização da mesma (41.5%). De facto, a maioria dos estudos sobre eutanásia abordam a opinião dos profissionais de saúde no que se refere à legalização da eutanásia, falhando em explicar quais as intenções destes quando colocados perante uma possível prática da mesma. Exemplo de tal é o estudo realizado em França por Dany *et al* (2015), em que apenas ficou demonstrado que apesar de 96% da população ser a favor da eutanásia, menos de 50% dos médicos também o eram.

Na realidade, não obstante um médico possa ser a favor da legalização da eutanásia, tal pode não corresponder necessariamente à sua predisposição para praticá-la (Lavoie *et al*, 2015). Assim, embora o médico se afigure como aquele com mais capacidades para praticar este tipo de ato, fica patente estatisticamente, e à semelhança do estudo de Gonçalves (2006), que apesar de maioritariamente concordarem com a eutanásia, o número daqueles dispostos a praticá-la é menor. Também segundo o estudo de Catania *et al* (2008), apenas 14% dos médicos inquiridos eram favoráveis do ponto de vista profissional e pessoal; 42% eram favoráveis em situações específicas e 42 a 46% não eram favoráveis em quaisquer circunstâncias.

Importa ainda salientar o estudo de Emanuel (2016), segundo o qual os médicos estão mais predispostos a reconhecer a possibilidade de realização deste tipo de intervenção à medida que o debate se torna mais público e globalmente aceite.

A idade provou ser uma variável com influência estatisticamente significativa no que concerne à opinião dos inquiridos sobre a eutanásia. Assim, demonstrou-se que os médicos mais jovens (idade  $\leq 37$  anos) estavam na sua maioria dispostos a praticar eutanásia caso esta fosse permitida na legislação, ao contrário dos mais velhos ( $>37$  anos), que maioritariamente se recusariam. Os médicos mais jovens eram também mais favoráveis à permissão da eutanásia na ordem jurídica. O mesmo verificaram Bachman *et al* (1996) e Dany *et al* (2015).

Relativamente ao suicídio assistido, embora os resultados obtidos tenham sido globalmente semelhantes, percentualmente verificou-se que os médicos se assumiram mais contra esta prática. Assim, embora a maioria (46.4%) dos médicos fosse a favor da legalização do suicídio assistido, o valor correspondente àqueles a favor da legalização da eutanásia foi superior (65.6%). Também o número daqueles dispostos a participar deste ato foi inferior, com 22.4% e 33.9% dos médicos a fornecerem respostas positivas para a atual situação legal e no caso do mesmo ser legalizado, respetivamente. À semelhança da eutanásia, os médicos mais jovens foram aqueles que se mostraram mais dispostos a participar desta prática. Estes dados remetem para o facto de os médicos distinguirem eutanásia de suicídio

assistido, sendo mais favoráveis à prática da eutanásia. Contrariamente, num estudo encomendado pela Associação Médica Alemã em 2009 (Anneser, 2016), 30% dos médicos eram a favor da legalização do suicídio medicamente assistido e somente 17% eram a favor da legalização da eutanásia. O mesmo se verificou no estado americano do Michigan (Bacham *et al*, 1996) em que 56% dos médicos eram a favor da legalização do suicídio medicamente assistido e 44% a favor da legalização da eutanásia. Neste mesmo estudo, 15% dos médicos eram a favor do suicídio assistido mas contra a eutanásia e, 13% referiram que participariam apenas do suicídio assistido. Vinte e dois por cento dos médicos afirmaram que participariam tanto do suicídio assistido como da eutanásia. Neste contexto, embora se verifique novamente a distinção entre ambas as práticas, talvez a conotação negativa associada à palavra eutanásia no contexto do genocídio da II Guerra Mundial, e no qual tanto a Alemanha como os EUA foram intervenientes, possa contribuir para uma opinião mais favorável em relação ao suicídio assistido.

Quando inquiridos se alguma vez haviam recebido um pedido de eutanásia e suicídio assistido, 10.9% e 2.2% responderam afirmativamente, respectivamente. Estes valores ficam aquém dos encontrados por Gonçalves (2006), Mohammad *et al* (2014), Maitra *et al* (2005) e Ahmed *et al* (2001), muito provavelmente pelo facto da amostra de médicos ser diversificada em termos de especialidades, algumas das quais pouco expostas a doentes terminais. Segundo Emanuel (2016), os oncologistas tendencialmente recebem mais pedidos de morte assistida do que os não oncologistas, uma vez que tendem a cuidar mais de doentes terminais do que as outras especialidades. Perante um pedido de morte assistida, segundo o mesmo autor, 76% dos médicos aumenta o tratamento dos sintomas físicos, 65% ajustam a terapêutica para a depressão ou ansiedade e 24% referenciam o doente para um psiquiatra. Por sua vez, Catania *et al* (2008) referem que 15% dos médicos a quem foi pedido auxílio para a concretização da morte assistida, consentiram tal pedido, 50% discutiram o pedido com o doente e 31% recusaram envolver-se no pedido.

Já na situação de sendo confrontados com uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, se gostariam de poder optar pela eutanásia ou pelo suicídio assistido, 59.6% e 39.9%, respetivamente, responderam positivamente. Estes valores são superiores àqueles encontrados por Leppert *et al* (2013) e Gonçalves (2006). Contudo, é importante referir que o número de médicos que gostariam de poder optar pela morte assistida é inferior àqueles que se manifestaram a favor da sua legalização. Já o número de médicos sem opinião formada é superior, o que nos leva a inferir que o ser a favor da legalização desta prática não significa que queiram usufruir dela, mas apenas que eventualmente acreditam que

esta deverá constituir uma opção, ou até mesmo, que quando se trata do próprio, as decisões em fim de vida adquirem outra amplitude que torna difícil a tomada de decisão.

Embora no global os médicos gostassem de poder optar pela eutanásia caso tivessem uma doença incurável e progressiva, os mais novos foram aqueles que mais se manifestaram a favor de tal, porventura por terem crescido num contexto mais liberal, menos tradicional e em que o culto do corpo belo e saudável representa um ideal.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que concerne à atitude face à eutanásia e ao suicídio assistido em função do sexo. O mesmo verificou-se no estudo de Bacham *et al* (1996). Já no estudo de Ahmed *et al* (2001), todos os que admitiram a possibilidade de eutanásia e suicídio medicamente assistido eram do sexo masculino. Contrariamente, no estudo de Mohammad *et al* (2014), o sexo feminino era mais favorável perante a eutanásia.

Curiosamente, e contrariamente à maioria dos estudos em que a religião se assume como um factor estatisticamente significativo relativamente à atitude face à eutanásia (Ahmed *et al*, 2001; Bachman *et al*, 2014; Catania *et al*, 2008; Dany *et al*, 2015; Gonçalves, 2006; Lofmark *et al*, 2008; Mohammad *et al*, 2014), no presente estudo não foi encontrada qualquer relação entre esta variável e o ser a favor ou contra a eutanásia. De facto, os estudos demonstram que o ter uma religião ou acreditar em Deus está associado com uma opinião menos favorável face à eutanásia.

O ser ou não praticante de uma religião, foi associado de forma estatisticamente significativa com o defender que o suicídio assistido fosse permitido na ordem jurídica portuguesa, com os não praticantes a responderem mais favoravelmente que os praticantes. Tal vai de encontro ao estudo de Bacham (1996), em que aqueles que consideravam a religião muito importante nas suas vidas eram menos favoráveis à legalização desta prática do que aqueles em que a religião era menos importante. O mesmo aconteceu aquando da possibilidade de poderem optar pelo suicídio assistido na situação de apresentar uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte.

