Luciano Maia Alves Ferreira

EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO

Uma análise normativa comparada



Appris editora

Luciano Maia Alves Ferreira

EUTANÁSIA
E SUICÍDIO ASSISTIDO

Uma análise normativa comparada



Appris editora

EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO

UMA ANÁLISE NORMATIVA COMPARADA

Editora Appris Ltda.
1ª Edição - Copyright© 2018 do autor
Direitos de Edição Reservados à Editora Appris Ltda.

Nenhuma parte desta obra poderá ser utilizada indevidamente, sem estar de acordo com a Lei nº 9.610/98.
Se incorreções forem encontradas, serão de exclusiva responsabilidade de seus organizadores.
Foi feito o Depósito Legal na Fundação Biblioteca Nacional, de acordo com as Leis nºs 10.994, de 14/12/2004 e 12.192, de 14/01/2010.

Catalogação na Fonte
Elaborado por: Josefina A. S. Guedes
Bibliotecária CRB 9/870

F383 Ferreira, Luciano Maia Alves
2018 Eutanásia e suicídio assistido: uma análise normativa comparada / Luciano Maia Alves Ferreira. - 1. ed. - Curitiba: Appris, 2018.
135 p. ; 21 cm (Multidisciplinaridade em saúde e humanidades).
Inclui bibliografias
ISBN 978-85-473-0968-8
1. Eutanásia. 2. Suicídio induzido. 3. Ética médica. I. Título. II. Série.

CDD 23. ed. – 179.7

Livro de acordo com a normalização técnica da ABNT.

Editora e Livraria Appris Ltda.
Av. Manoel Ribas, 2265 – Mercês
Curitiba/PR – CEP: 80810-002
Tel: (41) 3156-4731 | (41) 3030-4570
http://www.editoraappris.com.br/



Luciano Maia Alves Ferreira

EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO

UMA ANÁLISE NORMATIVA COMPARADA

Appris editora

Curitiba - PR
2018

FICHA TÉCNICA

EDITORIAL	Augusto V. de A. Coelho Marli Caetano Sara C. de Andrade Coelho
COMITÊ EDITORIAL	Andréa Barbosa Gouveia - USP Edmeire C. Pereira - UFPR Iraneide da Silva - UFC Jacques de Lima Ferreira - PUCPR Marilda Aparecida Behrens - UFPR
EDITORAÇÃO	Lucas Andrade
ASSESSORIA EDITORIAL	Alana Cabral
DIAGRAMAÇÃO	Jhonny Alves dos Reis
CAPA	Sandra Okada
REVISÃO	André Luiz Cavanha
GERÊNCIA COMERCIAL	Eliane de Andrade
GERÊNCIA DE FINANÇAS	Selma Maria Fernandes do Valle
GERÊNCIA ADMINISTRATIVA	Diogo Barros
COMUNICAÇÃO	Carlos Eduardo Pereira | Igor do Nascimento Souza
LIVRARIAS E EVENTOS	Milene Salles | Estevão Misael
CONVERSÃO PARA E-PUB	Carlos Eduardo H. Pereira

COMITÊ CIENTÍFICO DA COLEÇÃO MULTIDISCIPLINARIDADES EM SAÚDE E HUMANIDADES

DIREÇÃO CIENTIFICA	**Dra. Doutora Márcia Gonçalves - UNITAU**
CONSULTORES	Lilian Dias Bernardo – IFRJ
	Taiuani Marquine Raymundo - UFPR
	Janaína Doria Líbano Soares - IFRJ
	Rubens Reimao – USP

Edson Marques – Unioeste

Maria Cristina Marcucci Ribeiro – UNIAN-SP

Maria Helena Zamora – PUC-Rio

Aidecivaldo Fernandes de Jesus – FEPI

Zaida Aurora Geraldes – FAMERP

Dedico este livro às pessoas mais especiais do mundo: minha mãe, ***Lilia de Melo Maia****, pelo amor e apoio incondicional. Sua força me inspira a ser um vencedor. Minha irmã,* ***Marrielle Maia****, pelo incentivo constante e orientação, sem você não finalizaria esta obra. Saiba que nossa relação vai além do sangue.* ***Rafaela Parada****, que nos momentos finais foi uma grande companheira. Minha* ***"afilhada" Maia****, que é a pessoa mais importante da minha vida. Seja sempre essa menina linda, educada e atenciosa, você é especial. E, por fim, à minha avó,* ***Leonina de Melo Maia*** *(Vovó Nona), meu amor eterno, espero que esteja vendo tudo isso e que não deixe de iluminar nossos passos.*

AGRADECIMENTOS

Ao **Prof. Dr. Alcino Eduardo Bonella,** pela sua disponibilidade durante a execução deste texto, pelas correções cuidadosas e críticas que influenciarão o meu crescimento pessoal. À minha família, amigos, pacientes, alunos e professores que me apoiaram e acompanharam meus passos, sucessos, fracassos e realizações.

PREFÁCIO

A Editora Appris traz a público a obra *Eutanásia e Suicídio Assistido: uma análise normativa comparada,* de autoria de Luciano Maia Alves Ferreira. A abordagem interdisciplinar do tema, a partir de um olhar próprio de um profissional da saúde, resulta em um trabalho que considero um guia que vai além da simples comparação normativa de Estados europeus e americanos sobre o tema.

O livro informa e indica caminhos analíticos para os mais diversos profissionais que se interessam pelos temas da eutanásia, do suicídio assistido, do tratamento de doentes em fase terminal, de morte digna e, de forma geral, de vida e qualidade de vida.

Ao lidar com o aspecto central do repertório de princípios e valores que permeia o debate sobre os temas acima, o autor traça um caminho de análise acessível a diferentes linguagens, desafiando a ideia de que a bioética seja um assunto de especialistas.

Com esse trabalho de fôlego, Luciano demonstra que a polêmica e as distintas experiências normativas em torno das práticas da eutanásia e do suicídio assistido colocam os profissionais da saúde "no centro de um debate ético".

Os estudos apresentados, que consideram o aspecto do Biodireito, permitem uma relevante contribuição acadêmica. A estratégia de apresentar a história do reconhecimento da prática da eutanásia e do suicídio assistido em duas regiões diferentes do globo ressalta os aspectos normativos, estratégicos e cognitivos do direito nos temas relativos à terminação da vida, em suas múltiplas dimensões política, social e cultural.

Apesar de não ser um aspecto central da reflexão do autor, a obra contribui e muito para pensar a complexidade da problemática dos direitos humanos nessas diferentes dimensões. O estudo sobre os pronunciamentos ou o silêncio dos tribunais regionais de direitos humanos sobre o tema específico, ressalta a dificuldade de se alcançar padrões de comportamento definidos por instrumentos multilaterais.

O livro também traz um alerta sobre a insegurança jurídica para os profissionais que enfrentam a questão, especialmente em Estados onde a

definição das práticas não é clara em razão de dilemas próprios dos temas. Assim, torna-se um trabalho interessante para subsidiar as discussões no âmbito dos Conselhos de Ética Médica.

Para legisladores e juristas, a caracterização das lacunas normativas sobre os temas nas diferentes experiências estudadas, é um rico material de trabalho e pode orientar propostas legislativas, de políticas públicas e ainda fundamentar a prática jurídica.

Este estudo serve aos profissionais da saúde, do direito, da ciência política e relações internacionais e àqueles que se interessam de forma ampla ou específica por temas de bioética. Mas fundamentalmente é uma leitura para o público em geral, e tem relevância especial em dar publicidade para uma discussão fundamental que faz parte do dia a dia dos centros de saúde e unidades hospitalares, e, portanto, tema de interesse de todos os cidadãos.

Marrielle Maia
Instituto de Economia e Relações Internacionais
Universidade Federal de Uberlândia

SUMÁRIO

1
INTRODUÇÃO: ÉTICA E BIOÉTICA

1.1 Eutanásia e suicídio clinicamente assistido
1.2 Objetivos
1.3 Metodologia
  1.3.1 Tipo de estudo
  1.3.2 Local
  1.3.3 Procedimentos

2
BIOÉTICA E PRINCÍPIOS

2.1 Abordagens bioéticas
  2.1.1 Monismo: O Personalismo
  2.1.2 Monismo: O Utilitarismo
  2.1.3 Pluralismo: O Principialismo

3
EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO NO BIODIREITO

3.1 A inter-relação entre bioética e os direitos humanos nos tratados internacionais e regionai
3.2 A jurisprudência das Cortes Regionais de Direitos Humanos
3.3 O tratamento do tema na Europa
  3.3.1 A experiência da Holanda (Países Baixos)
  3.3.2 A experiência da Bélgica
  3.3.3 A experiência de Luxemburgo
  3.3.4 A experiência da Alemanha
  3.3.5 A experiência da Suíça
3.4 O tratamento do tema nas Américas
  3.4.1 A experiência dos Estados Unidos
  3.4.2 A experiência do Canadá
    3.4.2.1 A experiência da Colômbia
    3.4.2.2 A experiência do Uruguai
3.5 O tratamento do tema no Brasil

4
A LEGALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA E DO SUICÍDIO ASSISTIDO À LUZ DA BIOÉTICA

5
CONSIDERAÇÕES A TÍTULO DE CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS

1

INTRODUÇÃO: ÉTICA E BIOÉTICA

Para um estudo sobre a terminalidade da vida em uma abordagem bioética devemos entender alguns conceitos e princípios filosóficos. A Ética é definida etimologicamente como a ciência da conduta, do bem e das virtudes. É comum um dissenso entre autores, pensadores e pesquisadores. Alguns definem a ética como o estudo da moral, outros a veem com as mesmas características etimológicas e filosóficas (DURAND, 2007).

Beauchamp e Childress (2002) descreveram a ética como um termo utilizado de várias formas para se entender e analisar a moralidade, análise que se refere às convenções sociais sobre o comportamento do ser humano. Ética é vista, portanto, como um termo genérico para várias formas de se entender e analisar a vida moral, com abordagens normativas (que apresentam padrões de ações boas ou más) e descritivas (relatando aquilo que as pessoas acreditam e como elas agem ou o que seus conceitos e formas de pensar querem dizer).

Peter Singer (2002) afirma que a ética é uma fundamentação do ponto de vista universal, extrapolando o "eu", uma forma de pensamento e de agir em que os interesses próprios não podem valer mais que os alheios, objetivando maximizar a realização dos interesses de todos.

Hare (1981), por sua vez, criou uma proposta de justificação no campo da bioética que pretendia ser utilitarista e kantiana. O autor defende que todas as afirmações valorativas são prescritivas ou sugerem prescrições, quer dizer, sempre que enunciamos um juízo normativo ou mesmo valorativo sobre um caso ou situação, estamos indicando que todas as pessoas, em conjunturas semelhantes, nas propriedades moralmente relevantes e com as mesmas preferências, estão liberadas ou obrigadas a fazer o mesmo, especialmente estamos constrangidos logicamente a aceitar que façam conosco o que queremos fazer aos outros, nas circunstâncias com as mesmas propriedades relevantes.

A prescritividade, nesse caso, é um atributo fundado na estrutura coerente dos conceitos morais e, de certa forma, a base da teoria ética de Hare que afirma que antes de mais nada, é necessário considerar as propriedades lógicas dos conceitos morais cuidadosamente.

O juízo crítico da moralidade de ações e regras na teoria de Hare se produz pela junção de prescritividade (agir sinceramente segundo a regra) e de universalizabilidade (aplicar a regra em todas as circunstâncias similares, inclusive a si quando no papel de paciente da ação). A universalizabilidade determina a consideração das características morais relevantes de cada conjuntura para definir o seu valor moral (inclusive os desejos e preferências das pessoas envolvidas devem ser consideradas). Nas palavras de Hare:

> Segue-se da universalizabilidade que se agora digo que devo fazer uma certa coisa a uma certa pessoa, estou comprometido com a visão que a mesma coisa deve ser feita a mim, estivesse eu exatamente em sua situação, inclusive tendo as mesmas características pessoais e em particular os mesmos estados motivacionais. (HARE, 1981, p. 108).

Peter Singer (2002) também descreve sobre esse assunto e estabelece que, se uma pessoa quiser levar a vida eticamente, não pode considerar somente os seus interesses, mas deve, igualmente, considerar os interesses de todos os outros afetados pelas suas ações.

> O princípio de igual consideração de interesses atua como uma balança, pesando imparcialmente os interesses. As verdadeiras balanças favorecem o lado em que o interesse é mais forte, ou em que vários interesses se combinam para exceder em peso um menor número de interesses semelhantes, mas não leva em conta quais interesses estão pesando. (SINGER, 2002, p. 30).

De acordo com Segre e Cohen (2002) a ética pode ser fundamentada também por três requisitos básicos:

1. Consciência (percepção dos conflitos);
2. Autonomia (posicionar-se livremente sem influência controladora);
3. Coerência (condição de posicionar-se entre a emoção e razão).

Independentemente dos conceitos ou mesmo da classificação para ajudar a compreensão sobre este assunto, o debate sobre a ética está submetido também a uma dificuldade concreta, fato este que mesmo coexistindo, os seres humanos são diferentes em relação à cultura, raças e crenças, sendo muito difícil ou mesmo impossível criar uma homogeneidade comportamental, ou mesmo impor regras éticas de conduta em todos os

campos ou detalhes do relacionamento (humano, cultural, pessoal, profissional etc.).

Uma das maneiras de driblar essa situação no campo profissional foi a criação de normas de conduta que dependem primordialmente dos valores morais de cada indivíduo e de sua liberdade individual.

Isso se aplica bem às entidades de classe, tais como a Ordem dos Advogados, Conselhos de Medicina; Fisioterapia; Engenharia, entre outros, com a criação e aplicabilidade de códigos de conduta profissional que propõem valores culturais necessários para que seus membros possam interagir e trabalhar harmonicamente em sociedade (SILVA, 1998).

No âmbito internacional, segundo Segre e Cohen (2002), o que mais se aproxima de um suposto código de ética ideal é a Declaração Universal dos Direitos Humanos que dita princípios baseados na ética liberal em que, por exemplo, se expressa o direito à vida como um direito de todos os seres humanos do planeta. Nesse sentido, os códigos de ética profissionais, se orientados pelos princípios da referida declaração, poderiam ser considerados ideais.

No campo da saúde, o direito à vida tem sido discutido no contexto dos debates sobre o final da vida, prolongamento da vida e antecipação clinicamente assistida da morte. Essas duas questões estão intimamente vinculadas aos estudos sobre a eutanásia e o suicídio assistido.

Com efeito, nos últimos dois séculos, alguns acontecimentos reacenderam o debate público sobre a prática da eutanásia e conceitos correlatos no Brasil e no mundo, com impacto para os estudos e regulamentações relacionados aos aspectos éticos das profissões da saúde, a extensão do dever de salvamento, da autonomia, bem como do reconhecimento dos pacientes como sujeitos morais plenos e a relação profissional da saúde-paciente.

Um desses debates se deu em torno da prática do médico estadunidense Jack Kevorkian, conhecido como Doutor Morte, que passou a defender o suicídio assistido no ano de 1988 e, após dar assistência ao primeiro suicídio em 1990, enfrentou ações judiciais por homicídio (SINGER, 2002b, p. 187).

Também vale mencionar a disputa judicial deflagrada em 1993 na Flórida sobre a suspensão de tratamento de Terri Schiavo, em estado vegetativo

persistente, que abordou o limite do corpo e da mente, bem como a sacralidade da vida. A retirada da sonda que mantinha Terri Schiavo viva foi autorizada pela justiça americana em 2005 (ANNAS, 2005, p. 1710).

Em 2002, ano em que a eutanásia foi permitida na Holanda e na Bélgica, também merece atenção, a manifestação da Igreja Católica por meio do lançamento da campanha da fraternidade com o tema "Escolhe a Vida" em alusão clara às práticas da eutanásia e do aborto. Ao mesmo tempo, o Grupo Católico pelo Direito de Decisão apresentou um manifesto questionando se a defesa da vida pode consistir na condenação de uma pessoa ao sofrimento indefinido, com o impedimento da morte digna por meio da eutanásia (MENDES; SILVA; DALARI, 2009).

Também em 2002 o primeiro caso (Diane Pretty versus Reino Unido) sobre o direito de morrer foi encaminhado a uma corte internacional, a Corte Europeia de Direitos Humanos (CORTE EUROPEIA DE DIREITOS HUMANOS, 2002).

Na Itália, chamou a atenção os debates em torno do caso da italiana Eluana Englaro que permaneceu por 17 anos em estado vegetativo. A pedido da família os tribunais nacionais debateram o caso, foram negados os primeiros pedidos de suspensão do suporte artificial da vida, até que no ano de 2008 foi autorizada a suspensão da hidratação e alimentação. No ano seguinte, o primeiro ministro Silvio Berluscone emitiu um decreto de proibição da eutanásia, entre outras situações, recusado pela presidência da república (LUCHETTI, 2009, p. 2).

Alguns estudos no Brasil (DE CASTRO et al., 2016; MINAHIM e PORTUGAL, 2016; MABTUM e MARCHETTO, 2015; MARTINELLI, 2013; MARTEL et al., 2010; PIGNATARI et al., 2011; PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2007) são dedicados ao prolongamento da vida de pacientes possibilitado pelo avanço tecnológico e as questões éticas relacionadas também ao prolongamento do sofrimento. Muitas dessas pesquisas abordam o tema de forma empírica, trazendo dados inclusive sobre as percepções dos profissionais que lidam com o sofrimento de pacientes terminais. Neste trabalho, porém, a reflexão acerca da eutanásia e do suicídio clinicamente assistido busca compreender as questões de um ponto de vista normativo e

discutir eticamente a evolução ou proposta de regulamentação legal acerca do problema.

1.1 Eutanásia e suicídio clinicamente assistido

Seguindo Young (2016), vamos entender aqui por eutanásia voluntária, grosso modo, o protocolo médico de assistência à antecipação da morte que consiste em tirar a vida de um paciente terminal, a seu próprio pedido voluntário, competente e duradouro de morrer, paciente em condição de improbabilidade de cura, sofrimento intolerável (segundo ele próprio), e que não consegue suicidar-se. Chamaremos de suicídio clinicamente assistido ao mesmo protocolo de assistência médica ao morrer, exceto que agora o próprio paciente tem condições de tirar-se a vida, recebendo assistência médica apropriada, se preenche os outros critérios. A suspensão ou limitação do suporte vital em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou em tratamentos paliativos em casa, assim como os tratamentos paliativos após suspensão de tratamentos fúteis, também são outros protocolos de assistência ao morrer. Neste trabalho estamos focalizando a eutanásia voluntária e o suicídio clinicamente assistido.

A eutanásia, termo de origem grega (*eu* + *thanatos*), significa boa morte, "morte serena, sem sofrimento" (SINGER, 2002, p. 185). Entre os principais dilemas morais persistentes da ética, a eutanásia é um dos assuntos que suscita divisões e demanda maior cuidado e discussão. Sociologicamente falando, o termo algumas vezes costuma ter conotação pejorativa de morte para doentes incuráveis.

Às vezes se considera como o tirar a vida do ser humano por considerações "humanitárias", supressão indolor da vida, voluntariamente provocada, de quem sofre ou poderá vir a sofrer de modo insuportável (PESSINI; BARCHIFOUNTAINE, 2001, p. 287).

Exemplos na história são muito comuns, como o do Dr. Max Schur, colega de Freud (83 anos), que ao receber a solicitação do amigo acometido de câncer, lhe aplicou morfina para abreviar seu sofrimento e testemunhou: "Injetei-lhe dois centigramas de morfina. Repeti a dose após cerca de doze horas. Freud caiu em coma e não mais despertou" (BOTTEGA e DE CAMPOS, 2015, p. 14).

O tema sempre causou polêmica, especialmente no período posterior à Segunda Guerra Mundial quando a opinião pública tomou conhecimento de várias atrocidades e monstruosidades cometidas na época nazista contra deficientes físicos, homossexuais, judeus e ainda como ferramenta política para eliminar inimigos do regime (pessoas qualificadas). O período acabou por marcar a história como um programa político de eutanásia usada como forma de eliminar indesejáveis pelo regime.

Atualmente a questão ganha significado de um debate mais profundo quanto à autonomia e respeito à escolha pessoal, pois muitas coisas mudaram e evoluíram com os avanços da tecnologia e da medicina.

O progresso da medicina proporcionou o aumento da expectativa de vida do ser humano e as possibilidades terapêuticas para manutenção de um paciente vivo, muitas vezes com o auxílio de aparelhos. Assim a tecnologia que sustenta a vida de uma pessoa pode ser a mesma que prolonga o processo da morte e sofrimento a ela causado.

Vinculado a essas e outras questões, o tema sobre a antecipação da morte emerge. A *Euthanasiam Society of América* propôs que na atual Declaração dos Direitos do Homem figure, entre os diretos da pessoa, não somente o direito indiscutível à vida, mas também o direito à morte (PESSINI; BARCHIFOUNTAINE, 2007).

Peter Singer (2002) propôs uma categorização da eutanásia em três tipos e seu objetivo foi apresentar as questões éticas específica vinculadas às possíveis práticas:

1. Eutanásia voluntária: feita a pedido da pessoa que pretende ser morta, e normalmente é eticamente aceitável, salvaguardada necessariamente por qualificações para ser posta em prática como mais de uma opinião médica sobre perspectivas de recuperação nula.
2. Eutanásia involuntária: a pessoa, quando viva, não foi consultada, ainda que tivesse em condições de consentir com a própria morte, mas não o fez porque não lhe perguntaram. É virtualmente sempre errada, com nenhuma ou poucas exceções possíveis.
3. Eutanásia não voluntária: o ser humano que não é capaz de compreender a escolha entre a vida e a morte. É um tipo problemático, mas ainda assim pode ser aceitável sob certas condições.

Ela ainda pode ser descrita como eutanásia ativa ou passiva. A ativa ocorre quando são usados meios (injeção letal, medicamentos, entre outros.) para pôr fim à vida do paciente e a passiva quando a morte do doente é causada pela insuficiência de recursos para manutenção das funções vitais

(falta medicamentos ou intervenções). Em meio a essas categorizações define-se eutanásia em um sentido abrangente numa morte suave, indolor sem sofrimento e em sentido restrito no ato de abreviar a vida de um indivíduo ou ajudar no seu suicídio (FERNANDES, 2012).

