

Eutanásia na Holanda

A evolução da actual regulamentação jurídica, sua prática e um novo projecto de lei-quadro*

Irene Sagel-Grande

Professora Associada na Universidade de Groningen

* Tradução de MANUELA BAPTISTA LOPES. O artigo está actualizado à data de 18.12.2017.

SUMÁRIO: I. Prefácio; II. Introdução; III. Normas específicas, desenvolvidas com a experiência, quanto à prática da eutanásia e ajuda ao suicídio; IV. A Lei holandesa sobre a eutanásia, formalmente designada como “Lei de 2001 sobre o Término de Vida a Pedido e Ajuda ao Suicídio (procedimentos de avaliação)”; V. Situação presente; VI. Considerações finais.

I. PREFÁCIO

A palavra “Eutanásia” tem a sua origem numa combinação do grego antigo *eu* (bom) e de *thanatos* (morte). Algumas observações sobre a eutanásia na antiguidade serão um ponto de partida, dado que essas antigas concepções também se revestem de interesse para o debate actual.

Nos tempos antigos, a “boa” morte na Grécia tinha sobretudo o significado de morrer nobre e virilmente, o sentido próprio de morrer no campo de batalha^[1] e não ou, de qualquer forma, muito menos, o significado de escapar à dor e ao sofrimento insuportáveis.

[1] A. VAN HOOFF, *Euthanasie en zelfdoding in de klassieke oudheid*, entrevista na internet em 2010.

A eutanásia era aceite como uma possibilidade de enveredar pelo “caminho da honra” e de salvar a própria face, por outras palavras, era vista como sinal de bravura e heroísmo. Era também a coroação da vida de alguém em concreto e, por isso mesmo, não significava o mesmo para todos. Imperadores, heróis e filósofos escolhiam os seus próprios modelos de *euthanatein*, que significa morrer com honra^[2].

Alguns exemplos: para o estóico Chrysios de Solis (281-208 A.C.), boa morte tinha o significado de morrer em estado de perfeição moral. Sobre Meander^[3] disse-se que usava a palavra *euthanatos* referindo-se a uma morte sem um período longo de doença, portanto, a uma morte relativamente rápida. Para Sócrates (469-399 A.C.), a eutanásia integrava-se numa correcta preparação para a morte após uma vida responsável^[4]. Para Séneca, a pessoa deveria morrer quando surgissem sinais de perda de dignidade. Ao optar pela eutanásia, cada um honrava-se a si mesmo^[5].

No período romano, *euthanatein* era primariamente uma maneira de falecer suavemente e sem sofrimento. Em latim, *euthanasia* era chamada *mors voluntaria*, portanto sublinhava-se a vontade do agente. Acerca do Imperador Augusto, disse-se, por exemplo, que sempre que lhe diziam que alguém tinha morrido sem sofrimento, ele desejava uma morte semelhante para si próprio e para a sua família^[6].

Os gregos antigos tinham respostas diversas relativamente à questão de saber se haveria ou não o direito de cometer eutanásia.

Em conformidade com o famoso juramento de Hipócrates (460-370 A.C.), o médico grego que fez da medicina uma profissão

[2] A. VAN HOOFF, *Euthanasie in de oudheid*, Historisch Nieuwsblad 1/2003.

[3] Amigo de juventude de Epicuro. (NT).

[4] de.wikipedia.org/wiki-geschichte_der_Euthanasie:_Meander&Sokrates&Augustus.

[5] A. VAN HOOFF, ob. cit. (1).

[6] Suetonius, *The Life of Augustus*.

e que é considerado o Pai da Medicina moderna, ninguém poderia/deveria administrar nenhum medicamento causador de morte a uma pessoa, mesmo que essa pessoa o solicitasse. Platão (427-347 A.C.) afirmou mesmo que os seres humanos são soldados de Deus que têm de cumprir o seu dever, mas também defendia que pessoas doentes, sem energia vital, não deveriam continuar a ser tratadas. Aristóteles (384-322 A.C.), contudo, sustentou que é eticamente bem fundado praticar eutanásia no interesse do Estado. Por exemplo, não deveria investir-se no crescimento e educação de inválidos.

Em tempos passados, os médicos tinham apenas de tratar os seus doentes sem colocar questões e a actuação do médico limitava-se a cumprir a vontade do doente. Como aqueles eram muitas vezes escravos, raramente ocorriam problemas com esta visão das coisas. A situação é hoje completamente diferente e um médico não pode ser obrigado a seguir uma vontade que contraria a sua.

Segundo o académico e historiador A. van Hooff^[7], a antiguidade clássica pode ensinar-nos a vencer o nosso medo e a angústia da morte e, ao mesmo tempo, o modelo antigo da boa morte proporciona-nos o conceito do direito fundamental à auto-determinação que nos falta nos nossos dias.

II. INTRODUÇÃO

Antes de nos centramos na regulamentação legal holandesa sobre a eutanásia, temos de dizer alguma coisa sobre 1) terminologia; 2) normas especiais do Direito Penal holandês que propiciam a possibilidade de gerir problemas ao nível legal que ocorrem na sociedade sem necessidade, pelo menos parcialmente, de novas disposições legais; e 3) sobre os desenvolvimentos na prática que levaram finalmente à regulamentação legal actualmente em vigor (Setembro de 2017).

[7] A. VAN HOOFF, ob. cit. (1).

1. TERMINOLOGIA

A Lei holandesa sobre a Eutanásia, de 12 de Abril de 2001, com a denominação completa de Lei sobre o Termo da Vida a Pedido e Suicídio Assistido (Procedimento de Avaliação)^[8], entrou em vigor em 1 de Abril de 2001. Foi a primeira lei no mundo a regular a eutanásia. Leis semelhantes entraram em vigor, pouco depois, na Bélgica e no Luxemburgo.

A definição da eutanásia na Lei holandesa^[9] é a seguinte: Eutanásia consiste em pôr termo intencionalmente à vida de outrem a pedido dessa pessoa.

Esta definição é também a utilizada pelo legislador belga. Foca-se exclusivamente na chamada eutanásia activa.

Não constituem eutanásia, segundo a lei holandesa:

- ▷ O abandono de tratamentos inúteis.
- ▷ O abandono, a pedido do doente, de tratamentos.
- ▷ A sedação paliativa: casos em que, com analgésicos muito potentes, se colocam doentes com dores intensas em situação de inconsciência e estes acabam por morrer de causas naturais.

O suicídio assistido é definido pela Lei holandesa sobre a Eutanásia como o apoio intencional ao suicídio de outra pessoa ou a obtenção para outra pessoa dos meios para cometer suicídio.

Os autores nem sempre utilizam a mesma definição para o mesmo conceito e nem todos os termos são usados por todos os autores. Neste artigo, adopta-se a definição do legislador holandês.

2. ASPECTOS ESPECÍFICOS DA LEI PENAL HOLANDESA E SUA INFLUÊNCIA NA APLICAÇÃO DA LEI EM GERAL E ESPECIALMENTE EM RELAÇÃO À EUTANÁSIA

Na lei penal holandesa, o princípio da discricionariedade/opportunidade tem um papel importante. Encontramo-lo nos artigos 167.º,

[8] Boletim de Diplomas Normativos, 2001, 194.

[9] Esta definição já foi usada pela Comissão Estadual sobre a Eutanásia, 1983:

Relatório da Comissão Real da Eutanásia, Staatsuitgeverij. ISBN 90-12-05113.

n.º 2, e 242.º, n.º 2, do Código de Processo Penal. Está em vigor não apenas para crimes menos graves, mas, de forma geral, para todos os delitos, e oferece aos magistrados do Ministério Público a possibilidade de renunciar à acusação por uma questão de oportunidade e por motivos relacionados com o bem comum e o interesse público. Este princípio holandês da discricionariedade ou oportunidade é uma consequência da concepção de que a lei criminal existe, em primeira linha, como um sustentáculo do bem comum e que os meios que a lei penal põe ao dispor têm de ser usados da forma mais eficiente possível para realizar os objectivos de prevenção e de retaliação que são os fins primários da lei penal.

O princípio holandês da discricionariedade/opportunidade é um meio adequado e eficiente para que os serviços do Ministério Público possam aplicar a lei na prática, tendo permanentemente em consideração as modificações na política criminal e as evoluções significativas que ocorram na sociedade.

A lei penal holandesa oferece também aos juízes e não apenas ao Ministério Público meios para uma abordagem flexível e decisões clementes. O sistema holandês de sanções tem mínimos gerais muito baixos e não estabelece mínimos específicos para os diferentes crimes: a multa tem um mínimo geral de 3 € e uma sentença de prisão tem um mínimo geral de um dia!

O crime contra a vida mais comum, homicídio não agravado, previsto no artigo 287.º do Código Penal holandês, pode, por exemplo, ser punido com uma pena de prisão entre o mínimo geral de um dia e o máximo específico de 15 anos^[10]. Pode também ser punido com uma multa entre o mínimo geral de 3€ e o máximo específico de 82 000€.

Ao decidir, o juiz tem uma margem de discricionariedade

[10] NT: A lei penal holandesa prevê a pena de prisão perpétua e penas de prisão de duração determinada. Quanto a

estas últimas, prevê uma pena máxima de prisão de 30 anos para casos especialmente graves.

muito ampla que lhe permite considerar casos especiais, mesmo num caso de homicídio (não agravado). Contudo, este poder discricionário tem várias limitações, relacionadas, por exemplo, com a prática e tradições do judiciário e com a influência da exigência de punição requerida pelo Ministério Público. No entanto, os juízes têm ampla margem de poder decisório e podem usá-lo não apenas para levar em consideração as especiais circunstâncias do crime e as peculiaridades do agente, mas também a evolução social recente e a opinião pública relativamente à infracção criminal em questão e o tipo de sentença esperado e aceite na sociedade.