Os inquiridos cuja especialidade era Medicina Geral e Familiar tenderam a responder de forma estatisticamente significativa menos positivamente à questão de se participariam de suicídio assistido. Dany *et al* (2015) observaram o contrário mas relativamente à eutanásia, apresentando como justificação o facto de esta especialidade lidar menos com doentes em fim de vida. Já Maitra *et al* (2005), num estudo realizado na Alemanha, na altura em que a morte assistida ainda não se encontrava legalizada, afirmaram que os médicos de família cuidavam da maioria dos doentes terminais, sendo que a realização de eutanásia e de suicídio assistido

era considerada aceitável por 34% e 80% dos mesmos respectivamente. No mesmo estudo, 62% e 73% dos médicos de família haviam recebido pelo menos uma vez na sua carreira pedidos de eutanásia e suicídio assistido, e 13% e 38% já os haviam praticado, respectivamente.

Neste contexto, importa ainda referir que os médicos que trabalhavam a nível hospitalar tenderam a responder mais afirmativamente e de forma estatisticamente significativa à pergunta: «a legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria?». Tal deve-se, muito provavelmente, ao facto da maioria dos profissionais cuja especialidade é Medicina Geral e Familiar trabalharem nos centros de saúde e não a nível hospitalar, frisando os resultados já enunciados de que estes manifestaram-se de forma mais negativa à prática do suicídio assistido.

O tempo de serviço assumiu-se como uma variável com peso ao nível da opinião dos médicos face à morte assistida. Assim, os médicos com menos anos de profissão (<15 anos) tenderam a responder positivamente com maior frequência e negativamente com menor frequência quando inquiridos se achavam que a eutanásia deveria ser permitida na ordem jurídica portuguesa e se gostariam de poder optar pelo mesmo na situação de terem uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte. O mesmo se verificou quando questionados se participariam de um suicídio assistido caso a legislação o permitisse. O mesmo resultado obtiveram Dany *et al* (2015).

Já o ter formação em cuidados paliativos verificou-se estar associado a uma maior tendência para responder negativamente à eventualidade de praticar eutanásia se a legislação o permitisse. Zenz *et al* (2015) obtiveram um resultado semelhante, referindo que os médicos com formação em cuidados paliativos eram mais relutantes em acelerar a morte de um doente por meio de eutanásia, sendo que apenas 3,7% destes estariam dispostos a fazê-lo, enquanto 11,2% daqueles sem formação estariam dispostos. Curiosamente, segundo o mesmo estudo, médicos com formação específica no controlo da dor estavam mais dispostos a participar da morte assistida do que aqueles sem formação. Contudo, este foi um aspecto que não foi avaliado nesta dissertação. O estudo de Morrison *et al* (2014) também sustenta os resultados obtidos, referindo que os médicos com mais experiência em cuidados de fim de vida são aqueles que menos reportam ter prestado assistência a doentes no morrer. Para estes autores, os cuidados paliativos e a eutanásia partilham objetivos, nomeadamente o alívio do sofrimento, centrando-se a principal diferença nas intenções aquando da administração de medicação. Dany *et al* (2015) reportaram também que os médicos mais envolvidos em cuidados paliativos são os menos favoráveis à legalização da eutanásia.

O confronto durante o ano anterior com pessoas com doenças incuráveis e em sofrimento está associado com uma maior tendência para responder de forma positiva à questão «pensa que a eutanásia deveria ser permitida na ordem jurídica portuguesa». Os médicos com experiência no tratamento de pessoas em fase terminal tenderam a responder mais frequentemente que participariam da eutanásia, caso a legislação o permitisse, e do suicídio assistido, independentemente da legislação, do que aqueles sem experiência. Isto vai de encontro aos estudos de Vézima-Im *et al* (2014) e Lofmark *et al* (2008), segundo os quais os médicos que contactavam mais frequentemente com doentes terminais estavam mais motivados para praticar eutanásia. Em oposição, Bachman *et al* (1996) observaram que os médicos que tratavam mais frequentemente doentes terminais eram menos favoráveis à legalização da eutanásia, embora não menos predispostos a participar do ato caso este fosse legalizado.

De igual modo, constatou-se a existência de uma associação perante uma eventual situação do médico padecer de uma doença incurável e progressiva que conduzisse inexoravelmente à morte e o confronto no último ano com pessoas com doenças incuráveis e em sofrimento. Assim, os médicos que tiveram contato com doentes terminais responderam mais positivamente ao facto de gostarem de poder optar pela eutanásia, em oposição aos médicos que não tiveram contato com este tipo de doente, os quais responderam tendencialmente pela negativa.

A maioria dos médicos que respondeu que praticaria eutanásia, quer no âmbito da atual legislação, quer na eventualidade da mesma ser legalizada, também respondeu de forma positiva no que concerne ao suicídio assistido, existindo assim uma associação relevante do ponto de vista estatístico. Maitra *et al* (2005), encontraram resultados diferentes, com uma minoria dos médicos a responderem positivamente face à eutanásia (5% e 42%) ao contrário do suicídio assistido (42% e 59%).

Quando inquiridos se praticariam eutanásia, a maioria dos médicos que respondeu positivamente no caso da mesma ser legalizada também respondeu positivamente perante a atual situação legal vigente, verificando-se o mesmo relativamente ao suicídio assistido. Isto remete-nos para a inexistência de uma mudança de atitude significativa perante a legalidade da morte assistida, contrariamente ao verificado por Maitra *et al* (2005), em que a legalização da eutanásia resultaria numa mudança significativa de atitudes face à morte assistida. O mesmo se verificou face ao suicídio assistido.

Relativamente à limitação de conceitos, verificou-se que a maioria dos médicos discorda do alargamento dos conceitos de eutanásia e suicídio assistido a situações de pessoas

sem uma doença terminal ou somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência. Esta é uma realidade na Bélgica, Holanda e Luxemburgo, sendo o sofrimento psicológico resultante de uma doença somática ou mental reconhecido como um fundamento legal para a realização de eutanásia. A título de curiosidade cite-se Thienpont *et al* (2015), segundo os quais, na Bélgica, do total das 2086 mortes ocorridas por eutanásia em 2010-2011, 8,5% ocorreram em doentes não terminais.

Apenas 8,7% e 12,0% dos médicos inquiridos concorda com o alargamento dos conceitos de eutanásia e suicídio assistido, respetivamente. Estes valores são próximos daqueles encontrados por Gonçalves (2006) e superiores àqueles encontrados por Zenz *et al* (2015), que foram de 1,1% e 3,0%, respectivamente.

No caso do alargamento do conceito de eutanásia verifica-se existirem associações significativas com as variáveis idade, religião e tempo de serviço. Já no caso do suicídio assistido verificaram-se associações com a religião, tempo de serviço e o facto de ter tido um familiar com uma doença terminal.

Embora globalmente os médicos rejeitem o alargamento de conceitos, os médicos mais velhos apresentam uma percentagem significativamente superior de respostas negativas, enquanto os mais novos apresentam uma percentagem significativamente superior de opiniões não formadas, o que remete para uma maior existência de dúvidas neste grupo etário relativamente a esta questão.

Relativamente à religião, verifica-se que os médicos que professam alguma religião apresentam uma maior percentagem de resposta formada que os agnósticos/ateus, o que nos aponta para o facto de a religião ser um factor importante no ter uma opinião formada quanto a um possível alargamento dos conceitos de eutanásia e de suicídio assistido a outras pessoas que não aquelas com uma doença terminal.

Também se verificou que os médicos com menos tempo de exercício profissional tendencialmente responderam mais negativamente relativamente ao alargamento do conceito de eutanásia e suicídio assistido.