Outro conceito correlato é o de suicídio assistido, este ocorre quando uma pessoa, que não consegue efetivar sozinha sua intenção de morrer, solicita a assistência de um outro indivíduo de forma desejada e racional.

> A assistência ao suicídio de outra pessoa pode ser feita por atos (prescrição de doses altas de medicação e indicação de uso) ou, de forma mais passiva, através de persuasão ou de encorajamento. Em ambas as formas, a pessoa que contribui para a ocorrência da morte da outra, compactua com a intenção de morrer através da utilização de um agente causal. O suicídio assistido ganhou notoriedade através do Dr. Jack Kevorkian, que nos Estados Unidos, já o praticou várias vezes em diferentes pontos do país, por solicitação de pacientes de diferentes patologias. (GOLDIN, 2004, *online*).

McMahan (2011) descreveu a eutanásia e o suicídio como conceitos cuja fronteira é incerta já que nem sempre é possível determinar se uma ação é um ou outro. O autor caracteriza o ato da eutanásia, em termos críticos, como um ato de matar ou de deixar morrer alguém que satisfaça duas condições: quando o benefício da morte seja bom para o indivíduo, ou quando o agente deva estar motivado a fazer o que é bom para o indivíduo e deva pretender beneficiá-lo abreviando sua vida. Fechando esse raciocínio, a eutanásia é considerada voluntária quando uma pessoa livre e autônoma pede ou consente em ser morto ou deixado morrer para seu próprio bem e não é voluntária quando não é possível que a pessoa em condições terminais dê seu consentimento (quando o indivíduo deixou de ser competente para formar preferências autônomas sobre a vida e morte) exemplo: um feto, uma criança com problemas congênitos, um ser humano com um prejuízo cognitivo grave, entre outros.

Já o Comitê de Ética da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, afirmou que a eutanásia só pode ser voluntária e ativa. Assegura que a eutanásia é "matar a pedido", sendo definida como:

> [...] um médico intencionalmente mata uma pessoa pela administração de drogas devido a um pedido voluntário e competente da mesma", já o suicídio assistido pelo médico seria: um médico intencionalmente ajuda uma pessoa a cometer suicídio provendo drogas para autoadministração devido a um pedido voluntário e competente da mesma. (MATERSTVEDT et al, 2003, p. 98).

As várias definições de eutanásia e suicídio assistido e o limite tênue entre elas gera insegurança, especialmente para os profissionais que lidam com o processo da morte. No Brasil, novas denominações foram criadas, como mistanásia, ortotanásia e distanásia.

Definida por Martin (1998) a mistanásia é o procedimento que provoca a morte antes da hora, de uma maneira dolorosa e miserável (eutanásia social), opondo-se aos princípios do bem-estar da humanidade. Destaca-se que a diferença entre a mistanásia e a eutanásia é o resultado. A eutanásia provoca também a morte antes da hora, porém de maneira suave e indolor, a pedido de um paciente terminal em sofrimento sem perspectivas de melhora e justamente por isso torna-se tão atraente para tantas pessoas. Já o procedimento conhecido como ortotanásia é realizado quando não são tomadas medidas artificiais para prolongamento da vida de uma pessoa em fase terminal, restringindo a fazer um tratamento paliativo para aliviar a dor, permitindo uma morte digna. Para muitos o mais adequado, a ortotanásia permite ao doente e àqueles que o cercam, enfrentar seu destino com certa tranquilidade porque, nessa perspectiva, a doença é tida como parte da vida e não algo a ser curado. É difícil distinguir claramente esse conceito do de eutanásia passiva, se o paciente está em fase terminal e o tratamento é fútil.

Por fim, a distanásia é denominada como sofrimento prémorte em razão de procedimento médico insistente ou fútil. O Dicionário Aurélio traz a seguinte conceituação: "morte lenta e dolorosa em consequência de agonia prolongada (por oposição a eutanásia, morte provocada em circunstâncias que evitem dor e agonia demoradas)" (FERREIRA, 2004). O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento inútil ou como os franceses diziam encarniçamento terapêutico. Trata-se da atitude médica que visa salvar a vida do paciente terminal, mas submete-o a grande sofrimento. Nessa conduta não se prolonga à vida propriamente dita, mas o processo de morrer (PESSINI, 1995).

Alguns autores consideram-na como obstinação terapêutica ou excesso de cuidados totalmente desmedidos em pacientes terminais, pois suplantam o benefício e a autonomia da pessoa doente, no que diz respeito à decisão acerca da continuidade do tratamento. Tratamentos fúteis executados com

intuito de proporcionar sobrevida ao paciente, não fúteis em si, mas fúteis em relação a um objetivo (FEIO; OLIVEIRA, 2011).

É de nosso conhecimento que os avanços da tecnologia provocaram grandes alterações positivas na medicina relacionados à melhora da qualidade de vida, ao aumento da expectativa de vida, capacidade de diagnósticos mais eficiente, capacidade de manutenção de indivíduos em estado de saúde grave (com risco de morte e falência de órgãos) em segurança utilizando equipamentos de suporte vital, porém não podemos esquecer que essas intervenções podem provocar reflexos negativos nos mesmos considerando o prolongamento do sofrimento imposto por esses recursos. A vontade do paciente, seu sofrimento pessoal e familiar deve ser respeitado, até a expectativa de um prognóstico ruim identificado pelo próprio médico deve ter seu novo papel de ajudar o paciente a decidir. O suporte vital necessariamente não é o principal objetivo, mas sim o acompanhamento do enfermo durante as fases avançadas da patologia, aliviando a dor e promovendo maior bem-estar aos seus últimos dias.

Com as novas descobertas tecnológicas e os constantes avanços da medicina, emergiram novos estilos de praticar a medicina, além de novas atitudes e abordagens diante da morte e do doente terminal. Para entender melhor essa questão no processo evolutivo da medicina, distinguimos três paradigmas: o científico-tecnológico, o comercial-empresarial e o da benignidade humanitária e solidária.

O paradigma científico-tecnológico consiste na evolução e utilização dos meios de tratamento e diagnóstico ajudando no tratamento de patologias que antes tinham prognostico ruim e atualmente são controladas e curáveis, em alguns casos com facilidade, todavia há um risco nas palavras de Pessini:

> Este orgulho de conseguir a cura facilmente se transforma em arrogância e a morte, ao invés de ser vista como o desfecho natural da vida, se transforma num inimigo a ser vencido ou numa presença incômoda a ser escondida. Dentro da perspectiva do paradigma científico-tecnológico, a justificação do esforço para prolongar indefinidamente os sinais vitais é o valor absoluto que se atribui à vida humana. A distanásia está ligada especialmente a este modelo científico-tecnológico de medicina e ao comercial - empresarial, que veremos em seguida. (PESSINI, 2009, p. 46).

O paradigma comercial-empresarial caracteriza-se com a evolução tecnológica da medicina frente aos fármacos e equipamentos, fazendo do

médico um funcionário de empresas hospitalares, não mais um profissional liberal. A medicina passa a ser um negócio, o lucro é o importante e a situação financeira do doente é que vai caracterizar o tipo de tratamento que deve ser aplicado. Enquanto o paciente tem a possibilidade de pagar (utilizando seguros de saúde especiais) ele é contemplado com toda tecnologia disponibilizada para seu caso (prolongando ao máximo sua vida), porém, quando o recurso começa a faltar, são indicadas outras formas de tratamento menos onerosas, por fim mais lucrativas economicamente para as empresas de saúde. Isso é o descaso com o compromisso assumido com a vida humana.

Já o paradigma da benignidade humanitária e solidariedade reconhecem os benefícios da tecnologia e da ciência e a necessidade de uma administração competente dos serviços de saúde. A medicina que atua com estes princípios, opera com o conceito de saúde como bem-estar, optando por um meio-termo: nem matar, nem prolongar exageradamente o processo de morrer, mas sim promover uma morte digna (PESSINI, 2009).

Isso ajuda a entender e explicitar a importância do estudo bioético sobre fim da vida baseado em fatos e em reflexão. No decorrer do texto discutiremos alguns argumentos relevantes para fomentar uma discussão mais apropriada sobre o assunto. São vários os países que já legalizaram práticas de eutanásia, ou de suicídio assistido e morte assistida. Outros tem previsões legais que despenalizam estas práticas. No Brasil a antecipação do fim da vida ainda é vista como problema no ordenamento jurídico, e pode ser entendida como ilícita diante do Código Penal.

1.2 Objetivos

O objetivo geral foi expor, analisar e discutir aspectos da eutanásia voluntária e do suicídio clinicamente assistido comparando sua permissão legal em várias partes da Europa e América com (suposta) ausência da permissão legal no Brasil. A pesquisa aqui apresentada visa discutir a legalização da antecipação clinicamente assistida da morte e a comparação da abordagem normativa e regulamentação em países das Américas e Europa frente ao debate ético sobre eutanásia e conceitos relacionados com vistas a contribuir para o debate sobre condutas profissionais em bioética no Brasil.

Para tanto identificamos os seguintes objetivos específicos:

1. Estudar e comparar as perspectivas bioéticas de autores reconhecidos no debate;
2. Estudar o histórico de legalização da eutanásia e do suicídio assistido em países Europeus e Americanos;
3. Estudar o histórico do tratamento do tema da eutanásia em alguns tratados internacionais relacionados à bioética e aos direitos humanos;
4. Identificar como o tema da eutanásia e do suicídio assistido é tratado no âmbito das Cortes Regionais Europeia e Interamericana de Direitos Humanos;
5. Realizar um levantamento da normativa e regulamentação vigente nos países estudados e compará-las por meio de variáveis que indicam: a permissão ou proibição das práticas da eutanásia e do suicídio assistido, identificando ainda regulamentação da recusa de tratamento, diretivas de antecipação da vontade e cuidados paliativos;
6. Realizar um levantamento sobre o tratamento da questão na legislação brasileira e nas normas do Conselho Federal de Medicina.

1.3 Metodologia

1.3.1 Tipo de estudo

Este estudo é do tipo teórico, e foi realizado por meio de revisão da literatura e da análise de conceitos e argumentos sobre os temas propostos que fornecem embasamento necessário para avaliação de condutas profissionais, protocolos e leis. Ademais foi realizado um estudo documental sobre a eutanásia e o suicídio assistido na normativa internacional e doméstica nos países europeus e americanos.

1.3.2 Local

Foi realizado na Universidade Federal de Uberlândia – UFU junto a Faculdade de Medicina e o Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1.3.3 Procedimentos

O estudo foi realizado por meio de um levantamento bibliográfico e documental realizado na Biblioteca da Universidade Federal de Uberlândia – UFU e especialmente em acervos virtuais – internet como: Lilacs, Medline/PubMed, SciELO, Portal de Periódicos Capes, JSTOR.

Os descritores (em português em inglês) utilizados na pesquisa foram "Euthanasia", "Assisted Suicide"; "Phisitian Assisted Suicide"; "Mercy Killings"; "Medical Ethics", "Government Regulation" "Legal Approach", "Right to Die".

Foram identificados 992 artigos, dos quais 99 foram selecionados. Foram buscados artigos publicados a partir de 1990 até 2016. O recorte temporal justifica-se em razão de em 1994 o Oregon ter aprovado o suicídio assistido e no ano de 2002 os primeiros países europeus terem legalizado a eutanásia (CAMPBEL, 1996). Nos anos recentes, 2015 e 2016 a Colômbia despenalizou o homicídio piedoso e o Canadá passou a permitir o suicídio assistido. Assim a pesquisa abrange as iniciativas principais de regulamentação governamental sobre o tema no recorte da metodologia.

Dos artigos publicados em periódicos com corpo de revisores, foram excluídos aqueles que apareceram em duplicidade e os que não abordavam diretamente o tema. No Lilacs foram encontrados 162 artigos e selecionados 30. No Medline/PubMed foram identificados 77 artigos e selecionados 18. No Scielo, dos 6 artigos, somente 1 foi selecionado. No portal de Periódicos Capes dos 143 artigos, foram selecionados 28. Já no JSTOR foram identificados 614 artigos e 22 foram selecionados.

A pesquisa de referencial bibliográfico e documental foi complementada com outras fontes de obras clássicas sobre o tema da bioética e outras obras que debatem os temas abordados neta tese provenientes de sites de países, relatórios, textos legislativos, jurisprudência e notícias.

Utilizou-se também uma seleção de casos concretos para a análise, sendo que os dados colhidos foram confrontados para avaliarmos a descrição histórica e evolução do tema.

2

BIOÉTICA E PRINCÍPIOS

As primeiras prescrições sobre a ética na medicina parecem ter partido de Hipócrates, médico grego do século V a.C., que se tornou o nome mais conhecido no Ocidente. Em seu famoso "Juramento Médico", o estudante de medicina reconhece seus deveres em relação a seus mestres e se compromete em transmitir seus conhecimentos corretamente, também se propõem a trabalhar em favor dos pacientes, evitando todo mal e toda injustiça, proibindo a administração de veneno, a prática do aborto, às relações sexuais com pacientes e a divulgação de detalhes sobre a vida privada dos pacientes (BOCCATTO, 2007).

A bioética continua hoje como a área que enfoca as questões referentes à vida humana (saúde) e consequentemente também à morte, especialmente na medicina (SEGRE; COHEN, 2002). No ano de 1970, em um artigo do cancerologista americano Van Rensselaer Potter, intitulado *Bioethics, The Science of Survival,* o termo bioética foi usado para indicar um vasto campo de aplicação: controle populacional; paz; pobreza; ecologia; vida animal; bem-estar da humanidade, a sobrevivência da espécie humana e do planeta (GARCIA, 2010).

Vale mencionar os debates em torno da Declaração de Genebra (1948) que resultou em um grande esforço da comunidade internacional em codificar normas para a garantia dos direitos humanos, tendo em vista o consenso em torno da necessidade de enfrentar atrocidades como aquelas cometidas durante a Segunda Guerra Mundial e julgadas pelo Tribunal de Nuremberg. É importante também, lembrar-se da Declaração de Helsinque que estabelece normas para pesquisas médicas sem fins terapêuticos que estão em vigência até o presente momento (BOCCATTO, 2007).

Alguns fatos históricos foram relevantes para o incentivo de discussões sobre o tema, como em 1963 no Hospital Israelita de Nova Iorque, onde experimentos foram realizados injetando-se células cancerígenas em 22 idosos com intuito de verificar o processo de rejeição de transplante em seres humanos. Em 1967 foi realizado o primeiro transplante de coração pelo Dr.

Christian Barnard, que gerou discussões sobre questões bioéticas, como o consentimento do doador e se ele já estaria morto quando do transplante (BOCATTO, 2007, p. 12).

2.1 Abordagens bioéticas

Abordagens bioéticas lidam essencialmente com o que chamaremos de fatores normativos que são como hipóteses para o entendimento, ou melhor, compreensão além da melhor orientação prática sobre a conduta moral em medicina e saúde pública. Analisaremos neste capítulo algumas teorias como o personalismo, utilitarismo e o principialismo.

2.1.1 Monismo: O Personalismo

Uma corrente é o personalismo cristão, abordagem descrita pelo filósofo católico Emmanuel Mounier em 1967, que consiste em um sistema que afirma a integral valorização da pessoa humana em sua totalidade, na transcendência com a natureza. Consiste em uma oposição e superação do individualismo atomista. Enquanto este último mantém o homem centrado em si mesmo, a primeira preocupação do personalismo é colocá-lo em perspectivas abertas pela pessoa humana.

São Tomás de Aquino descreveu uma doutrina clássica em torno do conceito de pessoa humana (muito empregada no personalismo) como um ente dotado de um próprio ser, orientado à sua própria realização, necessitado de uma sociedade para sobreviver e dependente de Deus para a sua existência. O personalismo conta com uma ideia chave de unidade da humanidade no espaço tempo. Defende um gênero humano com histórias e destinos coletivos que não se separaram dos individuais, baseados na presença superior de Deus (DO NASCIMENTO, 2007).

De acordo com Comparato (2006), a humanidade não vive sob a tirania de destino, ideias ou pensamentos impessoais, mas sim de um Deus próprio e pessoal, que transcende o mundo por ele criado estando sempre presente e atuante. Essa característica demonstra a ligação do personalismo com o cristianismo e descreve que o corpo não pode ser afastado do ser autoconsciente, racional e de juízo moral, constituintes da pessoa, pois ele em sua unidade não é apenas um componente biológico e sim corpo e espírito, pois ambos se completam.

Um dos princípios fundamentais da bioética personalista é o da defesa da vida física como valor fundamental, enfatizado pela sacralidade e inviolabilidade da vida humana, desde a sua concepção até o seu declínio.

> O respeito ético do homem diante de si mesmo e dos outros representa sua defesa e promoção pela vida. O pensamento cristão une corpo e alma e na visão cristã a separação dos dois resulta na morte, quando nega-se o corpo, nega-se a tradição cristã.

O ser está ligado ao ser pessoal, dignificado pelo amor ao corpo, onde o ser humanizado que levará humanidade ao mundo (MOUNIER, 1976, p. 179).

De acordo com Sgreccia (2009) o personalismo cristão, difundido pela Igreja (e que agora temos na Bioética cristã), de inspiração católica, valoriza a razão e a fé, que reconhece a dignidade da vida humana, desde o início até a morte natural, e tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida Humana.

O personalista compreende homem enquanto pessoa, este que se torna singular pela transformação que ocorre em sua natureza pois é o único capaz de amar, abrindo-se ao outro, enquanto, ao menos para pensadores religiosos em geral, os animais, por exemplo, agem conforme situações impostas, nunca mudam, seus hábitos são naturais, diferindo-se do homem que age conforme o meio (cultural, social, político, ecológico, religioso etc.).

A filosofia personalista respeita diferenças de culturas, etnias, classes mostrando um sentido plural de personalismos (MOUNIER, 1976). O personalismo clássico que não nega a capacidade de escolha nos mostra um estatuto ontológico da pessoa. Sendo esta um corpo espiritualizado que vale pelo que é e não pelas escolhas que realiza. Este personalismo descreve a pessoa com um corpo e espírito, uma unitotalidade em todas suas dimensões, a física, psicológica, social e por fim espiritual (SGRECCIA, 2007). O personalismo ontológico descreve o conceito de pessoa como fundamento bioético. "O valor atribuído ao significado do termo é unânime, a pessoa converte-se em um filtro que determina a licitude ou ilicitude de uma intervenção sobre a vida". Essa teoria admite que todos os seres humanos são pessoas, assim o zigoto, embrião, feto, recém-nascido e criança já possuem subsídios que os conduzirão sua atuação completa como pessoa, ao mesmo tempo o ancião, enfermo em coma e pacientes terminais que

enquanto seres humanos podem exercer suas funções. O famoso arco biológico da vida humana (PALAZZANI, 1993, p. 73).

Alguns princípios da ética personalista são: (1) o princípio da defesa da vida; (2) o princípio da liberdade e responsabilidade; (3) o princípio da totalidade ou o princípio terapêutico e (4) o princípio da sociabilidade e da subsidiariedade (SILVA, GOMES e RAMOS, 2009).

Segundo Sgreccia:

> Existem, portanto, muitas correntes de pensamento bioético, entre as quais, o personalismo. No diálogo com os liberais, por exemplo, afirmamos que a liberdade se funde também no respeito da vida física, pois sem isso não há como ter liberdade, pois não há como sermos livres sem estarmos vivos... Um modo de dialogar é deixar claro que a visão do personalismo encontra a plenitude dos valores humanos, de forma integral, e não somente quando se toma uma parte e se elimina outros elementos. (SGRECCIA, 2009, p. 266).

O personalismo secular é simplesmente um nome que damos para a interpretação da visão do valor sagrado da pessoa humana e da vida humana, em termos de valor intrínseco e inerente do homem, ou princípio da dignidade da pessoa humana, como presente em filosofias não religiosas como as de Kant, Dworkin e Rawls, também presentes nos ordenamentos jurídicos de países tradicionalmente influenciados pelo cristianismo e pela história do desenvolvimento da democracia, com seus movimentos de garantia de direitos básicos similares aos direitos humanos universais. Em bioética, reproduzem-se estas referências com o apelo ao valor da vida humana com caráter quase absoluto e uso da premissa normativa da dignidade da pessoa em quase todo tipo de debate. Um problema principal será exatamente este, pois dessa premissa muito geral se podem justificar ações que se contradizem, como manter a vida e tirar a vida em nome da vontade dos pacientes ou de sua situação de dor e sofrimento.

2.1.2 Monismo: O Utilitarismo

O utilitarismo é uma abordagem secular (não religiosa) que afirma que uma ação é correta se promove o máximo bem-estar e é condenável se produz menos ou se produz sofrimento, não somente ao agente da ação, mas também aos outros afetados. Distingue-se do egoísmo, em que os interesses próprios se sobrepõem sempre a outros interesses, e se opõem a quaisquer teorias em que os atos certos ou errados são independentemente

das consequências que possam ter para o bem-estar dos afetados. O utilitarismo avalia, por exemplo, que é possível que uma coisa ruim seja resultado de uma boa motivação e vice e versa (GALVÃO 2005; MILL, 2005).

Para J. S. Mill (2005) o utilitarismo acaba por exigir coisas que muitos não querem aceitar. E o utilitarismo sempre está presente em debates morais por ter uma perspectiva normativa simples e direta: analisa, por exemplo, a moralidade do aborto ou da eutanásia em função das consequências das ações ou de regras para o maior ou menor saldo de prazer sobre a dor, de felicidade sobre a infelicidade.

