



Eutanásia e suicídio medicamente assistido: A white paper - “Livro Branco”- da European Association for Palliative Care - EAPC (Associação Europeia de Cuidados Paliativos)

Acknowledgement/Agradecimento:

Lukas Radbruch^{1,2}, Carlo Leget³, Patrick Bahr¹, Christof Müller-Busch^{4,5}, John Ellershaw⁶, Franco de Conno⁷ e Paul Vanden Berghe⁸ em nome da Direção da EAPC

Palliative Medicine. 2016; Feb; 30(2):104-16. doi: 10.1177/0269216315616524. Epub 2015 Nov 19. Copyright © (SAGE Publications) <2015>. <<http://pmj.sagepub.com/content/30/2/104.full.pdf+html>>. Reprinted by Permission of SAGE Publications, Ltd.

Tradução efetuada por: Bárbara Maia⁹

Tradução revista por: Manuel Luís Capelas¹⁰, Mara de Sousa Freitas¹¹, Cátia Ferreira¹² e Sandra Martins Pereira¹³

¹ Department of Palliative Medicine, University Hospital Bonn, Bonn, Germany

² Centre of Palliative Care, Malteser Hospital Seliger Gerhard Bonn/ Rhein-Sieg, Bonn, Germany

³ University of Humanistic Studies, Utrecht, The Netherlands

⁴ Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin, Germany

⁵ Witten/Herdecke University, Witten, Germany

⁶ Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool (MCPCIL), University of Liverpool, Liverpool, UK

⁷ European Association for Palliative Care, Milan, Italy

⁸ Federation Palliative Care Flanders, Vilvoorde, Belgium

Autor principal:

Lukas Radbruch, Department of Palliative Medicine, University Hospital Bonn, Sigmund Freud Str. 25, 53127 Bonn, Germany.

Correio eletrónico: lukas.radbruch@malteser.org

⁹ Tradutora freelance, Porto, Portugal.

¹⁰ Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP).

¹¹ Doutoranda no Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Portugal. Coordenadora do Grupo de Reflexão Ética da APCP.

¹² Centro Hospitalar de S. João, Porto, Portugal. Membro da Direção e do Grupo de Reflexão Ética da APCP.

¹³ Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal. Membro do Grupo de Reflexão Ética da APCP.

Resumo

Enquadramento: Reconhecendo a atual discussão permanente sobre eutanásia e suicídio medicamente assistido, a Direção da European Association for Palliative Care (EAPC) preparou este documento na perspetiva dos cuidados paliativos.

Objetivo: Este “livro branco” visa disponibilizar um enquadramento ético sobre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido aos profissionais de cuidados paliativos. Este documento pretende também dar uma perspetiva da evidência disponível e uma exposição dos princípios éticos relacionados com estas questões.

Metodologia: Partindo da tomada de posição da European Association for Palliative Care (EAPC) em 2003, 21 afirmações foram redigidas e submetidas a um processo de Delphi de cinco rondas.

Participantes: Na primeira ronda, um painel com 17 especialistas comentou o documento. Membros da Direção de associações de cuidados paliativos nacionais, que são membros coletivos da EAPC foram convidados a responder a um inquérito *online* na segunda e terceira rondas. O painel de especialistas e os membros da Direção da EAPC participaram na quarta e quinta rondas. Esta versão final foi adotada como um documento de posição oficial EAPC, em abril de 2015.

Resultados: Os principais tópicos do “livro branco” são conceitos e definições de cuidados paliativos, os seus valores e filosofia, eutanásia e suicídio medicamente assistido, questões-chave sobre o doente e o nível organizacional. O processo de consenso confirmou a posição oficial de 2003 da Associação Europeia de Cuidados Paliativos e a sua posição na relação entre os cuidados paliativos e a eutanásia e o suicídio medicamente assistido.

Conclusão: A EAPC considera ser importante contribuir para um debate público, e informado sobre estes temas. Um consenso total parece ser inatingível devido a quadros normativos incompatíveis que entram em conflito.

Palavras-chave

Eutanásia, suicídio medicamente assistido, sedação paliativa, processo de consenso, inquérito *online*.

O que é que já se sabe sobre o assunto?

- A EAPC publicou a sua posição sobre a eutanásia e o suicídio assistido em 2003, com conceitos e definições.
- Alterações na legislação de alguns países e uma discussão pública contínua em muitos países europeus indicam uma grande variedade de normas e valores éticos subjacentes a estas discussões.

O que é que este documento acrescenta?

- Este documento fornece um panorama de onde há consenso entre os profissionais de cuidados paliativos europeus e aponta as controvérsias, onde não há consenso.
- Este documento fornece uma posição clara de especialistas e representantes de associações de cuidados paliativos nacionais e uma posição oficial da Direção da EAPC com 21 enunciados sobre a eutanásia, o suicídio assistido e os cuidados paliativos.

Implicações práticas, teóricas ou políticas

- Os pedidos individuais de eutanásia e Suicídio Medicamente Assistido (SMA) são complexos na sua origem e podem incluir fatores pessoais, psicológicos, espirituais, sociais, culturais, económicos e demográficos. Tais pedidos requerem respeito e atenção, juntamente com uma comunicação aberta e sensível em contexto clínico.
- O “livro branco” da EAPC afirma que a prática da eutanásia e do SMA não devem ser incluídos na prática dos cuidados paliativos.
- Indivíduos que solicitem a eutanásia ou o SMA devem ter acesso a cuidados paliativos. Isto deve ser conseguido através da implementação de cuidados paliativos nos sistemas de saúde vigentes, de todos os países europeus, apoiado pelo financiamento, educação e investigação adequados.
- Na Europa, estão a surgir várias abordagens relativamente à eutanásia e ao SM, devendo ser encorajado um debate aberto e respeitoso.

Enquadramento

Em 1991, um debate no Parlamento Europeu sobre a eutanásia estimulou a discussão a todos os níveis na Europa. Posteriormente, a EAPC produziu uma primeira declaração, *Regarding Euthanasia* (“Sobre a Eutanásia”),¹ para clarificar a posição que a organização deveria adotar em relação à eutanásia. Em 2003, o grupo de trabalho de ética da EAPC publicou uma declaração mais detalhada e atualizada.² Os editores publicaram uma série de 53 comentários de diferentes especialistas das áreas da medicina, filosofia, teologia e ética, descrevendo uma grande variedade de diferentes atitudes relativamente à eutanásia e à declaração de posição da EAPC.

Subsequentemente, tem havido grandes desenvolvimentos e conquistas na área dos cuidados paliativos, assim como muitas discussões, algumas controversas, sobre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido (SMA). Também tem havido novas legislações em alguns países. A eutanásia foi legalizada nos Países Baixos (2001), na Bélgica (2002) e no Luxemburgo (2009), e há legislação que permite o SMA na Suíça e também fora da Europa em três estados federais dos Estados Unidos da América: Oregon, Vermont e Washington.

A complexidade do debate também é realçada por uma discussão latente sobre a suspensão e abstenção de tratamento (decisões de não tratamento - DNT) em alguns países europeus, como a França, onde uma comissão de especialistas transmitiu recentemente ao governo que, embora as DNT sejam legais desde 2005, os médicos não utilizam todo o leque de opções, pelo que as necessidades e prioridades dos doentes, relacionadas com os cuidados de fim de vida, são muitas vezes ignoradas.³

A EAPC considera que é importante contribuir para debates públicos informados sobre estas questões. Isto não é uma tarefa simples ou linear, pois a eutanásia e o SMA são duas das questões éticas mais debatidas e mais sensíveis na área dos cuidados de saúde, na atualidade. Um consenso total sobre estes temas parece ser inatingível devido a quadros normativos incompatíveis que entram em conflito. Este documento contribui para os debates atuais e desenvolve um ponto de vista segundo a perspetiva dos cuidados paliativos, sensível às múltiplas diferenças culturais e legais entre os países europeus.

Tendências históricas e situação atual

Por todo o mundo, têm ocorrido algumas mudanças importantes relacionadas com a eutanásia e o SMA. Em 1996, pela primeira vez na história, um governo democrático promulgou uma lei que tornou legais a eutanásia e o SMA, sob certas condições conforme descrito na Alteração da Lei dos Direitos dos Doentes Terminais de 1996, Território do Norte, Austrália.⁴ No entanto, em 1997, a lei foi anulada pelo Projeto de Lei da Eutanásia do Parlamento da Austrália.⁵

No mesmo ano, o SMA (mas não a eutanásia) foi legalizado através da Lei “Morte com Dignidade” do Oregon.⁶ Isto foi seguido por legislação semelhante em Washington (2008), Vermont (2013) e Califórnia (2015), e está atualmente a ser debatido em Nova Jérquia. Em Montana, uma decisão do tribunal que não encontrou objeção constitucional contra o suicídio assistido abriu caminho para práticas semelhantes em 2009, e uma sentença semelhante no Novo México, em 2014 está atualmente a ser alvo de recurso. Em contraste com os requerimentos legais dos países Europeus, no Oregon, em Washington e em Vermont os doentes têm de ter uma doença física terminal para poderem propor-se para o SMA. Dados sobre a frequência da eutanásia e do SMA são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Prevalência da eutanásia e do suicídio medicamente assistido em países com legislação que permite estas práticas.