Ainda no que se refere ao alargamento do conceito de suicídio assistido verificou-se que os médicos que referiram ter tido um familiar com uma doença terminal responderam tendencialmente mais positivamente do que aqueles que não tiveram, o que nos remete para o facto da experiência familiar ser determinante no que se refere à atitude face à possibilidade de alargar o suicídio assistido a grupos de pessoas não terminais.

## 2. DOENTES INCOMPETENTES

Citando Gonçalves (2006; p.17 e 49): «Um doente incompetente é um doente incapaz de compreender e reter a informação relevante para a decisão, especialmente as consequências prováveis do tratamento em questão; é incapaz de usar a informação e avaliá-la no processo de decisão». O mesmo autor defende que «Nos doentes incompetentes as decisões devem ser tomadas segundo o que se pode determinar como os seus melhores interesses e não os melhores interesses da família, da sociedade ou de outros». Neste contexto, importa referir que, à semelhança do estudo do autor supracitado, a maioria dos inquiridos no presente estudo afirmou que não administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, quer a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima, quer por sua própria iniciativa. A maioria dos médicos também acredita que qualquer ato deste tipo não deveria ser permitido pela legislação, sendo que 6 médicos referiram já ter recebido pedidos deste tipo, 4 dos quais no último ano, e um médico afirmou já ter praticado este tipo de ato.

Kouwenhaven *et al* (2015) realizaram um estudo qualitativo sobre a eutanásia e a demência avançada, tendo ficado patente que os médicos reconhecem as dificuldades de um pedido deste tipo e a extensão do sofrimento de doentes com demência avançada. Neste contexto, reconhecem que a comunicação direta com o doente é essencial para uma avaliação fidedigna de um pedido de morte assistida, sendo obvio que tal está comprometido numa situação de demência. Assim, ao comunicar pessoalmente com o paciente em uma ou mais situações, o médico adquire uma noção mais abrangente do sofrimento do mesmo e do seu desejo de morrer. Será esta compreensão que irá predispor o médico a comprometer-se com a realização de eutanásia. Considerando o impacto emocional que a realização da eutanásia é sabida ter nos médicos, compreende-se as reticências dos mesmos em praticar eutanásia em doentes com demência avançada.

De acordo com Rietjens *et al* a frequência de mortes sem consentimento explícito do doente tem decrescido, situando-se em 2005 em 0,4% (cerca de 550 casos) do total. O estudo destes casos demonstrou que a maioria decorria no contexto de doença terminal, em que os doentes se encontravam muito próximos da morte, eram incompetentes mas haviam discutido previamente com o médico e/ou familiares a possibilidade de morte assistida.

Curiosamente, embora a maioria dos médicos se recusasse a praticar este tipo de ato, 40,4% dos inquiridos gostaria que lhes fosse administrado um ou mais fármacos em doses letais, a pedido de um familiar ou pessoa próxima, no caso de apresentar uma doença

incurável e progressiva e estivesse incapaz de tomar decisões por alterações de consciência. Mais uma vez verifica-se que a opinião dos médicos varia consoante esteja em causa a vertente profissional ou a vertente pessoal. O mesmo não se verificou no caso de a decisão ser tomada por um médico, com 66,7% dos inquiridos a responder que não gostaria que decidissem por si. Já Gonçalves (2006; p.199) verificou que em qualquer dos casos os médicos responderam tendencialmente de forma negativa.

Nestas questões, encontraram-se associações significativas entre o sexo, com os médicos do sexo masculino a apresentarem maior tendência para receber pedidos e manifestarem maior disponibilidade para que na situação de se encontrarem incapazes de decidir, e apresentando uma doença incurável, avançada e progressiva, um colega lhes administrasse um ou mais fármacos em doses letais. Também a religião provou ser uma variável com significância estatística, existindo diferenças entre aqueles que professavam ou não uma religião e a administração por iniciativa própria de um ou mais fármacos a um doente terminal e incompetente.

De igual modo verificou-se que a especialidade médica também influenciava de forma significativa a atitude face a doentes incompetentes, com os médicos de família a responderem com frequência mais baixa de forma positiva quando colocados perante a situação de um familiar ou outra pessoa próxima de um doente lhes pedir que administrasse fármacos letais. O mesmo se verificou face ao local de trabalho e a experiência no tratamento de pessoas em fase terminal. Assim, encontraram-se diferenças significativas entre aqueles que trabalhavam no hospital e aqueles que trabalhavam no centro de saúde, bem como entre aqueles com e sem experiência no tratamento de pessoas em fase terminal. Isto remete-nos para o facto de a experiência constituir um aspecto fulcral no que respeita às decisões em fim de vida. Assim, os médicos de família tendencialmente estão em menor contato com doentes terminais, daí possivelmente sejam menos a favor deste tipo de atitude. Pelo facto de esta especialidade se desenvolver sobretudo ao nível dos centros de saúde, também se compreende o porquê de o local se constituir como um aspecto determinante ao nível das atitudes perante doentes incompetentes.

### **3. SUSPENSÃO DE TRATAMENTOS E CONTROLO DE SINTOMAS**

As decisões médicas em fim de vida implicam, por vezes, a suspensão de tratamentos que prolongam a sobrevida, como por exemplo ventilação mecânica, entubação nasogástrica e

alívio da dor e de outros sintomas com fármacos em doses elevadas e que podem acelerar a morte como possível efeito adverso.

A maioria dos inquiridos (74,9%) concorda com a suspensão de medidas de suporte de vida, com o consentimento do doente, embora apenas 17,5% suspenderia medidas como a alimentação ou hidratação.

Na situação do pedido ser efetuado por um familiar ou pessoa próxima, o número de inquiridos que suspenderia medidas de suporte diminui muito (42,1%), sendo que apenas 14,8% suspenderia medidas como a alimentação ou hidratação. Tal vai de encontro aos estudos de Gonçalves (2006) e Mohamad *et al* (2014).

A percentagem daqueles que acreditam ser legítimo suspender este tipo de medidas por decisão unilateral do médico ou da equipa de saúde é ainda menor, com 26,8% respondendo afirmativamente a esta pergunta e 13,1% que suspenderia medidas como alimentação ou hidratação.

Morrison & Kang (2014) defendem que a suspensão de medidas como a alimentação e hidratação no final da vida constitui uma área difícil. Assim, a suspensão destas medidas num doente pode ser razoável quando o principal objetivo desta ação for a minimização do sofrimento, nomeadamente quando a alimentação em si causa sofrimento, como por exemplo a colocação de uma sonda nasogástrica para alimentar, já que num doente em fim de vida, é pouco provável que a morte advenha da falta de alimentos.

Neste contexto, importa ainda citar Rady *et al* (2014) que referem que a recusa de alimentação e fluidos por um adulto competente poderá assumir-se como uma forma legal de suicídio. Adicionalmente, consideram que a administração de alimentos e fluidos, mesmo por meios artificiais constituem tratamento standard e não um tratamento médico.

Os estudos de associação mostraram que o local de trabalho dos inquiridos estava associado de forma significativa com o responder desfavoravelmente face à suspensão de medidas como a alimentação e hidratação, sendo que aqueles que trabalhavam em ambiente hospitalar responderam com maior frequência na negativa em comparação com aqueles que trabalham na comunidade, provavelmente por lidarem mais frequentemente com este tipo de situação. Também o ter formação em cuidados paliativos provou ser uma variável com influência ao nível da suspensão de tratamentos a pedido explícito, repetido, informado e bem refletido do doente, sendo que os médicos com formação em cuidados paliativos tendencialmente responderam com menor frequência negativamente e com maior frequência na alternativa “em certas circunstâncias” que aqueles sem formação. Muito provavelmente, tal deve-se ao facto de os cuidados paliativos defenderem a qualidade de vida, através da

prevenção e do alívio do sofrimento, perspetivando, muitas vezes, a alimentação e hidratação como supérfluas e até geradoras de sofrimento numa fase final da vida.