Peter Singer (2002) é o principal expoente do utilitarismo na bioética, para ele a questão do valor da vida geralmente está marcada pela premissa de que a "vida é sagrada", não no sentido literal de vida ou de sacralidade, mas na correlação direta com a "vida humana" e com o valor "intrínseco" ou "inerente" em comparação aos seres de outras espécies e outras formas de vida. Singer pensa que tal teoria não se sustenta por ser especista, ou seja, excluir arbitrariamente outras espécies. Confere valores especiais ao homem frente aos outros seres vivos, mesmo sabendo que historicamente esses mesmos valores já foram sobrepujados (como nas civilizações greco-romanas onde o fato de ser da mesma espécie não garantia a vida ao indivíduo, exemplo de bebês malformados ou doentes, ou mesmos de escravos que não eram considerados iguais). O que importa não é o grupo a que se pertence, mas como as ações afetam as preferências e o bem-estar de quaisquer seres afetados.

Mas isso levou Singer (2002) a uma especificação bastante peculiar de seu utilitarismo, a distinção entre ser humano em termos meramente biológicos e ser humano como pessoa. Um "ser humano" como membro da espécie *Homo sapiens* é determinado mediante análise dos seus cromossomos e células que confirmam facilmente sua existência. Um "ser humano" como pessoa é determinado pelos indicadores de pessoalidade, tais como a consciência de si, o senso de futuro e passado, racionalidade e autonomia.

O termo "*pessoa*", que de acordo com o dicionário Oxford designa aquele que desempenha um papel de um agente autoconsciente ou racional. O mesmo termo é definido por John Locke como um ser inteligente e racional, dotado de razão e reflexão, capaz de conjeturar de si mesmo como uma

mesma coisa pensante, em diferentes tempos e lugares. Esse termo foi adotado por Peter Singer (2002) em seus textos para capturar elementos que o termo "membro da espécie *Homo Sapiens*" não engloba.

Os apontamentos feitos anteriormente têm relação direta com os dilemas morais encontrados no discurso sobre a vida e a morte. Divergências são comuns e passiveis de discussões sobre a vida de um embrião, feto, recém-nascido, bebês anencefálicos ou indivíduos com demências agressivas, pois todos são da mesma espécie ("*Homo sapiens*" enquanto fato biológico), porém com indicadores de humanidade diferentes (consciência e racionalidade), gerando consequências diferentes para nossas ações.

Algumas questões são frequentemente levantadas, por exemplo: um feto (biologicamente falando) apresenta as mesmas características de um bebê recém-nascido ou de uma criança de 3 anos? Um feto se diferencia de um animal que também não apresenta características de humanidade? Não entrarei nessa discussão teórica sobre o direito a vida do feto, o certo ou errado do aborto, ou sobre matar animais, vou me ater às situações voltadas para o tema do estudo, a eutanásia e o suicídio assistido de pessoas.

Há dilemas morais que são frequentes e permeiam controvérsias que transitam entre paradigmas éticos complexos. Exemplifiquemos com o caso de um indivíduo com uma patologia degenerativa como o Alzheimer, que em fases avançadas e terminais da doença perde parcialmente sua capacidade cognitiva, racional e autoconsciente. A realização da eutanásia seria aceitável pois ele perdeu sua "humanidade" ou ainda seria imoral pois ele ainda é um ser humano?

Tooley (1972) argumentou que os únicos seres a terem direito à vida são os que podem conceber-se como entidades distintas existentes no tempo, baseado na certeza de uma ligação conceitual que existiria entre os desejos que um ser é capaz de ter e os direitos que se pode afirmar que ele tenha. Isso mostra a dificuldade em se posicionar sobre as vontades pessoais, como no exemplo anterior, no qual o direito à existência continuada não acaba pelo simples fato dele não expressar esse desejo e sim pela vontade expressa anteriormente, mesmo estando inconsciente.

Da mesma forma alguns pensadores descrevem a relação acima com implicações mais fundamentais voltadas à ética referente ao direito à vida,

baseado em um princípio moral básico, o respeito pela "autonomia", definida como o ato de se autogovernar, de ter liberdade, privacidade, de fazer escolhas pessoais e por fim, pertencer a si mesmo. Uma ação autônoma deve ser intencional, com entendimento e sem influência controladora, incompatível com a autoridade. Porém essa inconsistência fundamental pode existir no momento que autonomamente uma pessoa aceita se submeter ao direcionamento e autoridade de outras pessoas, instituições ou governos.

McMaham (2011) disserta sobre a moralidade do ato de matar concernente à beneficência e a justiça em uma abordagem de dois níveis, o que divide a moralidade de acordo com Warren Quinn em moralidade dos interesses (efeitos de nossa ação frente aos interesses temporalizados dos outros) e a moralidade do respeito (restrições sobre nosso comportamento em relação a outras pessoas).

O tratamento destinado aos animais no âmbito da moral está dentro da esfera da moralidade dos interesses, enquanto nossas relações com outras pessoas estão dentro de ambas as esferas, pois devemos mostrar respeito pelos interesses e direitos das pessoas. Claramente, podemos salientar como ainda estamos constrangidos frente a outro conjunto de proteções que se aplicam às pessoas e não aos animais, mesmo não sendo o foco desta temática.

Além das considerações feitas no tocante aos interesses pessoais e da dignidade da pessoa devem ser considerados também o limite do respeito, principal exigência do domínio da moralidade onde o ato de matar um animal pode ser mais ou menos condenável baseado no interesse temporalizado que o animal tinha em viver, já matar uma pessoa é sempre errado mantendo-se todas as variáveis.

Torna-se importante entender como todas as dignidades, todos os interesses, todos os danos são interpretados para discorrer sobre o ato de matar. Dessa maneira, entender o tema entre o valor da vida e da morte se torna fundamental para discorrermos sobre o tema Eutanásia. Singer (2002) descreve que quando deixamos de lado doutrinas sobre o caráter sagrado da vida humana, torna-se inevitável admitir que pode haver circunstâncias em que é preciso matar, que é justo matar, ou até que é digno matar.

2.1.3 Pluralismo: O Principialismo

A corrente do Principialismo descrita por Beauchamp e Childress (2002) procura fundamentar e aplicar a bioética a partir de quatro fatores normativos principais, tratados como princípios: o respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

A autonomia sendo definida como o ato de se autogovernar, de ter liberdade, privacidade, de fazer escolhas pessoais e por fim, pertencer a si mesmo. Uma pessoa com autonomia age livremente de acordo com um plano escolhido por ela, ponderando, identificando e aceitando racionalmente desejos de nível superior (2ª ordem) que sobrevém a desejos básicos (1ª ordem), exemplo, o alcoólico que deseja beber, mas entende que não deve (apresentando capacidade de mudar a estrutura de preferências).

Uma ação autônoma deve ser intencional, com entendimento e sem influência controladora, o que é incompatível com a autoridade externa. Kant (1980) versou sobre o respeito à autonomia originado pelo reconhecimento de que todas as pessoas racionais apresentam a si como portadoras de valor incondicional e capacidade de determinar seu destino. Mill (1977), baseando-se na individualidade, pensou que se deve permitir que cidadãos se desenvolvam por suas convicções pessoais desde que não interfiram na liberdade do próximo.

Há um tipo de tensão entre autonomia, autoridade e tradição moral. O conflito gerado ocorre em razão da independência entre esses referenciais e pelo fato de que muitas vezes as definições subestimam as relações pessoais. Conforme ensina Beauchamp e Childress (2002, p. 143) "o respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto o desrespeito a este princípio envolve atitudes que degradam e negam a igualdade moral".

Sustentam-se algumas regras morais específicas para realizar o respeito à autonomia, são elas: (1) dizer a verdade; (2) respeitar a privacidade dos outros; (3) proteger as informações confidenciais; (4) obter consentimento para intervenções nos pacientes; (5) quando solicitado, ajudar os outros a tomar decisões importantes.

Estas regras morais são *prima facie,* não absolutas, pois podem se chocar e outros princípios como beneficência e não maleficência também devem ser

levados em conta. Outro fator importante é a não aplicabilidade direta destas regras em pessoas não autônomas (imaturas, inaptas, ignorantes, coagidas ou exploradas) ou vulneráveis.

A beneficência é entendida como o propósito de agir em benefício dos outros. Significa ato de compaixão, bondade, caridade (amor, altruísmo, humanidade). Já o princípio de beneficência refere-se à obrigação moral em agir em benefício do outro, promovendo seus interesses legítimos e importantes.

Na ética médica, as obrigações de ponderar e conceder benefícios, de prevenir ou reparar danos é fundamental, mesmo que eles não sejam amplos o suficiente para incluir todos os outros princípios.

Da mesma maneira, muitas regras de beneficência fazem parte da moralidade, algumas já mencionadas, mas não como as referidas regras, exemplo: "(1) proteger e defender os direitos dos outros; (2) evitar que outros sofram danos; (3) eliminar as condições que causarão danos a outros; (4) ajudar pessoas inaptas; (5) socorrer pessoas que estão em perigo" (CHEHAIBAR, 2010, p. 33).

Em regra, somos moralmente proibidos de causar danos a quem quer que seja (uma obrigação perfeita), ao mesmo tempo podemos manifestar nossa beneficência com parcialidade em favor daqueles com quem temos um relacionamento especial (uma obrigação imperfeita), podendo ser descrita de forma mais específica como beneficência especifica (grupos específicos como filhos, amigos e parentes) e beneficência geral (para todas as pessoas) (MCMAHAN; 2011, KUHSE; SINGER, 2001).

O princípio da não maleficência determina a obrigação de não infligir dano intencional (distinção crítica entre matar ou deixar morrer). Essa definição pondera sobre temáticas amplas e/ou limitadas. As amplas envolvem conceitos complexos como o comprometimento da reputação, propriedade, privacidade e liberdade, além obviamente da vida. As limitadas consideram apenas interesses físicos e psicológicos como ter saúde ou sobreviver. Alguns filósofos unem os conceitos da não maleficência aos da beneficência em um único princípio, traduzindo em quatro obrigações gerais: (1) não infligir males ou danos (o que é nocivo); (2) dever impedir a ocorrência

de males ou danos; (3) dever eliminar males ou danos; (4) dever fazer ou promover o bem.

Essa divisão conceitual pode ser explicada de forma clara, partindo do princípio que essas obrigações gerais se tornam específicas quando a primeira mostra a possibilidade de infligir um dano, enquanto as outras três, de permitir o dano. Tal diferença não apresenta significância moral e tão pouco exige ordem de prioridade.

Dano pode ser caracterizado pelo emprego de vários termos como prejudicar, lesar, fazer mal, cometer injustiça ou comprometer reputação, privacidade ou liberdade. Desta forma, como existem muitos tipos de danos, o princípio da não maleficência abarca algumas regras morais como: (1) não matar; (2) não causar dor ou sofrimento aos outros; (3) não causar incapacitação aos outros; (4) não causar ofensas aos outros; (5) não despojar outros dos prazeres da vida.

De acordo com Bonella (2008) os autores citados defendem o princípio da não maleficência, como principal aspecto teórico referente à aceitação de julgamentos sobre a qualidade de vida, e como principal aspecto prático a permissão para adotar ou recusar tratamentos médicos com base nesses julgamentos, ponderando os prejuízos e benefícios da ação. Essa prática alteraria algumas distinções conceituais clássicas, tais como: (1) abster-se de iniciar um tratamento *versus* interrompê-lo; (2) tratamentos extraordinários *versus* tratamentos ordinários; (3) tecnologias médicas *versus* tecnologias de suporte; (4) efeitos meramente previstos *versus* efeitos visados; (5) deixar morrer *versus* tirar a vida. Novamente nessas regras morais, tanto os princípios como as especificações são *prima facie,* não absolutas.

Por fim, o conceito de justiça sistematiza concepções de tratamento justo, equitativo, apropriado, por prerrogativa do que se é de direito (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Verificamos que temas relacionados diretamente ao indivíduo e o controle do seu próprio corpo são comuns e que se busca hoje uma emancipação dos indivíduos em relação às instâncias superiores, jurídicas e religiosas (que andam praticamente juntas), através de princípios humanos básicos como: (1) autonomia das decisões morais em torno da gestão do

corpo, sexualidade, vida ou morte; (2) promoção da responsabilidade; (3) maior respeito à intimidade e privacidade (SEGRE; COHEN, 2002).

Segundo Diego Garcia (2010), a inclusão dos direitos à privacidade e intimidade vem revolucionando os paradigmas bioéticos. Questões morais como eutanásia e suicídio assistido, vêm sendo discutidos com sensibilidade e não mais tratados como bons ou ruins; a única afirmação de direito é que, nesse âmbito, vale o princípio privado, no qual o Estado não pode intervir para não tornar ilegítima a privacidade e intimidade.

3

EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO NO BIODIREITO

Não existe uma regularidade na forma como os Estados normatizam a autorização da eutanásia e do suicídio assistido. Alguns países legalizam a prática por meio de lei específica precedida de processo legislativo, outros possuem previsões legais que despenalizam estas práticas. Vale destacar que a "descriminalização" de uma prática significa que ela deixa de ser um crime no âmbito do direto penal. Já a "despenalização" significa que fato típico considerado crime ou infração passa a ser isento de pena. Assim, o ato continua sendo considerado crime no direito penal do país (BARBOSA, 2013; DORNELLES, 2008).

Essa diferenciação se faz necessária em razão de, na história, alguns países terem inicialmente despenalizado ou descriminalizado as práticas de eutanásia e suicídio assistido por meio de decisões de Cortes Judiciais não necessariamente precedidas de legislação que autoriza ou regulamenta a prática. Alguns desses países, posteriormente, legalizaram a eutanásia e o suicídio assistido, com repercussões para os profissionais que a executam.

Assim, há uma diferença que deve ser considerada entre a permissão de tirar a vida e a isenção de pena para quem o faz. Além disso, independente da legalização ou descriminalização/despenalização, os procedimentos que devem ser adotados e que garantem que a prática seja considerada legal ou isenta de punição tem ficado ao cargo das orientações dos conselhos de Ética Médica, conselhos profissionais e autoridades de saúde.

Os países do continente Europeu podem ser considerados os primeiros no reconhecimento (continuado no tempo) da eutanásia e do suicídio clinicamente assistido como praticas permitidas legalmente. Apesar da expressa permissão em 2001 na Holanda se pratica a eutanásia voluntária desde a década de 1970, com um consenso público de condutas entre o sistema judicial e o sistema médico. A Austrália reconheceu legalmente à eutanásia voluntária em 1996, entretanto, um ano depois a lei foi derrubada em função de disputas legais e domésticas. (MINAHIM e PORTUGAL, 2016).

Nas Américas, em vários estados dentro dos Estados Unidos e no Canadá, a prática do suicídio clinicamente assistido é permitida para situações de doentes em fase terminal; e na Colômbia e no Uruguai a eutanásia voluntária não é mais penalizada, com sua prática reconhecida pelas cortes e/ou regulada por autoridade de saúde. A permissão legal normalmente vem também acompanhada de exigências ligadas ao consentimento e a segurança dos pacientes. Em outros continentes há também experiências sobre o tema, mas não serão discutidos neste trabalho.

No Brasil a antecipação do fim da vida em contextos médicos ainda é um problema. É opinião majoritária que a eutanásia e o suicídio assistido são crimes no Brasil, passíveis de pena de detenção ou reclusão concomitante com multa (DORNELLES, 2008). Algumas tentativas de alteração do Código Penal Brasileiro foram realizadas ao longo das últimas décadas, mas projetos neste sentido não avançaram no Congresso. O Código de Ética Médica, atualmente em vigor em seu artigo 41, proíbe tirar a vida a pedido do paciente ou de seus familiares, mas também reprova, no parágrafo único, a obstinação terapêutica e a desconsideração da vontade do paciente em situação de terminalidade da vida.

Assim, este capítulo tem como objetivo expor, analisar e discutir aspectos normativos da eutanásia voluntária e do suicídio clinicamente assistido, comparando a permissão legal em várias partes da Europa e América com a (suposta) ausência de permissão legal no Brasil. Um estudo bioético possível, adotado aqui, consiste em explicitar valores e fatos presentes nessas normas e reformas legais, relacioná-los entre si e avaliar criticamente sua consistência.

3.1 A inter-relação entre bioética e os direitos humanos nos tratados internacionais e regionais

No âmbito das relações entre os Estados, é interessante verificar que os temas da eutanásia e do suicídio clinicamente assistido não aparecem de forma explícita nos tratados internacionais. Apesar da mobilização de alguns conselhos e associações de médicos que defendem o direito do morrer consentido e digno, não é possível identificar um consenso sobre a questão com impacto para o direito internacional. Direito este, que tem como objeto não somente regular as relações entre os Estados, mas também enunciar princípios gerais de convivência entre indivíduos com e no Estado.

Com efeito, temas próprios que fazem parte da inter-relação entre a bioética e o biodireito foram sendo introduzidos aos poucos na legislação internacional. De forma indireta, podemos afirmar que a normativa internacional elaborada no período imediatamente após a Segunda Guerra Mundial remetia a questão aos temas de bioética, entre eles procedimentos que colocavam em risco a vida e a integridade de pessoas que foram usadas como cobaias humanas durante o holocausto.

Foi com o Código de Nuremberg em 1947 que se criou a obrigatoriedade de um consentimento voluntário por parte dos indivíduos que se submetessem às experiências e pesquisas cientificas e médicas. Isso se tornou uma base para a criação de todo um sistema de normas que regulariam essas práticas. Era o início da soberania da responsabilidade ética dos profissionais da saúde (QUIXADÁ, 2009; MARQUES, 1996).

No ano seguinte (1948), foi estabelecida a Declaração de Genebra com padrões de conduta relativos ao juramento feito por parte dos profissionais de saúde, com foco para o comprometimento desses profissionais com a prática da sua profissão conforme a consciência e a dignidade, respeitando acima de tudo os direitos humanos e as liberdades civis dos indivíduos. Apesar de declarações não serem vinculantes, ou seja, não obrigarem os Estados ao seu cumprimento, elas se apresentam como cartas constitutivas do direito internacional que indicam princípios morais e legais que devem ser seguidos pelos Estados.

No campo das relações transnacionais, ou seja, que envolvem além dos Estados, instâncias domésticas, merece menção o Código Internacional de Ética Médica de 1949, estabelecido pela Associação Médica Mundial. Esse código, apesar de não ser um tratado internacional que obriga os países, mostra o consenso da sociedade médica na orientação ética dos deveres e das condutas dos médicos em geral para com seus pacientes e colegas. Esse código deixa em evidência a importância do respeito e da honestidade dos médicos principalmente com seus pacientes, devendo, estes últimos, estarem de acordo com todo tipo de tratamento. Pode-se inferir desse código a grande relevância que se dá ao dever do médico de buscar sempre a manutenção e defesa da vida de seus pacientes, por meio de todos os recursos necessários e disponíveis. Isto porque na segunda seção, deixa claro

o dever do médico de "preservar a vida humana". (Associação Médica Mundial, 1949). O tema da eutanásia e correlatos não aparecem de forma explícita (MARQUES, 1996).

Já em 1964, avanços significativos são alcançados na discussão sobre bioética no âmbito internacional. A Declaração de Helsinque – modificada nos anos de 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013 – estabelece que o interesse do indivíduo deve prevalecer sobre os interesses da ciência e da comunidade. Ademais, determinou a obrigatoriedade de que toda pesquisa se submeta a uma comissão de ética independente, definindo que a não conformidade com estes e os demais princípios éticos não ganhariam permissão para a publicação e aplicação de seus resultados (MARQUES, 1996).

Paralelo a essas discussões, o processo de internacionalização dos tratados de direitos humanos iniciado em 1948 com a criação da Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas também merece atenção. De acordo com Flávia Piovesan (2007), os tratados internacionais possuem grande relevância no cenário internacional na medida em que garantem compromissos nas mais diferentes dimensões por parte dos Estados. A partir deles celebra-se um consenso internacional sobre a necessidade da formulação e posteriormente adoção de medidas que protejam minimamente os direitos humanos. Os Estados têm internalizado essa normativa em suas constituições.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos em seu artigo 3º reafirma o direito que toda pessoa tem à vida. Os princípios e normas de direito internacional propostos na Declaração Universal e outros tratados internacionais sobre a matéria que se vinculam ao debate sobre o direito de morrer são[1]: dignidade humana, liberdade de consciência e outras liberdades individuais e direito à vida privada. Os demais tratados internacionais sobre a matéria reforçam essa concepção.

A inter-relação entre os direitos humanos e a bioética foi reconhecida pela Unesco que, em outubro de 2005, adotou a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. De acordo com a apresentação do documento,

> [...] ao tratar das questões éticas suscitadas pela medicina, ciências da vida e tecnologias associadas à sua aplicação nos seres humanos, a declaração incorpora os princípios que

> enuncia nas regras que norteiam o respeito pela dignidade humana, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais. (UNESCO, 2005).

O próprio documento, em sua apresentação, reconhece a estreita vinculação entre os direitos humanos e a bioética. A declaração, ao enunciar os princípios para o respeito à bioética e os direitos humanos, recorda de outros instrumentos internacionais no domínio da bioética.[2] Nesse contexto, a declaração da Unesco é importante exatamente por enunciar princípios universais de orientação para a interpretação da relação entre a bioética e os direitos humanos.

No que se refere especificamente ao que contrasta o direito inalienável à vida, previsto e reafirmado nos diversos tratados internacionais e regionais de direitos humanos, e o direito à morte digna, tema que se vincula aos debates no âmbito da bioética e objeto deste trabalho, merecem atenção os princípios: dignidade humana; liberdades fundamentais; autonomia; consentimento livre e informado para toda a intervenção medica preventiva, diagnostica e terapêutica; respeito à intimidade; reconhecimento de grupos vulneráveis; igualdade das pessoas em dignidade e direitos; não discriminação; acesso a atenção médica; proporcionalidade; racionalidade.

Com efeito, o desenvolvimento de normativas internacionais de bioética e direitos humanos também se deu nos espaços regionais. Como este trabalho tem como foco o debate da eutanásia e do suicídio clinicamente assistido nos países europeus e americanos, nos ateremos aos instrumentos normativos existentes nos dois continentes estudados.