Em termos gerais, a eutanásia e o suicídio assistido continuam a ser puníveis na Holanda.

A eutanásia é punível com uma pena de prisão desde o mínimo geral de um dia até ao máximo de 12 anos e uma multa de 3€ a 82 000€.

Em casos de ajuda ao suicídio, o juiz tem a possibilidade de fixar a pena de entre um conjunto de sanções que, no que diz respeito a pena de prisão, vai de um mínimo geral de um dia a um máximo específico para suicídio assistido de 3 anos. No caso de multa, o mínimo é o mínimo geral de 3€ e o máximo específico de 20 500€.

3. EVOLUÇÕES NA PRÁTICA QUE ESTIVERAM NA ORIGEM DA ACTUAL REGULAMENTAÇÃO DA LEI DA EUTANÁSIA, DE 2001

Previamente à entrada em vigor da legislação actual, as questões da eutanásia e da ajuda ao suicídio foram intensamente debatidas, durante décadas, por várias organizações e instâncias, nos meios de comunicação e em comissões estaduais, foram elaborados projectos de lei que não foram aprovados no Parlamento e fez-se investigação empírica com o objectivo de colher dados sobre a prática e a opinião pública.

Durante este longo período de debates, frequentemente muito emotivos, em que as diferentes opiniões colidiram em discussões muito violentas, o interesse do público foi aumentando. Também foram tratadas, pelos meios de comunicação, decisões judiciais em casos de médicos que praticaram eutanásia, o que também originou um aumento de debate relativamente à questão da punição destas práticas. Também neste período, a gestão de certos métodos de praticar eutanásia foi sendo feita pelos tribunais com base nos princípios especiais do Direito Penal holandês que oferecem a possibilidade de, em certa medida, relevar novas evoluções sociais sem necessidade de legislação prévia.

3.1. Decisões judiciais importantes no período de 1952-1986

Ainda em 1952, um médico, que ministrou a um seu irmão, que estava em sofrimento intenso, comprimidos e uma injeção letais, foi condenado a uma sanção leve, concretamente uma pena de prisão de um ano, suspensão^[11].

(1) O caso Postma

Em 1974, o chamado “Caso Leeuwarden” criou uma grande agitação^[12]. Uma médica administrou à mãe, de 78 anos, internada num lar de idosos e em sofrimento extremo, uma injeção letal de morfina. O facto aconteceu em 19 de Outubro de 1971. A senhora tinha pedido repetidamente para a libertarem do seu sofrimento.

Nas suas conclusões finais, o tribunal considerou que um acto que encurta uma vida pode ser justificado em determinadas circunstâncias, mas não aceitou a defesa da médica de que as circunstâncias ultrapassaram o seu controlo, porque entendeu que foi errado o método que a médica utilizou. A sentença do tribunal

[11] Nederlandse Jurisprudentie 1952, 275.

[12] Leeuwarden é uma cidade holandesa. Nederlands Juristenblad 1973, p. 183.

distrital de Leeuwarden foi de *pena de prisão suspensa de uma semana e um período de regime de prova de um ano!* Foi a primeira decisão muito relevante na Holanda, não só porque se considerou que se tratava de uma punição muitíssimo baixa para um caso de homicídio, mas provavelmente mais ainda porque sumariou, pela primeira vez na Holanda, as condições para a eutanásia nestes termos:

- Estadio terminal de uma doença incurável.
- Sofrimento físico ou psíquico subjectivamente insuportável.
- Impossibilidade de melhoras.
- Pedido escrito do doente.
- Execução por médico.

Em jurisprudência posterior, a existência destas condições tornou-se decisiva para saber se se poderia afirmar ou não estar perante um caso de eutanásia ou de ajuda ao suicídio.

O caso Postma foi a causa imediata da constituição da Sociedade holandesa para a Eutanásia Voluntária, em 1973, em Vinkega, Frísia, que, a partir de 2006, passou a denominar-se Sociedade Holandesa para o Termo Voluntário da Vida (NVVE). Esta sociedade persegue o objectivo de ver reconhecido como um direito humano o direito à escolha de um fim voluntário da vida e à ajuda necessária para tal. Em 2015, quando a Holanda tinha cerca de 16,9 milhões de habitantes, a NVVE tinha cerca de 163 000 membros. Nas suas instalações de Amsterdão trabalham 28 membros.

(2) O caso Wertheim

Em 1981, o tribunal distrital de Roterdão julgou o caso Wertheim, em que uma mulher, que não era médica, ajudou outra mulher a cometer suicídio^[13]. A última, que era alcoólica e estava na convicção

[13] Nederlands Juristenblad, 1982, p. 63.

de ter cancro e que tinha tido desde a juventude uma vida muitíssimo difícil, obteve o medicamento letal através da amiga.

O tribunal neste caso considerou:

- que, nos nossos dias, na opinião de muitos e diferentemente do que se pensava quando o Código Penal entrou em vigor - em 1881 - o suicídio, já não é *per se*, em casos excepcionais, inaceitável;
- que é de grande importância para todos quantos estão directamente envolvidos, quer sejam conhecidos, quer sejam pessoas que entram em contacto directo com o doente, que o suicídio não aconteça em circunstâncias cruéis;
- que se trata de um acto que, de um modo geral, a pessoa não está em condições de praticar sozinha.

O tribunal distrital de Roterdão também fez referência aos critérios sumariados pelo tribunal distrital de Leeuwarden no supra-mencionado caso Postma, de 1973, e acrescentou outras precauções de diligência a ter: nomeadamente, que a decisão de prestar ajuda em casos de suicídio assistido *não pode ser tomada por uma única pessoa* e de que tem de estar sempre envolvido um médico que será o que prescreverá o medicamento a ser utilizado.

No caso Wertheim, o tribunal distrital concluiu que faltavam a maioria das condições necessárias para ajuda ao suicídio. Decidiu, por isso, que não estavam preenchidas condições para se alegar perda de controlo das circunstâncias e considerou provado o crime de ajuda ao suicídio (artigo 294.º do Código Penal). O tribunal distrital condenou o agente a uma pena suspensa de prisão de 6 meses com imposição de período de regime de prova de um ano.

(3) O caso Schoonheim

Pouco depois, entre 1983 e 1986, o caso Schoonheim trouxe mais um desenvolvimento na aceitação da eutanásia pelos tribunais. O tribunal distrital de Alkmaar não deduziu acusação contra um

médico que deu a uma mulher de muita idade uma injeção letal a pedido explícito e convicto da decisão. A argumentação do tribunal distrital sustentou-se no facto de que, com o passar do tempo, muitas pessoas na sociedade aceitam o direito à autodeterminação relativo ao termo da própria vida. Para concretizar este direito de maneira aceitável, é necessária a ajuda de outrem e é essa a razão por que em casos de termo voluntário da própria vida, embora o acto em geral seja criminalizado, pode não ser punido. *A ajuda de uma terceira pessoa entra em conflito com o texto da lei, mas não com o seu objectivo.* Contudo, a ausência de ilegalidade material em casos deste género só pode ser aceite na presença de um pedido reflectido, deliberado, consciente e informado do doente, baseado em sofrimento agudo e duradouro e desde que tudo se passe com a maior delicadeza e prudente diligência.

As considerações feitas pelo tribunal distrital de Alkmaar lembram-nos a concepção de tempos antigos em que *a vontade* da pessoa que pede a eutanásia era reconhecida como a única vontade responsável por tudo quanto acontecia relativamente à sua própria morte.

O caso Schoonheim foi o primeiro caso em que um tribunal distrital holandês considerou provado um caso de eutanásia (artigo 293.º do Código Penal), mas não o julgou punível.

Esta sentença foi revogada pelo tribunal de recurso de Amsterdão, que entendeu haver ilegalidade material e não existir estado de emergência, e, em consequência, considerou o médico culpado, mas não impôs qualquer sanção.

O Supremo Tribunal enviou o caso ao tribunal de recurso da Haia. Foi essa a primeira decisão do Supremo Tribunal sobre a eutanásia afirmando que esta pode ser permitida, sob certas condições, em casos de emergência.

Em 1986, o tribunal de recurso da Haia concluiu que, no caso Schoonheim, existiu uma situação de emergência e absolveu o médico em questão.

3.2. Os debates sobre a política criminal relativa à eutanásia entre 1984 e 1992

(1) A lei Wessel-Tuinstra

Antes de ser conhecida uma outra decisão judicial importante sobre a eutanásia, que se seguiu às anteriores, teve-se conhecimento de um projecto de lei que foi apresentado pelo membro do Parlamento do Partido social-liberal Wessel-Tuinstra, em 1984. Esta lei propôs-se descriminalizar^[14] a acção daqueles que, em casos de emergência totalmente sem esperança, oferecem ajuda e actuam com cuidado e diligência, praticando eutanásia. Esta lei não obteve maioria no Parlamento em 1993, em grande parte porque se pensou que não correspondia ao sentimento da opinião pública.

(2) A Real Organização dos Médicos Holandeses (KNMG)

Em 1984, a Real Organização dos Médicos Holandeses publicou, pela primeira vez, as condições que, segundo esta Ordem profissional, os médicos devem ver preenchidas em casos de eutanásia e de ajuda ao suicídio. Desde então também essas condições foram incorporadas pelos tribunais na sua jurisprudência: pedido premeditado, argumentação relevante, desejo mantido de pôr fim à própria vida, sofrimento grave e insuportável e parecer de um colega médico.