Os médicos que se confrontaram no ano anterior com pessoas com doenças incuráveis e em sofrimento também influenciou de forma significativa a opinião dos médicos face à suspensão de medidas de suporte a pedido do próprio doente. Deste modo, aqueles que tiveram contato no ano anterior tenderam a responder com uma frequência superior positivamente, enquanto aqueles que não tiveram contato responderam mais frequentemente na negativa.

Não foram encontradas outras associações com significância estatística relativamente à suspensão de medidas de suporte.

No que diz respeito ao controlo de sintomas, de acordo com Heide *et al* (2003), as decisões em fim de vida que se apresentam maioritariamente como uma resposta ao sofrimento dos doentes, nomeadamente a administração de determinados fármacos, parecem ser praticadas em todos os países que dizem ter cuidados de saúde modernos. Tal vai de encontro à resposta da maioria dos médicos inquiridos, sendo que 84,7% refere que em pessoas em grande sofrimento com doenças incuráveis, avançadas e progressivas que levarão inexoravelmente à morte administra os fármacos necessários para controlar esse sofrimento ainda que possa admitir que possa encurtar a sua vida. Na mesma linha, 91,8% dos médicos gostaria que lhes administrassem fármacos no contexto supracitado. O mesmo referem Gonçalves (2006) e Lofmark *et al* (2008), sendo que neste último estudo, que envolveu vários países, a maioria dos médicos intensificavam o alívio da dor ou outro sintoma, mesmo considerando um possível encurtamento da sobrevida. Curiosamente, Wright *et al* (2015) referem a falta de competências básicas por parte dos médicos na gestão de sintomas, assim como no acompanhamento de suporte aos pacientes moribundos.

Não foram encontradas associações com significância estatística entre as variáveis estudadas e o controlo de sintomas.

#### **4. CUIDADOS PALIATIVOS**

Menos de metade (37,7%) dos médicos inquiridos apresentavam formação em cuidados paliativos, dos quais 81,2% apresentava formação básica e 18,8% formação avançada. Conforme citado anteriormente e, de acordo com o Observatório Português de Cuidados Paliativos, apenas 17% dos cursos na área da saúde integram uma unidade curricular específica de cuidados paliativos. Uma vez mais, os resultados deste estudo alertam

para a necessidade de investir na formação dos médicos nesta área, tendo em conta as características populacionais e a tendência para um envelhecimento progressivo, muitas vezes desprovido de qualidade de vida associada.

A formação em cuidados paliativos também não mostrou ter significância relativamente à opinião dos médicos perante a eutanásia. Zenz *et al* (2015) mostraram o inverso, sendo que os médicos com qualificação em cuidados paliativos estariam menos predispostos a participar de uma eutanásia ou suicídio assistido que aqueles sem formação nesta área.

Apesar daqueles com formação em cuidados em cuidados paliativos serem em baixo número, apenas 2,7% dos inquiridos considera que os cuidados paliativos não podem evitar pedidos de morte assistida, sendo que a maioria (59,0%) referiu que os mesmos podem evitar pelo menos muitos dos pedidos.

A idade, o tempo de serviço e a formação em cuidados paliativos constituíram-se como variáveis associadas de forma estatisticamente significativa ao facto de os inquiridos considerarem que os cuidados paliativos podem evitar pedidos de eutanásia e morte assistida.

Os médicos mais velhos tendem a considerar que os cuidados paliativos podem evitar muitos ou todos os pedidos de morte assistida enquanto os mais novos, em oposição, tendem a considerar que evitam alguns ou não evitam qualquer pedido. Na mesma linha, os médicos que exerciam a profissão há menos tempo tenderam a responder com mais frequência que os cuidados paliativos evitavam alguns ou não evitavam os pedidos de morte assistida, enquanto os mais velhos, pelo contrário, responderam tendencialmente no sentido oposto. Já os médicos que têm formação nesta área tenderam a responder tendencialmente que os cuidados paliativos podiam evitar muitos dos pedidos de cuidados paliativos.

## **5. LIMITAÇÕES**

Este estudo apresentou algumas limitações. Talvez a principal tenha sido a falta de controlo sobre quem recebeu o questionário online, uma vez que o mesmo foi encaminhado pela Seção Regional da Ordem dos Médicos e pelo Gabinete de Comunicação do SESARAM, E.P.E. Neste contexto, o não ter acesso à lista de médicos do SESARAM E.P.E. condicionou a determinação da amostra em estudo e, por consequência a amostra obtida poderá não ser representativa da população médica em estudo.

Uma maior consciencialização das limitações legais e implicações jurídicas, bem como o facto dos potenciais respondentes terem apenas sido contactados por correio

electrónico, poderá ter condicionado um menor número de respostas, o que por sua vez poderá reflectir-se numa estimacão por defeito ou excesso dos apoiantes da morte assistida, devendo os resultados deste estudo ser interpretados de forma criteriosa.

## VI. CONCLUSÃO

A atitude dos médicos perante a eutanásia e o suicídio assistido tem sido alvo de numerosos estudos, sobretudo à medida que o debate se torna mais público, e as opiniões relativamente à ética e à legalidade se vão transformando e evoluindo num sentido mais favorável no que respeita às mesmas.

Este estudo permitiu concluir que:

- Embora a maioria dos médicos se recusasse a participar de uma eutanásia ou suicídio assistido no atual quadro legal, o número daqueles predispostos a participar de um ato deste tipo aumenta no caso de serem legalizados.
- A maioria dos médicos acha que a eutanásia deveria ser permitida pela legislação portuguesa. Já o número daqueles com a mesma opinião face ao suicídio assistido é menor. Contudo, no geral, não concordam com o alargamento dos referidos conceitos a outro tipo de pessoas.
- Apenas uma minoria dos médicos recebeu algum pedido de eutanásia ou suicídio assistido, o que remete para o baixo número de pedidos deste tipo por parte dos doentes, em particular no que diz respeito ao suicídio assistido. Nenhum dos médicos referiu ter praticado eutanásia ou suicídio assistido.
- O número de médicos que gostariam de poder optar pela morte assistida caso tivessem uma doença terminal é superior ao número daqueles predispostos a praticá-la o que frisa a existência de perspetivas diferentes a nível pessoal e profissional.
- O número de médicos que administraria fármacos letais a um doente, quer a pedido de um familiar, quer por sua iniciativa, mas principalmente neste último caso, é inferior àquele que admitiu participar de uma eutanásia ou suicídio assistido. Todavia, a maioria concorda com a administração de fármacos para controlo dos sintomas apesar de os mesmos poderem acelerar a morte.
- A maioria dos médicos suspenderia medidas de suporte de vida num doente terminal, porém apenas uma minoria suspenderia medidas como alimentação ou hidratação, o que revela algum desconhecimento por parte dos mesmos.
- Apenas uma minoria dos médicos tem formação em cuidados paliativos. Contudo, a maioria concorda que os cuidados paliativos podem evitar muitos

ou todos os pedidos de morte assistida, o que remete para um maior reconhecimento desta área.