Na Europa os tratados de Direitos Humanos – que tem como instrumento principal a Convenção Europeia dos Direitos do Homem (1950) – são incorporados ao debate sobre bioética, o que pode ser percebido com a aprovação em 1997 da Convenção Europeia de Direitos Humanos. A referida convenção incluiu como normativa a necessidade de levar em consideração os desejos expressos dos pacientes nos tratamentos médicos por parte dos profissionais e instituições de saúde. Além disso, o Conselho Europeu[3] possui recomendações expressas sobre princípios para as diretivas antecipadas de vontade. Ademais, é possível identificar temas relacionados à eutanásia e ao suicídio assistido como objeto de análise da Corte Europeia de Direitos Humanos, assunto da próxima seção deste capítulo.

Nas Américas, a Declaração Americana de Direitos Humanos (1948) e a Convenção Americana de Direitos Humanos (1969) reafirmaram os princípios da Declaração Universal. No entanto, não há mecanismos internacionais regionais que avançam de forma específica em questões de bioética. Essa constatação foi motivo de uma publicação da Universidade Nacional Autônoma do México chamada "*Hacia um instrumento regional interamericano sobre a bioética: experiências y expectativa*" (UNAM, 2009). A Corte Interamericana de Direitos Humanos tem abordado questões que envolvem ética médica, mas não recebeu solicitações de análise sobre o tema da eutanásia e do suicídio assistido.

3.2 A jurisprudência das Cortes Regionais de Direitos Humanos

O fim da Segunda Guerra Mundial gerou iniciativas regionais de ampliação das garantias dos direitos humanos não apenas por meio de tratados internacionais, mas também pela criação de mecanismos jurídicos para a supervisão da proteção dos direitos humanos. Foram então estabelecidos o sistema europeu e o interamericano de proteção desses direitos.

A primeira estrutura do sistema europeu de Direitos Humanos serviu de modelo para o sistema interamericano. O mecanismo composto de duas instâncias – Comissão e Corte – que recebem denúncias de Estados e pessoas que alegam ser vítimas de violações dos direitos humanos enunciados nas convenções regionais.

É possível observar que assim como no âmbito doméstico, a instância jurídica regional europeia tem avançado nos debates específicos sobre a eutanásia, o suicídio clinicamente assistido e temas correlatos. A instância jurídica interamericana, por sua vez, tem discutido temas da bioética vinculados especialmente às questões sociais e econômicas. O tema da saúde, quando abordado, vincula-se primariamente à precariedade do atendimento. Exceção aparece em alguns casos que são discutidos o direito reprodutivo das mulheres.[4]

Vale aqui uma ressalva sobre o fato de os Estados Unidos e o Canadá, países onde alguns de seus estados federados permitem o suicídio assistido,

fazerem parte do Sistema Interamericano de Direitos Humanos. Apesar de ambos não estarem submetidos à Corte Interamericana em razão da não aceitação de sua jurisdição, ambos estão submetidos à Comissão em razão do status de países membros da Organização dos Estados Americanos. Mesmo assim, o fato desses dois Estados serem espaços de discussão sobre o tema, o debate não extrapolou o âmbito dos entes da federação.

Conforme o já explicitado, diferente da Comissão e Corte Interamericana, a Corte Europeia dos Direitos do Homem foi provocada em oito casos sobre o tema da eutanásia ou do suicídio clinicamente assistido, dos quais cinco foram julgados e três não foram admitidos, conforme o estudo a seguir.

O Sistema Europeu de Direitos Humanos foi estabelecido em 1950 por meio da Convenção para a proteção dos Direitos do Homem e das liberdades fundamentais. Como o já explicitado, o tratado consagrou direitos e liberdades individuais e estabeleceu mecanismos de supervisão. Assim a Comissão Europeia dos Direitos do Homem (criada em 1954) e a Corte Europeia dos Direitos do Homem (criada em 1959) foram instituídas para receberem denúncias de violação dos direitos humanos contra os Estados membros do tratado de 1950.

As denúncias eram feitas à Comissão que analisava a procedência da denúncia e buscava conciliação entre as partes. No caso de fracasso de uma solução amistosa, a comissão tinha o papel de elaborar um relatório para o Conselho de Ministros. Para os casos referentes a Estados que tivessem reconhecido a jurisdição da Corte Europeia dos Direitos do Homem, a Comissão ou qualquer Estado contratante poderia solicitar o julgamento do caso na instância jurídica. O crescente número de casos recebidos pelo Sistema gerou a necessidade de uma reforma realizada pelo Protocolo n.º 11 de 1º de novembro de 1998. Assim, Comissão e Corte se fundiram como forma de diminuir a duração do processo e reforçar seu caráter judicial, tornando-o obrigatório para os membros do Conselho da Europa (GDDC, 2016, *online*).

Qualquer Estado (queixa estatal) ou qualquer pessoa (queixa individual) que entenda que o Estado membro da Convenção Europeia violou os direitos humanos previstos na convenção pode encaminhar uma denúncia para que a Corte Europeia de Direitos Humanos julgue a situação. A corte pode

considerar o caso admitido, se cumpridos os requisitos para que um caso seja avaliado pelo órgão ou não admitido. Para enviar uma petição é necessário que os recursos internos jurídicos tenham sido esgotados pelo demandante. Exceção à regra de esgotamento de recursos internos, somente é prevista nas seguintes circunstâncias: (a) quando o Estado não possua lei doméstica que garanta o devido processo legal para a proteção do direito ou dos direitos violados; (b) quando o Estado não tenha garantido o acesso aos recursos de jurisdição interna para a vítima, ou esta tenha sido impedida de esgotá-los por razões alheias à sua vontade e esforços; e (c) quando a vítima consiga demonstrar um atraso injustificado no processamento do caso.

Nota-se, portanto, que a Corte Europeia de Direitos Humanos não é um tribunal de apelação para a justiça dos Estados Europeus, diferente disso, é um tribunal criado para supervisionar a aplicação da Convenção Europeia de Direitos Humanos, estabelecida em 1950 e ratificada por 47 Estados dos quais 27 são membros da União Europeia. A Corte tem o papel de interpretar a Convenção Europeia de Direitos Humanos e supervisionar a incorporação dos direitos humanos nos Estados membros do tratado internacional. Lucan (2016) afirma que a Corte Europeia não interpreta a Convenção Europeia de Direitos Humanos no sentido de criar novos direitos.

Nesse contexto, é relevante observar como o tema da eutanásia e do suicídio clinicamente assistido tem sido interpretado pela instituição europeia à luz dos tratados internacionais dos direitos humanos.

É importante ressaltar que a Convenção Europeia de Direitos Humanos enumera situações nas quais a privação da vida não viola o artigo 2º do tratado. As exceções estão também previstas nos Protocolos 6 (restrições à pena de morte em tempo de guerra) e 13 (abolição da pena de morte). As obrigações do Estado de acordo com o artigo 2 consistem em três aspectos: o dever de abster de privação ilegal da vida, o dever de investigar mortes suspeitas e, em certas circunstâncias a obrigação positiva de tomar medidas para impedir perdas evitáveis de vida. O debate sobre a eutanásia e o suicídio clinicamente assistido foram levados para a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa e para a Corte Europeia de Direitos Humanos (SMIES, 2003, p. 50).

A Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa foi questionada a propósito da lei holandesa. Em resposta, foi elaborada a Recomendação 1418 de 1999 – sobre a proteção dos Direitos Humanos e da dignidade de doentes em fase terminal e em processo de morte (UNIÃO EUROPEIA, 1999). O documento não tem caráter vinculante ou mandatório para os Estados membros da União Europeia, mas declarou que a eutanásia e o suicídio assistido são violações ao artigo 2º e que a proteção da dignidade humana é a razão de ser do Conselho da Europa. Na sequência, o texto trata de aspectos relacionados às potenciais ameaças para a dignidade humana como a falta de acesso a cuidados paliativos, negligência das necessidades psicológicas e espirituais, uso de medidas extraordinárias para prolongar artificialmente a vida de um paciente sem o seu consentimento, medo do paciente da perda de autonomia e de se tornar oneroso para os outros, alocação insuficiente de recursos para ajudar moribundos (SMIES, 2003, p. 53).

SMIES (2003) ressalta que embora a autonomia tenha sido reconhecida como digna de proteção, ela não suplanta o direito à vida. Nesse sentido a preocupação com a dignidade está vinculada ao aspecto dos tratamentos específicos. O documento da Assembleia expressa de maneira inequívoca que reconhece o direito à vida, especialmente no que diz respeito a um doente em fase terminal ou moribundo deve ser garantido pelo Estado uma vez que a Convenção Europeia afirma que ninguém pode ser privado da sua vida intencionalmente. Reconhece que o desejo de uma pessoa, doente terminal ou moribunda, de morrer não constitui reivindicação legal para morrer na mão de outra pessoa ou para levar a cabo ações destinadas a trazer a morte. Assim as práticas de abreviação da vida são entendidas como incompatíveis com a Convenção Europeia de Direitos Humanos.

Em 7 de novembro de 2000 o Comitê de Ministros se manifestou sobre a recomendação ressaltando a divergência das leis dos países membros e encarregou o Comitê de Bioética de reunir informações sobre a questão e o Comitê de Direitos Humanos de formular parecer sobre a recomendação. No documento o Comitê de Ministros reconhecesse a falta de jurisprudência da Corte Europeia e, por essa razão, a dificuldade de emissão de opinião sobre os temas levantados na recomendação. Assim, percebe-se que a

recomendação da Assembleia Parlamentar não convenceu o Comitê de Ministros a encorajar os Estados a agirem em conformidade com a interpretação do artigo 2º que proibiria a eutanásia e o suicídio clinicamente assistido (SMIES, 2003).

Com efeito, cinco casos foram analisados pela Corte Europeia que emitiu sentenças em quatro situações sobre suicídio assistido e uma situação sobre a suspensão de tratamento médico para pessoa em fase terminal.[5]

O caso *Pretty versus Reino Unido* (29 de abril de 2002) teve como objeto a solicitação de autorização para que marido de uma pessoa com esclerose lateral amiotrófica pudesse ajudar a requerente a cometer suicídio. A solicitação foi realizada no âmbito da justiça doméstica e negada em todas as instâncias. A solicitação encaminhada à Corte Europeia de Direitos Humanos questionou a posição da justiça britânica como sendo violadora dos artigos 2º (direito à vida), 3º (proibição de tratamento desumano e degradante), 8º (direito à vida privada), 9º (liberdade de consciência) e 15 (proibição da discriminação) (UNIÃO EUROPEIA, 2002).

A Corte se pronunciou sobre cada uma das violações alegadas. Sobre a alegada violação do artigo 2º, o entendimento foi o de que o direito à vida, salvo distorção da linguagem, não pode ser interpretado de maneira diametralmente oposta conferindo o direito de morrer. Apesar de não dar uma resposta definitiva à questão levantada pela Assembleia Parlamentar, é possível identificar que a Corte endossa a visão de que o direito à vida é inalienável (UNIÃO EUROPEIA, 2002).

No que se refere ao artigo 3º, o temor da demandante – ter que enfrentar morte dolorosa sem poder pôr fim à vida – não pode ser confundido com aquilo que é especificado nos tratados de direitos humanos como tratamento desumano e degradante por parte do Estado. De acordo com a Corte não há uma obrigação positiva do Estado de autorizar ações destinadas a interromper a vida, obrigação que não se pode deduzir do tratado de direitos humanos.

No que se refere ao direito à vida privada, a Corte afirmou que é compreensível que a justiça britânica não queira que uma categoria de cidadãos esteja à margem do cumprimento da lei. Apesar de reconhecer que a morte que ameaça a demandante represente uma violação ao direito à vida

privada, a jurisprudência da Corte não concorda que o sistema jurídico britânico esteja equivocado ao negar o comprometimento de não processar o marido no caso de ajudá-la ao suicídio.

Além disso, os magistrados entenderam que a negativa do governo britânico ao pedido da requerente não viola o direito de liberdade de consciência, uma vez a crença da senhora Pretty na "virtude do suicídio assistido", não gera uma "exigência que seu marido seja absolvido das consequências de uma lei penal". Os magistrados afirmaram que "uma relativa flexibilidade existe e é possível para casos particulares de eutanásia", é melhor não legislar sobre as exceções (UNIÃO EUROPEIA, 2002, p. 17).

O segundo caso, *Caso Haas versus Suíça* (20 de janeiro de 2011), discutiu o dever do Estado de assegurar a autorização para adquirir substância letal (pentobarbital sódico) sem prescrição medica para uma pessoa enferma que queira se suicidar (sem dor e sem risco de fracasso). O caso também foi embasado no artigo 8º da Convenção Europeia de Direitos Humanos que trata do direito à vida privada.[6] Os magistrados mantiveram o entendimento manifesto no caso anterior, ou seja, entenderam que o Estado não tem uma obrigação positiva de adotar medidas para facilitar o suicídio (UNIÃO EUROPEIA, 2011).

Além disso, a Corte compreendeu o desejo do demandante de suicidar-se de maneira segura, digna e sem dor, entretanto avaliou que o requisito imposto pela lei suíça de possuir uma receita médica para obter o pentobarbital sódico tem um propósito legítimo, isto é, proteger qualquer pessoa de tomar uma decisão apressada, assim como prevenir o abuso e riscos inerentes a um sistema que facilitaria o acesso ao suicídio assistido, o que não poderia ser subvalorizado.

A corte considerou que o requisito de uma prescrição medica, emitida com base em um exame pericial psiquiátrico exaustivo era um meio para satisfazer a obrigação dos Estados de efetivar um procedimento capaz de garantir que a decisão de cometer um suicídio corresponda à vontade da pessoa.

Nesse caso, o que merece atenção foi o reconhecimento pela da Corte da falta de consenso entre os Estados membros do Conselho Europeu sobre o direito de um indivíduo de eleger quando e como podem pôr fim à sua vida.

Mesmo que o suicídio assistido tenha sido descriminalizado (ao menos parcialmente) em alguns Estados membros, a grande maioria deles atribui mais peso à proteção do direito à vida do indivíduo do que o direito de pôr fim a ela. A corte concluiu que os Estados dispõem de uma ampla margem de apreciação nesses casos.

O *caso Koch versus Alemanha* (19 de julho de 2012) também tratou de autorização para aquisição de medicamento letal em situação de suicídio. Em 2004, a esposa do demandante, tetraplégica, pediu sem sucesso uma autorização do Instituto Federal de Produtos Farmacêuticos e Médicos para a obtenção de uma dose letal de medicamento que seria utilizado para o suicídio em sua casa na Alemanha. A negativa fez com que o demandante e sua esposa interpusessem um recurso administrativo que foi desconsiderado pela instância pública. Em fevereiro de 2005, ambos foram à Suíça onde a esposa do demandante se suicidou com a ajuda de uma associação. Em abril de 2005, o demandante interpôs uma ação com o objetivo de declarar ilegal a decisão do Instituto Federal (UNIÃO EUROPEIA, 2012).

O Tribunal Administrativo, o Tribunal de Apelação e o Tribunal Constitucional Federal declararam inadmissíveis todos os recursos. O demandante argumentou em particular que a negativa da justiça alemã de entrar no mérito de sua petição havia infringido o artigo 8º da Convenção Europeia de Direitos Humanos (direito ao respeito à vida privada e familiar).

Tendo em conta, em particular, a relação excepcionalmente próxima entre o demandante e sua esposa, assim como sua participação direta no cumprimento do desejo dela de pôr fim aos seus dias, a Corte considerou que o demandante foi diretamente afetado pela negativa de autorização da aquisição da dose letal do medicamento em questão. No presente caso, concluiu que houve uma violação dos direitos processuais do demandante, previstos no artigo 8º, devido à denegação da justiça alemã de examinar o mérito do pedido.

Quanto ao componente material da queixa, a corte afirmou que era da competência da jurisdição alemã examinar o mérito da demanda, especialmente tendo em conta que não existia consenso entre os Estados membros do Conselho Europeu sobre a questão relativa à autorização ou proibição de qualquer forma de suicídio assistido. Assim o Estado foi

condenado, não pelo fato de dificultar o acesso à dose letal, mas pelo fato de não ter analisado o mérito do pedido.

O caso *Gross versus Suíça* (30 de setembro de 2014) também fundamentou no direito ao respeito a vida privada e familiar a demanda para questionar a recusa das autoridades suíças de autorizarem a obtenção de dose letal de medicamento para pessoa que desejava pôr fim à sua vida. Nesse caso, diferente dos demais, a solicitante não sofria de patologia clínica concreta. No caso específico, em sentença datada de 14 de maio de 2013 a Corte entendeu que como a legislação suíça não define de forma clara as condições específicas de permissão do suicídio assistido, que houve violação ao artigo 8º. No entanto, o governo suíço informou à Corte a morte da demandante[7] o que gerou a extinção do processo e a perda da validade jurídica da sentença (UNIÃO EUROPEIA, 2014).

O último caso, *Lambert e outros versus França* (5 de junho de 2015) abordou situação referente abstenção de tratamento médico. Os demandantes são pais, irmãos e irmã de Vicente Lambert que, vítima de um acidente de trânsito em 2008, sofreu traumatismo craniano que o deixou tetraplégico. Vincent Lambert passou a receber nutrição e hidratação artificial por via entérica por meio de sonda gástrica. Em 2011 sua condição foi caracterizada como de pessoa minimamente consciente e, em 2014, como estado vegetativo (UNIÃO EUROPEIA, 2015; FRAIX, 2015).

O hospital decidiu em 11 de janeiro de 2014 suspender o tratamento que mantinha o paciente vivo. A decisão foi embasada em um informe realizado por um comitê de três médicos. Os pais buscaram a justiça francesa para garantir a manutenção do tratamento de Lambert, enquanto a esposa pedia o fim do sofrimento do paciente. Na ausência de manifestação prévia do paciente sobre a manutenção ou não de sua vida por meio artificial, a justiça francesa decidiu pela manutenção da decisão dos médicos.[8]

Por essa razão, esgotados os recursos internos, a família recorreu à Corte Europeia. Os demandantes sustentaram que a suspensão do tratamento artificial de alimentação e hidratação seria contrária as obrigações positivas do Estado com respeito ao artigo 2º (direito à vida) da Convenção Europeia de Direitos Humanos. Ademais, acusou o Estado de violar os artigos 3º

(tortura e tratamento desumano e degradante); 8º (direito à vida privada e familiar) e artigo 6º, parágrafo 11 (direito a um julgamento justo).

A Corte fez considerações iniciais sobre a situação de vulnerabilidade do paciente, do fato de não haver uma manifestação anterior de vontade e de que os membros da família tinham percepções diametralmente opostas sobre o que seria a vontade do paciente. Doze dos 17 juízes concluíram que a decisão francesa não violou os direitos previstos na Convenção Europeia de Direitos Humanos.

Sobre o artigo 2º, a corte concordou com o entendimento da justiça francesa de que a retirada da alimentação e hidratação pode ser legítima em casos considerados como de obstinação terapêutica. Assim, entendeu-se que o governo não decidiu pôr fim a vida do paciente, mas de interromper uma forma de tratamento que o médico considerava obstinação irracional. No que se refere à violação da integridade física do paciente vinculado ao artigo 8º, assim como da alegação da parcialidade do médico no julgamento do caso em violação ao artigo 6º, a corte entendeu não haver fundamento.

Merece atenção o fato de a decisão ter considerado o exame meticuloso feito pela justiça francesa dos aspectos médicos e éticos da questão. Assim, o cuidado e exames intensivos de pacientes em coma passam a ser exigências em casos análogos.

Outro aspecto relevante foi o reconhecimento pela Corte Europeia da falta de consenso entre os países europeus sobre a suspensão de tratamentos que alargam a vida artificialmente, embora, aparentemente, a maioria dos Estados permita a suspensão de tratamento. De outro lado, reconheceram o consenso sobre a importância da manifestação da vontade do paciente no processo de tomada de decisão. Na esfera das decisões sobre a terminação da vida os Estados devem ter uma margem para a apreciação dos casos, não apenas no que se refere a permitir ou não a suspensão do tratamento e o regime de tal suspensão, mas também dos meios de alcançar um equilíbrio entre a proteção do direito à vida, respeito à vida privada e autonomia pessoal dos pacientes.

A jurisprudência da corte afirma a não existência de um direito fundamental à morte (LUCAN, 2016, p. 40). Nos casos em particular de suicídio assistido e suspensão de tratamento para prolongamento artificial

da vida, a falta de consenso no Conselho Europeu aponta para um tratamento individualizado das situações com margem de manobra para o Estado que deve legislar levando em conta a necessidade de discutir os temas relacionados à eutanásia levando em consideração os direitos humanos fundamentais. As seções a seguir abordarão como os Estados que permitem a eutanásia e o suicídio assistido tem legislado sobre a questão, iniciando pelos países europeus.

3.3 O tratamento do tema na Europa

Na Europa a autorização ou despenalização da prática da eutanásia e do suicídio assistido ocorreu a partir da experiência Holandesa. O referido país e Luxemburgo permitem a eutanásia e o suicídio clinicamente assistido; a Alemanha e a Suíça proíbem a eutanásia, mas o suicídio assistido é permitido em decorrência de interpretação do Código Penal. A Bélgica permite a eutanásia, mas, apesar de o suicídio não ser punível, o suicídio assistido por médico pode ser considerado como proibido se interpretado à luz do artigo 397 do Código Penal que proíbe a prescrição de drogas letais. Entretanto a prática tem ocorrido a partir de interpretação da lei da eutanásia (NICOL, 2013).



FIGURA 1 – MAPA DA EUROPA DEMONSTRANDO OS ESTADOS QUE LEGISLAM SOBRE EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO
FONTE: elaboração própria

Vale mencionar que, ao contrário do que se pode imaginar, a legalização da prática da eutanásia ou do suicídio clinicamente assistido não vem necessariamente acompanhada de normatização nacional sobre temas

relacionados aos cuidados paliativos, recusa de tratamento e diretivas antecipadas de vontade[9] (BERNNHEIM, 2008). Constata-se que a interpretação da Corte Europeia de Direitos Humanos sobre a ausência de um consenso sobre o direito a uma morte digna, vinculado aos temas aqui abordados, reflete a realidade do estado atual conforme estudo da legislação vigente. Abaixo abordaremos a situação dos cinco países que autorizam ou despenalizam as práticas da eutanásia e ou do suicídio assistido.