País	Ano	Mortes	Percentagem de todas as mortes
------	-----	--------	--------------------------------

Estados Unidos			
Oregon ⁷	1998	16 (24 pessoas com prescrições)	
	2014	105 (155 pessoas com prescrições)	0.31
Washington ⁸	2009	36 (63 pessoas com prescrições)	
	2013	119 (173 pessoas com prescrições)	0.23
Vermont		n.d.	
Montana		n.d.	
Califórnia		n.d.	
Novo México		n.d.	
Nova Jérсия		n.d.	
Suíça	2009 ⁹	Aproximadamente 300	0.48
	2010 ¹⁰	353 (crescimento lento na última década) ⁹	0.56
Países Baixos	2001 ¹¹	Todas	2.6
		Sem pedido explícito do doente	0.7
	2005 ¹¹	Todas	1.7
		Sem pedido explícito do doente	0.4
	2010 ¹¹	Todas	2.8
		Sem pedido explícito do doente	0.2
	2014 ¹²	4188	
	2015 ¹²	4829	3.4
		4501 eutanásia	3.2
		286 suicídio medicamente assistido	0.2
		42 ambos	<0.1
Bélgica	2003 ¹³	235	
	2011 ¹³	1133	
	2012 ¹⁴	1432	
	2013 ¹⁴	1807	1.7
		1454 na Flandres	
		353 na Valónia	
	2013 ¹⁵	Inquérito médico na Flandres	4.6
Luxemburgo	2011–2012 ¹⁶	14	0.18

n. d.: não disponível

A Suíça tem uma longa tradição de suicídio assistido, não só para cidadãos suíços mas também para estrangeiros. A lei suíça, que data já de 1942, não está especificamente relacionada com a situação de doença. As associações *'right-to-die [direito a morrer]'* estão envolvidas na maioria dos casos. As drogas letais são prescritas por médicos, mas estes fazem-no mediante o pedido das associações. Em contraste com as regulamentações nos Países Baixos, na Bélgica ou no Luxemburgo, o processo não é de SMA, pois não é necessária uma relação médico-doente.¹⁰ O médico normalmente não está presente quando o doente comete suicídio.¹⁷

Os Países Baixos, na sequência de uma longa discussão pública e de uma política de tolerância, introduziram a Lei de Terminação da Vida, a Pedido, e Suicídio Assistido (Revisão de Procedimentos) em 2001,¹⁸ suspendendo a criminalização da eutanásia e do SMA, se estes critérios fossem cumpridos: o sofrimento do doente é insuportável sem qualquer perspectiva de melhoria; o doente está plenamente consciente da sua condição e prognóstico e o pedido é voluntário e persistente ao longo do tempo; um segundo médico independente confirmou as condições; e o procedimento é realizado de forma medicamente apropriada. A combinação de um barbitúrico (para induzir o coma)

seguido de um relaxante muscular (provocando a paragem respiratória) é usada com mais frequência para a eutanásia. Após a morte do doente, o médico tem o dever de reportar o procedimento aos Comités Regionais de Revisão de Eutanásia (RERCs), que avaliam se os critérios foram ou não cumpridos.

A eutanásia pode ser realizada em adultos e adolescentes com idade superior a 16 anos. As crianças entre os 12 e os 16 anos têm de ter o consentimento dos pais se quiserem receber eutanásia. A legislação também reconhece a validade de uma diretiva antecipada de vontade escrita, que especifique as condições em que o doente poderá querer eutanásia.

A Bélgica também introduziu legislação sobre eutanásia com regulamentações semelhantes às dos Países Baixos em 2002.¹⁹ Os médicos não serão processados se praticarem a eutanásia em doentes competentes, maiores de idade, que fizeram um pedido repetido e consistente, sem qualquer coação externa, e que estão sujeitos a sofrimento físico e/ou mental constante e intolerável devido a uma condição médica irreversível (acidente ou doença) sem perspectiva de melhoria, e se o médico seguir os procedimentos descritos na lei. Os pedidos feitos numa diretiva antecipada de vontade, escrita, são admissíveis no caso de doentes em estado de inconsciência irreversível.

De acordo com a legislação, um doente que solicite a eutanásia tem de ter mais de 18 anos ou ser um menor emancipado (pelo casamento ou, em casos excecionais, pelo veredito de um juiz). A eutanásia foi realizada, muito raramente, em jovens. Num debate parlamentar recente, a relevância da idade foi considerada menos importante do que a capacidade de discernimento das questões e implicações envolvidas. Como consequência, foi aprovado um novo projeto de lei em fevereiro de 2014, que assenta nos mesmos princípios fundamentais da legislação de 2002, mas que não contém nenhuma referência a qualquer limite de idade, contrastando fortemente com a legislação holandesa. No entanto, apesar de a legislação belga estender a sua aplicação a crianças, restringe o seu âmbito através da exclusão de doenças psiquiátricas. Mais importante é o facto de o novo projeto de lei também abordar, especificamente, a questão do discernimento que tem de ser avaliado por uma equipa multidisciplinar, incluindo um psicólogo ou um psiquiatra clínicos. Os pais ou tutores legais têm de concordar com o pedido.²⁰

Novas questões éticas têm surgido, por exemplo, quando, na Bélgica, os doentes desejam ser doadores de órgãos. Em vários doentes, a eutanásia foi realizada imediatamente antes de os órgãos serem removidos para transplante, embora tenha havido cuidado para que a equipa de transplante trabalhasse de forma independente.²¹ O estabelecimento de uma “*clínica de fim de vida*” virtual, nos Países Baixos, para as pessoas cujo pedido de eutanásia não obteve resposta do seu próprio médico tem levantado muitas preocupações, já que esta equipa móvel responde unicamente a pedidos de eutanásia, e proporcionou a eutanásia em 134 casos em 2013 e 232 em 2014.²²

Em 2009, o Luxemburgo também introduziu legislação para a eutanásia e o SMA.²³ À semelhança dos critérios dos Países Baixos e da Bélgica, os doentes têm de estar a sofrer de forma insuportável, sem perspectiva de melhoria, mas a doença não tem de ser terminal.¹⁰

Na Europa, como um todo, contudo, há pouca evidência nos últimos dez anos de tentativas concertadas para se conseguir a legalização da eutanásia através de processos parlamentares. De facto, em muitos países europeus, a legalização da eutanásia é contestada por uma grande variedade de associações profissionais que representam médicos, enfermeiros e outros, por grupos que representam pessoas com deficiência ou idosas e também por associações de cuidados paliativos.

O suicídio assistido não é criminalizado pela legislação penal de muitos países europeus. Na Suíça, o suicídio assistido é crime se, e apenas se, o motivo for egoísta de acordo com o Artigo 115 do Código Penal Suíço. A legislação alemã é ainda mais permissiva, e a assistência ou incentivo não são puníveis nos termos do Artigo 216 do Código Penal. Contudo, a ação judicial é possível por outras razões, tais como a omissão do dever de socorro ou o homicídio por omissão.

No Reino Unido, o suicídio assistido é uma ofensa criminal. Em Inglaterra e no País de Gales, de acordo com a Lei do Suicídio de 1961 e na Irlanda do Norte segundo as secções 12 e 13 da Lei de Justiça Criminal (Irlanda do Norte) de 1966. Isto não se aplica à Escócia. Várias tentativas foram feitas em anos recentes para introduzir projetos de lei que legalizariam o suicídio assistido em

Inglaterra e no País de Gales, mas foram todos rejeitados pelo Parlamento. Em 2010, o Diretor do Ministério Público britânico publicou linhas orientadoras para os seus procuradores que descreve fatores de interesse público a favor ou contra a ação penal.²⁴ Estas indicam que a ação penal será menos provável se a vítima tiver tomado a decisão de cometer suicídio de forma voluntária, clara, decidida e informada e o suspeito tiver sido totalmente motivado pela compaixão. Um projeto de lei de morte assistida foi introduzido na Câmara dos Lordes, por Lord Falconer of Thoroton em junho de 2015, mas foi rejeitado, como em anos anteriores.