## VII. Reflexão final

Não obstante todo o progresso técnico e científico a que assistimos nos últimos anos, a morte e as questões do final de vida continuam a ser questões difíceis de abordar. Lembra-nos a nossa fragilidade e efemeridade. Contudo, a morte deve ser perspectivada como mais uma fase do ciclo vital, sem que lhe seja negada a sua importância. Citando Quill (2009; p.361): *“Uma vez que todos temos de morrer, a concretização deste objetivo não deveria constituir um mau desfecho. É ostensivamente um desfecho potencialmente muito bom, e deveríamos conseguir torná-lo tão cheio de significado e livre de dores quanto possível.”*

É neste contexto que se tornam necessários mais estudos sobre as questões inerentes ao fim de vida, particularmente numa sociedade em que a esperança de vida atingiu limiares nunca antes alcançadas, mas muitas vezes à custa de um maior sofrimento e agonia. Independentemente da posição adotada por cada um face à morte assistida, é inegável a sua existência. É também inegável a existência de uma necessidade cada vez maior de cuidados paliativos diferenciados e de excelência. É inegável a existência de uma necessidade cada vez maior de humanização da morte... pois *“a morte e o morrer ocorrem ainda dentro da vida, constituindo o seu último capítulo”*...

## Bibliografia

A reflexão da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos sobre o Manifesto “Morrer com Dignidade” – Que atuação perante o sofrimento? (2016). Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Disponível em [www.apcp.com.pt](http://www.apcp.com.pt). Acedido em: 03/04/2016

Ahmed, A., Kheir, M., Rahman, A., Ahmed, N., Abdalla, M. (2001). Attitudes towards euthanasia and assisted suicide among Sudanese doctors. *Eastern Mediterranean Health Journal*. Vol. 7, No 3. Disponível em [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com). Acedido em: 29/10/2015

Anneser, J.; Jox, R.; Thurn, T.; Borasio, G. (2016). Physician-assisted suicide, euthanasia and palliative sedation: attitudes and knowledge of medical students. *GMS Journal for Medical Education*, Vol. 33(1). Disponível em <http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001010.shtml>. Acedido em: 16/05/2016.

Ariès, P. (1989). *Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média*. 2ª Edição. Lisboa: Teorema

Ariès, P. (2000). *O Homem perante a morte*. Lisboa: Europa-América

Bachman, J.; Alcer, K; Doukas, D.; Lichtenstein, R.; Corning, A.; Brody, H. (1996). Attitudes of Michigan physicians and the public toward legalizing physician-assisted suicide and voluntary euthanasia. *New England Journal of Medicine*. 1996;334:303-9. Disponível em: [www.pubmed.org](http://www.pubmed.org). Acedido em: 27/06/2012

Bälter, K.; Bälter, O.; Fondell, E.; Lagerros, Y. (2005). Web-based and mailed questionnaires: a comparison of response rates and compliance. *Epidemiology*. July 2005 - Volume 16 - Issue 4 - pp 577-579 doi: 10.1097/01.ede.0000164553.16591.4b. Disponível em: [http://journals.lww.com/epidem/Abstract/2005/07000/Web\\_based\\_and\\_Mailed\\_Questionnaires\\_A\\_Comparison.24.aspx](http://journals.lww.com/epidem/Abstract/2005/07000/Web_based_and_Mailed_Questionnaires_A_Comparison.24.aspx). Acedido em: 01/07/2016

Barbas, S. (2009). Morte e dignidade humana numa perspetiva jurídica. In Nunes, R., Rego, G., Duarte, I. (Coord). *Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida*. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2

Barreto, J. (2009). A morte nas sociedades contemporâneas. In Nunes, R., Rego, G., Duarte, I. (Coord). *Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida*. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2

Battin, M.; Quill, T. (Ed). (2004). *Physician-Assisted Dying – The case for palliative care & patient choice*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Battin, M. (2005). *Ending life – Ethics and the way we die*. New York: Oxford University Press.

Biscaia, J.; Serrão, D.; Costa, A.A.; Renaud, M.; Magalhães, V. P. (2008). Eutanásia, uma questão pertinente – Parecer do Centro de Estudos de Bioética. Disponível em: [www.acpc.com.pt](http://www.acpc.com.pt). Acedido em: 28/10/2015

Brito, A., Rijo, J. (2000) Estudo jurídico da eutanásia em Portugal – Direito sobre a vida ou direito a viver? Coimbra: Edições Almedina

Bruinsma, S.; Van der Heide, A.; Van der Lee, M.L.; Vergouwe, Y.; Rietjens, C. (2016). No negative impact of palliative sedation on relative’s experience of the dying phase and their wellbeing after the

patient's death: an observational study. *PLOS ONE*. DOI:10.1371/journal.pone.0149250. Disponível em [www.pubmed.org](http://www.pubmed.org). Acedido em: 16/05/2016

Catania, C.; Zagonel, V.; Fossier, V.; Verde, N.; Bertetto, O.; Iacomo, C.; Venturini, M.; Radice, D.; Adamoli, L.; Boccardo, F. (2008). Opinions concerning euthanasia, life-sustaining treatment and acceleration of death: results of an Italian Association of Medical Oncology survey. *Annals of Oncology* 19:1947-1954; doi:10.1093/annonc/mdn381. Disponível em: [www.pubmed.org](http://www.pubmed.org). Acedido em: 02/07/2012

Chambaere, K., Bernheim, J., Downar, J., Deliens, L. (2014). *CMAJ Open*. DOI:10.9778/cmajo.20140034. Disponível em: [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com). Acedido em 05/02/2016

Cundiff, D. (1997). *A eutanásia não é a resposta*. Lisboa: Instituto Piaget

Cruz, J. (2004). *Morte cerebral: do conceito à ética*. Lisboa: Climepsi Editores

*Dicionário da língua portuguesa contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa*. (2001). Lisboa. Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo

Dany, L., Baumstarck, K., Dudoit, E., Duffaud, F., Auquier, P., Salas, S. (2015). Determinants of favorable opinions about euthanasia in a sample of French physicians. *BMC Palliative Care*. 14:59. DOI 10.1186/s12904-015-0055-6. Disponível em [www.biomedcentral.com](http://www.biomedcentral.com). Acedido em 05/02/2016

Deoadato, S. (2006) Autonomia e morte. *Final de vida: VI Seminário do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros*. Nº 20. ISSN 1646-2629

Ekman, A.; Dickman, P.; Klint, A.; Weiderpass, E.; Litton, J. (2006). Feasibility of using web-based questionnaires in large population based epidemiological studies. *European Journal of Epidemiology*. 21: 103-111. DOI: 10.1007/s10654-005-6030-4. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10654-005-6030-4>. Acedido em: 01/07/2016

Emanuel, E. (2015). Euthanasia and physician assisted suicide. UpToDate. Disponível em [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com). Acedido em: 05/09/2015

Foley, K.; Hendin, H. (Ed.). (2002). *The case against assisted suicide – For the right to end-of-life care*. Baltimore. The Johns Hopkins University Press

França, D., Rego, G., Nunes, R. (2010). Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros. *Revista Bioética*, vol. 18, núm. 2. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533253016>. Acedido em: 28/10/2015

George, F. (2012). Causas de morte em Portugal e desafios na prevenção. *Acta Médica Portuguesa* Mar-Abr;25(2):61-63. Disponível em [www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com). Acedido em: 01/04/2016

Gonçalves, J.A.F. (2006). *A boa morte: ética no fim da vida*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Have, H. (2009). Eutanásia: objecções morais. In *A condição humana*. Lisboa: Dom Quixote

Heide et al (2003). End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *The Lancet*. Disponível em: <http://image.thelancet.com/extras/03art3298web.pdf>. Acedido em: 05/02/2016

Hennezel, M., Leloup, J.Y. (1998). *A arte de morrer*. Lisboa: Editorial Notícias