3.3.1 A experiência da Holanda (Países Baixos)

Na legislação da Holanda não há distinção entre eutanásia ativa e passiva, voluntária e involuntária. Quando o termo é utilizado, possui definição exata: a terminação intencional da vida de alguém mediante o seu consentimento explicito. Portanto, só preveem eutanásia ativa. Para os holandeses eutanásia passiva é um conceito contraditório e nebuloso, já que se refere à omissão de tratamento ao qual o paciente não tenha consentido (o que seria considerado crime).

O Código penal holandês de 1881 em seus artigos 293 e 294 considerava eutanásia um crime (GRIFFITHS, 2008, p. 30). Observa-se que a prática da eutanásia atingiu um *status* de legalidade inicialmente por meio da jurisprudência (SMIES, 2003, p. 4).

Na visão de Smies (2003), a ocupação da Holanda pela Alemanha nos anos de 1940 e 1945 gerou uma relutância posterior em mostrar interesse na eutanásia de forma a gerar esforços para a legalização. Também ressalta que o país não teve associações pró-eutanásia até 1973, quando a controvérsia sobre o caso *Postma* chegou à opinião pública.

A médica Geertruida Postma, foi julgada e condenada pela Corte Regional de Leeuwarden pelo homicídio de sua mãe, senhora doente que pedia a eutanásia de forma reiterada para a filha. No mesmo ano, o Tribunal de Justiça estabeleceu os critérios para manutenção da vida de paciente, mesmo quando contrário à sua vontade.

Frente às manifestações públicas sobre este e outros casos, a jurisprudência do país abrandou as punições e estabeleceu critérios gerais para a prática da eutanásia.[10] Assim esses critérios foram formalizados a partir de um conjunto de processos judiciais durante os anos 1980.

Em novembro de 1984 a Suprema Corte abordou o assunto e reafirmou que a eutanásia era crime na lei holandesa no caso *Schoonhleim*, mas esclareceu que quando médicos fossem confrontados com conflitos de deveres, poderiam invocar a defesa da necessidade (SMIES, 2003, p. 23; GRIFFITHS, 2008, p. 31). Um conflito de deveres surge quando a obrigação ética de honrar o pedido do paciente para morrer com dignidade, força o médico a agir de forma contrária às deposições do Código Penal (que é baseado no respeito à vida humana)[11].

No mesmo ano, o Conselho Executivo da Sociedade Real Holandesa de Medicina publicou um relatório afirmando a proibição da eutanásia, mas esclarecendo que em algumas condições a prática seria aceitável.

No mesmo período, um membro do partido da esquerda liberal submeteu um projeto de lei para a legalização da eutanásia. A maioria do parlamento (composta por sociais democratas, e partidos da esquerda liberal e da direita liberal) apoiou a proposta. No entanto, o partido democrata cristão, parte essencial da coalizão governamental no período, usou sua posição para bloquear a aprovação da legislação. No ano seguinte, a Comissão Nacional sobre Eutanásia concluiu um relatório sobre o tema declarando que a eutanásia, praticada em certas condições, deveria ser legalizada (GRIFFITHS, 2008, p. 31).

Em 1º de junho de 1992 uma lei foi promulgada dando forma legal aos procedimentos para reportar um caso de eutanásia para avaliação. A referida lei não mudou o código penal, uma vez que eutanásia e o suicídio assistido continuaram a figurar como crimes (LEGEMANTE, 2002, p. 19).

Em decisão de 21 de junho de 1994 a Suprema Corte reafirmou a decisão de 1984 sobre a defesa da necessidade em caso do envolvimento de médicos em procedimentos de eutanásia. No caso *Chabot* a promotoria argumentou que a defesa da necessidade não deveria ser aplicável em casos de suicídio clinicamente assistido nos casos que o paciente não esteja em fase terminal ou em grande sofrimento. No entanto a Suprema Corte rejeitou o argumento com base na autonomia do paciente (SMIES, 2003, p. 26; NICOL et al, 2013, p. 12).

No mesmo ano a *Royal Dutch Medical Association* esclareceu os critérios aceitáveis: (1) Vontade, solicitação competente e durável por parte do

paciente; (2) A solicitação é baseada em informações completas; (3) O paciente está em situação de sofrimento intolerável e sem esperanças (física e mental); (4) Não tem outra alternativa aceitável; (5) O médico consultou outro médico antes da realização da eutanásia. (GRIFFITHS, 2008, p. 31).

Na Holanda, o ato sobre o contrato de tratamento médico de 1º de abril de 1995 – parte do Código Civil – esclarece que todo paciente tem direito de receber esclarecimentos sobre os seus direitos e reconhece a importância do consentimento informado. O documento também prevê as diretivas para antecipação da vontade no que se refere à renúncia de tratamento, denominada como *non treatment directives*. Esse documento não se confunde com a declaração para a eutanásia (MABTUM, 2015, p. 101).

De acordo com Nicol et al. (2013, p. 12), a corte holandesa no ano de 1995 recebeu dois casos de médicos que praticaram eutanásia em crianças com incapacidade severa, doença grave e sem expectativa de passar do primeiro ano de vida. Nas duas situações o médico havia atuado em razão de requerimento dos pais. A corte concluiu que os médicos haviam agido de acordo com a boa prática médica.

Observa-se que a eutanásia e o suicídio clinicamente assistido passaram a não ser processados como crime se realizados de acordo com determinadas regras. A descriminalização ocorreu em 2001 quando os artigos 293 e 294 do Código Penal foram alterados por lei. A eutanásia e o suicídio assistido continuaram a figurar como crime a não ser se realizada por um médico agindo de acordo com critérios pré-estabelecidos, que vincula a prática a um pedido voluntário do paciente em fase terminal e com dores insuportáveis. Também é necessário que um segundo médico opine sobre o caso. As alterações permitem, inclusive, a eutanásia em menores de idade a partir dos 12 anos (entre 12 e 16 anos é necessária a autorização dos pais).

Em 1999 um projeto de lei sobre eutanásia e suicídio assistido foi introduzido no parlamento holandês. Em 28 de novembro de 2000 a lei foi aprovada na primeira instância decisória por 104 votos favoráveis e 40 contrários. A lei foi encaminhada para o senado e, em 10 de abril de 2001 a lei foi aprovada por 46 votos a favor e 28 votos contrários.[12] Após passar pelas duas câmaras de votação, a lei foi aprovada por decreto em 15 de março de 2002 e entrou em vigor em 1 de abril do mesmo ano (SMIES, 2003, p. 37).

A lei especificou as regras para o devido cuidado do médico nos casos de eutanásia e suicídio assistido e o relato dos casos a um comitê de assessoramento. As regras do devido cuidado são as mesmas que aquelas já especificadas na jurisprudência. Elas asseguram que: (1) o médico deve estar convicto que o requerimento do paciente foi voluntário e bem ponderado; (2) o médico deve estar convencido que o sofrimento do paciente é insuportável e sem perspectiva de alivio; (3) o paciente deve ser informado sobre a sua situação e perspectivas; (4) o médico com o paciente deve estar convencido que não há solução alternativa viável para a situação; (5) um outro médico deve ver o paciente e dar uma declaração escrita da sua avaliação referente aos quatro requisitos anteriores; (6) a terminação da vida deve ser realizada de forma cuidadosa e profissional (COHEN-ALMAGOR, 2004).

Ressalta-se que a eutanásia e o suicídio assistido são possíveis na Holanda em condições estritas, apenas médicos estão legalmente autorizados a ministrar drogas letais para pôr fim à vida de um paciente, e apenas quando os critérios de devido cuidado são atendidos (FRANCKE, 2016, p. 783).

O aspecto mais controverso da legislação holandesa é a permissão da eutanásia em crianças a partir dos 12 anos (com autorização dos pais). Pessoas de 16 e 17 anos podem decidir sozinhas desde que os pais estejam envolvidos. Em 2004, o Protocolo de Groningen foi redigido por médicos para esclarecer quando a prática de eutanásia neonatal com doenças severas sem condições de tratamento ou reabilitação. O documento foi endossado pela Associação Nacional de Pediatras em 2005[13] (NICOL, 2013, p. 13).

Os cinco critérios do Protocolo articulam o acesso, confirmação, processo decisório, administração, informação e suporte para a família: (1) o diagnóstico e prognostico devem ser corretos; (2) a falta de esperança de sobrevida e o sofrimento extremo devem ser constatados; (3) o diagnóstico e o prognóstico devem ser confirmados por um médico independente; e (4) ambos os pais devem dar o consentimento informado; (5) o procedimento deve ser praticado de acordo com os padrões médicos aceitáveis.

As autoridades holandesas desenvolveram uma regulamentação que incorpora o protocolo (aprovada em dezembro de 2015 e publicada em janeiro de 2016). Nos casos de cessação de vida de um recém-nascido, será verificado se o médico agiu convencido de que o quadro é duradouro, que o

sofrimento é insuportável, prevalecendo assim a opinião médica. No entanto o médico deve consultar outro médico independente ou a equipe de saúde do recém-nascido que forneça laudo escrito sobre o caso.[14] A regulação não prevê proteção automática para o médico, já que cada caso deve ser julgado e analisado de acordo com os critérios estabelecidos (FRANCIS, 2016, p. 8).

3.3.2 A experiência da Bélgica

Na Bélgica, a permissão da eutanásia foi precedida de uma proibição expressa da prática pelo código penal, assim como na Holanda (BELGIUM, 1867). No entanto, não foi precedida de um histórico jurisprudencial ou de consulta pública. Também não foi parte de preocupação no âmbito da autorregulação da profissão médica (NYS, 2002; DELIENS, BERNHEIM e VAN DER WAL, 2002; VAN WESEMAEL, 2009, p. 2181).

Foi o Conselho Belga para a Bioética que incluiu o tema em seus debates no ano de 1997, o que teve como consequência a inserção da questão no debate político (COHEN-ALMAGOR, 2009).

Griffiths et al. (2008) descreve a polarização da discussão política sobre o tema. Segundo o autor a divisão se deu entre o partido verde (de língua holandesa), partido cristão (de língua holandesa), partido liberal (de língua holandesa) partido liberal democrata (francófonos), partido democrata cristão (francófonos) e partido socialista (sem distinção). Segundo o autor existia uma coalizão entre os partidos liberais e cristãos no que se refere à necessidade de comprovação da situação terminal do paciente. A eutanásia para doentes não conscientes com documento com antecipação de vontade foi rejeitada categoricamente por liberais francófonos. Somente o partido cristão (tanto os representantes francófonos como os de língua holandesa) deu relevância às discussões sobre o tratamento paliativo. Os demais partidos não deram tanta atenção à questão.

Em janeiro de 2001, o Senado votou a favor de uma proposta de legislação sobre eutanásia na qual a pratica não seria mais punida se orientada por certos procedimentos. A lei foi adotada em 20 de março de 2001. A manifestação favorável do Comitê Consultivo Nacional de Bioética ensejou o endosso da lei pelo Parlamento em 16 de maio de 2002 com 86 votos a favor, 51 contra e 1 abstenção.[15] Assim, a lei da eutanásia

promulgada em 28 de maio de 2002 e em vigor desde 23 de setembro de 2002 legalizou a eutanásia ativa. A prática foi definida como o ato de pôr fim de forma intencional à vida de outra pessoa a pedido desta (GRIFFITHS et al., 2008, p. 264).

Inicialmente a aplicação da lei belga foi mais rígida do que a lei holandesa, já que não permitia a prática da eutanásia em menores de 18 anos. De outro lado, a mesma lei permitia a eutanásia em pessoas que não estavam em fase de terminação da vida.

Em razão do aumento do número de jovens que passaram a requerer a eutanásia, em fevereiro de 2014, a lei foi emendada e o país passou a autorizar a eutanásia em pessoas de qualquer idade, mas para todos os casos, restrita somente aos pacientes em estado terminal.

Desde que a prática foi autorizada, o consentimento do paciente foi estabelecido como condição fundamental. De acordo com a lei, o pedido deve ser feito de modo voluntário, refletido e repetido e não pode ser fruto de pressões externas. Ademais os responsáveis legais devem autorizar a prática.

Um aspecto muito debatido após a autorização da prática para menores de 18 anos foi sobre o discernimento da criança para uma decisão dessa natureza. O texto da lei determina que médico responsável e um psiquiatra infantil atestem a maturidade do paciente. A decisão de ampliar a lei para menores de 18 anos é bastante controversa (RAUS, 2016).

Assim como na Holanda, na Bélgica, existe a obrigatoriedade de que todos os procedimentos sejam obrigatoriamente revistos por um comitê especial e, no caso da eutanásia infantil é realizado um longo processo com a presença dos pais e com o apoio de psicólogos.

A Lei de 2002 em seu artigo 8º, parágrafo 4º estabelece que uma pessoa capaz de acordo com os termos da lei pode declarar por escrito a recusa de um tratamento médico específico. Também prevê que a eutanásia pode ser realizada em casos de pacientes inconscientes ou que não podem expressar sua vontade, mas que autorizaram o procedimento no prazo de cinco anos antes de ter perdido a capacidade. O documento precisa ser escrito, datado e assinado na presença de duas pessoas, testemunhas adultas que não tenham

interesse na morte do paciente. A diretriz antecipada de vontade pode ser revogada em qualquer tempo (ALZHEIMER EUROPE, 2005).

Uma observação importante é que a lei de eutanásia não cobre o suicídio assistido. Existe especificação em lei que drogas letais injetáveis somente podem ser administradas por um médico. Assim, um paciente não pode ter acesso a injeções letais. De outro lado, a lei da eutanásia não proíbe a prescrição de outros tipos de drogas letais não injetáveis. Assim, caso paciente e medico concordarem, um medicamento letal pode ser administrado por via oral desde que tal administração seja realizada com a participação e sob a responsabilidade de um médico (para a garantia do sucesso do processo e o respeito às obrigações legais impostas na lei). Nesses casos a prática da eutanásia se assemelha ao suicídio assistido (GRIFFITHS et al., 2008, p. 275).

3.3.3 A experiência de Luxemburgo

Luxemburgo tornou-se o terceiro país Europeu a legalizar a eutanásia, depois de Holanda e da Bélgica.[16] O país é uma democracia representativa parlamentar, sua população é predominantemente católica. O projeto de lei sobre eutanásia foi introduzido em um momento de maioria não religiosa no parlamento. O chefe de estado Grão Duque Henri se recusou a assinar o projeto de lei sobre a eutanásia. A recusa gerou uma crise constitucional no país. Como resultado o parlamento removeu o poder constitucional de veto de propostas legislativas do chefe de estado (FRIEDEN, 2009, p. 539).

Em 20 de fevereiro de 2008, a lei foi aprovada na primeira instância do Parlamento por 30 votos favoráveis e 26 votos contrários (THE GUARDIAN, 2008). Em 16 de março de 2009 a *Legislation Regulement ant les Soins Palliatifs Ainsi que L'euthanasie et L'assistance au Suicide* foi aprovada em segunda instância com normas sobre tratamentos paliativos, assim como a eutanásia e o suicídio assistido (GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBURG, 2009). Segundo a mídia uma derrota simbólica para o primeiro ministro Jean-Claude Junker do Partido Social Cristão (THE GUARDIAN, 2008).

É interessante observar que o texto da lei enfatiza o cuidado paliativo, inclusive apresentando definição do conceito – o que não ocorre com os termos eutanásia e suicídio assistido.[17]

Segundo o texto da lei, toda pessoa em fase avançada ou terminal de uma doença grave e incurável designada como "a pessoa no fim da vida" tem direito ao acesso aos cuidados paliativos que devem ser praticados segundo o respeito à dignidade da pessoa. O tratamento deve cobrir as necessidades físicas, mentais e espirituais da pessoa que recebe os cuidados.

A lei também prevê a recusa da obstinação terapêutica em seu artigo 2º. De acordo com a norma, não é passível de sanção criminal nem de uma ação civil o feito de um médico de responder a uma demanda de eutanásia ou suicídio assistido nas condições abaixo descritas (POLAKS, 2014; WATSON, 2009). Vale mencionar que a eutanásia é interpretada à luz dos artigos seguintes que abordam a vontade da pessoa no fim da vida e as diretivas de antecipação da vontade.

Depreende-se da leitura da legislação que a Eutanásia e o suicídio assistido são permitidos para aqueles pacientes em fase terminal quando solicitarem repetidamente a assistência para a morte. A solicitação deve ser feita com o consentimento de dois médicos e um painel de especialistas no assunto. O médico deve discutir outras possibilidades terapêuticas e avaliar as consequências, inclusive o cuidado paliativo. O requerimento para a morte deve ser feito por escrito ou pode ser solicitado por um documento de antecipação de vontade.

Os seguintes critérios devem ser respeitados: (1) O paciente deve ser maior de 18 anos, capaz e consciente no momento da demanda; (2) A demanda deve ser formulada de maneira voluntária, refletida, repetida e não resulta de uma pressão externa; (3) O paciente deve estar em condição médica de relatar um sofrimento psíquico e físico insuportável e sem perspectiva de melhora, ou uma afecção acidental ou patológica; (4) A demanda do paciente de recorrer à eutanásia ou ao suicídio assistido deve ser feita por escrito.

Na situação em que a pessoa não tem condições de manifestar a própria vontade um médico pode estabelecer a vontade presumida com o suporte de uma pessoa de confiança e suscetível de conhecer a vontade do paciente em fase terminal. A antecipação da vontade também está determinada em previsão legal e orientada em procedimentos administrativos.

O texto da lei também expressa que nenhum médico está obrigado a praticar a eutanásia ou dar assistência em um suicídio.

3.3.4 A experiência da Alemanha

Na Alemanha a palavra eutanásia é constantemente associada aos crimes nazistas e, por essa razão, desde 1947 até a menção ao termo foi banida do país.[18] Assim, as discussões sobre as questões vinculadas à terminação da vida giram em torno do conceito "assistance to die" (sterbehilfe) (HORN, 2013).

A assistência para a morte (suicídio assistido) é classificada na Alemanha como ativa e passiva. O Comitê de Ética Alemão, na definição de assistência ativa para a morte, considera a importância da dignidade humana vinculada à autonomia e respeito aos direitos individuais. Portanto prevê a necessidade de consentimento do paciente (OEHMICHEN e MEISSNER, 2003).

Para Battin (1992), a autonomia no direito alemão vincula-se ao conceito de autonomia – responsabilidade em Kant. O conceito de autonomia está presente na legislação alemã desde 1890, quando a maioria dos juristas considerava a intervenção médica sem o consentimento do paciente como uma violação à integridade física prevista no artigo 223 do Código Penal 1871 (SCHICKTANZ et al., 2010). No entanto, segundo o mesmo autor, o modelo paternalista alemão influenciou a pratica médica no sentido contrário ao respeito à autonomia. Exemplo pode ser verificado na legislação alemã que coloca certas pessoas (pais, médicos, cônjuges) em posição de garantidor do bem-estar do outro. No caso de suicídio, essas pessoas podem ser consideradas culpadas de homicídio por omissão caso a justiça considere que não agiram de forma a evitar o ato.

Nesse sentido, a eutanásia é expressamente proibida pelo Código Penal Alemão (ALEMANHA, 1971). De outro lado, o suicídio assistido não é vedado por lei, mas também não é autorizado em lei específica.

Assim, a permissibilidade do suicídio assistido se dá de forma tácita, em razão de o Código Penal não criminalizar a ajuda a um suicida com o fornecimento de arma ou substância letal.

De forma contraditória, a mesma legislação pode responsabilizar familiares ou autoridades por homicídio em razão de omissão em

circunstâncias que envolvem o suicídio assistido. Isso porque a lei penal declara que essas pessoas (pais, filhos, cônjuges, médicos, policias) estão legalmente obrigadas a agir de forma a evitar o suicídio.

Outro aspecto ambíguo na legislação penal alemã – que interfere no entendimento da permissibilidade do suicídio assistido – é o chamado dever de resgatar. No direito alemão é dever resgatar outra pessoa em caso de emergência e risco de vida (Artigo 323 do Código Penal Alemão). Alguns juristas entendem que esta norma proíbe qualquer pessoa de assistir um suicida.

Além disso, o fato de o Código Penal Alemão não criminalizar a assistência para a morte (suicídio assistido ativo), não retira o risco para um médico que dá assistência no suicídio de um paciente em razão da obrigação legal do médico de aplicar quaisquer e todas as medidas medicas para prevenir a morte de um paciente suicida (HORN, 2013).

A Corte Federal de Justiça já se manifestou de forma expressa sobre a suspensão de tratamentos para a manutenção da vida de pessoa em fase terminal se ela expressar o seu consentimento. Esse entendimento, entretanto, não legaliza o suicídio assistido ativo e também não se confunde com a recusa de tratamento por parte do paciente.

O debate sobre a questão foi amplificado com a legalização ou descriminalização das práticas da eutanásia e do suicídio clinicamente assistido em outros países europeus e também com a abertura, no ano de 2005, de um escritório da organização suíça Dignitas que passou a atuar no aconselhamento de pessoas interessadas a abreviar a vida.

Em 2009 uma lei específica foi estabelecida para regulamentar a obrigatoriedade do respeito às diretivas antecipadas de vontade por parte da classe médica. Essa legislação também suscitou nova discussão em torno do suicídio assistido, uma vez que ressalta o aspecto da autonomia do paciente (WIESING, 2010, p. 779; HORN, 2013, p. 205).

Em 2011 a Associação Médica Alemã, em seu guia, afirmou que não considera o suicídio assistido contrário a ética médica (diferente do guia de 1998 que condenava a prática). Deixou para o médico escolher, segundo sua consciência, assistir um paciente doente na morte, mas afirmou também que não é dever do médico ajudar o suicídio. No que se refere à assistência

passiva à morte é possível identificar um consenso que a manutenção ou retirada de tratamento médico deve estar de acordo com desejo explícito do paciente.