[14] Tweede Kamer, 1984, no. 18331 (NT: O Parlamento holandês é composto por duas Câmaras, a Primeira Câmara (que corresponde aproximadamente ao Bundestag alemão - Câmara Alta do Parlamento Federal) com 75 senadores, eleitos pelas Províncias estaduais, e a Segunda Câmara

(correspondente aproximadamente ao Bundestag alemão - Parlamento Federal) com 150 deputados, eleitos em eleição directa. A Primeira e a Segunda Câmaras ("Staten Generaal") formam o Parlamento. O Parlamento e o Governo formam o poder legislativo).

(3) A comissão estadual R Emmelink e a investigação de Van der Maas c.s.^[15, 16]

Em 1990, foi instalada a Comissão Estatal R Emmelink, decorrendo de uma nova lei de 1987^[17]. Esta comissão iniciou, pela primeira vez, investigação empírica sobre a eutanásia, ajuda ao suicídio e termo da vida sem pedido. Numa primeira abordagem, pretendia-se saber a frequência de tais actos.

O resultado desta investigação foi o de que existiam menos casos do que se supunha. Apurou-se que cerca de 1,8% de todas as mortes eram casos de eutanásia e que havia anualmente cerca de 400 casos de ajuda ao suicídio na Holanda numa população, à altura, de cerca de 15 milhões de habitantes. Também resultou da investigação que anualmente na Holanda à volta de 9000 pessoas tencionavam pôr fim à própria vida, tendo como motivos principais o receio de perder a dignidade humana (57%) e o sofrimento insuportável (46%).

Estas informações têm seguramente interesse, contudo não devem ser tomadas como factos consistentes, porque há várias dificuldades na recolha destes dados, diferenças na terminologia, dúvidas sobre a interpretação dos factos pelos respondentes, inexactões conscientes e inconscientes na comunicação. Tudo isto pode estar na origem de uma significativa área cinzenta.

O relatório da Comissão R Emmelink concluiu que a eutanásia, na maior parte das vezes, ocorre em casa do doente com a ajuda do médico de família e que todos os médicos procedem de maneira muito cuidadosa.

Para o Ministro da Justiça holandês, os resultados da Comissão R Emmelink foram motivo para considerar a desnecessidade de uma alteração ao Código Penal, uma vez que as práticas do

[15] C.s. significa *cum suis* e remete para todos os outros co-autores e colaboradores.

[16] Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1991, p. 2073.

[17] Tweede Kamer, 1987/1988, no. 20383.

Ministério Público e dos tribunais já garantiam uma solução satisfatória para o problema^[18].

3.3. Decisões judiciais de relevo entre 1992 e 2002

(1) O caso Chabot

Em 1991, uma mulher tomou um medicamento letal que obteve através do seu psiquiatra. A mulher não estava doente, não tinha perturbações psiquiátricas, mas sofria gravemente desde há vários anos por motivo de uma profunda tristeza combinada com depressão causadas por um mau casamento seguido de divórcio e pela morte dos seus dois filhos. Após uma tentativa de suicídio, entrou em contacto com o psiquiatra Chabot.

Em decisões jurisprudenciais, nunca até então se tinha diferenciado entre sofrimento físico e psíquico. Também até ao caso Chabot nunca um caso tinha sido decidido por um juiz sem diagnóstico prévio de doença somática ou psiquiátrica.

Os juízes do tribunal distrital de Assen concentraram-se apenas na questão de saber se a mulher estava em situação de sofrimento intolerável sem perspectiva de melhorar e se o seu pedido era resultado de argumentos graves e de decisão voluntária. Pela primeira vez nos tribunais holandeses, o sofrimento foi dissociado de uma doença subjacente. Os juízes não consideraram as razões do sofrimento suficientemente relevantes e concluíram que, no caso em questão, o psiquiatra tinha prestado auxílio ao suicídio nos termos previstos no artigo 294.º do Código Penal. Tendo em conta que Chabot tinha actuado meticulosa e reflectidamente, os juízes consideraram a existência de circunstâncias que ultrapassaram o seu controlo e absolveram-no.

[18] Tweede Kamer, 1991/1992, no.

O tribunal de recurso de Leeuwarden chegou às mesmas conclusões em 1993.

O Supremo Tribunal^[19] seguiu amplamente as opiniões dos juízes das duas outras instâncias, mas considerou que Chabot não cumpriu *um* requisito. Absteve-se de assegurar que houvesse intervenção de um segundo psiquiatra e considerou, em consequência, Chabot culpado ainda que sem impor uma sanção, nos termos do artigo 9.º A^[20] do Código Penal holandês.

(2) O caso Brongersma

Em Abril de 1998, morreu, com 87 anos, Edward Brongersma, depois de ter tomado o medicamento que o seu médico lhe ministrou. Brongersma era advogado, escritor, membro do Partido Socialista (PvDA), em cuja qualidade tinha sido membro do Senado holandês. Não estava doente, mas a sua saúde já não era o que tinha sido e sentia-se só depois da morte dos seus melhores amigos e, na sua opinião, a vida tinha-se-lhe tornado insustentável.

O caso foi julgado, em Outubro de 2000, pelo tribunal distrital de Harlem. A questão principal era a de saber se, no caso de Brongersma, poderia falar-se realmente de sofrimento sem perspectivas e insustentável. Os juízes entenderam que não há consenso na ética médica sobre a definição de “insustentável”, sobre se deve ser restrita ou ampla. O tribunal distrital de Harlem escolheu uma interpretação ampla, convencido de que Brongersma não tinha realmente perspectivas de um futuro melhor. Como o médico Sutorius tinha actuado meticulosamente e estavam preenchidos todos os necessários requisitos prévios para sustentar a invocação

[19] Hoge Raad (HR) 21.6.1994, Nederlandse Jurisprudentie (NJ) 1994, 646.

[20] = Art.º 9.º-A : “O tribunal pode determinar que não seja imposta qualquer pena ou medida, quando o considerar conveniente, atendendo à falta

de gravidade do crime, ao carácter do agente ou a circunstâncias atendíveis relativas à comissão do crime ou posteriores.” (NT: Traduzido da versão em inglês: “The court may determine in the judgment that no punishment or measure shall be imposed, where it deems

this advisable, by reason of the lack of gravity of the offence, the character of the offender, or the circumstances attendant upon the commission of the offence or thereafter”).

de Sutorius de que existiam circunstâncias para além do controlo, o tribunal distrital de Harlem absolveu o médico.

Contudo, o Ministério Público do processo duvidou que o sofrimento de Brongersma pudesse ser classificado como “insustentável” e “sem perspectivas”. Na sua opinião, Brongersma estava cansado ou farto da vida e ambas as situações não se enquadram no domínio médico da eutanásia.

O Tribunal distrital de Amsterdão decidiu ordenar, em 2001, uma avaliação médica, a levar a cabo por dois peritos, sobre a qualificação do sofrimento de Brongersma. Meio ano depois, ambos concluíram que a espécie de sofrimento que estava em causa não cabia na competência médica. Em consequência, o tribunal distrital de Amsterdão considerou o médico culpado, mas não impôs qualquer sanção, assinalando que o debate sobre a ajuda ao suicídio, em casos em que o sofrimento é insustentável e sem perspectivas não decorre de nenhuma doença, estava apenas no começo.

O recurso de Surtorius em cassação foi decidido pelo Supremo Tribunal, que seguiu a decisão do tribunal distrital de Amsterdão e declarou Sutorius culpado^[21] porque “a evolução recente da legislação sobre eutanásia” – a Lei da Eutanásia que mencionaremos infra entrou, entretanto, em vigor – demonstra que o legislador não considerava obviamente como pertencendo ao domínio da eutanásia casos de “estar farto da vida”.

III. NORMAS ESPECÍFICAS, DESENVOLVIDAS COM A EXPERIÊNCIA, QUANTO À PRÁTICA DA EUTANÁSIA E AJUDA AO SUICÍDIO

As normas mais importantes são 1) os médicos SCEN; 2) a obrigação de reportar, 3) a implementação de comissões de avaliação da

[21] 24 de Dezembro de 2002, *Nederlandse Jurisprudentie (NJ)* 2003, 167.

prudente diligência, que é obrigatória, dos médicos envolvidos e 4) a investigação empírica frequente.

1. A INSTITUIÇÃO DOS MÉDICOS SCEN

Muitos médicos só muito excepcionalmente entram em contacto com um pedido dos seus doentes de pôr termo à própria vida e por isso não têm experiência dessa prática. Para os ajudar, a Real Organização dos Médicos Holandeses implementou a formação dos chamados médicos SCEN que corresponde ao acrónimo de Apoio e Consulta em Casos de Eutanásia na Holanda. Por intermédio dos SCEN, os médicos a quem é dirigido um pedido para pôr termo à vida de um doente, ou para ajudar na prática de suicídio, têm a possibilidade de entrar em contacto com um colega que lhes pode dar um parecer pericial relativamente à questão de saber se, no caso concreto, estão reunidas as condições necessárias. Um médico pode entrar em contacto telefónico com um colega com aquela formação por intermédio do médico de família. Os médicos SCEN não podem ser contactados pelo médico de família para serem eles a assumir o acto de pôr termo à vida, mas compete-lhes informar sobre todas as questões relevantes sobre o procedimento, as questões de técnica médica, éticas e de comunicação. Os médicos SCEN já existem há cerca de 20 anos e é de uma extrema importância, para uma família inexperiente, existirem médicos que querem ajudar os seus doentes e agir com a devida prudente diligência. SCEN também apoia a disponibilidade dos médicos para aceitar os pedidos dos seus doentes.