- Hennezel, M. (1999). *Diálogo com a morte* (3ª edição). Lisboa: Editorial Notícias
- Hermes, H.; Lamarca, I. (2013). Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9):2577-2588. Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acedido em: 01/04/2016
- Januário, R., Figueira, A. (2009). *O crime de homicídio a pedido – Eutanásia: direito a morrer ou direito de viver*. Lisboa: Quid Juris Sociedade Editora
- Jeffrey, D. (2009). *Against physician assisted suicide*. Abingdon: Radcliffe Publishing Ltd
- Junker, C. (2012). Cause of death statistics 2009 – Assisted suicide and suicide in Switzerland. Federal Statistical Office. Disponível em: [www.statistik.admin.ch](http://www.statistik.admin.ch). Acedido em: 11/04/2016
- Keown, J. (2009). Evaluating euthanasia. In Nunes, R., Rego, G., Duarte, I. (Coord). *Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida*. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2
- Kouwenhoven, P. et al (2015). Opinions about euthanasia and advanced dementia: a qualitative study among Dutch physicians and members of the general public. *BMC Medical Ethics*. 16:7. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/16/7>. Acedido em: 05/02/2016
- Lavoie, M., Godin, G., Vézina-Im, LA., Blondeau, D., Martineau, I., Roy, L. (2015). Psychosocial determinants of physician's intention to practice euthanasia in palliative care. *BMC Medical Ethics*. 16:6. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/16/6>. Acedido em: 05/02/2016
- Leece, P.; Bhandari, M.; Spague, S.; Swiontkowski, M.; Shemitsch, E.; Tornetta, P.; Deveraux, PJ.; Guyatt, G. (2004). *J Med Internet Res*. 2004 Jul-Sep; 6(3): e30. doi: 10.2196/jmir.6.3.e30. Disponível em: <http://europepmc.org/articles/pmc1550617>. Acedido em 01/07/2016
- Leppert, W., Majkowicz, M., Forycka, M. (2013). Attitudes of Polish Physicians and Medical Students toward Breaking Bad News, Euthanasia and Morphine Administration in Cancer Patients. *J Canc Educ* 28:603–610 DOI 10.1007/s13187-013-0553-2. Disponível em [www.pubmed.org](http://www.pubmed.org). Acedido em: 05/02/2016
- Lofmark, R; Nilstun, T.; Cartwright, C.; Fischer, S.; Heide, A.; Mortier, F.; Norup, M.; Simonato, L.; Onwuteaka-Philipsen, B. (2008). Physicians' experiences with end-of-life decision-making: Survey in 6 European countries and Australia. *BMC Medicine* 2008, 6:4 doi:10.1186/1741-7015-6-4. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/6/4>
- Macedo, J.C. (2010). A morte adiada. In Curado, M., Oliveira, N. (org). *Pessoas transparentes – Questões actuais de bioética*. Coimbra: Edições Almedina
- Machado, M.C., Couceiro, L., Alves, I., Almendra, R., Cortes, M. (2011). *A morte e o morrer em Portugal*. Coimbra: Almedina
- MacLeod, R.; Wilson, D.; Malpas, P. (2012). Assisted or hastened death: the healthcare practitioner's dilemma. *Global Journal of Health Science*; Vol. 4, No. 6; 2012 ISSN 1916-9736. Disponível em [www.ccsenet.org/gjhs](http://www.ccsenet.org/gjhs). Acedido em: 29/10/2015
- Maitra, R., Harfst, A., Bjerre, L., Kochen, M., Becker, A. (2005). Do german general practioners support euthanasia? – Results of a nation-wide questionnaire survey. *European Journal of General Practice*. Vol 11. Disponível em [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com). Acedido em: 02/07/2012

- Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P., Nicoulin, M. (2004). *Dicionário Médico* (3ª edição). Lisboa: Climepsi Editores
- Martins, A.C. (2013). *Medicina Paliativa*. Lisboa: Esfera do Caos Editores
- Martins, A.G. (2006). O médico e a eutanásia. *Alameda Digital*. Ano I – nº4; Dezembro 2006.
- Melo, H., Nunes, R. (rel.) (2006). Projecto de diploma n.º p/06/apb/06 que regula o exercício do direito a formular directivas antecipadas de vontade no âmbito da prestação de cuidados de saúde e cria o correspondente registo nacional. Disponível em [www.apbioetica.org](http://www.apbioetica.org). Acedido em: 28/10/2015
- Mohammad, Y. *et al.* (2014). Attitudes toward Euthanasia and Related Issues among Physicians and Patients in a Multi-cultural Society of Malaysia. *J Family Med Prim Care*. Jul-Sep; 3(3): 230–237. Disponível em [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com). Acedido em: 05/02/2016
- Morrison, W., Kang, T. (2014). Judging the Quality of Mercy: Drawing a Line Between Palliation and Euthanasia. *Pediatrics*. doi:10.1542/peds.2013-3608F. Disponível em: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2013-3608F](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2013-3608F). Acedido em: 29/10/2015
- Neto, I. G. (2010). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Aletheia Editores
- Neves, M.C.P. (Coord.). (1996). Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana. Centro de Estudos de Bioética/Polo Açores
- Nogueira, C. (2010). Atitudes dos enfermeiros perante decisões de fim de vida.
- Nunes, R. (Rel). (2008). Parecer N.º P/13/APB/08 – Proposta de um referendo nacional sobre a prática da eutanásia. Associação Portuguesa de Bioética. Disponível em: [www.apbioetica.org](http://www.apbioetica.org). Acedido em: 27/06/2012
- Nunes, R. (Rel). (2008a). Guidelines sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. Disponível em: [www.apbioetica.org](http://www.apbioetica.org). Acedido em: 27/06/2012
- Nunes, R.; Rego, G. (Rel). (2010). Parecer N.ºP/20/APB/10 – *Guidelines* sobre sedação em doentes terminais. Associação Portuguesa de Bioética. Disponível em: [www.apbioetica.org](http://www.apbioetica.org). Acedido em: 27/06/2012
- Osswald, W. (2004). *Um fio de ética*. 2ª ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra
- Patto, P.V. (2009). *Testamento vital, porta aberta para a eutanásia?*. Disponível em: [www.federacao-vida.com.pt](http://www.federacao-vida.com.pt). Acedido em: 01/03/2016
- Pellegrino, E. (1996). Distortion of the healing relationship. In Beauchamp, T.; Veatch, R. (Edit.). *Ethical issues in death and dying*. 2ª Edição. New Jersey: Prentice Hall
- Pessini, L. (2004). *Eutanásia – Por que abreviar a vida*. São Paulo: Edições Loyola
- Pestinger, M.; Stiel, S.; Elsner, F.; Widdershoven, G.; Voltz, R.; Nauck, F.; Radbruch, L. (2015). The desire to hasten death: Using grounded theory for a better understanding “When perception of time tends to be a slippery slope”. *Palliat Med*. 29(8):711-9. doi: 10.1177/0269216315577748. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25802321>. Acedido em: 03/02/2016
- Pina, J.A.E. (2003). *A responsabilidade dos médicos*. Lisboa: Lidel