Fora da Europa, mais recentemente, o Supremo Tribunal do Canadá estendeu o direito constitucional à autonomia, ao decidir que o código penal não tem poder para proibir o SMA a uma pessoa adulta, competente, que consinta claramente nisso e tenha uma condição médica penosa e irremediável (incluindo doença ou incapacidade) que cause um sofrimento contínuo que seja insuportável para o indivíduo.²⁵ No entanto, isto ainda não foi transformado em lei ou regulamentação.

Objetivos

Este documento pretende disponibilizar um enquadramento ético sobre eutanásia e SMA para os profissionais de cuidados paliativos e visa, também, fornecer uma visão geral sobre a investigação recente e uma análise de princípios éticos relacionados com estas questões. O documento tem em consideração o vasto leque cultural dos diferentes países europeus. Ele fornece recomendações claras, onde há consenso, e aponta controvérsias, onde não há consenso. Este documento procura estimular uma ampla discussão dentro do sistema de saúde sobre o papel dos profissionais de saúde, os objetivos dos cuidados, a epistemologia de uma indicação médica, e sobre as implicações éticas que reforçam os benefícios dos cuidados paliativos e de fim de vida, para a sociedade, e as tomadas de decisão políticas. Este documento não discute o Planeamento Antecipado de Cuidados (Advance Care Planning - ACP), as atitudes em relação à eutanásia ou ao SMA, nem as mudanças sociais nestas atitudes.

Metodologia

O processo de Delphi foi usado para produzir consensos sobre a eutanásia e o SMA, na perspetiva dos cuidados paliativos. Esta secção resume todo o processo. Mais informação pode ser acedida no Material Suplementar *online*.

O grupo de trabalho encontrou-se em quatro ocasiões: em Frankfurt, na Alemanha (Agosto de 2012), em Munique, na Alemanha (Abril de 2013), no 13.º Congresso da EAPC, em Praga, na República Checa (Junho de 2013) e em Bonn, na Alemanha (Setembro de 2014).

A tomada de posição da EAPC em relação à eutanásia e ao SMA de 2003² foi usada para produzir a primeira versão para análise do atual documento, com 21 afirmações como ponto de partida para o processo de consenso. Esta versão foi usada no processo de consenso, utilizando o processo de Delphi de cinco rondas. A primeira ronda incluiu comentários de uma série de especialistas em cuidados paliativos ou em ética médica. A segunda, a terceira, a quarta e a quinta rondas do questionário foram realizadas com uma ferramenta de questionários *online* (SurveyMonkey®). Os inquiridos podiam escolher entre diferentes níveis de concordância para cada afirmação, apresentados numa escala de Likert com cinco níveis. A segunda e a terceira rondas do processo de Delphi envolveram membros da direção de associações de cuidados paliativos nacionais que são membros coletivos da EAPC. A quarta ronda incluiu o painel de especialistas da primeira ronda, e a quinta ronda os membros da direção da EAPC.

Após cada uma das cinco rondas, as afirmações que não obtiveram consenso foram revistas de acordo com os comentários dos participantes. Embora, na terceira ronda, algumas afirmações não tenham tido o nível de concordância necessário para o consenso, não foi necessário excluir nenhuma afirmação do esboço, já que o nível de concordância mais baixo foi de 68% (concordo / concordo totalmente). Em cada uma destas afirmações (2, 6, 11, 14, 15 e 16), a falta de consenso

total foi documentada no texto. A versão final do documento foi adotada como um documento de posição oficial da EAPC, em abril de 2015.

Conceitos e definições

Esta secção, por sua vez, apresenta a definição de cuidados paliativos, eutanásia, SMA, abstenção ou suspensão de tratamento fútil e sedação paliativa:

1. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados paliativos são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e seus familiares, face a uma doença que ameace a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, adequada avaliação e tratamento da dor e demais sintomas físicos, psicossociais e espirituais.²⁶

De acordo com a definição da OMS, os cuidados paliativos afirmam a vida e consideram a morte como um processo natural, não pretendendo antecipar nem adiá-la. Os cuidados paliativos oferecem um sistema de apoio que ajuda os doentes a viver tão ativamente quanto possível, até à morte.

Por toda a Europa, os cuidados paliativos são uma parte reconhecida e em expansão dos cuidados de saúde. Simultaneamente, há contínuos debates sobre o que os cuidados paliativos incluem e onde é que começam e acabam (estádio e tipo de doença, prognóstico e local dos cuidados).^{27,28} Os cuidados paliativos são aplicáveis no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que pretendem prolongar a vida, como a quimioterapia ou a radioterapia, e incluem a investigação necessária para melhor compreender e gerir complicações clínicas angustiantes. Há diferenças regionais, nacionais e culturais na abordagem e organização dos cuidados paliativos.²⁹ Os diferentes pontos de vista também se refletem nas práticas profissionais.³⁰

2. A eutanásia é definida da seguinte forma: um médico (ou outra pessoa) mata intencionalmente uma pessoa através da administração de fármacos, a pedido voluntário e competente dessa pessoa.

Quando a expressão “matar a pedido” (ou “morte a pedido”) é usada concomitantemente com a eutanásia, ela corresponde a uma descrição técnica do ato, baseada no procedimento habitualmente utilizado: injeção de um barbitúrico para induzir o coma, seguida da injeção de um relaxante neuromuscular para parar a respiração, causando a morte do doente. Se a eutanásia pode, ou não, ser um “matar a pedido” (ou uma “morte a pedido”) justificado é outra questão, abordada em baixo. Existe aqui, portanto, uma distinção nítida entre o que o “é” e o que “deveria” ser.³¹

A morte medicalizada de uma pessoa sem o seu consentimento, quer seja não-voluntária (quando a pessoa é incapaz de consentir) ou involuntária (contra a vontade da pessoa), não é eutanásia: é homicídio. Assim, a eutanásia só pode ser voluntária.³² Por conseguinte, a expressão “eutanásia voluntária”, frequentemente usada, deve ser abandonada, uma vez que, por implicação lógica e incorretamente, sugere que há formas de eutanásia que não são voluntárias. Na literatura, bem como no debate público, por vezes é feita uma distinção entre a chamada eutanásia “ativa” e “passiva”. É nossa opinião que esta distinção não é apropriada. Na nossa interpretação, e de acordo com o entendimento holandês³³ a eutanásia é, por definição, ativa e, assim, a eutanásia “passiva” é uma contradição (um paradoxo).

Embora esta afirmação tenha tido um nível de concordância elevado, no processo de Delphi, não houve consenso entre os membros das direções das associações nacionais de cuidados paliativos da Europa de acordo com a definição estrita usada neste estudo. O desacordo parecia estar centrado na escolha do verbo “matar”; para além disso, alguns comentários referiam que deveria ser apenas um médico a poder realizar a eutanásia, e não outras pessoas.

3. O suicídio assistido é definido da seguinte forma: uma pessoa ajuda intencionalmente outra pessoa a terminar a sua vida, a pedido voluntário e competente dessa pessoa.

Ao contrário da eutanásia, onde a autoridade da ação está a cargo da pessoa que administra as drogas letais, no suicídio assistido a autoridade da ação está a cargo da pessoa que quer terminar a sua vida. O processo de decisão permanece na pessoa que deseja terminar a própria vida não é diferente da eutanásia.

Se um doente parar voluntariamente de comer e de beber, isto não seria considerado suicídio assistido uma vez que não exigiria a assistência de outra pessoa.

4. O SMA é definido da seguinte forma: um médico ajuda intencionalmente uma pessoa a terminar a sua vida fornecendo drogas para autoadministração, a pedido voluntário e competente dessa pessoa.

Os médicos podem ser pressionados para auxiliar no suicídio, já que os seus conhecimentos médicos são necessários para a prescrição ou aconselhamento no uso de drogas letais. Contudo, também há dificuldades específicas no SMA. Os médicos normalmente têm como único objetivo o alívio ou a cura, mas se o término da vida se tornar noutra opção, isto pode comprometer a relação entre o doente e o médico.