2. A OBRIGAÇÃO DE COMUNICAÇÃO

Todas as acções dos médicos que causem o termo de vida humana devem ser comunicadas ao delegado de saúde que tem o dever de informar o Ministério Público sobre as comunicações recebidas. Antes da entrada em vigor da Lei da Eutanásia, o Ministério Público

podia não proceder nos casos em que o médico tinha agido a pedido do doente e o acto podia ser justificado no quadro do princípio da oportunidade. Actualmente, a Lei da Eutanásia regulamenta estes casos. Se não houver pedido explícito, o Ministério Público, em princípio, procederá criminalmente. A decisão final nestes casos pertence à Procuradoria-Geral, que reúne regularmente para debate de todas as questões de política criminal e para preparar despachos e orientações dirigidas aos procuradores que lhes estão subordinados com a finalidade primária de atingir uniformidade de procedimentos.

O sistema de registo de todos os casos de eutanásia tem base legal na Lei de 2 de Dezembro de 1993 que alterou a Lei de Funerais e Cremações^[22]. Estabelece que, em casos em que o patologista que realiza a autópsia entende não dever passar a certidão de óbito, deve informar o Ministério Público. A forma e o conteúdo dessa comunicação deve estar regulamentada por Despacho do Conselho de Estado. Ainda em 1993, entrou em vigor o primeiro despacho relativo à matéria. Trata-se de uma regulamentação por menorizada e estabelece a utilização de um formulário padrão^[23].

Em 1998, entrou em vigor um texto revisto sobre o procedimento de registo de casos de término de vida por um médico na sequência de pedido expresso^[24]. A partir de então, passou a distinguir-se entre eutanásia e ajuda ao suicídio a pedido expresso e na ausência de pedido expresso. A regulamentação não prevê os casos de pessoas que não têm capacidade de formar a sua vontade. Nestes casos, com excepção dos recém-nascidos com malformações ou de bebés com saúde extremamente débil, deve o Ministério Público examinar aprofundadamente cada caso. O legislador apoiou-se na prática até então seguida em que já era feita a mesma

[22] Staatsblad 1993, 643.

[23] Staatsblad 1993, 688.

[24] Diploma de execução de 19.11.1997, Diário Oficial 1997, 550 sobre o artigo 10 (menção de casos de morte não

natural que não estão incluídos nos casos sem pedido explícito).

diferenciação e se entendia não ser necessário o Ministério Público proceder criminalmente em casos em que o doente, após cuidadosa deliberação, declarou grave e repetidamente o seu desejo de pôr termo à vida.

3. AS COMISSÕES REGIONAIS DE AVALIAÇÃO PARA O TÉRMINO DA VIDA A PEDIDO E PARA A AJUDA AO SUICÍDIO

Em conexão com a reforma dos procedimentos de comunicação, existem quatro comissões regionais (Arnhem, Den Bosch, Groningen, Haarlem e Rijkswijk) incumbidas de examinar os pedidos de término de vida (eutanásia) e de ajuda ao suicídio. Os membros destas comissões são médicos, juristas e peritos no domínio da ética médica. A justificação para a implementação destas comissões foi principalmente a de ser necessário enquadrar as decisões do Ministério Público de um modo mais amplo. As cinco comissões não interferem nos poderes do Ministério Público, mas este deve estar receptivo à argumentação das comissões.

O trabalho das comissões iniciou-se em 1 de Novembro de 1998. Têm três membros, de profissões diferentes e cada um deles uma secretária. A sua função consiste em examinar, tendo por base os critérios que foram desenvolvidos pela prática dos tribunais, se os médicos, em cada caso individual, agiram de acordo com o seu dever de zelo. As comissões enviam os seu relatórios ao Procurador-Geral, às autoridades locais de saúde e ao médico em causa. A pedido de um médico, a comissão tem também a função de explicar a decisão da comissão para informar o médico sobre os critérios que utilizou.

Cabe também nas atribuições das comissões dar parecer a médicos sobre eutanásia e ajuda ao suicídio, em casos individuais, antes de decidirem aceitar ou não os pedidos em casos concretos.

Quando uma comissão é de parecer que o médico agiu com todo o rigor, o Ministério Público, em princípio, não procederá.

Pela primeira vez, numa Portaria de 1998, foi estabelecida regulamentação pormenorizada que entrou em vigor com o início do trabalho das cinco comissões em 1 de Novembro de 1998.

4. INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA E AVALIAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE COMUNICAÇÃO ENTRE 1990 E 1995^[25]

Um resultado bastante importante da primeira investigação empírica sobre a eutanásia foi o de que, quer nos casos de eutanásia, quer de ajuda ao suicídio, a redução da vida era relativamente curta: em 17% dos casos, menos de 24 horas; em 42%, um dia a uma semana; em 32%, uma a quatro semanas; e em 9%, mais do que um mês.

Outro resultado importante desta investigação foi o de que nem todos os casos foram comunicados. Em 1995, só o foram 41%.

Os resultados de avaliação dos procedimentos de comunicação^[26] foram a base para as alterações supramencionadas^[27], nomeadamente o dever de comunicação e as comissões de avaliação.

IV. A LEI HOLANDESA SOBRE A EUTANÁSIA, FORMALMENTE DESIGNADA COMO “LEI DE 2001 SOBRE O TÉRMINO DE VIDA A PEDIDO E AJUDA AO SUICÍDIO (PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO)”

1. INTRODUÇÃO

O objectivo da lei holandesa sobre a eutanásia foi principalmente o de codificar a evolução verificada ao longo de várias décadas até cerca do fim do século XX. Trata-se de uma codificação baseada

[25] P. J. VAN DER MAAS, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1997, p. 98; I. SAGEL-GRANDE, *Rechtliche Regelung der Euthanasie in den Niederlanden*, *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*, III (1999), p. 742.

[26] I. SAGEL-GRANDE, *The decriminalisation of Euthanasia in the Netherlands*, *Acta Criminologica* vol. II 1998, p. 104.

[27] Kamerstukken 1996/1997, nr 23 877 sub 13.

na experiência dos profissionais da medicina e do direito, e também daqueles que são diariamente confrontados com os problemas e conflitos dos seus doentes, ou seja, os seus médicos, membros da família e amigos. Tornou-se uma lei em que os conhecimentos profissionais, uma longa experiência na prática, as responsabilidades legais dos médicos, Ministério Público e juízes e as diretrizes éticas a que se devem submeter são fusionadas de maneira a conformarem-se com critérios de humanidade. Considerações dogmáticas e teóricas não são verdadeiramente influentes, o que se torna óbvio se tivermos em conta o seu conteúdo, estrutura e linguagem utilizada. Tudo está focado na experiência prática, desde logo a maneira como são realçados os procedimentos de avaliação.

O facto de esta lei ter acabado por ser promulgada, após tantos anos de debates acesos e controversos na política e na sociedade, foi, em grande medida, o resultado da crescente secularização que ocorreu na Holanda na segunda metade do séc. XX. Enquanto em 1958, 24% da população holandesa não tinha crenças religiosas, em 2004 essa percentagem era de 64%. Os católicos diminuíram, no mesmo período, de 42% para 17% e os protestantes de 31% para 10% da população holandesa^[28].

A Igreja Católica Romana continua a considerar como homicídio todas as formas de acção e todas as formas de omissão que tenham por objectivo causar a morte de uma pessoa para pôr termo à sua dor e sofrimento^[29]. O uso de analgésicos, no entanto, é permitido, mesmo que encurtem a vida desde que a morte não seja querida, nem como fim, nem como meio^[30]. Também os protestantes e os judeus se opõem por princípio à eutanásia.

[28] J. BECKER, J. DE HART, L. ARNTS, *Godsdienstige veranderingen in Nederland*, Den Haag 2006, p. 38.

rágrafo 2277 (acessível em português em http://www.vatican.va/archive/cath_echism_po/index_new/p3s2cap2_2196-2557_po.html - acesso em 13.12.2017).

[30] Catecismo da Igreja Católica, parágrafo 2279.

[29] Catecismo da Igreja Católica, pa-

A Lei da Eutanásia foi aprovada no Parlamento com os votos da ala esquerda dos liberais (Democratas 66), da ala direita dos liberais (Partido Popular para a Liberdade e Democracia) e do Partido Socialista. Els Borst, médica e membro da ala esquerda liberal Democratas 66, que era, ao tempo, Ministra da Saúde, e, nessa qualidade, responsável pela Lei da Eutanásia, teve um papel decisivo na sua adopção. Na sua opinião, a Lei da Eutanásia, tal como acabou por ser adoptada, representa uma *regulamentação satisfatória*. Numa entrevista para o jornal NRC/Handelsblad, dois dias após a aprovação da lei e sendo, note-se bem, uma sexta-feira santa, ela utilizou as palavras da Crucificação: “Tudo está consumado”. Este facto indignou muitos cristãos, incluindo muitos membros dos partidos cristãos no Parlamento. Mais tarde, Els Borst veio a apresentar um pedido de desculpa no Parlamento. Este facto só pode ser compreendido se se souber que ainda há áreas na Holanda, em regra um país esclarecido e moderno, em que existem pessoas extremamente ortodoxas e que, por exemplo, não vacinam os filhos por razões religiosas.

