

# **DIREITO À MORTE OU LIBERDADE PARA MORRER: REVISITAÇÃO DO *CASE OF PRETTY V. THE UNITED KINGDOM* A RESPEITO DA MORTE ASSISTIDA EM PESSOAS COM VIH/SIDA <sup>1</sup>**

INÊS FERNANDES GODINHO

Professora Auxiliar da Faculdade de Direito e Ciência Política da ULP  
Investigadora do Instituto Jurídico da Universidade de Coimbra

## **1. O Acórdão do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem *Case of Pretty v. The United Kingdom***

Em 29 de Abril de 2002, o Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (TEDH) proferiu um acórdão que ainda hoje é considerado incontornável em qualquer debate a propósito da morte assistida: *The Case of Pretty v. The United Kingdom*.

### **a) Resumo do Acórdão do TEDH<sup>2</sup>**

I – *O artigo 2.º da CEDH, que consagra o direito à vida não pode ser interpretado com o sentido de conferir o direito diametralmente oposto, isto é, o direito a morrer, nem pode criar um direito à autodeterminação no sentido de conferir a um indivíduo a habilitação para escolher a morte em vez da vida.*

II – *Não deriva do artigo 3.º da CEDH qualquer obrigação positiva que exija ao Estado que conceda uma imunidade para não perseguir criminalmente quem pretenda auxiliar outrem no suicídio, ou que providencie as condições para a legalidade de qualquer outra forma de suicídio assistido.*

---

<sup>1</sup> O presente texto teve na sua origem a conferência intitulada “Eutanásia e suicídio assistido em pessoas com VIH/SIDA” no âmbito do painel subordinado ao tema “Os Direitos da Pessoa com VIH/SIDA”, que proferimos no âmbito das V Jornadas Ético-Jurídicas do VIH/SIDA, realizadas na Ordem do Médicos (Porto) em Dezembro de 2015 e para as quais agradecemos o convite que gentilmente nos foi dirigido pelo Senhor Prof. Doutor André Dias Pereira.

<sup>2</sup> Tomamos de empréstimo o resumo do Acórdão em português elaborado por António HENRIQUES GASPAR, “Eutanásia. Não obrigado?”, *Sub Judice* 22/23 (2001), p. 171.

III – *Admitindo que a escolha de uma pessoa quanto ao modo de passar os momentos finais da sua vida é ainda parte do acto de viver, e que cada pessoa tem o direito de exigir que a sua escolha seja respeitada, a proibição total de auxílio ao suicídio não é desproporcionada, não sendo também arbitrária a lei que a estabeleça.*

IV – *Uma diferenciação de tratamento entre pessoas em posições análogas ou relevantemente semelhantes é discriminatória se não tiver a justificá-la um motivo objectivo e razoável, não prosseguir uma finalidade legítima, ou não existir uma razoável relação de proporcionalidade entre os meios utilizados e a finalidade pretendida. Não se encontraram motivos para não diferenciar relevantemente os indivíduos que sejam fisicamente capazes e os que não possam cometer suicídio sem auxílio.*

#### **b) Breve descrição do caso**

Diane Pretty, cidadã britânica de 43 anos, sofria de uma grave doença neurodegenerativa progressiva, incurável e terminal, tendo o seu estado de saúde sofrido rápida deterioração, ainda que sem afectação das suas funções mentais e da sua capacidade de decisão. Por forma a evitar um fim de vida derivado da natural progressão da doença, o que significaria um enorme sofrimento, a requerente pretendia que o seu marido a auxiliasse a suicidar-se, sem que, para tanto, fosse criminalmente perseguido pelo *Director of Public Prosecutions* ao abrigo do *Suicide Act* de 1961, sendo-lhe garantida imunidade.