Em contraste, a maior federação de médicos dos Países Baixos (KNMG) produziu um documento de posição sobre o papel do médico na eutanásia e SMA, descrevendo claramente funções e responsabilidades na prática destes atos.³⁴

A medicalização do SMA também tem sido criticada como parte da transformação da medicina, enquanto uma profissão de cuidado para uma profissão de cariz negocial, que pretende servir as necessidades de serviços médicos.³⁵ Conceitos alternativos têm sido descritos em contextos onde a eutanásia e o SMA são realizados por outros que não-médicos.³⁶ As diferenças entre a Suíça, como um modelo legal não-médico, e o Estado de Oregon, como um modelo legal médico, no que diz respeito à capacidade da pessoa que presta assistência no suicídio e ao estado de saúde da pessoa que irá cometer suicídio, também foram descritas.³⁷ Nos Países Baixos, o papel do médico nas formas atuais de morte assistida tem sido contestado nos últimos anos devido a uma campanha pública que defende a existência de pessoal não-médico com experiência e formação em aconselhamento que ajudasse a clarificar o desejo de morrer da pessoa e administrasse uma droga letal, que seria fornecida por um médico. Além disso, tem sido sugerido o conceito de auto-eutanásia, onde os doentes poriam fim à própria vida com o apoio dos filhos.³⁸

Para o SMA podem ser relevantes não só a dimensão ética, mas também aspetos legais específicos: por exemplo, na Alemanha, os médicos (à semelhança dos pais, cônjuges ou polícias) estão numa posição de provedor do doente. Devem garantir o bem-estar dos seus doentes e são obrigados a exercer mais do que os esforços habituais para prevenir o suicídio. Podem ser indiciados por homicídio ou por omissão se assistirem o doente. Além disso, o SMA pode ser penalizado pela lei civil.

5. As DNT são definidas da seguinte forma: abstenção ou suspensão de tratamento médico a uma pessoa, ou devido à futilidade terapêutica ou devido ao pedido voluntário e competente dessa pessoa.

As DNT não são eutanásia, considerando as definições aqui utilizadas, pois não pretendem antecipar a morte, mas sim aceitá-la como um fenómeno natural através da omissão de procedimentos de prolongamento da vida ineficazes, fúteis, muito dispendiosos ou indesejados.³⁹

As DNT podem estar relacionadas com a futilidade terapêutica, por exemplo, decidindo contra o tratamento antibiótico num doente em morte iminente com pneumonia e cancro do pulmão. Outro exemplo seria o de decidir contra a quarta linha de quimioterapia num doente com cancro de progressão rápida e resposta inadequada a ciclos anteriores, se esta quimioterapia acarretar um elevado risco de efeitos secundários ou aumento da mortalidade relacionada com o tratamento. As DNT para intervenções médicas fúteis devem ser discutidas com o doente e cuidadores relevantes.

Podem surgir problemas com os doentes que persistam nos seus desejos de tratamentos fúteis, quer por tenacidade, quer por desespero.

Diferente da futilidade terapêutica, as DNT também podem estar relacionadas com a decisão de um doente em recusar ou suspender terapias médicas. Isto pode causar dilemas morais na equipa de cuidados de saúde, por exemplo, quando um doente com insuficiência renal decide descontinuar o tratamento de hemodiálise ou se um doente com doença do neurónio motor (DNM) e insuficiência respiratória total pede a suspensão da ventilação mecânica. Todavia, estas DNT não terminam a vida (como faz a eutanásia), mas permitem a morte iminente devido à condição subjacente, que é impedida através de medidas de prolongamento da vida. Os pedidos do doente de DNT requerem uma comunicação aberta e sensível, a fim de garantir que o doente e os seus cuidadores estejam devidamente informados e compreendam as implicações e consequências das DNT.

6. A sedação paliativa é definida como o uso monitorizado de medicamentos que visam induzir um estado de consciência diminuído ou ausente (inconsciência) a fim de aliviar o sofrimento refratário de uma forma que seja eticamente aceitável para o doente, os familiares e os prestadores de cuidados de saúde.⁴⁰

A sedação paliativa é uma prática eticamente aceite, quando usada nas situações adequadas.⁴⁰ A posição oficial da EAPC sobre a sedação paliativa considera-a uma prática clínica importante e necessária nos cuidados a determinados doentes de cuidados paliativos que, de outro modo, estariam a sofrer com sintomas refratários. No entanto, esta abordagem requer atenção à proporcionalidade, boa prática clínica e atenção aos riscos potenciais e procedimentos problemáticos que podem levar a práticas danosas e não éticas.

Potenciais conflitos ou problemas éticos devem ser tidos em conta, e a indicação, o planeamento e a administração da sedação devem ser baseados num consenso dentro da equipa e entre a equipa, o doente e, pelo menos na maioria dos casos, os cuidadores. Uma orientação detalha é fornecida no enquadramento para a sedação paliativa da EAPC.⁴⁰

A definição de sedação paliativa tem sido o centro de muita discussão, tendo em consideração aspetos como a indicação médica, processo de decisão, normas éticas, objetivos, formas e questões filosóficas. Esta discussão também está relacionada com diferentes contextos culturais e organizacionais. Há, por exemplo, uma discussão latente sobre se a pré-condição ética da última parte da definição⁴⁰ da EAPC é apropriada ou deve ser suprimida.

Embora esta afirmação tenha tido um nível de concordância elevado no processo de Delphi, não houve consenso entre os membros das direções das associações nacionais de cuidados paliativos da Europa, de acordo com a definição restrita usada neste estudo. A pré-condição ética causou muita discussão, não só entre os participantes no painel de consenso, mas também entre os autores deste documento.

Valores e filosofia dos cuidados paliativos

7. Nos cuidados paliativos, o valor intrínseco de cada pessoa como um indivíduo autónomo e social único é reconhecido e respeitado. Idealmente, o doente preserva a sua autodeterminação em relação ao poder de decisão sobre o local de prestação de cuidados, opções de tratamento e acesso a cuidados paliativos especializados.²⁸

Uma análise da discussão em torno da definição de cuidados paliativos constatou que os objetivos principais eram o alívio, a prevenção do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida.⁴¹ Isto baseou-se em valores fundamentais comuns como o respeito pela autonomia. O poder da tomada de decisão sobre o local de prestação de cuidados, as opções de tratamento e o acesso a cuidados paliativos adquirem particular ênfase, sendo atribuído um papel importante ao empoderamento (empowerment/capacitação) do doente. O ser humano está no centro dos cuidados. Os cuidados paliativos devem ser prestados de forma respeitosa, aberta e sensível – sensível aos valores, crenças

e práticas pessoais, culturais e religiosas, e à legislação de cada país. Os cuidados paliativos estão, acima de tudo, centrados no doente e dependem das necessidades individuais e familiares. Uma orientação salutogénica, com ênfase nos recursos e nas competências dos doentes, e não apenas nas suas dificuldades, pode ser preferível.

Questões-chave para o doente

8. Os pedidos individuais de eutanásia e SMA são complexos na sua origem e podem incluir fatores pessoais, psicológicos, espirituais, sociais, culturais, económicos e demográficos.

O uso da eutanásia ou do SMA tem o perigo inerente de má interpretação das preferências do doente, ao não reconhecer esta divergência de significados subjacentes e a ambivalência ou a alteração das prioridades dos doentes. Num grande inquérito a doentes terminais, 10.6% disseram considerar seriamente a eutanásia ou SMA para si próprios, mas a entrevista de seguimento mostrou que 50.7% destes doentes tinham mudado de ideias passados 6 meses, enquanto um número quase igual tinha começado a considerá-la.⁴² Em última análise, neste inquérito, apenas 5.6% dos doentes falecidos tinham falado em pedir ao médico a eutanásia ou o SMA.

Uma avaliação profunda encontrou muitos significados e usos para a expressão do desejo de morte antecipada, desde a manifestação da vontade de viver, a um gesto de altruísmo, ou a um grito de desalento que descreve a situação desesperante, ou a uma manifestação da última forma de controlo que o doente moribundo pode exercer.⁴³ A expressão parece ser uma ferramenta de comunicação importante para os doentes.

Num estudo semelhante, ser um fardo para os outros era a motivação mais importante para o desejo de morte antecipada.^{44,45} O sofrimento também foi descrito como uma razão, embora, na maioria das vezes, fosse sofrimento antecipado em vez de sofrimento atual: os doentes tinham muito medo de uma deterioração futura, relacionada com a doença.

Na prática clínica, os doentes frequentemente mostram grande ambivalência, tendo, por um lado, o desejo de morte antecipada e, por outro, a vontade de viver, muitas vezes em paralelo ou com flutuações de curta duração. Esta coexistência de desejos opostos tem sido explicada como uma parte das experiências autênticas, multifacetadas e compreensões morais do fim da vida.⁴⁶

9. Os pedidos de eutanásia e SMA requerem respeito e atenção cuidados, juntamente com uma comunicação aberta e sensível no ambiente clínico.