A vida de Els Borst acabou de uma forma digna de tragédia clássica. Foi assassinada de uma forma terrivelmente cruel, em 14 de Fevereiro de 2014, com 41 facadas, incluindo nos olhos. Em Janeiro de 2015, foram encontrados vestígios de ADN de um homem de 38 anos, Bart Van U, nas roupas de Els Borst. Este homem, nesse mesmo mês, tinha morto uma das suas irmãs à facada, 11 meses após o homicídio de Els Borst. Segundo o depoimento de Van U, matou a irmã, com quem vivia na mesma casa em Roterdão, em legítima defesa. Testemunhou que a relação com a irmã era muito difícil porque ela tinha uma opinião diferente sobre aborto e eutanásia. Quanto ao homicídio de Els Borst, invocou o seu direito ao silêncio. Só em 4 de Fevereiro de 2016, quase dois anos após o homicídio de Els Borst, se mostrou disposto a depor e confessou que Deus lhe tinha ordenado que matasse Els Borst

pela responsabilidade que esta tinha tido na Lei da Eutanásia e na Lei do Aborto. Van U cresceu num ambiente cristão ortodoxo. Era esquizofrénico e a família tinha muito medo dele.

Foi condenado, em recurso, a 8 anos de prisão, a serem imediatamente seguidos por internamento em hospital para psicopatas com tratamento obrigatório e sem termo fixo. Não é previsível até quando necessitará de tratamento.

2. CONTEÚDO DA LEI DA EUTANÁSIA

A Lei da Eutanásia tem quatro capítulos.

2.1 Capítulos I e II

Depois das *definições terminológicas* no Capítulo I, os requisitos para se entender se há *prudente diligência* estão sumariados no Capítulo II, que determina que o médico tem de estar convencido que o pedido do doente foi voluntário e bem reflectido e que o sofrimento do doente era duradouro e insuportável (a. e b.).

O médico também necessita de ter informado o doente sobre a sua situação e futuro que se perspectiva. É obrigatório que tenha reunido com o doente e chegado com ele à convicção de que não há outra solução razoável para a situação em que o doente se encontra (c. e d.).

O médico é também obrigado a consultar pelo menos um outro médico independente que tenha examinado o doente e tenha dado por escrito o seu parecer sobre os requisitos de prudente diligência acima referidos. Por fim, o médico que pratica a eutanásia ou a ajuda ao suicídio tem de o fazer com prudente diligência (e. e f.).

De acordo com a lei, também os *menores* podem requerer eutanásia ou ajuda ao suicídio.

A condição prévia é que sejam capazes de avaliar a sua situação com racionalidade e de expressar a sua vontade. Os pais ou detentores, de facto ou de direito, das responsabilidades parentais,

não podem formular o pedido em nome do jovem. Para os jovens com idades entre os 12 e os 15 anos, é necessário o consentimento dos pais ou do detentor das responsabilidades parentais. Os jovens com 16 e 17 anos de idade podem decidir por si próprios, ainda que os pais ou o detentor das responsabilidades parentais tenham de ter participado na ponderação que levou à decisão (artigo 2.º, n.ºs 2 a 4).

2.2. Capítulo III

O Capítulo III regula os seguintes aspectos das Comissões Regionais de Avaliação para o Término da Vida a Pedido e para o Auxílio ao Suicídio: implementação e composição, designação dos membros, duração dos seus mandatos, remuneração, deveres e atribuições, métodos de trabalho. Estas matérias estão pormenorizadamente regulamentadas por uma resolução do Conselho de Ministros. O capítulo também regula o dever de sigilo e as suas excepções e o dever de elaboração de relatórios anuais de actividade a enviar aos Ministros. Estes relatórios têm de incluir:

- ▶ o número de casos reportados de término de vida a pedido e de ajuda ao suicídio sobre os quais a comissão tenha dado parecer;
- ▶ a natureza dos casos;
- ▶ os pareceres e as considerações que digam respeito aos casos (artigo 17.º da Lei da Eutanásia).

2.3. Capítulo IV

No Capítulo IV, encontramos as alterações ao Código Penal, à Lei sobre Funerais e Cremação e à Lei Geral Administrativa.

2.3.1. Principais alterações ao Código Penal

Logo na introdução à Lei da Eutanásia, encontramos as razões principais para a Lei.

“Nós, Beatriz, pela Graça de Deus Rainha da Holanda, Princesa de Orange-Nassau [etc, etc,].

A todos quantos leiam ou ouçam, saudações e fazemos saber:

Que tomamos em consideração que é aconselhável introduzir no Código Penal uma causa de exclusão de ilicitude para os médicos que põem termo a uma vida a pedido ou prestam ajuda ao suicídio. Estes médicos têm de cumprir os requisitos de prudente diligência estabelecidos pela lei. Com esse objectivo, estabelecemos por lei procedimentos de avaliação e de comunicação.”

A causa de exclusão da ilicitude está contida principalmente no Código Penal holandês nos artigos 293.º e 294.º:

Artigo 293.º alterado pela Lei da Eutanásia:

- (1) Quem intencionalmente puser termo à vida de outrem, a pedido expresso e muito ponderado dessa outra pessoa, é punido com pena de prisão até 12 anos ou multa da quinta categoria (€ 82 000).
- (2) O crime referido no n.º 1 não é punível se for cometido por médico observando os requisitos da Lei de 2001 sobre término de vida a pedido e ajuda ao suicídio (Procedimentos de Avaliação) e que tenha informado o anatomopatologista municipal desse facto nos termos do artigo 7.º, n.º 2, da Lei dos Funerais e Cremações.

O artigo 294.º do Código Penal, modificado pela Lei de Eutanásia, tem o seguinte teor:

- (1) Quem intencionalmente incitar outrem a cometer suicídio, ou obtiver para outrem os meios para essa outra pessoa cometer suicídio, é punível com uma pena de prisão até 3 anos ou uma multa da quarta categoria (€ 20 500) se o suicídio se verificar. É correspondentemente aplicável o artigo 293.º, n.º 2.
- (2) Quem intencionalmente prestar ajuda ao suicídio de outra pessoa, ou lhe proporcionar os meios de cometer suicídio, é punível com uma pena de prisão até três anos ou uma multa

da quinta categoria (€20 500) se o suicídio se verificar. É correspondentemente aplicável o artigo 293.º, n.º 2.

2.3.2. Alterações principais à Lei dos Funerais e Cremações

Estabelece o artigo 7.º da Lei dos Funerais e Cremações, na redacção que resulta das alterações à Lei da Eutanásia:

- (1) Quem realizar uma autópsia deve passar certidão de óbito se tiver a convicção de que a morte ocorreu por causas naturais.
- (2) Se a morte ocorrer em resultado de um processo de termo de vida a pedido ou de auxílio ao suicídio nos termos do artigo 293.º, n.º 2, ou do artigo 294.º, n.º 2, do Código Penal, o médico assistente não deve passar a certidão de óbito e deve notificar o anatomopatologista municipal ou um dos anatomopatologistas municipais da causa de morte, preenchendo o formulário respectivo. O médico deve completar este formulário com um relatório fundamentado quanto à observância dos requisitos de prudente diligência do artigo 2.º da Lei sobre Término da Vida a Pedido e de Auxílio ao Suicídio (Procedimentos de Avaliação).
- (3) Se o médico assistente entender que, em outros casos que não os referidos no n.º 2, não pode passar uma certidão de óbito, deve comunicar imediatamente o facto ao anatomopatologista municipal ou a um dos anatomopatologistas municipais, preenchendo o formulário respectivo.

O artigo 9.º, n.º 1, da Lei dos Funerais e Cremações, estatui que os modelos e a forma do preenchimento das certidões de óbito devem ser definidos por resolução conjunta. O mesmo quanto a todos os modelos necessários de notificação e de relatórios.

Para o relatório referido no artigo 7.º, n.º 2, a notificação referida no artigo 7.º, n.º 3, e os formulários referidos no artigo 10.º (notificação do anatomopatologista municipal ao Ministério

Público, registo de nascimento, óbitos e casamentos) devem ser estabelecidos por resolução conjunta. Também existem modelos a utilizar para os relatórios do anatomopatologista municipal para as Comissões de Avaliação regionais referidos no artigo 3.º da Lei do Término da Vida a Pedido ou da Ajuda ao Suicídio (Procedimentos de Avaliação).

3. OS PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO PASSO-A-PASSO

- (1) Um médico põe termo à vida de uma pessoa, a seu pedido expresso e reflectido, ou auxilia uma pessoa a cometer suicídio.
- (2) O médico reporta este óbito de causa não natural ao anatomopatologista municipal, acompanhando a comunicação de uma declaração em que explana os motivos pelos quais naquele caso em concreto se encontravam preenchidos os requisitos de prudente diligência, do relatório do outro médico cujo parecer pediu e de outros documentos, por exemplo, a capacidade de escolha consciente relativamente à eutanásia.
- (3) O anatomopatologista procede à autópsia, verifica como terminou aquela vida, examina os documentos, contacta o Ministério Público, que emite uma declaração de conformidade, após o que os Serviços de Registo de nascimentos, óbitos e casamentos podem autorizar o funeral ou a cremação. Por fim, o anatomopatologista envia os documentos para a Comissão Regional de Avaliação.
- (4) Quando a Comissão Regional de Avaliação recebe os documentos, regista todos os factos relevantes e um(a) secretário(a) experiente avalia se o relatório deve ou não dar origem a questões a colocar pela Comissão. O(a) secretário(a) elabora um projecto de parecer que é enviado, conjuntamente com os documentos, aos membros da Comissão.
- (5) Os casos que não dão origem a questões colocadas pelo(a) secretário(a) são, geralmente, analisados em suporte digital. Se

há questões, elas são formuladas por escrito e solicita-se ao médico que lhes responda por email ou fax para chegar a uma decisão sobre os casos o mais rapidamente possível.