- Pina, J.A.E. (2013). *Ética, deontologia e direito médico*. Lisboa: Lidel
- Quill, T. E. (2009). Suicídio medicamente assistido: O dilema clínico. In *A condição humana*. Alfragide: Dom Quixote
- Rady, M., Verheijde, J. (2014). Nonconsensual withdrawal of nutrition and hydration in prolonged disorders of consciousness: authoritarianism and trustworthiness in medicine. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 9:16. Disponível em: <http://www.peh-med.com/content/9/1/16>. Acedido em: 05/02/2016
- Rietjens, J.; Van der Mas, P.; Onwuteaka-Philipsen, B.; Van Delden, J.; Heide, A. Two decades of research on euthanasia from the Netherlands. What have we learnt and what questions remain? Acedido em: 02/07/2012. Disponível em <http://www.editorialmanager.com/jbin>
- Rueff, M. (2014). Leges artis, fim de vida, compaixão, direito penal. In Barbosa, A. *Configurações Bioéticas*. Lisboa. Centro de Bioética Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Russel, C.; Boggs, D.; Palmer, J.; Rosenberg, L. (2010). Use of a Web-based Questionnaire in the Black Women's Health Study. *Am. J. Epidemiol.* (2010)doi: 10.1093/aje/kwq310. Disponível em: <http://aje.oxfordjournals.org/content/early/2010/10/10/aje.kwq310.short>. Acedido em: 01/07/2016.
- Samanta, J. (2015). Children and euthanasia: Belgium's controversial new law. *Diversity and Equality in Health and Care*. Disponível em: [www.diversityhealthcare.imedpub.com](http://www.diversityhealthcare.imedpub.com). Acedido em 06/04/2016
- Santos, L. F. (2009). *Ajudas-me a morrer? – A morte assistida na cultura ocidental do século XXI*. Lisboa: Sextante Editora.
- Santos, L.F. (2010). “Dêem-me liberdade e, se eu quiser, dêem-me a morte”. Alguns elementos para pensar o suicídio medicamente assistido. In Curado, M., Oliveira, N. (org). *Pessoas transparentes – Questões actuais de bioética*. Coimbra: Edições Almedina
- Serrão, D. (Rel.).(1995). Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida (11/CNECV/95). Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Disponível em: [http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273059417\\_P011\\_FinalDaVida.pdf](http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273059417_P011_FinalDaVida.pdf). Acedido em 24/02/2016
- Serrão, D.; Nunes, R. (Coord.). (1998). *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora
- Sixieme rapport aux chambres législatives (Années 2012-2013). Commission Fédérale de Contrôle et D'Évaluation de L'Euthanasie. Disponível em: [www.health.belgium.be/euthanasie](http://www.health.belgium.be/euthanasie). Acedido em 07/04/2016
- Silva, A. (2007). Eutanásia: prós e contras de uma legalização em Portugal
- Silva, M.T. (2011). *Eutanásia – alguns aspectos morais*. Lisboa: AAFDL
- Silva, J.N.F. (2012). *A morte e o morrer entre o deslugar e o lugar: precedência da antropologia para uma ética da hospitalidade e cuidados paliativos*. Porto: Edições Afrontamento
- The 2015 Quality of Death Index - Ranking palliative care across the world. *The Economist Intelligence Unit*. Disponível em [www.apcp.com.pt](http://www.apcp.com.pt). Acedido em: 01/04/2016

Thienpont, L.; Verhofstadt, M.; Loon, T.; Distelmans, W.; Audenaert, K.; Deyn, P. (2015). Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open*. 2015; 5(7): e007454

Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. 1ª edição. Lisboa: Climepsi Editores

Urban, C., Bardow, S., Silva I. (2003). *Bioética Clínica*. Rio de Janeiro: Revinter

Wagner, N.; Hassane, K., Head, M. (2010). Computer use by older adults: A multi-disciplinary review. *Computers in Human Behavior* 26 (2010) 870–882. Disponível em:

Wright, D., Fishman, J., Karsoho, H., Sandham, MA., Macdonald, M., (2015). Physicians and euthanasia: a Canadian print-media discourse analysis of physician perspectives. *CMAJ Open*. DOI:10.9778/cmajo.20140071. Disponível em: [www.pubmed.org](http://www.pubmed.org). Acedido em 05/02/2016

Van der Heide *et al.* (2007). End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia act. *The New England Journal of Medicine*. 2007;356:1957-65. Disponível em: [www.nejm.org](http://www.nejm.org). Acedido em: 02/07/2012

Vézina-In, L., Lavoie, M., Krol, P., Olivier-D'Avignon, M. (2014). BMC Palliative Care. 13:20. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/13/20>. Acedido em: 05/02/2016

Zenz, J., Tryba, M., Zenz, M. (2014). Physician-Assisted Dying: Acceptance by Physicians Only for Patients Close to Death. *Pain Ther*. 3:103–112 DOI 10.1007/s40122-014-0029-z. Disponível em: [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com). Acedido em: 05/02/2016

Zenz, J., Tryba, M., Zenz, M. (2015). Palliative care professional's willingness to perform euthanasia or physician assisted suicide. *BMC Palliative Care*. 14:60. DOI 10.1186/s12904-015-0058-3. Disponível em [www.biomedcentral.com](http://www.biomedcentral.com). Acedido em: 05/02/2016

## **ANEXOS**

## **Anexo I – Questionário**

# Eutanásia e suicídio assistido: opinião dos médicos

## A. Dados demográficos

1. Idade:  anos

2. Sexo: Masculino  Feminino

3. Estado civil

a. Casado(a)/união de facto

d. Divorciado(a)/separado(a)

b. Solteiro(a) vivendo só

e. Viúvo(a) vivendo só

c. Solteiro(a) vivendo acompanhado

4. Religião \_\_\_\_\_ é praticante? sim  não

5. Especialidade principal

a. Cirurgia geral

d. Pediatria

b. Medicina interna

e. Outra

c. Medicina Geral e Familiar

Qual \_\_\_\_\_

6. Local de trabalho

a. Hospital

b. Centro de Saúde

c. Outro

Qual \_\_\_\_\_

7. Número de anos no activo como médico:

< 5 anos  5 a 10  10 a 15  15 a 20  mais de 20

8. Tem formação em cuidados paliativos? Sim  Não

8.1. Se respondeu sim à pergunta anterior, indique o tipo de formação:

a. Básica  c. Mestrado   
b. Pós-graduação  d. Doutoramento

9. No último ano, com quantas situações de pessoas, com uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e em sofrimento, se viu confrontado, na sua prática clínica?

0  1 a 5  mais de 5  mais de 15   
mais de 30

9. Tem experiência no tratamento de pessoas em fase terminal?

Sim  Não

10. Já alguma vez teve algum elemento da sua família com doença terminal?

a. Sim  Grau de parentesco \_\_\_\_\_ Não

## B. Eutanásia

**Definição:** Terminação deliberada e indolor da vida de uma pessoa, com uma doença incurável avançada e progressiva que levará inexoravelmente à morte, a seu pedido explícito, repetido, informado e bem reflectido, pela administração de um ou mais fármacos em doses letais.

Tendo em conta esta definição de eutanásia, responda às seguintes perguntas:

1. A legislação portuguesa não permite a prática da eutanásia. Mesmo assim, há circunstâncias em que a praticaria?  
Sim  Não  Não tenho opinião formada
2. Se a legislação permitisse a prática da eutanásia fá-lo-ia?  
Sim  Não  Não tenho opinião formada
3. Já alguma vez recebeu um pedido de eutanásia?  
Sim  Não   
Aproximadamente quantos?
4. Recebeu algum pedido de eutanásia no último ano?  
Sim  Não   
Quantos?
5. Já praticou eutanásia no sentido da definição acima expressa?  
Sim  Não  Não respondo   
Quantas vezes?
6. Pensa que a eutanásia devia ser permitida na ordem jurídica portuguesa?  
Sim  Não  Não tenho opinião formada
7. Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pela eutanásia?  
Sim  Não  Não tenho opinião formada

### C. Suicídio assistido

#### Definição:

*Ajuda ao suicídio de uma pessoa com uma doença incurável, avançada e progressiva que levará inexoravelmente à morte, a seu pedido explícito, repetido, informado e bem reflectido, prescrevendo os fármacos e dando-lhe as instruções necessárias para o seu uso.*

Tendo em conta esta definição de suicídio assistido, responda às seguintes perguntas:

1. A legislação portuguesa não permite a prática do suicídio assistido. Mesmo assim, há circunstâncias em que o praticaria?  
Sim  Não  Não tenho opinião formada
  