A equipa de cuidados paliativos deve reconhecer e ouvir atentamente estes pedidos e ser capaz de entrar num diálogo aberto sobre este pedido com os doentes, cuidadores e profissionais. Um pedido de eutanásia deve levar a uma exploração com o doente e a família, das experiências onerosas que estão subjacentes à pergunta. Na Alemanha, os doentes explicaram que a intenção de comunicar o seu desejo de morte antecipada à equipa de cuidados paliativos estava associada à necessidade de informação, de tranquilização e à perceção da competência da equipa no controlo dos sintomas.⁴⁴

10. Os indivíduos que peçam a eutanásia ou o SMA devem ter acesso aos cuidados paliativos.

Os pedidos de eutanásia e SMA podem ser alterados pela prestação de cuidados paliativos abrangentes. O sofrimento físico pode ser aliviado, e o cuidado psicossocial e espiritual pode melhorar o bem-estar do doente e cuidadores. A informação sobre as opções de cuidados paliativos disponíveis pode fornecer garantias e diminuir as ansiedades relativamente à trajetória decorrente da doença.⁴⁴

11. A sedação paliativa pode ser uma opção para muitas condições nas quais os doentes podem solicitar a eutanásia ou o SMA.

A sedação é potencialmente indicada para doentes com desconforto intolerável devido a sintomas físicos, quando há falta de outros métodos para o tratamento paliativo dentro de um intervalo de tempo aceitável e sem efeitos adversos inaceitáveis (refratariedade). Os sintomas intoleráveis específicos devem ser identificados. Os sintomas mais comuns incluem delírio agitado, dispneia, dor e convulsões. Situações de emergência podem incluir hemorragia maciça, asfixia, dispneia terminal grave ou crise de dor devastadora. A sedação profunda, contínua, só deve ser considerada se o doente estiver em fase terminal, de acordo com o descrito no documento australiano relativo às fases de Cuidados Paliativos (a morte é expectável dentro de dias).⁴⁷ Nesta fase, a sedação paliativa também pode ser considerada para problemas não-físicos graves, como a depressão refratária, a ansiedade, a desmoralização ou a angústia existencial, embora haja menos consenso sobre a adequação da sedação, para estas indicações.

Pelo contrário, em França foi aprovado um projeto de lei sobre a sedação paliativa pela Assembleia Nacional que inclui o direito de doentes com uma doença limitante receberem a sedação paliativa até à hora da morte. Os médicos seriam obrigados a implementar a sedação paliativa, caso o doente a solicitasse. O projeto de lei foi rejeitado pelo senado em junho de 2015, mas ainda está no sistema legislativo.

Houve um nível de concordância baixo, no processo Delphi, em relação a esta afirmação e não houve consenso entre os membros da direção das associações nacionais de cuidados paliativos da Europa. Alguns comentários exprimiram a preocupação de que a sedação paliativa poderia ser considerada uma alternativa à eutanásia, o que não está em conformidade com a intenção deste documento.

12. A sedação paliativa de doentes em situação de morte iminente tem de ser distinguida da eutanásia. Na sedação paliativa, a intenção é aliviar o sofrimento intolerável, o procedimento é usar uma droga sedativa para o controlo dos sintomas e o resultado, bem-sucedido, é o alívio do sofrimento. Na eutanásia, a intenção é terminar a vida do doente, o procedimento é administrar uma droga letal e o resultado bem-sucedido é a morte imediata.

A sedação paliativa nunca deve ter a intenção de encurtar a vida.^{2,48} Num inquérito sobre a prática da sedação paliativa, 17% dos médicos inquiridos afirmaram que antecipar a morte era a intenção explícita,⁴⁹ mas isto indica um uso indevido do procedimento. Em doentes muito frágeis, um efeito colateral não pretendido de encurtamento da vida não pode ser excluído, embora duas revisões sistemáticas tenham clarificado que a sedação paliativa não encurta a sobrevivência em doentes oncológicos, em estado terminal.^{50,51}

É importante que o médico responsável avalie e documente a sua intenção em iniciar a sedação paliativa, para evitar o seu uso indevido ou a má prática. Recomenda-se que a decisão de usar a sedação paliativa seja tomada em equipa ou que, pelo menos, seja escrutinada com supervisão.

13. Os cuidados paliativos são prestados até ao fim da vida e por definição nunca são fúteis.

Os cuidados paliativos nunca são interrompidos porque são prestados até ao momento da morte (e mesmo depois, com o apoio no luto para a família). Assim, enquanto as medidas de prolongamento de vida podem ser consideradas fúteis, os cuidados paliativos nunca o são.³⁹ O doente pode rejeitar a intervenção dos cuidados paliativos, mas isso não significa que a abordagem dos cuidados paliativos seja fútil. Muito pelo contrário, os cuidados paliativos são eficazes no alívio da dor e sintomas angustiantes, e os cuidados – físicos, psicossociais e espirituais – para com os doentes continuam até à morte.

Alguns autores argumentam que o conceito de futilidade paliativa sustenta a necessidade da eutanásia.⁵² Este termo, porém, é equívoco e contraditório, baseado numa falsa compreensão do que são os cuidados paliativos.

14. A realização da eutanásia e do SMA não deve estar incluída na prática dos cuidados paliativos.

Afirmamos que existem razões filosóficas, assim como médicas, contra o uso da eutanásia. Do ponto de vista filosófico, a eutanásia torna a vida humana num meio para acabar com o sofrimento, visto que a vida humana tem de ser sacrificada no ato da eutanásia para que o sofrimento acabe. Do ponto de vista médico, a eutanásia é um ato médico (injeção de drogas letais), mas não um tratamento ou terapia médicas, segundo qualquer dos sentidos destas palavras, já que a principal tarefa do médico é aliviar e curar, mas não terminar a vida.³⁹

Contudo, Bernheim *et al.* debateram a interação entre os cuidados paliativos e a legalização da eutanásia, alegando que o caso da Bélgica sugere que há um efeito sinérgico entre os dois. Descreveram um modelo chamado, cuidados paliativos integrais, onde a eutanásia é considerada como outra opção no final de um percurso de cuidados paliativos.⁵²

Noutro artigo mais recente, protagonistas da Federation of Palliative Care Flanders (Federação dos Cuidados Paliativos da Flandres) explicaram que, depois de terem sido confrontados com a introdução da possibilidade jurídica da eutanásia, diferentes tipos de experiências levaram ao envolvimento crescente de profissionais e equipas de cuidados paliativos no que eles chamam de “acompanhamento da eutanásia”. Referindo a continuidade de cuidados, escolheram não abandonar os doentes que pedem a eutanásia, reencaminhando-os para profissionais externos, fora do ambiente de cuidado familiar, mas continuam a prestar-lhes todo o apoio necessário. Desta forma, queriam expressar que a eutanásia e os cuidados paliativos permanecem duas questões distintas, mas que podem “ocasionalmente ser consideradas em conjunto quando se estiver a cuidar de um doente particular”⁵³.

Profissionais de cuidados paliativos de outros países estão preocupados com estas propostas, visto que a sua experiência clínica em cuidados paliativos os ensinou a ser sensíveis no reconhecimento mas também muito cuidadosos na interpretação do pedido de eutanásia de doentes paliativos.

A definição de cuidados paliativos parece não ser compatível com eutanásia. A OMS afirmou claramente em 2002 que os cuidados paliativos não antecipam nem adiam a morte,²⁶ e isto foi incluído noutras definições de cuidados paliativos.⁴¹

No entanto, mesmo que os cuidados paliativos sejam realizados com a máxima qualidade, isto não vai impedir doentes individuais de pedirem a morte antecipada, incluindo pedidos de eutanásia ou SMA.⁵⁴⁻⁵⁶ É da responsabilidade dos profissionais de cuidados paliativos ouvir e explorar os pedidos implícitos ou explícitos de eutanásia e lidar com o sofrimento subjacente a estas solicitações.

Esta afirmação obteve um nível de concordância moderado, no processo Delphi, e não houve consenso entre os membros da direção de associações nacionais de cuidados paliativos da Europa. Um número de inquiridos (principalmente dos países do Benelux¹⁴) discordou totalmente. A dissidência reflete assim a situação atual na Europa. Contudo, esta afirmação foi mantida como uma afirmação normativa, embora se perceba que a compreensão moral da antecipação da morte possa ser diferente em culturas ou subculturas diferentes.

Questões-chave para a organização

15. Reconhece-se que dentro da Europa estão a surgir várias abordagens em relação à eutanásia e ao SMA, e que o debate aberto e respeitoso em torno deste assunto deve ser encorajado.

Este debate deve contribuir para uma compreensão das áreas de consenso e discrepância sobre a eutanásia e o SMA na Europa e enformar as implicações sociais, existenciais, espirituais, éticas e

¹⁴ Comunidade que engloba a Bélgica, Países Baixos e Luxemburgo, (e mais tarde outros), estando na vanguarda da criação da CEE.

legais das diferentes abordagens, tanto para os doentes como para os cuidadores, profissionais de saúde e sociedade.