- (6) Os casos que levaram a colocar questões são debatidos durante as reuniões mensais da Comissão de Avaliação. Dependendo das questões que sejam levantadas nessas reuniões, a Comissão pode recolher mais informação por telefone ou convidando o médico a dar mais informações perante a Comissão. É o que geralmente acontece em todos os casos em que a Comissão está prestes a chegar à conclusão de que o médico não preencheu os requisitos de prudente diligência.
- (7) A Comissão de Avaliação, em geral, decide os casos num prazo de 6 semanas após a recepção do relatório. Se a Comissão chegar à conclusão de que o médico não agiu de acordo com parâmetros de prudente diligência, por norma, convida o médico de modo a que ele possa dar informações adicionais importantes antes de decidir definitivamente.
- (8) Se a Comissão concluir “não está de acordo com a prudente diligência”, isto significa que o médico não agiu respeitando as normas legais. A Comissão fica obrigada a enviar esta conclusão, acompanhada de todos os documentos, ao Procurador-Geral e à Inspeção para a Saúde Pública. A Comissão também deve informar directamente o médico sobre a decisão tomada.
- (9) Se a Comissão chegar à conclusão de que o médico agiu com prudente diligência, o que quer dizer que actuou de acordo com a regulamentação legal, esta decisão é final. A Comissão de Avaliação informa o médico por escrito sobre essa decisão.
- (10) O Procurador-Geral e Inspeção de Saúde Pública decidem conformemente à sua própria competência e responsabilidade.

4. EUTANÁSIA E DEMÊNCIA

Os mais difíceis casos de pedidos de eutanásia são os de doentes que sofrem de demência. O seu sofrimento é irremediável, porque a doença é progressiva e incurável, mas trata-se de um sofrimento frequentemente muito difícil de avaliar e não é fácil responder à questão de saber se se trata de uma vontade independente e livre. Só em 2004, portanto após a entrada em vigor da Lei da Eutanásia em 2002, foi examinado por uma Comissão de Avaliação o primeiro caso de eutanásia de um doente que sofria de demência. Em 2015, já havia 109 casos destes e todos eles foram aceites pelas Comissões de Avaliação. Alguns dos casos eram de demência avançada em que, no entanto, havia alguma possibilidade de comunicação^[31].

A maior parte dos médicos e a Real Organização dos Médicos Holandeses têm acentuada animosidade moral face a casos de demência avançada em que o doente já não está em situação de poder ter consciência do que se poderá passar. Em Janeiro de 2016, uma Comissão de Avaliação reportou que tinham sido informados de um caso em que o doente obviamente não tinha percebido a situação e entendeu que o médico não tinha agido com prudente diligência^[32]. O conhecimento deste caso resultou numa séria advertência, publicada em 10 de Fevereiro de 2017 num dos principais jornais holandeses, o NRC Handelsblad, em que 220 médicos apresentaram conjuntamente as suas objecções de carácter moral contra o homicídio de um ser humano sem defesa^[33].

É muito importante para os médicos em todos estes casos que o doente no fim da vida ainda tenha a capacidade de escolher a eutanásia. Por isso mesmo, uma declaração escrita dessa vontade, em altura mais recuada, tem para muitos médicos apenas um significado reduzido. Além disso, é bastante importante saber que não

^[31] Jaarverslag RTE (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie) 2015.

^[32] www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken/publicaties/oordelen/2016 (acesso em 13.12.2017).

^[33] NRC Handelsblad, 10 de Fevereiro de 2017.

apenas os médicos em geral, mas também os geriatras, com o seu saber específico, encaram com muitas dúvidas a eutanásia relativamente a pessoas com demência avançada^[34].

5. AVALIAÇÃO DA LEI DA EUTANÁSIA

5.1. Introdução

Na Holanda, é desde há muito habitual avaliar o modo como as leis são levadas à prática, que efeitos têm, o grau da sua eficácia e a eventual necessidade de alterações ou a elaboração de Recomendações relativamente à sua aplicação. A Lei da Eutanásia já foi avaliada três vezes, a primeira em 2007^[35], depois em 2011^[36] e muito recentemente em 2017^[37].

5.2. Resultados gerais em 2011

A conclusão geral da segunda avaliação foi a de que a Lei da Eutanásia foi bem sucedida no propósito de melhorar a diligência e os cuidados dos médicos que põem termo à vida de um doente a seu pedido e que a Lei estabelece um enquadramento transparente e sólido para a sua implementação^[38].

5.3. Alguns resultados importantes das avaliações de 2011 e 2017

Como as conclusões destas avaliações foram bastante extensas, focar-nos-emos apenas em alguns importantes resultados e opiniões:

- 1) Há questões difíceis como as relacionadas com a maneira de levar a cabo a eutanásia, os diagnósticos psiquiátricos, o “cansaço da vida” e a “Clínica para Termo de Vida” e

[34] B. CHABOT, *De euthanasiegeest is uit de fles*, NRC Handelsblad de 18 de Junho de 2017, opinião en debat, p. 4 e 5.

[35] B.D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN et al., *Evaluatie Wtl (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelf-*

fdoding), Den Haag, ZonMW 2007.

[36] A. VAN DER HEIDE et al., *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, Reeks evaluatie regelgeving deel 33, Den Haag ZonMW, 2012.

[37] Kamerstukken II 2016/2017, 31 036, nr. 9.

[38] A. VAN DER HEIDE et al., ob. cit., p. 24.

- 2) Opiniões subjectivas importantes de médicos que foram entrevistados no decurso das avaliações.

Adenda 1) A prática das Comissões de Avaliação foi estudada, entre outros métodos, por uma análise de 316 processos administrativos relativos a casos de 2011 e concluiu que os processos de avaliação são bastante uniformes e consistentes. O único requisito da prudente diligência que revelou algumas inconsistências foi o relativo *ao cuidado a ter com a maneira de praticar a eutanásia*. Os pareceres dos membros das Comissões de Avaliação variam relativamente, por exemplo, ao modo como a medicação é administrada, à duração do procedimento e à intensidade do coma do doente antes da administração de relaxantes musculares. Esta conclusão dá, ao mesmo tempo, uma ideia sobre o grau de pormenor das avaliações.

Nos anos recentes, a convicção de que o término da vida pode também ser uma opção para doentes com demência, diagnósticos psiquiátricos ou queixas geriátricas simultâneas e múltiplas tem ganho lentamente terreno entre os médicos e os membros das Comissões de Avaliação e contribuiu para uma opinião mais liberal. De qualquer modo, se bem que tenha aumentado, o número de casos avaliados deste género é ainda pequeno. Em 2008, só foram avaliados e aceites dois casos com diagnóstico psiquiátrico, em 2015, foram 56 e 60 em 2016^[39]. A questão de saber estes doentes têm capacidade para prestar ou não consentimento informado é um grande problema. Por isso mesmo, um psiquiatra independente tem de participar, numa base regular, nestes casos e tem de lhe ser pedido parecer (ver supra caso Chabot).

A base para uma atitude mais liberal foi a própria Lei da Eutanásia com os seus “conceitos abertos” que tornaram possível

[39] E. PANS, *15 jaar euthanasiewet*, Ars Aequi 2017, p. 273 e ss.

que novas abordagens e opiniões, que se desenvolveram na sociedade, começassem a ter influência junto dos técnicos por intermédio de novas interpretações da lei e uma correspondente aplicação das normas legais. A razão mais importante para estes desenvolvimentos parece ser o aumento de experiência. A “Clínica para Termo de Vida” tem um papel importante porque é geralmente vista como o centro mais especializado para os chamados “casos complexos”^[40]. Também a publicação do Código da Prática das Comissões Regionais de Avaliação da Eutanásia é uma grande ajuda no refinamento dos padrões de avaliação da eutanásia^[41]. Neste Código, indexado por tipo de pedido, pode ver-se como são actualmente percebidos os requisitos para o pedido.

A mesma evolução no sentido de uma postura mais liberal pode ser constatada relativamente aos chamados casos de “cansaço da vida”. A Real Organização dos Médicos Holandeses publicou Recomendações sobre este tópicio em 2011, donde se conclui que já existe acordo no sentido de que os limites da competência profissional dos médicos são mais abrangentes do que era comumente assumido com base na decisão do Supremo Tribunal no caso Brongersma, em 2002^[42].

A “Clínica para Termo de Vida”, criada em 2012, tem por objectivo ajudar os doentes que não conseguem encontrar um médico que esteja disposto a pôr termo à sua vida, embora os requisitos para prudente diligência estejam presentes. *A eutanásia não é um dever para um médico*. Nenhum médico está obrigado a agir de acordo com um pedido de eutanásia. Se o médico não quiser ir ao encontro do pedido, habitualmente encaminhará o doente para um colega.

[40] www.levenseindekliniek.nl.

[42] A. VAN DE HEIDE et al., ob. cit., p.

20.

[41] E. PANS, ob. cit. (35).

Para os doentes que têm um pedido que é complexo, a “Clínica para Termo de Vida” é muitas vezes a sua última esperança, mas nem na Clínica são aceites todos os pedidos. Em 2015, “apenas” 31% destes casos foram aceites⁴³. A “Clínica para Termo de Vida” tem equipas ambulatoriais (presentemente, cerca de 50), cada uma com um(a) médico(a) e um(a) enfermeiro(a). Trabalham por regiões.