Em 2015 foi aprovada uma lei na Alemanha que proíbe o suicídio assistido por motivos comerciais (POSA, 2016). A lei cria uma diferenciação entre o suicídio assistido por motivo "altruísta" daquele considerado "comercial". A motivação da criação da lei é a de impedir que o suicídio assistido se torne um negócio no país.[19]

Brigitte Zypries, ex-ministra da Justiça da Alemanha, criticou a lei que, para ela, abre um precedente para uma incerteza legal, uma vez que falta clareza na distinção entre motivos altruístas e comerciais. Aparentemente a legislação relaciona-se à preocupação com atividades como as promovidas por organizações suíças de assistência. Muitos dos clientes da Dignitas, por exemplo, são alemães o que fez com que a organização, inclusive, abrisse escritório em Hanover. (LIFE SITE NEWS, 2015, *online*)

3.3.5 A experiência da Suíça

Na Suíça, assim como na Alemanha, o uso do termo eutanásia é um tabu, especialmente na região do país onde a língua falada é o alemão (GRIFFITHS et al, 2008, p. 463). No caso da eutanásia muitas foram as iniciativas para descriminalizar a prática sob algumas condições. O mais importante dos esforços ocorreu no âmbito do Conselho Federal Suíço em 1999. No entanto em dezembro de 2001 o Parlamento suíço rejeitou a chamada iniciativa *Cavalli* de descriminalização da eutanásia. Na mesma seção o Parlamento também rejeitou a iniciativa *Vallender* que buscava restringir o suicídio assistido praticado por organizações de direito de morrer, bem como de proibir os médicos de prescrever drogas letais.

A permissibilidade do suicídio assistido na Suíça é proveniente da interpretação dos artigos 114 e 115 do Código Penal de 1937 (ALMAGOR, 2004). De acordo com o artigo 114 ninguém pode tirar a vida de uma pessoa, a não ser por motivo honroso de compaixão e em resposta a um sofrimento. O artigo 115 trata da ação de incitar ou dar auxílio para o cometimento de um suicídio. De acordo com o artigo, ajudar no suicídio de uma pessoa é crime somente se realizado por motivo egoísta (STECK et. al., 2013, p. 938).

Assim, de acordo com a lei, qualquer pessoa (médicos e não médicos) pode dar assistência a um suicida por razões humanas e sem ganho pessoal. Ademais a lei permite tanto a eutanásia passiva (renúncia deliberada ou interrupção das medidas de preservação da vida) como a eutanásia ativa indireta (administração de substância para reduzir o sofrimento cujo efeito secundário pode reduzir o período da sobrevivência do paciente) (HURST; MAURON, 2003).

Vale destacar que o artigo 115 não faz menção aos médicos e não menciona também quaisquer pré-condições médicas. O único pré-requisito está implícito, nomeadamente que a vontade individual de ajuda para o cometimento do homicídio deva ser feita no uso da capacidade de decisão.

Vale esclarecer que não existe na Suíça previsão legal nacional no que se refere às diretivas de antecipação da vontade. No entanto em algumas regiões (*Aargau*, *Appenzell*, *Ausserrhoden*, *Genf*, *Lucern*, *Wallis* e *Zurick*) a legislação sobre cuidados com a saúde prevê a aceitação da manifestação do paciente (ALZHEIMER EUROPE, 2005, *online*).

Segundo Griffiths (2008, p. 472), embora permitido de acordo com a legislação, a prática aberta do suicídio assistido iniciou no contexto da criação de duas organizações voltadas à defesa do direito à morte digna no ano de 1982 – a *Deutsche Schweiz* (fundada na região de língua alemã, com escritório em Zurique) e a *Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité* (fundada na região francófona, com escritório em Genebra).

Foi por meio da jurisprudência em julgamentos específicos que os limites do envolvimento dos médicos no suicídio assistido ficaram esclarecidos. Os tribunais suíços reiteraram que o suicídio assistido não é em princípio incompatível com as regras da prática médica, mas que existe a obrigação de verificar a capacidade do paciente de tomar a decisão antes de prescrever uma droga letal com o propósito de suicídio assistido.

Por exemplo, no ano de 2006 a Suprema Corte reconheceu que uma desordem mental, permanente e incurável pode ser causa de sofrimento comparável com o de desordem física. A corte determinou que um médico que prescreve uma dose letal de pentobarbital em um caso desse tipo não viola as regras da prática médica. No entanto, a corte esclarece que a prática deve ser precedida de um relatório feito por um perito em psiquiatria com

informações e evidências de que o desejo do paciente de morrer não é uma expressão de desordem psiquiátrica curável, mas uma tomada de decisão racional. A corte fundamentou sua decisão no Código Penal, Constituição Suíça e na Convenção Europeia dos Direitos Humanos (GRIFFITHS et al., 2008, p. 473).

Em novembro de 2004, a Academia Suíça de Ciências Médicas lançou as novas Diretrizes da Ética Médica para o Cuidado dos Doentes no Fim da Vida. De acordo com o documento, uma decisão pessoal de um médico, de acordo com sua consciência, de ajudar um doente em estado terminal a cometer o suicídio deve ser respeitada (o que mostra a tentativa de limitar para além daqueles apresentados pela lei e jurisprudência, a atuação do médico no suicídio assistido). O documento também ressaltava que o ato final do processo que conduziria a morte do paciente deveria sempre ser efetuado por ele mesmo (o que mostra a rejeição clara da eutanásia).

Merece nota que até o final da década de 1990 havia um entendimento geral que o suicídio assistido não era permitido em hospitais e casas de repouso, embora não houvesse regulamentação especifica sobre o assunto. No ano de 2000 o Conselho de Zurique decidiu proibir o suicídio assistido em asilos e reiterou a proibição da prática nos hospitais. Em janeiro de 2006, o Hospital Universitário de Lausanne decidiu permitir que sociedades vinculadas ao direito de morrer tivessem acesso às suas instalações para ajudar doentes terminais, não ambulatoriais, que procurassem assistência ao suicídio, mas eram incapazes de deixar o hospital. O hospital Universitário de Genebra seguiu o mesmo exemplo em setembro do mesmo ano. O Hospital Universitário de Zurique no ano de 2007 reafirmou a proibição do suicídio assistido em suas instalações. A política do hospital proibiu que funcionários do hospital se envolvessem diretamente com a prática. De outro lado, deixou claro não objetar a procura de um paciente capaz por ajuda de uma sociedade para morrer fora dos muros do hospital. Nesse quadro, o referido paciente pode receber um relatório com informações médicas do diagnóstico, prognostico e, se necessário, ser transportado de ambulância para onde escolher, inclusive para as dependências de uma sociedade (GRIFFITHS et al, 2008).

A posição do hospital de Zurique foi aprovada pela Academia Suíça de Ciências Médicas. No guia de ética medica para pacientes em fase terminal, as diretrizes afirmam que o suicídio assistido não é parte da tarefa do médico. Em vez disso, a tarefa do médico em relação aos pacientes em fase terminal é o de aliviar os sintomas e apoiar o paciente. Não obstante, as diretrizes também reconhecem que a decisão do médico frente uma solicitação de suicídio assistido deve ser respeitada. Para lidar com o conflito, a Academia orienta os médicos em uma situação na qual esteja disposto a assistir o suicídio: (1) o paciente deve estar em fase terminal; (2) deve verificar se opções alternativas foram discutidas e implementadas; (3) o paciente é capaz de tomar a decisão, se é voluntário, sem pressão externa e se o desejo é persistente. A academia enfatiza que o terceiro item listado deve ser verificado por uma terceira pessoa, não necessariamente um médico (GRIFFITHS et al, 2008, p. 475).

Uma observação que merece atenção é de que os recursos para cuidados paliativos na Suíça não são disponibilizados para pacientes doentes. Em 2006 o hospital universitário de Genebra reduziu seu staff vinculado aos cuidados paliativos depois da decisão que permitiu o suicídio assistido no local (PEREIRA, 2011, p. 40). Esse permanece um forte argumento contra a descriminalização da eutanásia e o suicídio assistido e um importante ponto de controvérsia pública (VOLKER, 2016).

Outro aspecto controverso relacionado à prática do suicídio assistido na Suíça é o chamado turismo suicida (WOODS, 2016). O fato da lei não impor critérios de residência para a prática do suicídio assistido no país, permite que organizações suíças como a *Dignitas*, ofereça assistência no suicídio de centenas de estrangeiros. De acordo com Al-Alosi (2016) a despeito da evidencia de que muitos cidadãos suíços sejam favoráveis à continuidade da prática do suicídio assistido, grande parcela também está descontente com a imagem do país de resort para o turismo suicida.

3.4 O tratamento do tema nas Américas

A experiência no que se refere à antecipação da morte nas Américas divide o continente em dois tipos de experiência. Na América do Norte, Estados Unidos e Canadá possuem legislação que permitem o suicídio clinicamente assistido (DOWBIGGIN 2003, p. 272; DOWNIE, 2016, p. 84). Na

América do Sul dois países permitem a eutanásia por meio da despenalização do chamado homicídio piedoso (MABTUM, 2015; MEDINA, 2006, p. 263).



FIGURA 2 – MAPA DAS AMÉRICAS DEMONSTRANDO OS ESTADOS QUE LEGISLAM SOBRE EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO
FONTE: elaboração própria

O primeiro país que despenalizou a prática de antecipação da morte foi o Uruguai em 1934 (ALMADA, 2011, p. 439). Na sequência, julgamentos nos Estados Unidos tiveram como resultado a despenalização da prática e o reconhecimento da autonomia dos estados federados de legislar sobre o assunto. Em 1994, o estado do Oregon foi o primeiro no país a permitir o suicídio assistido. A autorização se deu por meio de aprovação de lei (*Ato Morrer com Dignidade* de 1994) precedida de referendo. Na experiência dos estados da federação, a normativa referente ao suicídio assistido veio acompanhada da proibição expressa da eutanásia e da normatização da recusa de tratamento e das diretivas de antecipação da vontade (MARTEL, 2010; ROSCOE, 2001, p. 344). Os estados de Washington *(*aprovação por referendo do *Ato Morte com Dignidade em 2008),* Vermont (aprovação via processo legislativo *do Ato Escolha do Paciente e Controle do Fim da Vida* de 2013) e Califórnia *(*aprovação por referendo do *Ato Opção de Terminação da*

Vida de 2015) passaram a autorizar a prática. Montana, depois de uma série de decisões judiciais no período entre 2008 e 2009 despenalizou o suicídio clinicamente assistido, mas não foi introduzida uma lei para regulamentar a situação (WEBSTER, 2015, p. 386).

Quebec seguiu o exemplo das regiões estadunidenses e passou a permitir o suicídio clinicamente assistido por meio da Lei 52 de 2014. Vale destacar que antes disso, em 1972, o caso Gloria Taylor, encaminhado para a Suprema Corte de Columbia já havia despenalizado o suicídio clinicamente assistido. A corte entendeu que o dispositivo do Código Penal canadense (seção 241 (b) que diz que comete infração grave quem ajuda ou é cúmplice de pessoa que comete suicídio e s.14 que diz que ninguém pode concordar com a morte infligida sobre essa pessoa) infringia as seções 7 (direito à vida, liberdade e segurança da pessoa) e 15 (igualdade perante a lei e igual proteção e benefício da lei) da constituição (que não tinha efeito para os casos de suicídio assistido como uma prática médica no contexto da relação médico-paciente (VOLKER, 2016; DOWNIE, 2016, p. 18-20). Após uma ampla discussão e novos julgamentos em outros estados, o Canadá aprovou a Lei C-14 de 2016 que legalizou o suicídio clinicamente assistido mas ainda não avançou nos aspectos relacionados às diretivas antecipadas de vontade e recusa de tratamento. Apesar da normativa sobre o suicídio assistido fazer referência aos cuidados paliativos, não existe nos países norte-americanos legislação específica sobre o tema.

Outra experiência importante é a colombiana, onde a lei do país segue o exemplo uruguaio despenalizando o homicídio piedoso, mas ao contrário do outro país, já registrou casos de ajuda médica para a abreviação da vida (SCHADENBERG, 2016).

A sentença C-239-1997 de 2015 da Corte colombiana decidiu pela isenção de pena em caso de isenção de responsabilidade penal daquele que cometesse o chamado homicídio piedoso, desde que houvesse consentimento prévio e inequívoco do paciente em estado terminal. Em 2012, uma mulher com câncer solicitou a morte digna, mas recebeu negativa da Entidade Promotora de Saúde que a atendia e argumentou falta de regulamentação. Em 2013 apresentou uma petição judicial. Em fevereiro de 2015 a Corte Constitucional solicitou ao Ministério da Saúde mediante a

sentença T-970-2015, que elaborasse o regulamento. O referido regulamento foi publicado na resolução 1216-2015 de 20 de abril pelo Ministro da Saúde e Proteção Social com diretrizes para a conformidade e funcionamento dos Comitês Científicos Interdisciplinares para o Direito de Morrer com Dignidade que atuarão nos casos e condições definidos pela sentença acima citada. O regulamento também trata do direito ao cuidado paliativo e da desistência voluntária e antecipada de tratamentos médicos (EL PAÍS, 2016).

Merece menção que outros países latino americanos incluem o homicídio piedoso em seu código penal com pena mitigada: Paraguai, Brasil, Peru, Costa Rica, Honduras, Nicarágua, El Salvador. Já, a Bolívia, o Equador e a Venezuela têm disposições sobre a prática em seus Códigos de Ética e Deontologia Médica. Outros países como Panamá, Porto Rico, Argentina, o Chile e o Panamá possuem disposições e leis sobre o cuidado paliativo, antecipação da vontade e o direito do paciente de recusar tratamento (MABTUM, 2015; MEDINA, 2006; DOWBIGGIN, 2003).

Cabe esclarecer que alguns autores, como Garcia[23] não concordam com o tratamento da eutanásia e do homicídio piedoso como sinônimos. Para o autor, o termo eutanásia deve ser usado exclusivamente para as práticas profissionais de saúde, juridicamente tuteladas e aplicadas a pessoas doentes em estágio terminal, vítimas de doenças graves com severas limitações físicas e sofrimento intenso. Já o termo homicídio piedoso refere-se à conduta de leigo fundamentada na misericórdia e compaixão. No entanto, mesmo que o entendimento jurídico seja de descriminalizar ou despenalizar o homicídio piedoso praticado por médico, tem-se que levar em consideração que ou o ato passa a não ser crime, mas não necessariamente deixa de ser ato infracional, ou permanece com um ato ilícito não passível de punição.

3.4.1 A experiência dos Estados Unidos

A primeira controvérsia sobre eutanásia aconteceu nos Estados Unidos em 1915 quando um cirurgião se recusou a operar uma criança deformada e depois permitiu que ela morresse. No entanto, o tema continuou à margem dos temas sociais até a Depressão. Em 1938 a *Euthanasia Society of America* (ESA) foi fundada como a primeira organização em favor da legalização do homicídio piedoso. A atuação da organização tinha como objetivo

sensibilizar a opinião pública para a aceitação da eutanásia ativa. No período, frente à eutanásia praticada pelo nazismo, o grupo teve que trabalhar para desvincular sua atuação dos programas nazistas de eutanásia (DOWBIGGIN, 2003, p. 2-62).

A estratégia da organização mudou em 1960 e passou a defender a eutanásia passiva e o direito de recusar um tratamento não desejado. Nas décadas de 1970 e 1980 foi marcada pelo debate proposto pela ESA sobre a recusa de tratamento não desejado. Essas questões impactaram o debate sobre os defensores da eutanásia ativa e do suicídio assistido por médico (DOWBIGGIN, 2003, p. 136-162).

Inclusive a primeira menção às diretivas de antecipação da vontade, denominada de *living will*, foi feita pela Sociedade que adotou e disseminou a ideia da utilização de um documento para antecipar a vontade de uma pessoa sobre cuidados de saúde futuros (MABTUM e MARCHETTO, 2015, p. 90).

O caso Karen Quinlan, em 1976, levantou a questão na Corte de New Jersey do desligamento de aparelhos que mantinham vivo um paciente com vida vegetativa e em coma. A decisão da Corte reconheceu o direito de pacientes incapazes terem reconhecida a manifestação antecipada de vontade e afirmou que o direito à privacidade inclui o direito de recusar tratamento médico (DOWBIGGIN, 2003, 136-162).

Vários outros casos foram levados às Cortes dos Estados Federados dos Estados Unidos. A eutanásia continuou sendo proibida, mas o suicídio assistido passou a ser descriminalizado em alguns Estados da Federação.

Como nos Estados Unidos os estados federados têm autonomia para legislar sobre o tema, as iniciativas para legalizar a eutanásia ativa ocorreram nos anos 1988 e 1992 nos estados de Washington e Califórnia, mas não obtiveram sucesso.

Em 1991 o Congresso estadunidense aprovou o *Patient Self-Determination Act*, lei que reconhece o direto a autodeterminação do paciente. No país, o *advance directives* é o documento de manifestação de vontade por meio do qual o paciente manifesta sua autodeterminação. Existem 3 espécies: *living will* (declaração previa de fim da vida); *durble power of attorney for heathcare* (procuração duradoura para cuidados de saúde –

semelhante ao previsto na lei brasileira pelo qual é nomeado um representante para administrar a saúde) e o *advanced care medical directive* (planejamento antecipado de tratamentos médico-hospitalares) (DALTATO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013, p.464).

Em 1998 um referendo em Michigan rejeitou (70% a 30%) a legalização do suicídio assistido por médico. Em novembro de 2000, Maine também realizou plebiscito com resultado de 51% contra a 49% a favor do suicídio assistido. Em maio de 2002 o Senado do Havaí votou 14 contra 11 pela rejeição do projeto de lei 2487 sobre o suicídio assistido. No estado de Michigan, a prática é ilegal e cabe punição com cinco anos de detenção ou pagamento de multa de 10 mil dólares (MARTEL, 2010; ROSCOE, 2001).

Em novembro de 1994 no Oregon, foi aprovada a primeira lei que permite o suicídio assistido por médico. O *Oregon Death with Dignity Act* (*Measure* nº 16) foi aprovado com o objetivo para proteger os interesses dos pacientes. A aprovação se deu com 51% votos de residentes. O Ato permitiu que pacientes que sofressem de doença terminal e que tenham uma expectativa de vida menor do que seis meses, recebam uma prescrição médica para a autoadministração de medicamento letal. O documento afirma que "nada neste Ato pode constituir autorização a um médico ou outra pessoa a dar fim a vida de paciente por meio de injeção letal, homicídio piedoso ou eutanásia ativa". Ele permite ao adulto capaz, residente no Oregon, diagnosticado com uma doença terminal grave a fazer um requerimento escrito para receber medicação com o propósito de pôr fim à sua vida de uma maneira humana e digna. Os médicos que, de boa-fé, prescreverem o medicamento segundo as orientações legais estão liberados das penalidades civis ou criminais e processos disciplinares no âmbito da profissão. O ato prevê ainda procedimentos detalhados que os pacientes e médicos devem seguir (OREGON PUBLIC HEALTH DIVISION , *online).*

O *Oregon Act* tem fundamento no princípio da autonomia a escolha e decisão de pôr fim à própria vida. Para ser autorizado, o paciente deve esperar 15 dias depois de fazer um requerimento oral para um médico e, depois fazer outro requerimento oral e escrito. É necessário aguardar 48 horas para que os medicamentos sejam disponibilizados. A expectativa de

vida do paciente deve ser de menos de seis meses e a prática não pode ser aplicada para menores de 18 anos.

Os médicos devem assegurar que o paciente está tomando uma decisão informada e voluntária. Os critérios clínicos estabelecem (1) a importância de discutir as razões do paciente para a solicitação; (2) a avaliação da capacidade de decisão do paciente; (3) avaliação do entendimento do paciente sobre as medidas paliativas que podem ser usadas de forma alternativa ou simultânea. Apesar da menção ao cuidado paliativo, não existe regulamentação específica sobre o tema (RENTLICHER, 2016, p. 259).

O Estado do Oregon também criou o *Death Whith Dignity National Center* que iniciou suas atividades em 1998. O Centro recebe pedidos de suicídio assistido e emite relatórios anuais sobre as mortes em decorrência de ingestão dos medicamentos prescritos em conformidade. Segundo Francis, relatórios anuais informam dados estatísticos sobre o suicídio no Oregon. As razões mais comuns para a escolha do suicídio assistido é a perda de autonomia, a redução da capacidade para executar atividades para uma vida agradável e a perda da dignidade (FRANCIS, 2016, p. 7).

No ano de 2001, o procurador-geral John Ashcroft buscou por meio de uma diretiva impedir o suicídio assistido no Estado do Oregon. O documento afirmava que os médicos que receitam drogas que facilitam a execução de suicídios violam o *Controlled Substances Act* que determina a legitimidade dos atos médicos. Assim, médicos e farmacêuticos que praticavam eutanásia por meio do suicídio assistido poderiam ter suas licenças revogadas. A diretiva foi contestada pelo Estado do Oregon com o argumento de que o procurador-geral extrapolou a competência ao estabelecer uma diretriz que impedia os médicos de executarem a lei local. A contestação, por meio de acórdão, foi votada favoravelmente ao Estado do Oregon. Na argumentação, o juiz Anthony Kennedy considerou que a posição da então administração implicaria em uma mudança radical sobre a competência para a definição dos critérios da prática da medicina. Em 2006 a legislação de Oregon foi confirmada pela Suprema Corte (ORR et al., 2003).

Seguindo o Ato de Oregon, outros estados buscaram legalizar o suicídio assistido: Alaska, Arizona, Califórnia, Colorado, Connecticut, Illinois,

Massachusetts, Michigan, Mississippi, Nebraska, Washington e Wisconsin. Em todos foi rejeitado (DOWBIGGIN, 2003, p. 2-62).

O Estado de Washington foi o segundo a legalizar o suicídio clinicamente assistido no ano de 2008 com 58 % dos votos a favor em um plebiscito. As exigências são que o paciente esteja em estado terminal com menos seis meses de vida, maior de idade e estar consciente da sua escolha. Assim como no estado do Oregon, dois requerimentos orais e um escrito são necessários para que o médico possa assistir ao paciente no suicídio (NICOL, 2013, p. 4).