## **2. A questão de um “direito à morte” de pessoa com VIH/SIDA**

A pessoa com VIH/SIDA, tal como acontecia com a queixosa, Diane Pretty, tem uma doença grave e incurável. Hodiernamente, as situações em que o cidadão é portador de uma doença grave e incurável são precisamente aquelas situações em que surgem reivindicações de um “direito à morte”.

No fundo, trata-se aqui de questionar se uma pessoa com VIH/SIDA terá uma posição de beneficiária de um dever de actuar de um terceiro, *maxime*, de um médico,

mais do que aquela posição de vítima de um crime de homicídio a pedido da vítima ou de auxílio ao suicídio<sup>3</sup>.

Para tanto, importa, em um primeiro momento, analisar o VIH/SIDA e a sua percepção como doença grave e incurável para, em um segundo momento, e após a elucidação da impossibilidade da consagração de um direito, poder afirmar a ideia de “morte digna” como liberdade.

#### **a) O VIH/SIDA e a sua percepção como doença**

Com efeito, e nas palavras de COSTA ANDRADE, “a circunstância perturbadora de não se dispor ainda de cura para a doença que, uma vez revelada, conduz inescapável e (quase) invariavelmente à morte do paciente (...) explica que a experiência da SIDA se venha revelando particularmente propícia a induzir atitudes colectivas de histeria e irracionalidade, por parte de uma sociedade que se vê acoçada e predisposta a aceitar, ou mesmo reivindicar, formas indesejáveis de resposta à doença”<sup>4</sup>.

Assim, cumpre indagar se o reconhecimento possível de um tal direito à morte poderá constituir uma resposta possível. O vírus VIH/SIDA, a partir desta perspectiva, terá a virtualidade de colocar o seu portador em uma situação de benefício. Na verdade, inversamente ao que sucede nas situações em que se discute a responsabilidade do portador pela transmissão do vírus ou mesmo aquelas situações em que estão em causa os deveres a que o mesmo se poderá encontrar obrigado do ponto de vista da veiculação de informação – de outro modo, os casos em que o facto de ser portador do vírus significa uma limitação da sua esfera de liberdade, através, também, de uma “ética de responsabilidade”<sup>5</sup> – no patamar da eutanásia e do auxílio ao suicídio questiona-se se ser portador do vírus poderá fundamentar uma discriminação positiva em termos de reconhecimento de um direito.

Neste contexto, abordando-se as realidades da eutanásia e do auxílio ao suicídio do prisma das pessoas com VIH/SIDA, importa compreender as alterações que esta

---

<sup>3</sup> O tema em análise induz uma perspectiva da pessoa com VIH/SIDA como sujeito passivo e não como sujeito activo (ou agente) de um tipo de crime.

<sup>4</sup> COSTA ANDRADE, Manuel da, *Direito Penal Médico. SIDA: Testes Arbitrários, Confidencialidade e Segredo*, Coimbra Editora, 2004, p. 17.

<sup>5</sup> RUEFF, Maria do Céu, “Pessoas com HIV/SIDA e médico com dupla responsabilidade (MDR)”, in: *O VIH/SIDA e o Direito*, Santarém: SidaNet, 2010, p. 57 e s., p. 58.

doença tem vindo a sofrer tendo em conta a evolução corporizada pelos tratamentos retrovirais.

A Terapêutica Anti-Retroviral Altamente Eficaz (ou HAART<sup>6</sup>) tem vindo a alterar a compreensão da infecção do vírus VIH, passando a ser vista como uma doença crónica. Em concreto, o VIH, conquanto acompanhado desta terapêutica, permite aos seus portadores uma longa vida, podendo mesmo existir casos em que a síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) não se manifeste. Neste sentido, hodiernamente, o portador do vírus VIH é um doente crónico, mas não, necessariamente, terminal.