A “Clínica para Termo de Vida” está agora a receber um número muito maior de pedidos do que aqueles que pode processar por não ter capacidade suficiente (tem 59 médicos e 9 psiquiatras). Tendo em conta o número de pedidos, já seria necessário o dobro dos médicos.

A razão principal para o grande número de pedidos é que muitos médicos e psiquiatras não querem decidir os pedidos dos seus doentes e transmitem-nos à “Clínica para Termo de Vida”. Esta prática é fortemente criticada por esta. Havendo apenas 9 psiquiatras a trabalhar na clínica, a maior parte dos doentes do foro psiquiátrico tem de esperar vários meses até ver o seu caso decidido. Além disso, seria muito melhor que cada caso fosse decidido pelo psiquiatra que trata aquele doente.

Adenda 2) No que se segue, sumarizam-se alguns resultados do estudo realizado com base no questionário dirigido a médicos de clínica geral, especialistas e médicos que prestam assistência em casas de repouso. Trata-se de opiniões subjectivas de médicos que se revestem de grande importância.

O número anual de doentes que pedem ao seu médico a prática da eutanásia aumentou de 6,7% da mortalidade geral, em 2010, para 8,4% da mortalidade geral em 2015. A percentagem de pedidos aceites aumentou, no mesmo período, de 45% para 55%.

^[43] E. PANS, ob. cit., p. 278.

A percentagem de todos os médicos holandeses que estão dispostos a praticar eutanásia, a pedido de um doente em casos de sofrimento sem esperança de melhoras, é de 85%. Cerca de 42% dos médicos está disponível para ajudar doentes em casos de demência inicial, quando ainda têm capacidade para dar consentimento informado, mas só 16% estão dispostos a ajudar aqueles doentes que sofrem sem uma razão médica grave por estarem “fartos da vida”.

A maioria dos médicos tem a convicção de que está em condições de proporcionar cuidados paliativos adequados. Mas não pensam que a melhoria da qualidade dos cuidados paliativos venha a tornar a eutanásia redundante.

A frequência do uso contínuo de sedação profunda no fim da vida aumentou. Em alguns casos, os médicos preferem-na relativamente à eutanásia como meio de aliviar o sofrimento.

Um pouco menos de metade dos médicos crêem que a paragem voluntária da alimentação e da bebida pode ser uma alternativa razoável à eutanásia.

6. RESULTADOS DA INTRODUÇÃO DA LEI DA EUTANÁSIA

Desde a entrada em vigor da Lei da Eutanásia, o número de casos passou de 1815 casos aceites em 2002 para 5516 em 2015 e 6100 em 2016^[44]. No período de 15 anos de vigência da Lei da Eutanásia, o número de casos presentes às Comissões de Revisão triplicou e o fim deste crescimento ainda não está à vista^[45]. Uma razão importante pode ser o facto de que a geração actual de pessoas idosas tem menos crenças religiosas, está mais consciente dos seus direitos de autodeterminação, tem mais conhecimento dos seus direitos

[44] Jaarverslag RTE (Regionale Toetsingscommissie Euthanasie) 2015, p.7, e NRC/Handelsblad de 23 de Junho de 2017, p. 2.

[45] E. PANS, ob. cit., p. 273.

enquanto doentes, é, de modo geral, mais independente e capaz de assumir responsabilidade pela sua vida do que a população idosa de há alguns decénios atrás^[46]. Outra razão importante pode ser o facto de que os médicos compreenderam que, com a introdução da Lei da Eutanásia, a lei penal foi colocada mais à distância.

Na sua maior parte, os casos aceites para eutanásia respeitam a doentes com uma doença terminal que têm pouco tempo de vida. Ao longo dos anos, constata-se que cerca de 75% destas pessoas tinham cancro. Foi o caso, por exemplo, em 2015, em 4000 dos 5516 pedidos. No mesmo ano, houve 311 casos de doenças do sistema nervoso e 233 casos de doenças cardiovasculares^[47].

Estes casos em que os médicos ajudam os seus doentes numa situação de emergência são amplamente aceites pelo público e pelas Comissões de Avaliação.

7. A MAIS RECENTE DIRECTIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO, DE 17 DE MAIO DE 2017, SOBRE DECISÕES DE PROSECUÇÃO JUDICIAL RELATIVAS A TERMO ACTIVO DE VIDA A PEDIDO
Até à entrada em vigor da nova Directiva, o Ministério Público necessitava da concordância do Ministério da Segurança e Justiça para acusar judicialmente um médico que não tivesse agido com prudente diligência em casos de eutanásia.

Em conformidade com a nova Directiva, as decisões de deduzir ou não acusação aos médicos, nos termos dos artigos 293.º e 294.º do Código Penal, continuam a ser caracterizadas como questões muito delicadas, mas o Procurador-Geral já não necessita da autorização do Ministro. Apenas tem de lhe comunicar esses casos. Deste modo, a nova Directiva reforça a posição do Ministério Público nesta área.

[46] E. PANS, ob. cit., p. 273.

[47] Jaarverslag RTE (Regionale Toetsingscommissie Euthanasie), 2015, p. 10.

Além disso, nesta Directiva, dois dos requisitos da prudente diligência no artigo 2.º da Lei da Eutanásia são considerados primordiais. São estes:

- 1) a convicção do médico de que o pedido do doente é resultado da sua própria vontade e que foi maduramente reflectido;
- 2) o sofrimento do doente é sem esperança de recuperação e insuportável.

Se um destes requisitos não estiver preenchido, a acusação está, por princípio, indicada. Noutros casos, o Procurador-Geral pode deixar cair a acusação ou escolher uma suspensão condicional^[48].

A mais recente Directiva clarificou as políticas de prossecução criminal para o Ministério Público e também para os médicos.

V. SITUAÇÃO PRESENTE

1. INTRODUÇÃO

Actualmente, a chamada pílula de Drion está novamente a ser discutida na Holanda em relação com a assim chamada “vida completa”, anteriormente descrita como sofrimento de viver ou estar quite com a vida, uma situação de pessoas idosas que não estão propriamente doentes, mas cansadas da vida e que gostariam de ter a pílula de Drion à sua disposição.

Quem era Drion? Huib Drion era, entre outras coisas, um jurista holandês importante, como também era um conhecido escritor, professor de Direito Privado na Universidade de Leiden e, mais tarde, juiz do Supremo Tribunal na Haia.

Em 1991, publicou um artigo no NRC Handelsblad, um dos mais importantes jornais holandeses, intitulado “O fim

[48] Kamerstukken II 2016/2017, 32
647, nr. 67.

auto-escolhido da vida de pessoas idosas”, em que propunha uma pílula hipotética para idosos. Esta pílula punha ao seu dispor a possibilidade de terminar a vida de uma maneira humana na altura que os próprios escolhessem e sem a ajuda de um médico. A pílula deveria estar livremente acessível, sob determinadas condições de segurança, para pessoas com 75 e mais anos. Existiriam duas pílulas, a A e a B, para utilizar com um intervalo de alguns dias, de modo a haver tempo para o doente eventualmente reconsiderar. O debate que Drion provocou era acerca do direito a cometer suicídio, que, na sua opinião, é um direito humano. Drion fundamentou a sua proposta principalmente partindo do ponto de vista de que a possibilidade de ter uma pílula como esta, à livre disposição de cada um, proporcionaria a muitos idosos uma maior paz e tranquilidade no resto da sua vida. Tratava-se de uma maneira de ver com que muitos estavam de acordo, como se tornou óbvio pelas muitas reacções de leitores do artigo de Drion. Drion morreu em 2004, durante o sono, pouco antes do seu 87.º aniversário. Els Borst, na altura Ministra da Saúde pelos liberais de esquerda, partido D66, provocou uma convulsão na Holanda, ao afirmar, em reacção ao artigo de Drion, que legalizaria a pílula de Drion.

2. O DEBATE ACTUAL SOBRE “O DIREITO A COMETER SUICÍDIO”

Como já se disse supra, o Supremo Tribunal decidiu, em 2002, em relação ao caso Brongersma, que apenas em casos com uma causa medicamente classificada seria possível agir no âmbito da Lei da Eutanásia. Posteriormente, no entanto, as Comissões de Avaliação passaram a aceitar uma combinação simultânea de queixas geriátricas diversas como podendo constituir uma razão para sofrimento insustentável e sem esperança de melhoras^[49].

^[49] Jaarverslag RTE, 2015, p. 31-32.

Em 2016, uma Comissão Consultiva, uma assim chamada Comissão de sábios, debruçou-se sobre a questão do desenvolvimento de normação jurídica mais abrangente e individualizada para os idosos, que lhes proporcionasse uma mais ampla auto-determinação ao mesmo tempo que lhes garantisse precauções com a sua segurança bem como protecção e prevenção contra o abuso de utilização da normação jurídica^[50]. A Comissão chegou à conclusão que não era possível criar uma legislação que, ao mesmo tempo, satisfizesse estes dois objectivos. A Comissão fez uma advertência sobre a necessidade de não violar os princípios da Lei da Eutanásia.

São de novo os tribunais que têm de esclarecer o estado das coisas e fazer um ponto de ordem.

O caso Heringa

Em 2008, Albert Heringa ajudou a madrastra, de 99 anos, a cometer suicídio. Ela tinha deixado de querer viver por achar que a sua vida tinha perdido o sentido. O tribunal de recurso, em Arnhem, concluiu que as circunstâncias muito especiais do caso tornavam possível aceitar a existência de um estado de emergência e entenderam, em 2015, não haver responsabilidade penal de Heringa^[51].