O terceiro estado da federação dos Estados Unidos a autorizar de forma expressa o suicídio assistido foi Vermont. Ele também foi o primeiro Estado a legalizar a prática via processo legislativo e não por referendo. O *"Patient Choice and Control End of Act"* foi aprovado no ano de 2013. A lei protege os médicos que seguem os passos orientados na lei para a prática do suicídio assistido. Os médicos estão habilitados a prescrever drogas letais para pacientes em estado terminal (VERMOND DEPARTMENT OF HEALTH , *online*).

O estado requer que os pacientes façam dois requerimentos orais e um escrito – separados por 15 dias de espera. O diagnóstico inicial deve ser certificado por um médico. A lei prevê como requisito a manifestação favorável de dois médicos, avaliação psicológica e um período de espera de 17 dias antes da ingestão dos medicamentos. O diagnóstico inicial deve ser certificado por uma consulta medica e o paciente deve estar em plena saúde mental. Não é permitida a prática para menores de 18 anos.

No caso do Estado de Montana o suicídio assistido é autorizado por meio de processo judicial. A Suprema Corte de Montana, em 2009, manifestou-se favorável ao requerimento de um doente em estado terminal de morrer dignamente no caso *Baxter versus Montana*. Assim a prática foi despenalizada. A jurisprudência deixa claro que é necessário o requerimento do paciente por escrito. No entanto o estado não tem uma previsão regulamentar para o suicídio assistido. Vale mencionar que no Estado do Texas, a Lei *Advance Directives Act* "autoriza em determinados casos que médicos e hospitais paralisem os tratamentos quando estes se mostrarem inadequados ou fúteis, permitindo, assim, a chamada eutanásia passiva" (ROBINSON, 2010, p. 15).

Na Califórnia, o governador Jerry Brown assinou o *End of Life Option Act* em vigor no ano de 2015. O ato permite a médicos prescrever drogas letais para certos pacientes em fase terminal. A lei é similar à lei do Oregon, Washington e Vermont. Os pacientes devem ter uma expectativa de vida menor do que seis meses, providenciar os informes de consentimento, devem ter um diagnóstico confirmado por médico e um requerimento de assistência expresso de forma oral (duas vezes) e um a vez escrita (com intervalo de 15 dias entre os requerimentos (SKENE, 2016, p. 35).

3.4.2 A experiência do Canadá

A legislação do Canadá faz uma distinção entre eutanásia passiva (recusa ou remoção de procedimentos de preservação da vida, incluindo alimentação e hidratação) e a eutanásia ativa (ato de matar intencionalmente alguém com intuito de aliviar a dor). A eutanásia ativa é ilegal no Canadá de acordo com o seu Código Penal que configura o ato como homicídio culposo. A eutanásia passiva é legal (DOWNIE, 2004).

O suicídio, por sua vez, foi despenalizado no país em 1972 e reconhecido em jurisprudência no caso Gloria Taylor, julgado pela Suprema Corte da Columbia, em 15 de junho de 2012, conforme o já mencionado na apresentação da seção 3.4.

A decisão foi ponto de referência para a decisão da Suprema Corte no caso Carter *versus* Canadá no ano de 2015. A sentença determinou que os adultos em condições médicas graves e irremediáveis tenham o direito ao suicídio assistido por um médico. No entanto a vigência da nova interpretação somente poderia ser aplicada após 12 meses da sentença transitada em julgado. A decisão da suspensão do efeito dela teve como justificativa a necessidade de o governo alterar o código penal (CHAN; SOMERVILLE, 2016 p.5; BROWNE; RUSSEL, 2016, p. 0377).

Nesse mesmo período dos debates em torno do caso Carter, o suicídio assistido por médico foi legalizado na Província de Quebec (projeto de lei 52), em 05 de junho de 2014, onde é chamado de "ajuda médica na morte". O "*Act Respecting End-of-Life*" passou pela Assembleia no Quebec com 94 votos a favor a 22 votos contrários.

Em 2015 a Corte de Apelação confirmou que a lei não é contraria ao Código Penal com base na jurisprudência do caso *Carter versus Canadá*

(CANADA, 2015, *online*). De acordo com a lei, somente pacientes que cumprirem os seguintes critérios podem solicitar a ajuda para morrer: (1) ser uma pessoa segurada de acordo com *"Health Insurance Act"* (capítulo A-20); (2) ser maior de idade e capaz de dar consentimento; (3) estar em estado terminal; (4) sofrer de doença incurável; (5) estar em estágio avançado e irreversível de declínio da capacidade; (6) sentir dor física ou psicológica constante e insuportável, que não pode ser aliviada de maneira que o paciente considera tolerável. O ato também regulou a continuidade da sedação paliativa e estabeleceu a Comissão sobre o cuidado na terminação da vida. A Comissão é responsável pelo exame das questões e dos requerimentos específicos relacionados à prática.

Em fevereiro do mesmo ano, o governo introduziu um projeto de lei que passou pela Câmara e está nomeada como projeto de lei C-14. O texto do projeto reconhece a autonomia das pessoas que tem condições de saúde graves e irremediáveis e de sofrimento intolerável de solicitar assistência médica para morrer. Reconhece ainda a importância de afirmar o valor inerente e igual de toda vida pessoal e a proteção de vulneráveis. O projeto visava emendar o Código Penal e afirmar que nenhum médico ou enfermeiro pode ser culpado de homicídio se apoiar uma pessoa com assistência médica na morte.

Na mesma ocasião outras ações no âmbito do legislativo federal foram iniciadas com vistas a legalizar o suicídio assistido. O partido Liberal Nacional (partido de oposição no Parlamento) aprovou uma resolução pedindo a descriminalização da assistência médica voluntária na terminação da vida. A resolução pedia uma consulta pública para que fossem feitas recomendações ao Parlamento sobre a assistência médica na morte. O partido também encaminhou uma moção para a o Parlamento com a solicitação da criação de um Comitê de Especialista para a elaboração de medidas legislativas sobre o tema. Em 27 de março de 2014 Steven Fletcher, membro do partido conservador, introduziu o projeto de lei C-581 para descriminalizar o suicídio assistido por medico e o projeto de lei C-582 para criar uma Comissão sobre o suicídio assistido por médico. Para o mesmo fim, o projeto de lei S-225 foi introduzido no Senado por Larry Campbell e Nancy Ruth (DOWNIE, 2016, p. 84).

O trânsito em julgado do caso Carter em 7 de junho de 2015 também foi importante para pressionar um posicionamento do legislativo canadense no sentido de regulamentar a prática, uma vez que a decisão passaria a vigorar na mesma data no ano de 2016.

A lei proposta pelo governo foi aprovada pelo Parlamento. O Senado aprovou a proposta por 44 votos a favor e 28 votos contrários com emenda que estabeleceu a autorização para médicos prestarem assistência ao suicídio de doentes terminais (DOWNIE, 2016, p. 85).

O texto final também não contemplou as recomendações do Comitê Parlamentar especial que tinha como proposta a ampliação da lei para menores de idade e para pessoas com problemas psicológicos. De acordo com alguns parlamentares, a lei é mais restritiva que a decisão Carter, uma vez que restringe a aplicação da prática apenas para doentes em fase terminal, deixando pacientes com dores intoleráveis fora da proteção da lei.

Outra emenda que merece menção é a que inclui na lei a exigência de que os pacientes sejam orientados sobre alternativas ao suicídio assistido, incluindo cuidados paliativos. A lei recebeu a aprovação em 17 de junho de 2016. De acordo com a norma aprovada uma pessoa pode receber assistência médica na morte somente se seguir os seguintes critérios: (a) ser elegível para os serviços de saúde financiado pelo governo do Canadá (período mínimo de residência); (b) ter pelo menos 18 anos de idade e ser capazes de tomar decisões no que concerne à saúde; (c) estar em condição médica grave e irremediável; (d) fazer um pedido voluntário que não seja feito em razão de pressão externa; (e) dar o consentimento informado para receber a assistência medida para morrer depois de ter sido informado dos meios disponíveis para aliviar o sofrimento, inclusive os cuidados paliativos (SCHADENBERG, 2016, *online*).

3.4.2.1 A experiência da Colômbia

A análise da eutanásia na Colômbia é "curiosa e juridicamente relevante", na medida em que a "sua autorização se deu por decisão final da Corte Constitucional, numa tendência cada vez mais comum de judicialização do assunto" (JULESZ, 2016, p. 174).

A Colômbia no ano de 1997 já havia decidido em sentença da Corte Constitucional Colombiana pela "isenção de responsabilidade penal" para

quem cometesse o "chamado homicídio piedoso". A sentença C-239-97 foi promulgada pela Corte Constitucional em 20 de maio de 1997 (GUERRA, 2013, p. 71).

Na essência, o dispositivo legal despenaliza o ato chamado homicídio piedoso que é definido como a ação de quem, por motivação específica, age de modo a pôr fim aos sofrimentos de outro ser humano. Até aquele momento o artigo 326 do Código Penal Colombiano castigava com pena de prisão de 6 meses a 3 anos a pessoa que cometesse qualquer delito de homicídio por piedade. A sentença solicitava do Congresso a redação o mais breve possível e de acordo com os princípios constitucionais e considerações de humanidade, o regulamento da morte digna (AGUIRRE ROMÁN et al., 2015, p. 56; OTERO, 2016).

Antes da aprovação da regulamentação, em 2014 foi aprovada a Lei 1733 sobre os serviços de cuidados paliativos e o direito que toda a pessoa, com enfermidade em fase terminal, crônica, degenerativa e irreversível, tem à atenção em cuidados paliativos que pretendam melhorar a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de suas famílias, mediante um tratamento integral de dor e alivio do sofrimento e outros sintomas, tendo em conta os aspectos psicopatológicos, físicos, emocionais, sociais e espirituais (BOLIVAR; GÓMEZ, 2016, p. 129).

O artigo 5º da requerida lei trata do direito das pessoas de subscreverem documentos de antecipação de vontade com relação à tomada de decisão sobre esse tipo de atenção. Os elementos para a validez jurídica do documento são: (1) ser redigido por pessoa maior de 18 anos, capaz; (2) deve estar precedida de informação que inclui os direitos que a pessoa tem no fim da vida; (3) o objeto deve ser licito, incluindo o rechaço a tratamentos fúteis e a doação de órgãos; (4) a exteriorização da vontade deve ser expressa e por escrito. A lei não especifica outros aspectos como

> [...] a autorização do acesso aos dados clínicos de caráter pessoal, a designação de um representante, o desejo de morrer em casa e na companhia de quem escolha, o desejo de assistência religiosa ou espiritual, a doação de órgãos com fins de investigação e docência, tampouco se contempla outros meios para exteriorizar de maneira inequívoca a vontade, como vídeos, gravações e outros meios eletrônicos.

Vale esclarecer que a vontade antecipada para morte antecipada somente é aplicável em caso de enfermidade em fase terminal (BOLIVAR;

GÓMEZ, 2016, p. 130).

A ausência de regulamentação da prática ensejou pedido perante a corte que, na sentença T-970-2015 determinou a elaboração de regulamento por parte da autoridade de saúde colombiana. Em resposta, em 20 de abril de 2015 o Ministério da Saúde e Proteção Social publicou a resolução 126-2015. Na ocasião foi grande a oposição com relação ao documento, principalmente, do procurador geral Alejandro Ordoñez e da igreja católica que ameaçou fechar os hospitais católicos no país. A decisão da Corte não solucionou a insegurança jurídica, uma vez que o código penal não foi modificado (EL PAÍS, 2015).

O regulamento do Ministério da Saúde e Proteção Social, em seu preâmbulo, afirma que o direito fundamental de viver de forma digna implica no direito fundamental de morrer com dignidade. Também ressalta a determinação da Corte da emissão por parte do Ministério de uma diretriz para garantia do cumprimento da decisão (COLOMBIA, 2015). O artigo 1º afirma que a resolução tem como objeto o estabelecimento de diretrizes para a conformidade e o funcionamento dos Comitês Científicos Interdisciplinares para o Direito de Morrer com Dignidade que atuarão em casos e condições definidas pelas sentenças acima mencionadas.[20]

O artigo 2º esclarece o que é uma pessoa enferma em fase terminal. No artigo 3º foram estabelecidos os critérios para a garantia do direito fundamental de morrer com dignidade. Os critérios são: a prevalência da autonomia do paciente, a celeridade, a oportunidade e a imparcialidade nos termos definidos na sentença T-970-2014 (COLOMBIA, 2014).

O artigo 4º reafirma o direito das pessoas com enfermidades, em fase terminal, aos cuidados paliativos. Também inclui o direito dos pacientes de desistirem de maneira voluntária e antecipada de tratamentos médicos desnecessários que não cumpram com os princípios de proporcionalidade terapêutica e não representem uma vida digna para o paciente. A pessoa pode desistir da opção pelo procedimento de morrer com morte digna sendo garantido o direito aos cuidados paliativos (DE ALBUQUERQUE FILHO, 2016, p. 192-193).

A forma de consentimento é expressa no artigo 15. De acordo com o texto, toda pessoa maior de idade que se encontre nas condições previstas

na sentença T970-2014 poderá solicitar o procedimento perante o médico que fará avaliação da condição da enfermidade terminal. O consentimento deve ser expresso de maneira livre, informada e inequívoca para que se aplique o procedimento para garantir seu direito de morrer com dignidade. O consentimento pode ser prévio à enfermidade terminal quando o paciente tenha manifestado, antes dela, sua vontade em tal sentido. Os documentos de vontade antecipadas ou testamento vital, para o caso em particular, se considerarão manifestações validas de consentimento e deverão ser respeitadas como tal (DE ALBUQUERQUE FILHO, 2016, p. 192-193).

Em caso de pessoa maior de idade que se encontre em incapacidade legal ou em circunstâncias que a impeçam de manifestar sua vontade, a solicitação poderá ser apresentada por aqueles que estejam legitimados para dar o consentimento substituto, sempre e quando a vontade do paciente tenha sido expressa previamente mediante um documento de vontade antecipada ou testamento vital e requerendo-se, por parte dos familiares, que igualmente expresse consentimento escrito de tal vontade (HURTADO MEDINA, 2015).

O trâmite da solicitação ocorre da seguinte forma: estabelecida a condição de enfermidade terminal e a capacidade do paciente, o médico cuidador, com a documentação respectiva, convocará de maneira imediata, o respectivo Comitê. O Comitê dentro de 10 dias após a apresentação da solicitação deverá verificar a existência dos pressupostos da sentença T970-2014 para avançar o procedimento e se estes são cumpridos, perguntará ao paciente se reitera sua decisão. Se o paciente reiterar a decisão, o comitê autorizará o procedimento e este será programado para a data que o paciente indicar ou, na impossibilidade, no prazo de 15 dias depois da decisão. O procedimento é gratuito. A objeção de consciência somente é permitida aos médicos encarregados de intervir no procedimento para fazer efetivo o direito de morrer com dignidade. Se o médico formular na data do procedimento a objeção por escrito e devidamente motivada, o Comitê ordenará à Instituição Prestadora de Saúde para que dentro das 24 horas seguintes designe outro médico para a realização do procedimento.[21]

3.4.2.2 A experiência do Uruguai

O Código Penal do Uruguai (Lei n 9.914) de 1934 prevê a possibilidade de juízes isentarem de pena a pessoa que comete o chamado homicídio piedoso. O artigo 37 da referida lei afirma os juízes tem a faculdade de isentar de castigo o sujeito com antecedentes honrosos, "autor de um homicídio efetuado por motivo de piedade, mediante súplicas reiteradas da vítima" (ALMADA et al, 2009, p. 2).

Embora o país não tenha legalizado de maneira expressa a eutanásia, tolera a sua prática permitindo ao julgador depois da análise do caso concreto decidir pela isenção de pena para aquele que abrevia a morte de pessoa em estado terminal (DE ALBUQUERQUE FILHO, 2016, p. 192-193). Vale esclarecer que, por outro lado, o suicídio assistido é crime no país, sem a possibilidade de perdão judicial.

De acordo com Goldim (2016), responsável pelo portal de Bioética do Núcleo Interinstitucional de Bioética[22], o tratamento do homicídio piedoso no Uruguai é semelhante ao adotado na Holanda nos anos de 1993, ou seja, não há legalização para a realização da eutanásia, mas a possibilidade de imunidade para o responsável pela prática, guardadas algumas condições. Segundo o autor da nota, a legislação é baseada em doutrina estabelecida pelo penalista espanhol Jiménez de Asúa.

Almada et al (2009, p. 2) analisa o texto e esclarece que o sujeito ativo do homicídio piedoso deve ser uma pessoa com antecedentes honoráveis, não necessariamente um médico. Já o sujeito passivo, deve estar em uma situação de padecimento objetiva, mas ser capaz de expressar sua vontade de maneira reiterada. A ação ou omissão que cause a morte deve ser realizada por piedade. A faculdade do juiz é o perdão judicial.

Vale esclarecer que o mesmo tratamento não é dado ao suicídio assistido que é crime de acordo com o artigo 315 do Código Penal que estabelece que a pessoa que ajuda no suicídio, no caso de a morte ser efetivada será castigada com seis meses a seis anos de prisão. A pena máxima pode ser ampliada até 12 anos se o homicídio tiver como alvo pessoa menor de 18 anos, ou uma pessoa incapaz em razão de enfermidade mental ou pelo abuso de álcool ou uso de drogas.

Em 2009, por meio da Lei 18.473 o Uruguai estabeleceu diretivas para a antecipação da vontade. O documento somente pode ser feito por maior de

idade com capacidade psíquica para consentir ou se opor a aplicação de tratamentos médicos. A manifestação da vontade deve ser feita por escrito. O documento prevê que a pessoa também pode adiantar a recusa de tratamentos médicos. Essa recusa não tem implicações para os cuidados paliativos no caso de estar com doença em fase terminal, incurável e irreversível.

Essa Lei afirma a necessidade de duas testemunhas (é vedada a possibilidade de o médico responsável pelo tratamento ser testemunha) e a indicação de um representante para a tomada de decisão no caso de incapacidade. A pessoa pode revogar o documento em qualquer momento, de forma verbal ou escrita.

O artigo 7º da lei trata também de situação de pessoa com patologia incurável e irreversível que não tenha manifestado a vontade de forma antecipada e se encontra incapaz de expressá-la. Nesses casos, a suspensão de tratamento será uma decisão do cônjuge ou concubino, ou na falta, de familiares de primeiro grau. No caso de concorrência entre os familiares (vontade diferida), será requerida a unanimidade para a decisão. A norma também prevê que quando o paciente for incapaz, interditado, criança ou adolescente, mas com um grau de discernimento ou maturidade suficiente para participar da decisão, esta será tomada por seus representantes legais em consulta com o incapaz e com o médico responsável pelo tratamento.

Interessante observar que o Uruguai, mesmo tendo o homicídio piedoso despenalizado em um contexto de debate sobre o tema e seu tratamento na lei penal, o país não possui jurisprudência sobre a aplicação do artigo 37 do Código Penal (ALMADA et al., 2009, p. 2).

3.5 O tratamento do tema no Brasil

O Brasil não possui lei específica sobre a eutanásia e o suicídio assistido. O Código Penal de 1940 em seu artigo 121 parágrafo 1º penaliza o homicídio privilegiado com reclusão de seis a 20 anos de prisão. A pena pode ser reduzida de um terço a um sexto para os casos nos quais os agentes foram movidos por relevante valor moral ou social. O artigo 122 determina expressamente que o auxílio ao suicídio é inadmissível e estabelece pena que pode chegar a seis anos nos casos onde o suicídio for consumado. Nos casos que a tentativa não for consumada, mas tiver como resultado lesão corporal

grave, a pena poderá ser de até três anos (isso parece indicar que a lei visava o auxílio leigo ou comum, não a assistência clínica). Todavia, em nenhum dos casos há qualquer excludente de autorização para alguém que ajude a pôr fim à vida de outrem (BRASIL, 1940).

O Código de Ética Médica Brasileiro publicado em 1988, em seu artigo 6º, expressa a preocupação com o valor da vida:

> O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988).

Ademais, no artigo 66 vedava ao médico: "Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que, a pedido deste ou de seu responsável legal" (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988).

O único projeto de lei com vistas a legalizar a eutanásia foi apresentado no Brasil em 1996 sob o número 125. Ele propõe que a eutanásia seja permitida, desde que consentida e quando comprovado o estado de sofrimento físico ou psíquico do paciente por uma junta de cinco médicos. Caso estes não possam requisitar a conduta da Eutanásia, tal decisão fica a cargo dos parentes mais próximos. No entanto o próprio autor do projeto não acredita que ele tem chances de prosperar (PESSINI; Barchifontaine, 2007).

O Estado de São Paulo no ano de 1999 foi o primeiro Estado Brasileiro a legislar sobre temas relacionados à antecipação da morte. A chamada Lei Mario Covas permite a recusa de tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida em seu artigo 2º, inciso XXIII. No mesmo sentido, o Código Civil brasileiro de 2002, expressa em seu artigo 15 que "ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de morte, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica".

No âmbito da autorregulamentação a resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina prevê a limitação ou suspensão de procedimentos e terapias que busquem prolongar a vida de paciente em fase terminal. Para isso, o consentimento esclarecido deve ser observado e também informações sobre outros tratamentos e cuidados paliativos (MARTINELLI, 2013).

Na ocasião, o Ministério Público Federal requereu por meio de liminar a suspensão da resolução em razão da prática não encontrar amparo na legislação brasileira. A suspensão da resolução foi mantida até dezembro de 2010, quando nova decisão judicial derrubou a liminar suspensiva. No julgamento da ação, o Ministério Público mudou de opinião e o juiz acatou os pareceres dos profissionais da saúde. Prevaleceu na decisão o exercício de autonomia do paciente em estado de morte iminente. Martinelli (2013) ressalta que durante o período da suspensão da Resolução 1.805/2006 pela justiça brasileira, o Conselho Federal de Medicina aprovou a nova edição do Código de Ética Médica por meio da Resolução CFM 1.931/2009 que no artigo 41, em seu *caput,* proíbe a abreviação da vida de paciente, mesmo que solicitado por ele ou por familiares. A prática é considerada como uma infração ética passível de punição, de outro lado, considera como infração a prática da prorrogação do sofrimento de paciente em fase terminal por meio de tratamentos inúteis e fúteis.