Embora esta afirmação tenha tido um nível de concordância elevado, no processo Delphi, não houve consenso entre os membros da direção das associações nacionais de cuidados paliativos da Europa de acordo com a definição restrita usada neste estudo.

16. Estudos acerca das atitudes em relação à eutanásia e ao SMA entre profissionais, doentes e público em geral, bem como estudos das suas experiências em relação a estas questões, podem tornar o debate mais amplo.

Muitos estudos publicados, porém, sofrem de deficiências metodológicas, começando pela definição incompleta dos conceitos utilizados, o que levanta dúvidas sobre a evidência.⁵⁷ Uma abordagem mais coordenada destes estudos é, pois, necessária.

Os cuidados paliativos podem fazer uma investigação sobre as questões relacionadas com a eutanásia e o SMA, embora esta deva ser incorporada no contexto dos cuidados paliativos; por exemplo, sobre o conhecimento ou as atitudes relacionadas com a eutanásia ou o SMA. É necessário atenção para que os estudos sejam de boa qualidade e elevada generalização.

Embora esta afirmação tenha tido um nível de concordância elevado, no processo Delphi, não houve consenso entre os membros da direção das associações nacionais de cuidados paliativos da Europa, de acordo com a definição restrita usada neste estudo.

17. O medo da perda de autonomia, no final da vida, pode ser abordado usando diretivas antecipadas de vontade e o PAC, contribuindo para melhorar a comunicação e aumentando assim a autonomia do doente.

No sistema de saúde moderno, os doentes podem recear que a vida seja prolongada desnecessariamente ou que termine com sofrimento insuportável. Consequentemente, a eutanásia ou o SMA podem parecer uma opção. No entanto, o consentimento do doente é um pré-requisito ético do tratamento médico, e o direito do doente de recusar qualquer tratamento é cada vez mais reconhecido na maioria dos países europeus.

Diretivas Antecipadas de Vontade ("Testamentos Vitais"), nomeação de procuradores de cuidados de saúde e outros instrumentos de PAC podem fortalecer a autonomia do doente e aliviar a ansiedade. No entanto, um quadro jurídico-legal para o PAC ainda não está disponível em todos os países europeus.

18. Se a eutanásia ou o SMA forem legalizados em alguma sociedade, é preciso um cuidado especial para evitar (1) o subdesenvolvimento ou desvalorização dos cuidados paliativos e (2) o conflito entre os requisitos legais e os valores pessoais e profissionais de médicos e outros profissionais de saúde.

Dados empíricos sobre o efeito da eutanásia e do SMA a nível social podem ser difíceis de obter devido a uma série de razões: (1) apenas alguns países legalizaram a eutanásia e o SMA; (2) as alterações legais demoram muito tempo a surtir efeito a nível social e as legalizações são relativamente recentes; (3) é difícil obter evidência sobre a correlação entre as alterações legais e as alterações a nível social, sendo que as alterações legais estão integradas num amplo espectro sociocultural de causas; e (4) a investigação pode estar a ser consciente ou inconscientemente enviesada por pressupostos éticos. Contudo, da perspectiva dos cuidados paliativos, algumas preocupações podem ser formuladas, no que diz respeito à legalização da eutanásia e do SMA, o que pode contribuir para uma atenção especial para evitar progressos indesejáveis.

A informação disponível, sobre a frequência com que os cuidados paliativos são oferecidos ou prestados aos doentes que solicitam a eutanásia ou o SMA é escassa. Na Bélgica e nos Países Baixos, o envolvimento de especialistas em cuidados paliativos não é um pré-requisito da eutanásia ou SMA, embora a legislação belga afirme que o doente tem de ser informado sobre as possibilidades

de cuidados paliativos. Na Bélgica não há informação clara nos relatórios do Comité Federal,⁵⁸ embora todos os relatórios concluam que os médicos e as equipas de cuidados paliativos eram muitas vezes consultados, voluntariamente, fora das consultas legalmente obrigatórias. O número de consultas com equipas de cuidados paliativos está registado na maioria dos relatórios (710 casos em 2013).¹⁴ Numa sondagem recente a nível nacional, os médicos inquiridos reportaram uma percentagem muito mais alta, com o envolvimento dos serviços de cuidados paliativos em 73,7% dos casos em 2013.¹⁵ Os relatórios do Comité Federal expressam regularmente as preocupações de alguns membros do comité de que as consultas de cuidados paliativos não se devem tornar numa restrição à autonomia dos doentes.¹⁴

Ao longo da história tem sido imperativo que a medicina esteja preocupada com o curar e o cuidado e não com o terminar intencional da vida.³⁶ A maioria dos médicos inclui isto nos seus valores pessoais e profissionais, mesmo em jurisdições onde a opinião pública apoia ou a legislação permite a eutanásia ou o SMA. O estabelecimento dos médicos como colaboradores na eutanásia e no SMA pode, assim, levar a um conflito de papéis.^{53,59} No entanto, o impacto da caracterização da eutanásia como um tratamento médico na identidade profissional dos médicos e nas instituições de medicina e na lei, ainda não foi avaliado.

19. No caso da legalização da eutanásia ou do SMA, é preciso também ter o cuidado de evitar (1) o alargamento dos critérios clínicos para incluir outros grupos da sociedade, (2) a pressão sobre as pessoas vulneráveis e (3) que matar seja socialmente aceite.

Uma avaliação das taxas de morte assistida no Oregon e nos Países Baixos não mostrou nenhum indício de risco acrescido para grupos vulneráveis, como as minorias raciais ou étnicas, em comparação com o resto da população.⁶⁰ Todavia, o primeiro estudo de base populacional na Suíça descreveu que o suicídio assistido estava associado ao género feminino e a situações que podem indicar maior vulnerabilidade, como viver sozinho ou ser divorciado, embora também estivesse associado ao ensino superior e a uma posição socioeconómica mais elevada.⁶¹

No contexto da eutanásia, o perigo de um efeito “declive/ladeira escorregadio/a” já foi debatido. Isto significa que mesmo que a legislação pró-eutanásia seja formulada com indicações claras, as regulamentações serão alargadas e por fim anuladas pela prática corrente.^{38,53} Bernheim *et al.*, tal como outros autores, afirmaram que os dados dos Países Baixos e da Bélgica não mostram qualquer evidência de uma “ladeira escorregadia”.^{52,62} No entanto, o término da vida induzido por drogas sem o pedido do doente – que, por definição, não é eutanásia – e o abuso da sedação paliativa são dois indicadores de tal “ladeira escorregadia”.

Nos Países Baixos, apesar da nova lei de 2002, 0,4% de todas as mortes são de morte medicalizada, sem um pedido explícito do doente.⁶³ Relatórios recentes sugerem também um aumento do abuso da “sedação terminal” neste país. Os médicos referem ter iniciado a sedação profunda e contínua com a intenção de provocar uma *overdose* nos doentes para antecipar a morte.⁴⁹ O efeito “declive/ladeira escorregadio/resvaladiço” também permite realizar a eutanásia e o SMA em pessoas deprimidas e nos estádios iniciais de demência, quando o doente ainda é capaz de formular um pedido explícito, tal como proposto pela organização *Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde* (NVVE; Associação Holandesa para um Fim de Vida Livre/Autónomo) dos Países Baixos. O último relatório da RERC afirma que em 2013 a eutanásia foi realizada em 97 doentes com demência e em 42 doentes com doenças psiquiátricas.¹² A legislação holandesa também permite que os médicos terminem a vida de recém-nascidos, se nascerem com problemas tão graves que o término da vida seja considerado a melhor opção.⁶⁴

Além disso, casos específicos, na Bélgica e nos Países Baixos, têm mostrado uma extensão das indicações. Nos Países Baixos, a demência ou a depressão são aceites como indicação para a eutanásia.⁶⁵ Na Bélgica, desde a introdução da lei da eutanásia em 2002, foram propostos mais 25 projetos para o alargamento da lei.³ Recentemente, o parlamento belga votou que as crianças e adolescentes também podem receber eutanásia ou SMA.²⁰

Na Bélgica, tem sido descrita uma tendência de os membros da família considerarem o processo da morte como indigno, inútil e sem sentido, mesmo que aconteça de forma pacífica, confortável e com apoio profissional.⁵³

20. A EAPC encoraja os seus membros a travar um diálogo direto e aberto com aqueles que defendem a legalização da eutanásia e do SMA.

Compreender e respeitar pontos de vista alternativos não é o mesmo que a aceitação ética da eutanásia ou do SMA. É necessário um diálogo aberto para esclarecer os valores e prioridades subjacentes e mapear as incompatibilidades meta-éticas e as diferenças culturais que provocam equívocos e desaprovação. A discussão deve centrar-se nos cuidados holísticos ideais para o doente e os seus cuidadores, desde a perspetiva dos cuidados paliativos. A ética dos cuidados de saúde e os valores pessoais e profissionais dos profissionais de saúde também podem desempenhar um papel importante e devem ser incluídos na discussão.