Daí que, no âmbito da questão que ora se discute, seja fundamental distinguir entre o VIH e a SIDA. E, quando falamos de uma eventual atribuição de direitos, compreender que a mesma apenas possa revestir sentido quanto a pessoas com SIDA. Dito por outras palavras, a compreensão do VIH como uma doença crónica, que permite ao seu portador ter uma longa vida, ainda que doente, mas que quando passa à fase de SIDA pode conduzir a um estado terminal, no qual o doente de SIDA, face à extrema afectação do seu sistema imunológico, vem a morrer de uma enorme constelação de possíveis outras doenças decorrentes desta afectação, como, por exemplo, a pneumonia. E é justamente e apenas a fase de SIDA que representa uma doença grave e terminal. Como afirma Laura Ferreira dos Santos “quando somos apanhados por uma doença que nos levará à morte, é *no meio* dessa nova e perigosa situação não verdadeiramente prevista que começamos a pensar, por vezes em desespero, no que nos pode acontecer e nas decisões que urge tomar”<sup>7</sup>.

Assim, sob este pano de fundo, torna-se necessário desvelar quais as questões que se afirmam como pertinentes no contexto do fim de vida das pessoas com SIDA, considerando que estes doentes se encontram em “contexto eutanásico”<sup>8</sup>. Por outras

---

<sup>6</sup> Acrónimo para *Highly Active Anti-Retroviral Therapy*.

<sup>7</sup> SANTOS, Laura Ferreira dos, *A morte assistida e outras questões de fim-de-vida*, Coimbra: Almedina, 2015, p. 23.

<sup>8</sup> Aqui utilizamos a formulação “contexto eutanásico” para designar as situações contidas no âmbito da relação médico-doente e em que a doença, significando um fim de vida com um sofrimento atroz que afecta a capacidade física do doente, não afecta, todavia, a sua capacidade intelectual e, conseqüentemente, de autodeterminação, que o leva à decisão de não mais querer viver, não obstante se encontrar impossibilitado de levar a cabo essa decisão pelas próprias mãos. Assim, TOMÁS-VALIENTE LANUZA, Carmen, *La Disponibilidad de la Própria Vida en Derecho Penal*, Madrid: BOE, 1999, p. 123 e, entre nós, BRITO, Teresa Quintela de, “Eutanásia activa directa e auxílio ao suicídio: não punibilidade” in: *Direito Penal. Parte Especial: Lições, Estudos e Casos*, Coimbra: Coimbra Editora, 2007, p. 107.

palavras, se encontram impossibilitados da obtenção de uma forma humana de suicídio, querendo com isto significar-se a impossibilidade física de autonomamente exercerem um poder de facto para pôr fim à vida<sup>9</sup>. Sendo este, também, o contexto em que se encontrava a requerente Diane Pretty.

### **b) Direito à morte, direito a morrer e direito ao suicídio**

No *Case of Pretty v. The United Kingdom*, e contrariamente aos argumentos aduzidos por Diane Pretty no sentido de o direito à vida proteger também um direito de escolha relativo à continuação da própria vida<sup>10</sup>, o TEDH reiterou o primado ao artigo 2º enquanto disposição basilar da Convenção<sup>11</sup>, mais sublinhando, em harmonia com a jurisprudência do Tribunal, não considerar ser possível integrar uma vertente negativa no direito à vida consagrado no referido artigo 2º<sup>12</sup>.

Com efeito, afirmar a existência de um direito significa ser conferido “a determinada pessoa um poder destinado à satisfação de um interesse próprio ou alheio, acompanhado da faculdade de dispor (fazer interferir ou não) dos meios coercivos que protegem esse poder”<sup>13</sup>. Ora, o TEDH afirma perentoriamente que não pode derivar do artigo 2º da Convenção um direito à morte, quer com ajuda de terceiro, quer com recurso

---

<sup>9</sup> Cfr. FARIA COSTA, José de, “O fim da vida e o direito penal”, in: *idem*, *Linhas de Direito penal e de Filosofia: alguns cruzamentos reflexivos*, Coimbra: Coimbra Editora, 2005, p. 125 e s.