2. Se a legislação permitisse a prática do suicídio assistido fá-lo-ia?  
Sim  Não  Não tenho opinião formada
  
3. Já alguma vez recebeu um pedido de suicídio assistido?  
Sim  Não   
Aproximadamente quantos?
  
4. Recebeu algum pedido de suicídio assistido no último ano?  
Sim  Não   
Quantos?
  
5. Já praticou suicídio assistido no sentido da definição acima expressa?  
Sim  Não  Não respondo   
Quantas vezes?
  
6. Pensa que o suicídio assistido devia ser permitido na ordem jurídica portuguesa?  
Sim  Não  Não tenho opinião formada
  
7. Se tivesse uma doença incurável e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, gostaria de poder optar pelo suicídio assistido?  
 Sim  Não  Não tenho opinião formada

#### D. Doentes cognitivamente incompetentes

1. Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima?  
Sim  Não   
tenho opinião formada
2. Já alguma vez recebeu um pedido deste tipo?  
Sim  Não   
Aproximadamente quantos?
3. Recebeu algum pedido no último ano?  
Sim  Não   
Quantos?
4. Já praticou um ato deste tipo?  
Sim  Não  Não respondo   
Quantas vezes?
5. Pensa que este tipo de atos deviam ser permitidos pela legislação?  
Sim  Não  Não tenho opinião formada
6. Se tivesse uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, gostaria que um médico lhe administrasse um ou mais fármacos em doses letais, se tal lhe fosse pedido por um seu familiar ou outra pessoa próxima?  
Sim  Não  Não tenho opinião formada
7. Administraria um ou mais fármacos em doses letais a uma pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, por sua própria iniciativa (sem que lhe tenha sido pedido)?  
Sim  Não   
tenho opinião formada
8. Já praticou um ato deste tipo?  
Sim  Não  Não respondo   
Quantos vezes?
9. Pensa que os atos deste tipo deviam ser permitidos pela legislação?  
Sim  Não  Não tenho opinião formada
10. Se tivesse uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, gostaria que um médico lhe administrasse um ou mais fármacos em doses letais, baseado apenas no seu julgamento?  
Sim  Não   
Não tenho opinião formada

## E. Suspensão de tratamentos

1. Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte, é legítimo suspender medidas de suporte da vida a seu pedido explícito, repetido, informado e bem reflectido?

Sim  Não

Em certas circunstâncias

Especifique \_\_\_\_\_

- a. Suspenderia medidas como alimentação ou hidratação?

Sim  Não  Não tenho opinião formada

2. Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões por alterações da consciência, é legítimo suspender medidas de suporte da vida a pedido de um familiar ou de outra pessoa próxima? Sim  Não

Em certas circunstâncias

Especifique \_\_\_\_\_

- a. Suspenderia medidas como alimentação ou hidratação?

Sim  Não  Não tenho opinião formada

3. Pensa que numa pessoa, com uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e incapaz de tomar decisões, é legítimo suspender medidas de suporte da vida por decisão unilateral do médico ou da equipa de saúde?

Sim  Não

Em certas circunstâncias

Especifique \_\_\_\_\_

- a. Suspenderia medidas como alimentação ou hidratação?

Sim  Não  Não tenho opinião formada

## F. Controlo de sintomas

1. Em pessoas em grande sofrimento com doenças incuráveis, avançadas e progressivas que levarão inexoravelmente à morte, administra os fármacos necessários (ex. morfina) para controlar esse sofrimento ainda que possa admitir que possa encurtar a sua vida (sem que seja essa a sua intenção)?

Não  Sempre que seja necessário

Em certas circunstâncias

Especifique \_\_\_\_\_

Não tenho opinião formada

2. Se tivesse uma doença incurável, avançada e progressiva que levasse inexoravelmente à morte e estivesse em sofrimento, gostaria que um médico lhe administrasse os fármacos

necessários (ex. morfina) para controlar o seu sofrimento ainda que isso lhe pudesse encurtar a vida (sem que seja essa a intenção)?

Sim  Não  Não tenho opinião formada

#### G. Cuidados paliativos

1. Considera que os cuidados paliativos podem evitar pedidos de eutanásia e de suicídio assistido? Todos  Muitos  Alguns  Não   
Não tenho opinião formada

#### H. Outros casos

1. No seu entender, o conceito de eutanásia (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência?

Sim  Não  Não tenho opinião formada

2. No seu entender, o conceito de suicídio assistido (com todas as suas implicações éticas, legais, sociais ou outras) deve ser alargado a situações de pessoas sem uma doença terminal ou doença somática, englobando doentes crónicos, doentes mentais, pessoas cansadas de viver por idade avançada, deterioração física, solidão ou dependência?

Sim  Não  Não tenho opinião formada

#### H. Observações

*Se quiser comentar qualquer aspecto deste questionário, use por favor o espaço abaixo.*

***Obrigado pela sua cooperação***

**Anexo II – Parecer da Comissão de Ética para a saúde do SESARAM,  
EPE**



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

**Comissão de Ética para a Saúde do SESARAM,EPE  
(CES/SESARAM,EPE)**

### **PARECER Nº43/2013**

Sobre o Pedido/Estudo: **"Eutanásia e suicídio: atitudes dos médicos"**.

#### **A - RELATÓRIO**

**A.1.** A Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM,EPE) iniciou a análise do Documento Nº 01 da reunião de 28 de Outubro de 2013, enviado pelo Conselho de Administração para parecer, relativo a pedido de autorização de **Helena Sofia Rodrigues Fragoeiro de Gouveia e Freitas**, médica interna complementar de Medicina Geral e familiar, a exercer funções no Centro de Saúde de Câmara de Lobos, mestranda em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, para aceder à lista nominal dos médicos a exercer funções no SESARAM,EPE e respetivo local/serviço de trabalho, e para aplicar um questionário ao documento em análise, a fim de desenvolver a sua tese de mestrado sobre **"Eutanásia e suicídio: atitudes dos médicos"**.

**A.2.** Fazem parte do documento em avaliação: ofício ao Presidente do Conselho de Administração; resumo do projeto de investigação que inclui Documento de Informação ao Sujeito da Investigação, Documento de Consentimento Informado e Questionário "Eutanásia e suicídio assistido: atitudes dos médicos".

**A.3.** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal, que pretende determinar as atitudes dos médicos em torno da temática da eutanásia e do suicídio medicamente assistido. A população a estudar será constituída pela totalidade dos médicos vinculados ao SESARAM,EPE. O instrumento de colheita de dados utilizado consistirá num questionário adaptado daquele criado por Gonçalves (2006) para o "Estudo sobre as decisões em situações de fim de vida tomadas pelos oncologistas portugueses" e do qual já foi obtida a prévia autorização. Não há identificação



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

do nome dos participantes nos questionários, serão mantidos confidenciais e serão destruídos no final do estudo. Os resultados obtidos serão apresentados na discussão da Tese de Mestrado, facultados ao Conselho de Administração do SESARAM,EPE e a todos os profissionais de saúde interessados, bem como divulgados em comunicações/publicações de cariz científico.

**B- IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

**B.1.** Estão dadas garantias de confidencialidade e anonimato dos participantes.

**B.2.** Reconhece-se a pertinência do estudo e o interesse prático nos resultados esperados, sendo que a metodologia utilizada salvaguarda os direitos dos participantes.

**C - CONCLUSÃO**

A CES deliberou dar **Parecer Favorável** ao presente estudo, nos termos em que o mesmo foi submetido, por não se colocarem quaisquer questões de ordem ética.

Aprovado em reunião do dia 28 de Outubro de 2013, por unanimidade.

O Presidente da CES, SESARAM, EPE