Mesmo considerando a reflexão crítica sobre as experiências da Bélgica, dos Países Baixos e de Oregon, é preciso reconhecer que pode haver mais transparência e discussão aberta em torno do fim da vida, nestes locais, do que na maioria dos outros países, onde procedimentos semelhantes podem acontecer de forma mais dissimulada.⁶⁶

21. A EAPC respeita as opções individuais de eutanásia e SMA, mas salienta a importância de que refocalizar a atenção na responsabilidade de todas as sociedades em proporcionarem cuidados de saúde aos seus cidadãos mais velhos, moribundos e vulneráveis. Uma componente fundamental nesta concretização é o estabelecimento de cuidados paliativos nos sistemas de saúde tradicionais de todos os países europeus, apoiados pelo financiamento, educação e investigação apropriados.

Concretizar este objetivo é uma das alternativas mais poderosas aos pedidos de legalização da eutanásia e do SMA, e a EAPC advoga o acesso a cuidados paliativos, adequados, como um direito humano, para todos os que deles necessitem.⁶⁷ Uma boa provisão de cuidados paliativos é fundamental, a fim de garantir que as pessoas não peçam a eutanásia por falta de um controlo eficaz dos sintomas, ou por marginalização individual ou social.

Conclusão

Este documento, que retrata a posição oficial da EAPC, afirma que a eutanásia não é parte dos cuidados paliativos. Certamente, nem o melhor modelo ou serviço de cuidados paliativos pode impedir que os doentes, por vezes, peçam a morte antecipada. No entanto, existe uma diferença fundamental na abordagem a estes doentes entre a eutanásia e os cuidados paliativos. Os defensores da legalização da eutanásia consideram o pedido do doente como o ponto de referência da autonomia do doente e tentam satisfazer esta preferência pessoal. Os profissionais de cuidados paliativos também devem reconhecer os pedidos de eutanásia dos doentes que os façam, mas, tornam-no no ponto de partida para cuidados holísticos, começando por uma avaliação e comunicação compreensivos e abrangentes, procurando compreender a motivação e a atitude por detrás do desejo do doente.

Em conclusão, os doentes que solicitam uma injeção letal para acabar com o seu sofrimento, através da indução da morte, são um grande desafio para os cuidados paliativos. Estes doentes merecem não só a melhor forma de terapia médica para o controlo sintomático, mas também aconselhamento psicossocial e espiritual, baseados no respeito e compreensão individuais em situações de angústia e desespero.²

Os cuidados paliativos baseiam-se na perspetiva de que, mesmo nos momentos mais desesperantes de um doente, uma comunicação sensível, baseada na confiança e na parceria, pode melhorar a situação e fazê-lo acreditar que vale a pena viver.

Agradecimentos

O Grupo de Trabalho de Ética da EAPC agradece a Lars Johan Materstvedt, David Clark, John Ellershaw, Reidun Førde, AnneMarie Boeck Gravgard, H Christof Müller-Busch, Josep Porta i Sales e Charles-Henri Rapin, que produziram o documento de posição da EAPC sobre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido em 2003 (Materstvedt *et al.*, 2003), que serviu de base para este documento. O grupo de trabalho também agradece aos especialistas que participaram na primeira e quarta rondas Delphi e contribuíram significativamente para o conteúdo do documento: Ira Byock, Ilora Finlay, Bert Broeckert, Luc Deliens, Judith Rietjens, Friedemann Nauck, Morana Brkljacic, Georg Bosshard, Carl Johan Fürst, Jose Pereira, Patrick Peretti-Watel, Reidun Førde, Josep Porta i Sales, Agnes van der Heide, Marcel Louis Viallard, Dominique Jacquemin e Anne-Marie Boeck Gravgard. O grupo de trabalho agradece à Direção da EAPC, Claudia Bausewein, Michaela Bercovitch, Paul van den Berghe, Marilene Filbert, Carlo Leget, Irene Murphy, Maria Nabal, David Oliver, Sheila Payne, Carlo Peruselli, Per Sjögren, Tiina Saarto e Esther Schmidlin, que contribuiu para a discussão na quinta ronda Delphi e aprovou o documento como a Posição Oficial da EAPC na reunião de Direção da EAPC, em Lyon, em abril de 2015.

Declaração de conflito de interesses

O(s) autor(es) declarou(aram) que não há potenciais conflitos de interesse em relação à investigação, autoria e/ou publicação deste artigo.

Financiamento

O(s) autor(es) não recebeu(eram) nenhum apoio financeiro para a investigação, autoria e/ou publicação deste artigo.

NOTAS DA TRADUTORA E DOS REVISORES DA TRADUÇÃO PARA PORTUGUÊS:

Declaração de conflito de interesses

A tradutora e os revisores da tradução declarou (aram) que não há potenciais conflitos de interesse em relação à tradução deste artigo.

Financiamento

O trabalho de tradução deste documento, efetuado por Bárbara Maia, foi financiado pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

Os revisores da tradução, Mara de Sousa Freitas, Manuel Luís Capelas, Cátia Ferreira e Sandra Martins Pereira, não receberam nenhum apoio financeiro para o trabalho de revisão, por eles efetuado.

Referências

1. Roy DJ, Rapin CH e Conselho de Administração da EAPC. Regarding euthanasia. *Eur J Palliat Care* 1994; 1: 57–59.
2. Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliat Med* 2003; 17: 97–101; discussão 102–79.

3. Commission de Reflexion sur la Fin de Vie en France. Penser solidairement la fin de vie. Rapport a Francois Hollande, President de la Republique Francaise, <http://www.elysee.fr/assets/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-lafin-de-vie-en-France.pdf> (2012, acedido a 19 de fevereiro de 2014).
4. Território do Norte da Austrália. Lei dos Direitos dos Doentes Terminais 1995, <http://www.nt.gov.au/lant/parliamentary-business/committees/rotti/rotti95.pdf> (1995, acedido a 18 de fevereiro de 2014).
5. Parlamento da Austrália. *Bills Digest 45 1996–97 Euthanasia Laws Bill 1996*, http://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Bills_Legislation/bd/BD9697/97bd045 (1996, acedido a 18 de fevereiro de 2014).
6. Autoridade de Saúde do Oregon. Lei da Morte com Dignidade do Oregon, Oregon Revised Statutes, <http://public.health.oregon.gov/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Pages/ors.aspx> (acedido a 18 de fevereiro de 2014).
7. Autoridade de Saúde do Oregon. Lei da Morte com Dignidade do Oregon – 2014. Salem: Oregon Public Health Division, <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year17.pdf> (2015, acedido a 18 de fevereiro de 2014).
8. *Washington State Department of Health 2013 Death with Dignity Act report*, <http://www.doh.wa.gov/portals/1/Documents/Pubs/422-109-DeathWithDignityAct2013.pdf> (2014, acedido a 27 de setembro de 2014).
9. Bundesamt für Statistik. *Todesursachenstatistik 2009-Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz*. Bern: Eidgenössisches Departement des Inneren, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4729> (2013, acedido a 2 de março de 2014).
10. Steck N, Egger M, Maessen M, et al. Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review. *Med Care* 2013; 51: 938–944.
11. Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, et al. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *Lancet* 2012; 380: 908–915.
12. Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Jaarverslag 2013, https://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Jaarverslag2013_NL_tcm52-40686.pdf (acedido a 11 de novembro de 2015).
13. Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie. Vijfde Verslag aan de Wetgevende Kamers (2010–2011), http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Commissions/Euthanasia/Publications/index.htm#_UxCrGdowddg (2012, acedido a 28 de fevereiro de 2014).
14. Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie. Zesde Verslag aan de Wetgevende Kamers (2012–2013), <http://www.dekamer.be/flwb/pdf/54/0135/54K0135001.pdf> (2014, acedido a 28 de fevereiro de 2014).
15. Chambaere K, Vander Stichele R, Mortier F, et al. Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium. *New Engl J Med* 2015; 372: 1179–1181.
16. *Commission Nationale de Contrôle et d’Evaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l’euthanasie et l’assistance au suicide*. Deuxieme rapport à l’attention de la Chambre des Députés (Années 2011 et 2012). Luxembourg, <http://www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/fin-vie/deuxiernerapport-loi-16-mars-2009-euthanasie-suicide/deuxiernerapport-loi-16-mars-2009-euthanasie-suicide.pdf> (2012, acedido a 19 de fevereiro de 2014).
17. Schmidlin E, Elger BS and McLennan S. Assisted suicide in Switzerland: where do we come from and where are we going? *Eur J Palliat Care* 2014; 21: 61–65.
18. Staten-Generaal Ekd. *Toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding)*. ‘s-Gravenhage: Sdu Uitgevers, <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-20002001-26691-137b.html> (2001, acedido a 18 de fevereiro de 2014).
19. Ministerie van Justitie. Wet betreffende de euthanasie (1) Bruxelas, http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=nl&pub_date=2002-06-22&numac=2002009590&caller=summary (2002, acedido a 18 de fevereiro de 2014).
20. Dan B, Fonteyne C and de Cleyt SC. Self-requested euthanasia for children in Belgium. *Lancet* 2014; 383: 671–672.
21. Ysebaert D, Van Beeumen G, De Greef K, et al. Organ procurement after euthanasia: Belgian experience. *Transplant Proc* 2009; 41: 585–586.
22. Levensinde Kliniek. *Levensindekliniek helpt opnieuw meer mensen*. <http://www.levensindekliniek.nl/> (2015, acedido a 15 de março de 2015).
23. Ministere de al Santé et de la Sécurité Sociale. *Legislation reglementant les soins palliatifs ainsi que l’euthanasie et l’assistance au suicide*. Luxemburgo, <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2009/0046/a046.pdf#page=7> (2009, acedido a 18 de fevereiro de 2015).
24. Director of Public Prosecutions. Policy for Prosecutors in respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide, http://www.cps.gov.uk/publications/prosecution/assisted_suicide_policy.pdf (2014, acedido a 16 de março de 2015).
25. Supremo Tribunal do Canadá. *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2015 SCC 5, <http://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do> (2015, acedido a 16 de fevereiro de 2015).

26. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, et al. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manag* 2002; 24: 91–96.
27. Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, et al. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2 – recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur J Palliat Care* 2010; 17: 22–33.
28. Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, et al. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 – recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur J Palliat Care* 2009; 16: 278–289.
29. Centeno C, Lynch T, Donea O, et al. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013* (Edição Completa), <http://www.eapcnet.eu/Themes/Organisation/DevelopmentinEurope/EAPCATlas2013.aspx> (2013, acedido a 18 de fevereiro de 2015).
30. Centeno C, Clark D, Lynch T, et al. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC Task Force. *Palliat Med* 2007; 21: 463–471.
31. Hume D. *A treatise of human nature*. Oxford: Oxford University Press, 1958.
32. Materstvedt LJ and Kaasa S. Euthanasia and physician-assisted suicide in Scandinavia – with a conceptual suggestion regarding international research in relation to the phenomena. *Palliat Med* 2002; 16: 17–32.
33. Kimsma GK and van Leeuwen E. Comparing two euthanasia protocols: the Free University of Amsterdam Academic Hospital and the Medical Center of Alkmaar. In: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, et al. (eds) *Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia*. Dordrecht: Kluwer, 1998, pp. 115–133.
34. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. *The role of the physician in the voluntary termination of life* (documento de posição da KNMG). Utrecht, <http://knmg.artsennet.nl/web/file?uuid=9075af1d-e5de-47a1-a139-e07ef4a7c4f4&owner=a8a9ce0e-f42b-47a5-960ebe08025b7b04&contentid=100970> (2011, acedido a 18 de fevereiro de 2015).
35. Paris JJ. Why involve physicians in assisted suicide? *Am J Bioeth* 2009; 9: 32–34.
36. Boudreau JD and Somerville MA. Euthanasia is not medical treatment. *Br Med Bull* 2013; 106: 45–66.
37. Delbeke E. The way assisted suicide is legalised: balancing a medical framework against a demedicalised model. *Eur J Health Law* 2011; 18: 149–162.
38. Leget C. Assisted dying – the current debate in the Netherlands. *Eur J Palliat Care* 2013; 20: 168–171.
39. Materstvedt LJ Palliative care ethics: the problems of combining palliation and assisted dying. *Progr Palliat Care* 2013; 3: 158–164.
40. Cherny NI and Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009; 23: 581–593.
41. Pastrana T, Junger S, Ostgathe C, et al. A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliat Med* 2008; 22: 222–232.
42. Emanuel EJ, Fairclough DL and Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *JAMA* 2000; 284: 2460–2468.
43. Coyle N and Sculco L. Expressed desire for hastened death in seven patients living with advanced cancer: a phenomenologic inquiry. *Oncol Nurs Forum* 2004; 31: 699–709.
44. Pestinger M, Stiel S, Elsner F, et al. The desire to hasten death: using Grounded Theory for a better understanding 'When perception of time tends to be a slippery slope'. *Palliat Med* 2015; 28: 711–719.
45. Stiel S, Pestinger M, Moser A, et al. The use of Grounded theory in palliative care: methodological challenges and strategies. *J Palliat Med* 2010; 13: 997–1003.
46. Ohnsorge K, Keller HR, Widdershoven GA, et al. 'Ambivalence' at the end of life: how to understand patients' wishes ethically. *Nurs Ethics* 2012; 19: 629–641.
47. Masso M, Allingham SF, Banfield M, et al. Palliative Care Phase: inter-rater reliability and acceptability in a national study. *Palliat Med* 2015; 29: 22–30.
48. Broeckaert B and Nunez-Olarte JM. Sedation in palliative care: facts and concepts. In: Ten Have H and Clark D(eds) *The ethics of palliative care European perspectives*. Buckingham: Open University Press, 2002, pp. 166–180.
49. Rietjens JA, van der Heide A, Vrakking AM, et al. Physician reports of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing death in the Netherlands. *Ann Intern Med* 2004; 141: 178–185.
50. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol* 2012; 30: 1378–1383.
51. Barathi B and Chandra PS. Palliative sedation in advanced cancer patients: does it shorten survival time? A systematic review. *Indian J Palliat Care* 2013; 19: 40–47.
52. Bernheim JL, Deschepper R, Distelmans W, et al. Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy? *BMJ* 2008; 336: 864–867.
53. Vanden Berghe P, Mullie A, Desmet M, et al. Assisted dying – the current situation in Flanders: euthanasia embedded in palliative care. *Eur J Palliat Care* 2013; 20: 266–272.
54. Ferrand E, Dreyfus JF, Chastrusse M, et al. Evolution of requests to hasten death among patients managed by palliative care teams in France: a multicentre cross-sectional survey (DemandE). *Eur J Cancer* 2012; 48: 368–376.
55. Ohnsorge K, Gudat H and Rehmann-Sutter C. Intentions in wishes to die: analysis and a typology – a report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *Psychooncology* 2014; 23: 1021–1026.
56. Guirimand F, Dubois E, Laporte L, et al. Death wishes and explicit requests for euthanasia in a palliative care hospital: an analysis of patients files. *BMC Palliat Care* 2014; 13: 53.

57. Materstvedt LJ. Inappropriate conclusions in research on assisted dying. *J Med Ethics* 2009; 35: 272.
58. Lewis P. Euthanasia in Belgium five years after legalisation. *Eur J Health Law* 2009; 16: 125–138.
59. Randall F. Commentary on 'Assisted dying – the current situation in Flanders: euthanasia embedded in palliative care'. *Eur J Palliat Care* 2013; 20: 273–276.
60. Battin MP, van der Heide A, Ganzini L, et al. Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in 'vulnerable' groups. *J Med Ethics* 2007; 33: 591–597.
61. Steck N, Junker C, Maessen M, et al. Suicide assisted by right-to-die associations: a population based cohort study. *Int J Epidemiol*. Epub antes da impressão a 18 de fevereiro de 2014. DOI: 10.1093/ije/dyu010.
62. Rietjens JA, van der Maas PJ, Onwuteaka-Philipsen BD, et al. Two decades of research on euthanasia from The Netherlands. What have we learnt and what questions remain? *J Bioeth Inq* 2009; 6: 271–283.
63. van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, et al. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *New Engl J Med* 2007; 356: 1957–1965.
64. Governo dos Países Baixos. Eutanásia e recém-nascidos, <http://www.government.nl/issues/euthanasia/euthanasia-and-newborn-infants> (2014, acedido a 18 de março de 2015).
65. Mortier T. Opinion: Belgium's experience with euthanasia teaches bitter lessons, http://www.montrealgazette.com/story_print.html?id=9251721&sponsor= (2013, acedido a 19 de fevereiro de 2015).
66. Lofmark R, Nilstun T, Cartwright C, et al. Physicians' experiences with end-of-life decision-making: survey in 6 European countries and Australia. *BMC Med* 2008; 6: 4.
67. Radbruch L, de Lima L, Lohmann D, et al. The Prague Charter: urging governments to relieve suffering and ensure the right to palliative care. *Palliat Med* 2013; 27: 101–102.