<sup>10</sup> Como se lê no Acórdão, disponível em <http://hudoc.echr.coe.int>, p. 26, “Article 2 protected not only the right to life but also the right to choose whether or not to go on living. It protected the right to life and not life itself, while the sentence concerning deprivation of life was directed towards protecting individuals from third parties, namely the State and public authorities, not from themselves”.

<sup>11</sup> Como resulta do ponto 37 do Acórdão, “The Court's case-law accords pre-eminence to Article 2 as one of the most fundamental provisions of the Convention (see *McCann and Others v. the United Kingdom*, judgment of 27 September 1995, Series A no. 324, pp. 45-46, §§ 146-47). It safeguards the right to life, without which enjoyment of any of the other rights and freedoms in the Convention is rendered nugatory. It sets out the limited circumstances when deprivation of life may be justified and the Court has applied a strict scrutiny when those exceptions have been relied on by the respondent States (ibid., p. 46, §§ 149-50)”.

<sup>12</sup> De acordo com o ponto 39 do Acórdão, “The consistent emphasis in all the cases before the Court has been the obligation of the State to protect life. The Court is not persuaded that «the right to life» guaranteed in Article 2 can be interpreted as involving a negative aspect”.

<sup>13</sup> MACHADO, J. Baptista, *Introdução ao Direito e ao Discurso Legitimador*, Reimp., Coimbra: Almedina, 1995, p. 84. de

às autoridades públicas, confirmando-se este entendimento pela Recomendação 1418 (1999) da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa<sup>14</sup>.

A vida humana, enquanto bem jurídico corporizado em direito fundamental prioritário<sup>15</sup>, beneficia de um regime de protecção alargado. Impondo-se perante todos e também perante o Estado, significa, para este último, “(a) não poder dispor da vida das pessoas, a qualquer título que seja; (b) [a] obrigação de proteger a vida das pessoas contra os ataques ou ameaças de terceiros; (c) [o] dever de abster-se de acções ou da utilização de meios que criem perigo desnecessário ou desproporcionado para a vida das pessoas (v.g., utilização de armas de fogo contra manifestações)”<sup>16</sup>.

Ora, de acordo com o princípio da protecção absoluta da vida, todas as vidas têm igual valor<sup>17</sup>. A protecção absoluta da vida significa, então, que “a vida é vista em cada fase sempre como bem jurídico”<sup>18</sup>. Além disso, este princípio postula uma proibição de quantificação e qualificação da vida humana<sup>19</sup> e entre vidas humanas.

Daqui podemos retirar duas ideias fundamentais.

Em primeiro lugar, os direitos fundamentais — e, conseqüentemente, também o direito à vida — são colocados na esfera jurídica do seu titular para que este deles possa dispor de acordo com os seus fins subjectivos. O que significa, em última instância, que o indivíduo tem em relação ao Estado a liberdade de, inclusivamente, se matar<sup>20</sup>. Daí que, considerando o suicídio como um acto livre do titular, o mesmo não seja considerado crime<sup>21</sup>. Todavia, a liberdade de suicídio não se equivale a um direito ao suicídio. Este

---

<sup>14</sup> Ponto 40 do Acórdão. A referida Recomendação 1418(1999) estabelece que os Estados-Membros são instados a respeitar e a proteger a dignidade dos doentes terminais ou moribundos, mais sublinhando a necessidade de manutenção da proibição de homicídio destes doentes.

<sup>15</sup> GOMES CANOTILHO/VITAL MOREIRA, *CRP Anotada*, 4ª ed., Coimbra: Coimbra Editora, 2007, p. 446.

<sup>16</sup> GOMES CANOTILHO/VITAL MOREIRA, *CRP Anotada* (cit.), p. 448.

<sup>17</sup> LABER, Jörg, *Der Schutz des Lebens im Strafrecht*, Frankfurt: Peter Lang, , p. 115.