No entanto, o Supremo Tribunal decidiu que as exigências da prudente diligência estão intensamente relacionadas com o conhecimento pericial da profissão médica e que, por isso mesmo, um não-médico só em casos muito especiais pode invocar circunstâncias que ultrapassem o seu controlo.

Esta decisão está de acordo com a *ratio* da Lei da Eutanásia que pretende aplicar-se em primeira linha aos médicos^[52]. O Supremo Tribunal não ficou convencido que no caso de Heringa

[50] Adviescommissie Voltooid Leven, voorzitter: P. Schnabel, Den Haag, 2016.

[51] ECLI: NL GHARI: 2015: 3444 (Heringa).

[52] E. PANS, ob. cit., p. 280.

existisse uma excepção especial^[53]. O caso foi reenviado para o tribunal de recurso de Den Bosch para novo julgamento. Não há ainda decisão final.

3. A NOVA LEI-QUADRO

O problema da “vida acabada” ou da vida já vivida ou da vida concluída é também uma questão importante no debate político e foi novamente o partido liberal de esquerda D66 que preparou uma lei-quadro a ser discutida no Parlamento após a constituição e entrada em funções do novo Governo, que ainda não tinha ocorrido à data do início da redacção deste artigo. Entretanto, o Governo encontra-se constituído. Pretende-se ter uma Lei da Vida Concluída ao lado da Lei da Eutanásia. As últimas eleições para o Parlamento realizaram-se em 15 de Março de 2017.

Na opinião dos membros do partido D66, haverá pessoas que terão a cargo o acompanhamento daqueles que, no fim da vida, estão convencidos que a sua vida está “concluída”. Para esta tarefa, podem ser escolhidos médicos, enfermeiros, psicólogos especializados em cuidados médicos ou psicoterapeutas que agirão nos termos estabelecidos na futura lei.

Contudo, tendo em conta como é difícil a tarefa de acompanhar a última fase da vida, não se pode ter a certeza de que os profissionais propostos tenham os conhecimentos correctos e suficientes e também o treino para este trabalho do qual faz parte avaliar a solidez da mente, averiguar se houve influências ou até pressões de terceiros, informar se há possibilidade de modificar os factos que originam o desejo de pôr termo à vida e, por fim, de acompanhar a execução desse termo^[54].

De acordo com o parecer da Real Organização dos Médicos Holandeses, a Lei da Vida Concluída é um conceito com que é fácil simpatizar, mas com demasiados riscos, como o risco de sentimento

[53] HR 14 mart 2017, ECLI: NL: HR: 2017, 418 (Heringa).

[54] E. PANS, ob. cit., p. 281.

de insegurança nas pessoas idosas ou de estigmatização. Também existe o risco de que a prática que se vem desenvolvendo a propósito da eutanásia venha a deteriorar-se.

A lei-quadro propõe que os profissionais que venham a ser responsáveis pelo “Acompanhamento de Fim de Vida” sejam supervisionados por comissões especiais, comparáveis com as Comissões de Avaliação, e pelos tribunais competentes em matéria disciplinar do Serviço de Saúde.

É tão duvidoso saber se o conteúdo desta lei-quadro é o que desejam aquelas pessoas que, depois de reflexão profunda, chegaram à conclusão de que a sua vida está definitivamente cumprida, quanto o é saber se a legislação proposta pode garantir, de modo eficiente, a protecção dos direitos destas pessoas.

Contudo, esta lei-quadro pode ser um ponto de partida para novas e sérias considerações e debates que são obviamente necessários já que o tema ocupa, no presente, muitas pessoas e há a possibilidade de encontrar uma solução legal que ofereça um melhor compromisso entre os interesses conflitantes da vontade livre do indivíduo responsável e maduro e a segurança e dignidade dos indivíduos na sociedade.

4. A SOCIEDADE HOLANDESA DE PSIQUIATRIA

Muito recentemente, a Sociedade Holandesa de Psiquiatria (NVvP) emitiu parecer sobre a prática de psiquiatras que enviam doentes que pedem eutanásia para a “Clínica para Termo de Vida” em vez serem eles próprios a tomar uma decisão. A comissão da NVvP, que está a trabalhar na redacção de Recomendações para a prática da eutanásia, considerou que é uma situação não recomendável a de que os psiquiatras transmitam os casos dos seus doentes com tanta frequência por razões de perplexidade quanto ao pedido^[55]. Os psiquiatras devem

[55] E. VAN STEENBERGEN, *Psychiaters te bang bij euthanasie*, NRC/Handelsblad de 27 de Outubro de 2017, S.1.

investigar eles próprios os pedidos dos seus doentes e verificar se as condições prévias estão preenchidas. Esta é uma tomada de posição muito importante e nova por parte dos psiquiatras. Se virá ou não a ser aceite pela maioria tornar-se-á patente pela forma como a recomendação for levada à prática.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Descrever a *evolução histórica* da regulamentação da eutanásia na Holanda foi a abordagem propositadamente escolhida para este artigo. Esta estrutura demonstra bem que o legislador actuou lenta e meticulosamente e foi-se orientando pelos factos e pela época. A evolução da Lei da Eutanásia é um bom exemplo de como evoluem as leis na Holanda, utilizando métodos das ciências sociais e estudos de avaliação frequentes. Legislar sem estudos prévios é bastante raro na Holanda quando se trata de matérias altamente controversas. Esta maneira de actuar é a forma como se tenta agir responsabilmente perante a sociedade.

A actual regulamentação da eutanásia *não é uma discriminação no sentido estrito do termo. Pôr termo a uma vida humana a pedido e prestar auxílio ao suicídio continuam a ser puníveis.* É possível que não haja punição sob condição de que um número de requisitos pré-definidos estejam preenchidos. Estes requisitos foram sendo clarificados lentamente pela prática. Esta experiência foi desenvolvida na prática forense no contexto da aplicação do princípio da oportunidade e obteve uma base legal específica com a introdução da Lei da Eutanásia em 2002 sob a forma de causas de exclusão da ilicitude.

A Lei da Eutanásia está em vigor há cerca de 15 anos. Já foi avaliada três vezes e todas as avaliações foram positivas. Este facto não foi, todavia, motivo para que os variados grupos de pressão, grupos de interesses e outras organizações, os meios de comunicação social,

os partidos políticos, etc., parassem os debates. Nem todas as ideias ou objectivos deste grupos foram, nem de longe, realizados, nem as suas aspirações concretizadas. O debate sobre a autorização de eutanásia para pessoas com demência avançada e doenças psiquiátricas irrompeu de novo muito recentemente e já existe um projecto de nova lei sobre vida concluída preparado por Pia Dijkstra, membro da Câmara Baixa, pertencente ao Partido Liberal de Esquerda D66.

O novo Governo holandês, empossado recentemente depois de mais de sete meses de discussões e negociações, é uma coligação dos partidos liberais de direita e de esquerda, respectivamente, VVD e D66, e dois pequenos partidos cristãos, o Apelo Democrata-Cristão, um partido que reúne membros de diferentes Igrejas Cristãs (Protestantes e Católicos), e a União Cristã (ortodoxos protestantes). Sendo os dois partidos cristãos fortemente opositores de uma Lei sobre Vida Concluída, pareceu evidente, durante as negociações sobre as linhas gerais do novo Governo, que não se perspectivava uma liberalização mais ampla da eutanásia. No entanto, o Partido da esquerda liberal Democratas 66, apesar da coligação com a União Cristã, tenciona prosseguir com o seu projecto de lei sobre Vida Concluída^[56].

Contudo, de acordo com Edith Schippers (VVD), que se pensava vir a ser Ministra da Saúde, o Parlamento já decidiu que, nos termos da Lei actual da Eutanásia, “*as pessoas com demência avançada e os doentes do foro psíquico podem ter acesso à eutanásia se todos os requisitos da prudente diligência se mostrarem preenchidos*”^[57]. Esta posição está de acordo com a nova visão das coisas da Sociedade de Psiquiatria (ver supra).

No que se refere à Lei sobre Vida Concluída, é difícil prever quando estará pronta e qual será o seu teor. Os debates ainda não

[56] NRC/Handels de 18.12.2017, p. 1.

[57] NRC/Handelsblad de 23 de Junho de 2017, p. 2.

começaram verdadeiramente e serão violentos e agressivos. Se olharmos para o passado, para a longa história da evolução da legislação actual sobre a eutanásia, não é ousado pensar que se optará novamente por aprender com a experiência e se esperará por decisões dos tribunais antes de fixar o conteúdo e a altura da entrada em vigor de uma Lei sobre Vida Concluída. O sistema legal holandês é suficientemente flexível para que isto seja possível.

Olhando para o que se disse acerca das ideias sobre eutanásia na Antiguidade, podemos concluir que os indivíduos plenamente capazes nesse tempo tinham maior capacidade de decisão sobre a sua própria vida do que hoje temos nas nossas sociedades livres e esclarecidas, que preconizam a garantia da dignidade humana, mas impedem pessoas que já não estão capazes de viver de modo física ou psiquicamente compensador, na opinião que é a sua, de, pelo menos, morrer com dignidade.

Esta conclusão levanta a interrogação sobre a diferença entre os tempos antigos e o nosso tempo. Porquê é que a vontade do indivíduo não é hoje decisiva quando se trata de pôr termo à própria vida? Há dúvida sobre se essa(s) razão(ões), que não se sabe quais sejam, estão realmente em harmonia com as opiniões que são hoje em dia geralmente aceites.

Se não podemos, neste artigo, encontrar as respostas que têm de ser bem investigadas, há, contudo, a necessidade de as colocar, porque a regulamentação legal actual não é uma solução globalmente satisfatória.