<sup>18</sup> MAURACH, Reinhart / SCHROEDER, Friedrich-Christian / MAIWALD, Manfred, *Strafrecht. Besonderer Teil. Teilband I: Straftaten gegen Persönlichkeits- und Vermögenswerte*, 9. Aufl., Heidelberg: C.F. Müller, 2009, p. 12, n.º m. 5.

<sup>19</sup> *Münchener Kommentar des StGB/SCHNEIDER*, Vor § 211, n.º m. 29.

<sup>20</sup> Assim, HILLGRUBER, Christian, *Der Schutz des Menschen vor sich selbst*, München: Verlag Franz Vahlen, 1992, p. 142.

<sup>21</sup> A este propósito veja-se o nosso *Eutanásia, Homicídio a Pedido da Vítima e os Problemas de Participação em Direito Penal*, Coimbra: Coimbra Editora, 2015, p. 170 e s. e 234 e s.

último não significa, apenas, uma decisão livre de pôr fim à própria vida, mas também a imposição ao Estado de garantia dessa mesma decisão. E a verdade é que, em termos constitucionais, não se pode afirmar uma garantia de decisões sobre a própria vida. Pelo que temos para nós que a fronteira da correcção da afirmação acima referida existe apenas até ao ponto de a liberdade ser transformada em “direito”, isto é, de esta liberdade de se matar ser interpretada por alguns autores como um direito ao suicídio. Com efeito, e como nos parece claro, a impossibilidade de garantia de decisões sobre a própria vida postula tanto a inexistência de um direito ao suicídio, como de um direito à eutanásia; em suma, de um direito à morte.

O que não significa, contudo, que os Estados não tenham margem de apreciação no que diz respeito à amplitude da liberdade dos seus cidadãos. É certo, como sublinha o TEDH, que a extensão com que os Estados permitam ou pretendam regular a possibilidade de lesão poderá envolver considerações conflituantes quanto à liberdade pessoal e ao interesse público<sup>22</sup>. Mas como o próprio TEDH reconheceu em jurisprudência mais recente, no caso *Haas v. Switzerland*<sup>23</sup>, está ainda longe a existência de um consenso entre os Estados-Membros do Conselho da Europa quanto ao direito de uma pessoa de escolher como e quando terminar a sua vida. Ora, tendo o suicídio assistido sido descriminalizado em alguns Estados-Membros, a maioria deles ainda privilegia a protecção do direito à vida, face ao que, nesta matéria, os Estados terão uma ampla margem de apreciação, entendimento este que o TEDH veio ainda a reiterar no caso *Lambert and Others v. France*<sup>24</sup>.

Note-se, ademais, que esta jurisprudência significa, não obstante a margem de apreciação reconhecida, que as soluções legislativas de sentido liberal devem respeitar a orientação do caso *Pretty v. The United Kingdom*, não podendo, deste modo, consagrar um “direito à eutanásia”, como se torna claro no caso *Brongersma*, na Holanda<sup>25</sup>, onde resulta claro a existência de um limite definido à eutanásia lícita.

Em segundo lugar, a proibição de distinção valorativa entre vidas implica que não pode existir, também, uma discriminação positiva em relação aos doentes de SIDA, no

---

<sup>22</sup> Ponto 41 do Acórdão.

<sup>23</sup> Acórdão de 20 de Janeiro de 2011.

<sup>24</sup> Acórdão de 5 de Junho de 2015.

<sup>25</sup> Decisão do *Hoge Raad* [Supremo Tribunal holandês], n.º 00797/02, de 24 de Dezembro de 2002.

sentido de lhes poder ser conferido um direito no patamar de fim-de-vida<sup>26</sup>. Se assim fora, estar-se-ia, também, a violar o princípio da igualdade e a própria imposição constitucional de proibição de distinção entre vidas (ou entre mortes). De outro modo, apenas poderá relevar a doença como condição da pessoa, e, neste particular, um estado doente que consubstancie um contexto eutanásico nos termos acima referidos. O que poderá vir a verificar-se tanto em relação a um doente com SIDA, como em relação a um doente oncológico, por exemplo. Em suma, não se podendo discutir o problema do ponto de vista de direitos em fim-de-vida específicos para doentes de SIDA, a possibilidade de existência de tais direitos terá de ser considerada em termos gerais.

### 3. A morte digna

Na discussão em torno da eutanásia e do suicídio assistido, por convocarem os referidos doentes em contexto eutanásico, fala-se ainda, muitas vezes, em um direito a uma morte digna<sup>27</sup> ou o direito a morrer com dignidade. Com esta ideia não se pretende, tanto, a consagração formal de um direito à morte, mas antes invocar o valor da dignidade humana como horizonte para permitir pugnar por uma justificação das realidades que pretendem possibilitar ao doente uma forma indolor e humana de eliminação da própria vida.

É precisamente neste âmbito que iremos prosseguir as nossas considerações, em particular, no patamar do suicídio assistido<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> Aqui o TEDH, na decisão de que ora curamos (ponto 88), entendeu que não deveria ser feita distinção entre as pessoas capazes e aquelas incapazes de cometer suicídio sem assistência. Todavia, a diferença de capacidade constitui, neste ponto, em nosso modo de ver, justamente uma daquelas situações em que o próprio Tribunal, na mesma decisão, reconhece justificar-se um tratamento diferenciado, designadamente, que apenas poderá haver uma diferença de tratamento entre pessoas se a mesma tiver objectivo e justificação razoável, ou seja, persiga um fim legítimo e exista proporção entre os meios empregues e a finalidade a atingir (ponto 87, *a contrario*).

<sup>27</sup> Cfr. NEUMANN, Ulfrid, “Die Menschenwürde als Menschenbürde – oder wie man ein Recht gegen den Berechtigten wendet”, in: Mathias Kettner (Hrg.), *Biomedizin und Menschenwürde*, Frankfurt: Suhrkamp, 2004, p. 42 e s. e também BURKART, Monika, *Das Recht, in Würde zu sterben – Ein Menschenrecht*, Zürich: Schulthess Polygraphischer Verlag, 1983, p. 44.

<sup>28</sup> Com efeito, alguns autores favoráveis à morte assistida pugnam, todavia, para a sua possibilitação apenas no patamar do suicídio assistido, por ser a forma de morte assistida que melhor assegura a certeza quanto à vontade do doente. Não obstante, é também de notar que, atendendo ao “contexto eutanásico” em

A tipificação da ajuda ao suicídio no art. 135º do CP dá origem a um condicionamento do processo de formação da vontade do doente em contexto eutanásico. Pois que, sendo tipicamente vedado ao médico disponibilizar ao doente meios que lhe permitam – dentro das suas limitações – pôr termo à própria vida, conduz a situações em que este doente, com vista àquela finalidade, se exponha a situações violentas e inumanas. Neste sentido, e considerando que no patamar do suicídio ainda nos encontramos no contexto de uma autolesão da vida, podem perfilar-se alguns pressupostos para um suicídio assistido não punível: em primeiro lugar, o doente deve encontrar-se em contexto eutanásico; em segundo lugar, uma livre decisão de suicídio tomada anteriormente pelo doente e, finalmente, a exigência da assistência prestada constituir a disponibilização do meio necessário a uma morte humana<sup>29</sup>.

Reunidos estes três pressupostos, poderá ser possível considerar o suicídio assistido como não punível<sup>30</sup>, ainda que, naturalmente, atenta a excepcionalidade destes casos, esta solução apenas possa ser considerada através de uma análise da verificação efectiva de cada um dos pressupostos de cada caso em concreto.

A verdade é que, nestes casos, o doente que livremente tomou a decisão ainda executa, por mão própria, essa mesma decisão. Ou seja, estamos ainda no patamar da “liberdade” ou autonomia pessoal.

Neste particular, em um estudo levado a cabo por JOCHEN VOLLMANN, publicado em 2002<sup>31</sup>, a propósito do suicídio medicamente assistido em pacientes de SIDA nos

---

que se encontram os doentes, esta é também a forma de morte assistida mais provável de gerar complicações, sendo que nos países onde ambas as formas são possíveis, em 18% dos casos de suicídio assistido, o médico acabou por ter de administrar a medicação letal ele próprio. Veja-se JACKSON, Emily/KEOWN, John, *Debating Euthanasia*, Oxford: Hart, 2012, p. 70-73.

<sup>29</sup> Desenvolvidamente, BRITO, Teresa Quintela de, “Eutanásia activa directa e auxílio ao suicídio: não punibilidade” (cit.), p. 113 e s.

<sup>30</sup> De acordo com a construção de Teresa Quintela de BRITO, *ob. cit. loc. cit.*, a não punibilidade decorreria de uma justificação da actuação do médico, através do consentimento (art. 38º do Código Penal), o qual, atendendo ao “contexto eutanásico” não contrariaria os bons costumes. Não tem sido esse, todavia, o caminho seguido pela doutrina alemã a propósito da justificação da actuação do médico. Cfr., por todos, SCHÖCH, Heinz/ VERREL, Torsten, “Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB)”, *Goltdammer’s Archiv für Strafrecht* (2005), p. 553 e s.

<sup>31</sup> Cfr. VOLLMANN, Jochen, “Ärztliche Beihilfe zum Suizid bei AIDS-Patienten in den U.S.A. Eine qualitative Interview-Studie über professionelle Ethik und Praxis im Wandel”, *Ethik in der Medizin* 14 (2002), p. 270 e s.

Estados Unidos da América, conclui-se, por um lado, que os pedidos de suicídio medicamente assistido diminuíram drasticamente desde que foram implementadas as terapias retrovirais. Por outro lado, ali se conclui, também, que os pedidos de suicídio medicamente assistido provêm primordialmente de doentes homossexuais, não sendo significativos em outros grupos de doentes. Daqui se poderá retirar que se os doentes de SIDA solicitam o suicídio medicamente assistido, nem todos os doentes o pedem.

Todavia, todos deverão poder ter uma morte digna.

### **Considerações finais**

No caso *Pretty v. The United Kingdom*, o Tribunal Europeu dos Direitos do Homem não reconhece um direito à morte.

Não existindo em Portugal, como acontece, por exemplo, nos países do Benelux, regulamentação específica quanto às decisões de fim-de-vida, estes dois caminhos permitirão, *de lege lata*, contribuir para o respeito pelo valor da dignidade na morte, através da valoração da autodeterminação enquanto expressão de liberdade.

Tomamos aqui de empréstimo as considerações de JEAN-LOUIS BAUDOIN e DANIELLE BLONDEAU: “la revendication d’une mort dans la dignité signifie le refus de se soumettre à des manoeuvres technologiques qui ne feraient que prolonger l’agonie. Elle fait appel au désir de vivre une mort de façon humaine et non désincarnée par les artifices techniques. Elle signifie également, nous l’avons vu, le désir de réappropriation de sa propre mort, non pas objet de la science, mais sujet de l’existence. Elle soutient donc le principe fondamental de l’autonomie de la personne: comme sujet, responsable de sa vie, la personne humaine est aussi responsable de la fin de sa vie et les décisions d’autrui ne peuvent, même à ce moment, se substituer aux siennes”<sup>32</sup>.

Em síntese conclusiva, no contexto dos doentes com SIDA, mesmo não podendo sufragar-se um “direito à morte” como resposta possível à doença, terá sempre de se defender a liberdade para morrer uma morte digna.

---

<sup>32</sup> In: *Éthique de la mort et Droit à la Mort*, Paris: PUF, 1993, p. 107-108.