Também em 2009 um Projeto de Lei (PL 6.715/2009), com parecer favorável da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados buscou descriminalizar a chamada eutanásia passiva (no âmbito dos cuidados paliativos) por meio de inclusão do artigo 136-A no Código Penal. No ano de 2012, outro projeto (PL 236/2012) buscou penalizar a eutanásia ativa, incluindo no Código a eutanásia como uma modalidade nova e autônoma de crime com a seguinte definição: "Matar, por piedade ou compaixão, paciente em estado terminal, imputável e maior, a seu pedido, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável em razão de doença grave". Para o novo crime, o artigo 122 prevê pena de dois a quatro anos, entretanto prevê a possibilidade do julgador deixar de aplicar a pena a partir da análise do caso concreto. O texto condena a obstinação terapêutica e exclui a ilicitude da suspensão de tratamento, a pedido, em casos de pacientes com doenças graves e irreversíveis (LIPPMANN, 2016).

De acordo com Lippmann (2016, p. 26), a justificativa para que as modificações não sejam aceitas estão no entendimento de que a prática é incompatível com a Constituição Federal do Brasil de 1988 e com o compromisso brasileiro com o direito inalienável à vida assumido com a assinatura da Declaração dos Direitos Humanos de 1948. Nesse

entendimento, projetos de lei anteriores (PL 5.058/2005 e o PL 2.283/07) tiveram a finalidade de punir a eutanásia como crime hediondo.

O ano de 2012 também foi marcado por nova manifestação do Conselho Federal de Medicina sobre cuidados paliativos e diretivas antecipadas de vontade. A resolução 1.995 reconhece e legitima a validade da antecipação da vontade e autoriza o médico a possibilidade de suspender procedimentos para prolongar a vida de pacientes com doenças graves e incuráveis ou em fase terminal. Também garante a possibilidade da oferta de cuidados paliativos respeitando a vontade do paciente ou seu representante legal (MINAHIN; PORTUGAL, 2016, p. 316-320).

Essa regulamentação foi contestada pelo Ministério Público de Goiás em 2013. O argumento foi o da inconstitucionalidade dela uma vez que extrapolava os limites da Lei nº 3.268 de 1957 que dispõe sobre as atribuições dos Conselhos de Medicina. O argumento do Ministério Público foi recusado tanto em decisão liminar como na definitiva publicada em 2 de abril de 2014. De acordo com o tribunal, o tratamento do assunto deve ser feito em lei, entretanto entendeu que o vazio jurídico dá margem ao Conselho Federal de Medicina de apresentar regulamento sobre o assunto, o que não impede em casos específicos que familiares ou o poder público busquem tutela judicial a fim de afastar a eficácia das diretivas de antecipação da vontade firmadas pelo paciente.

Outro julgamento, em sentido contrário, teve como intuito o reconhecimento das diretivas. No ano 2013 a advogada Rosana Chiavassa impetrou uma ação junto à 2.ª Vara Cível do Fórum João Mendes, em São Paulo, com vistas a garantir que ela não tenha que passar por tratamento desnecessário caso desenvolva, no futuro, doença irreversível que comprometa a capacidade física e a consciência. O pleito foi bem-sucedido (CAMBRIOLI, 2015).

4

A LEGALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA E DO SUICÍDIO ASSISTIDO À LUZ DA BIOÉTICA

Os temas da eutanásia e do suicídio clinicamente assistido, assim como outros ligados ao direito a uma morte digna, estão no cerne das discussões sobre bioética, direitos humanos, e direitos legais propriamente ditos. A terminalidade da vida humana sempre suscitou questões difíceis na teoria e na prática, como por exemplo, se a eutanásia é aceitável ou não moralmente, o que diz exatamente a lei e o direito em lugares democráticos, o que os profissionais de saúde podem fazer.

O debate nos países estudados gira, histórica e inicialmente, em torno da inalienabilidade do direito à vida. Sobre isso o Parlamento Europeu foi claro ao declarar que o direito fundamental à vida é inalienável. No entanto, essa manifestação não gerou um consenso na Europa, pelo contrário. O Conselho de Ministros não buscou impor a recomendação do parlamento nos demais países reconhecendo a ausência de interpretação clara sobre o assunto no âmbito da Corte Europeia de Direitos Humanos.

Como vimos, a corte possui uma jurisprudência que trata especialmente dos temas de suicídio assistido e de suspensão de tratamento para prolongamento da vida. O tribunal atua como subsidiário às jurisdições domésticas e no caso de conflito de direitos pode se posicionar sobre novas normativas.

Nos casos levados a julgamento a corte foi clara ao definir que o direito à vida não gera um direito à morte. Nesse caso, reforçou o entendimento da recomendação do Parlamento Europeu. De outro lado, não condenou a legalização do suicídio assistido ou da eutanásia nos casos que a lei doméstica permite as práticas de antecipação da vida. Apesar de entender que não há uma obrigação positiva do Estado de autorizar a interrupção da vida, não se manifesta sobre a obrigação de não permitir essa interrupção em casos específicos.

A corte também ressaltou a falta de consenso entre os membros do Conselho da Europa sobre o direito de um indivíduo eleger quando e como

pôr fim à sua vida, reconhecendo que os Estados têm ampla margem de apreciação sobre esses casos.

O caso Lambert é relevante uma vez que a Corte entendeu que a suspensão de tratamento em casos considerados de obstinação terapêutica é legítima, uma vez que nesses casos o Estado não decide pôr fim à vida do paciente, mas interromper o prolongamento irracional do sofrimento do paciente. Também sobre os casos de suspensão de tratamentos que alargam a vida de forma artificial, a corte reconheceu a falta de consenso entre os países da Europa. Vale ressaltar o reconhecimento da manifestação da vontade do paciente no processo de tomada de decisão.

No continente europeu os temas da eutanásia e do suicídio assistido não foram levados à apreciação da Corte Regional. Essa realidade aponta para a dificuldade de uma solução normativa sobre o tema tomando por base os imperativos universais previstos em tratados internacionais e regionais de direitos humanos. A declaração da Unesco que busca uma aproximação dos debates no campo da bioética aos direitos humanos não enfrenta diretamente a questão polêmica do direito à morte digna.

A discussão sobre dignidade, vinculada a ideia de uma morte digna, não aparece nas decisões da Corte Europeia. Sobre isso vale mencionar que o valor da dignidade humana na Declaração Universal dos Direitos Humanos aparece como um valor absoluto da pessoa em razão de sua humanidade. De outro lado a ideia de dignidade vinculada à vida boa é relacional.

No que se refere às experiências estudadas, tanto dos países europeus como dos americanos é interessante observar que o desenvolvimento da normativa sobre a antecipação da morte tem se dado de forma distinta e considerando traços regionais, históricos, religiosos e culturais dos países.

Vale mencionar, entretanto, que o direito à morte, nos casos de legalização da eutanásia e do suicídio assistido, aparece, na maior parte das vezes com ênfase nos fundamentos da autonomia e beneficência.

Segundo Schicktanz (2010), na Europa, os países que aceitam a eutanásia e o suicídio assistido tem no coração das suas legislações a justificativa da prática com base na autonomia e na autodeterminação como elementos éticos da dignidade humana. No entanto, essa autonomia é interpretada de diferentes formas, por exemplo, a autonomia na Alemanha está submetida a

uma postura paternalista do Estado observada na tradição normativa do país.

A Suíça, que também permite o suicídio assistido, tem uma regulamentação que tem como fundamento uma noção de autonomia individual. O país permite a atuação de associações que dão suporte à prática. Diferente de outros países que restringem a adoção da prática a residentes, a Suíça permite que qualquer pessoa, inclusive estrangeiros, tenha assistência ao suicídio em seu território, o que tem vinculado a imagem do país ao chamado turismo da morte. Diferente da Alemanha, a autonomia da pessoa é interpretada com foco para a dimensão da vida privada, subjacente aos direitos e liberdades individuais.

Apesar de Luxemburgo ter sido influenciado pelas experiências holandesa e belga, o histórico de legalização das práticas no país é bastante distinto. A tradição cristã vinculada à família real do país aponta para uma experiência diferenciada que reforça na legislação a preocupação com os cuidados paliativos como alternativa à antecipação da morte. O debate intenso sobre a sacralidade da vida, inseriu no contexto do debate sobre a permissão do Estado de ajuda médica na antecipação da vida, mecanismos que permitam ao paciente buscar formas de abrandar o sofrimento em um processo de morte natural.

Como a lei belga proíbe a prescrição de drogas letais injetáveis para pacientes, o suicídio assistido por medico tem sido praticado a partir da interpretação da lei da eutanásia e também do entendimento que se a medicação for ministrada por via oral, a prática é aceitável, desde que a administração seja realizada sob a responsabilidade do médico e que ele garanta o respeito às obrigações legais impostas sobre a eutanásia. Diferentemente da Holanda onde as práticas de antecipação da morte foram sendo regulamentadas a partir da jurisprudência e de um processo de descriminalização, na Bélgica, o tema foi inserido na agenda política por um comitê vinculado à bioética. Apesar de a lei belga ser baseada na lei holandesa, o histórico diferente da legalização gera diferenças com relação à interpretação das normas e aplicação delas (VAN WESEMAEL et al., 2009; NYS, 2002; DELIENS et al., 2002).

Ademais, a evolução da jurisprudência e legislação nos países europeus gerou experiências distintas com relação aos executores das práticas de antecipação da vida, ao consentimento dos pacientes para a prática, a idade mínima para que a manifestação da vontade seja reconhecida.

Outros temas vinculados à eutanásia e ao suicídio assistido como a recusa de tratamento, diretivas de antecipação da vontade possuem regulamentação distinta nos países europeus. Merece atenção o tema dos cuidados paliativos que não possuem regulamentação específica em muitos desses países (VAN BEEK et al., 2013).

A autonomia vinculada à dignidade humana e à vida privada figura na jurisprudência norte-americana e canadense sobre suicídio assistido (Baxter v. Montana; Taylor v. Columbia; Carter v. Canadá). A análise sobre a experiência de legalização em ambos os países mostra a valorização do consentimento esclarecido como requisito da autonomia e autodeterminação no ato de antecipação da morte assistida por médico. A eutanásia é tida como crime.

Na América Latina, as práticas da eutanásia e do suicídio assistido são criminalizadas na maioria dos países. As experiências recentes de descriminalização da antecipação da morte ocorreram no Uruguai e na Colômbia. O termo eutanásia não é utilizado. A prática permitida é a do homicídio piedoso em razão da despenalização. Nesse sentido, a misericórdia é elemento fundamental na justificativa da ação de antecipação da morte. O princípio da beneficência aparece como central na decisão do agente do homicídio.

Young (2016) em sua publicação "*Voluntary Euthanasia*" detalhou algumas condições e objeções importantes que podem ser consideradas em uma avaliação bioética sobre as práticas de eutanásia e/ou suicídio assistido. Como condições para caracterizar e aceitar eticamente a eutanásia, prescreve:

1. existir sofrimento por doença terminal;
2. a probabilidade baixa de cura da doença;
3. a dependência de suporte de vida que resulte sofrimento intolerável e vida onerosa do ponto de vista do paciente;
4. o desejo voluntário, competente e duradouro de morrer do paciente (ou revelado por responsável legal);

5. morrer é impossível sem intervenção médica (previsão legal).

A posição a favor do direito à eutanásia voluntária se estrutura em torno da implicação de que o respeito pelas pessoas exige respeito pelas suas escolhas autônomas desde que não resultem em danos para terceiros. O argumento, segundo Young (2016), é o seguinte:

1. as pessoas têm interesse em tomar decisões importantes sobre suas vidas e em exercer a autodeterminação e autonomia.
2. morrer é parte da vida e as escolhas sobre como e quando morrer são parte da autodeterminação e autonomia.
3. logo, as pessoas têm um interesse na autodeterminação e autonomia relacionada a sua morte.
4. ora, para manter a dignidade e o respeito, as pessoas devem ter autodeterminação e autonomia tanto sobre sua vida quanto sobre sua morte, incluindo como e quando morrer.
5. logo, para manter a dignidade e o respeito as pessoas devem ter autodeterminação e autonomia sobre como e quando morrer.

Young (2016) responde às objeções com base neste argumento e em fato. Em resposta ao argumento (1) "a eutanásia voluntária não é necessária em razão dos cuidados paliativos", afirma que os cuidados não são uma panaceia nem estão disponíveis a todos, mas, mesmo se estivessem, não poderiam ser impostos àqueles que não desejam tais cuidados, que também envolvem sofrimento e desconforto que muitos não desejam para si. Em resposta ao argumento (2) "nunca podemos ter evidencia suficiente para saber se a vontade de uma pessoa que está morrendo é competente, duradoura e genuinamente voluntária", Young afirma que nós podemos em vários casos, todos aqueles em que o paciente possui as mesmas características de autonomia moderada que os outros pacientes comuns; e que podemos, quanto aos outros casos, estabelecer um período de latência, apoio e monitoração desta capacidade; seguir diretrizes antecipadas antes pelo pacientes; seguir evidências trazidas pelos familiares e amigos sobre a vontade do paciente.

Em resposta à objeção "doutrina do duplo efeito" ou argumento (3) "é certo aceitar um mal não intencionado de uma ação boa, mas é errado produzir o bem através de uma má ação", Young alega que o que está em questão é se o ato específico da eutanásia é uma má ação, e que a doutrina, além de ambígua, parece circular, supondo que toda ação de matar é errada, o que deveria ser provada, entre outros modos, mostrando que a eutanásia é errada. Sobre a objeção que alega (4) "a suposta diferença entre matar e

deixar morrer", Young sugere que a distinção entre a eutanásia ativa e passiva não é clara e que ambas as ações são intercambiáveis e moralmente equivalentes.

Além disso, em resposta à objeção da "ladeira escorregadia" (5), que alega dúvidas se a permissão para eutanásia voluntaria não levaria à permissão a outras formas de eutanásia e ao assassinato puro e simples, retruca-se que as experiências em países democráticos desmentem o abuso, que a população dos países citados endossam a mudança até o momento, que a aceitação da eutanásia voluntária não destoaria do que já fazemos na medicina em relação à suspensão de tratamentos e respeito à vontade dos pacientes e/ou dos familiares em muitos contextos.

Segundo Goldim, o termo *Slippery Slope* foi cunhado por Schauer em 1985, o conceito se traduz para o português como plano inclinado escorregadio (ladeira escorregadia) e é usado na bioética quando se quer sugerir que um ato particular, visivelmente inocente, de forma isolada, pode levar a um conjunto futuros eventos de crescente prejuízo. Abona o não fazer pequenas concessões, aparentemente sem maiores consequências, em temas controversos.

> O *Slippery Slope* não aumenta a escala ele atua por contiguidade, ou seja, uma ação distinta é justificada por outra precedente, porém não exatamente igual. Esta situação envolveu o suicídio assistido e a eutanásia na Alemanha Nazista serviu de exemplo real para o conceito de ladeira escorregadia. Em 1933, a Associação Médica Alemã aceitou como válida a prática de um médico auxiliar um paciente consciente que desejasse morrer como forma de evitar um sofrimento insuportável. Esta proposta pode ter inúmeras justificativas éticas adequadas. Contudo, esta aceitação abriu a possibilidade da realização de eutanásia ativa voluntária, também tida como adequada por muitos. A partir desta ampliação também foram consideradas como aceitáveis outras práticas como a eutanásia ativa involuntária. Vale lembrar que entre 1933 e 1941 mais de 70.000 pacientes "terminais ou fúteis" foram mortos, incluindo-se situações que não tinham qualquer conotação médica. (GOLDIM, 2004, *online*).

Uma boa resposta ao desafio da ladeira escorregadia é a sugestão de que Princípios tradicionalmente aceitos como "não matar", continuam válidos de modo *prima facie* e apenas deixam de valer quando houverem boas razões para tal. O ideal nesses casos de possíveis violações de um princípio clássico é considerar se as razões que revolviam certo comportamento imoral anterior continuam se aplicando no episódio. Se as razões não se aplicam ao novo caso, infringir o princípio por boas razões possa ser favorável, mas é ainda

claro que a exceção deve ser bem fundamentada para avalizar o respeito geral ao princípio (FELDHAUS, 2003). É importante estar atento a abusos e autoengano, mas o abuso não deve excluir o uso, como se diz em latim, ou seja, a exceção a uma regra geral ou a formação de um novo princípio para casos diferentes voltaremos à ladeira escorregadia mais adiante.

Outros argumentos podem também ser usados para a objeção das práticas, e um deles está diretamente relacionada à cultura e religião. A vida como sagrada com base nos desígnios de Deus ou de um ser maior seria um obstáculo ao direito à eutanásia. Mesmo para doentes incuráveis, apresenta-se a possibilidade do milagre. Nesse sentido merece mencionar a reflexão do Papa João Paulo II (1995) sobre a plenitude da vida que se estende além das dimensões da existência terrena, porque consiste na participação da própria vida de Deus. Também Comparato (2006) afirma que a humanidade não vive sob a tirania de destino, ideias ou pensamentos impessoais, mas sim de um Deus próprio e pessoal, que transcende o mundo por ele criado estando sempre presente e atuante.

O problema com esse argumento é que supõe que Deus existe e que há mais evidências em favor disto e da interpretação da vontade de Deus como proibindo a eutanásia voluntária, do que evidências do sofrimento e da vontade do paciente, do modo como em geral lidamos com estas duas dimensões na sociedade em geral (ou seja, respeitando a vontade das pessoas), e do direito dos pacientes como algo moral, por exemplo, baseado na regra de ouro das religiões, em especial do cristianismo. Assim, mesmo dentro da comunidade cristã há divergência razoável sobre impor ou não às pessoas o modo de lidar com a morte no contexto médico da eutanásia, mais ainda na sociedade pluralista, secular e democrática atual, que não permite que uma religião imponha sua doutrina usando o estado, suas leis e prerrogativas.

McMaham (2011) discute a moralidade do ato de matar de modo a tornar inteligível a noção de respeito pelo valor intrínseco da vida humana, sem apelar para bases religiosas ou metafísicas dadas como princípios sem demonstração clara. Ele tentou encontrar e sistematizar seus fundamentos e razões. Sua intenção foi buscar a compreensão da moralidade do ato de matar e deixar morrer, que de acordo com a história foi entendida sem

distinção dentro do senso comum, pois o dano sofrido pela vítima é o mesmo, a morte. Ele buscou outra forma de interpretarmos esse fato, identificando condições em que o ato de matar poderia não ser errado.

Ele se baseia em parte em Rachels e Marquis, que alegam que o ato de matar é errado porque prejudica o indivíduo que é morto, que a perda da própria vida é uma das maiores perdas que alguém pode sofrer pois priva a pessoa de todas as experiências, atividades, projetos e satisfações que constituiriam seu futuro (MCMAHAM, 2011, p. 204).

Mas para McMahan, o ato prejudicial pode variar de acordo com o grau do dano que ele provoca e com o interesse em continuar vivendo do ser que é morto, e assim o ato de matar uma pessoa seria, normalmente e significativamente, maior que o de matar um animal, por exemplo. Mesmo moralmente condenável, as condições de aproveitamento de usufruir de bem-estar e de identidade de um homem são maiores, assim seria mais grave matar um homem frente a um animal, como da mesma forma seria mais condenável matar um cão (sendo que sua vida é mais rica no tocante aos anos de vida, à cognição, ao prazer e às relações sociais) que um sapo, isso chama-se pressuposto de variação correlativa.

Essa abordagem identifica que a identidade é o que importa e que o erro no ato de matar frustra a vítima e seus interesses temporalizados de continuar a viver. Fazendo uma outra correlação, a abordagem do interesse temporalizado é descrita pela aceitação de outros fatores que afetam o ato de matar interagindo moralmente de formas complexas como: motivação do agente, intenções, ação específica, efeitos colaterais, responsabilidade da vítima sobre justiça, consentimento, entre outras. Ela alega que o errado no ato de matar é uma função do efeito que tal ato teria sobre os interesses temporalizados da vítima. Outra abordagem é a chamada abordagem do valor intrínseco, parecida com as anteriores na qual seria mais errado matar aqueles que possuem maiores capacidades mentais e cognitivas, pois teriam mais dignidade e maior valor à sua vida. Essas capacidades superiores possibilitam que o indivíduo experimente níveis mais elevados de bem-estar ou de sofrimento, níveis estes que não são acessíveis a seres sem as mesmas complexidades cognitivas de uma pessoa. Assim eles pessoas sofrerão danos maiores causados pela morte exatamente em função de sua vontade ser

mais ou menos desrespeitada, e por isso sua dignidade se vincula ao seu direito de escolher quando e como morrer.

5

CONSIDERAÇÕES A TÍTULO DE CONCLUSÃO

Apesar dos princípios do direito internacional no campo dos direitos humanos e da declaração universal sobre bioética permitirem pensar sobre as práticas da eutanásia e do suicídio assistido, a comunidade internacional está longe de alcançar um consenso sobre o tema. Esses princípios são ainda muito abstratos e gerais. Por um lado, estão presentes nas leis e debates relacionados a elas, por outro, há muito da história e experiência particulares de cada país. Os aspectos e interpretações médicas sobre o fim da vida, a influência da religião e suas crenças, aspectos políticos, culturais e locais, e as interpretações e práticas legais específicas colocam dificuldades para se alcançar algum consenso. Assim, cada país legisla de forma particular sobre o tema, ainda que com apoio, no caso dos lugares que permitem a eutanásia ou o suicídio assistido, nos princípios da beneficência, do respeito à autonomia e da dignidade humana (ainda que nosso estude mostre que interpretam os princípios dos direitos humanos de forma peculiar a sua tradição).

Segundo Piva et al. (2010), os aspectos médicos são avaliados principalmente pelos princípios da beneficência/não maleficência e do respeito à autonomia dos pacientes. Na América do Norte e Europa, países de culturas mais liberais, o princípio da autonomia é o que se destaca e orienta a decisão final sobre as práticas de eutanásia e/ou suicídio assistido, enquanto que na América Latina o que se destaca e orienta a decisão é o princípio da beneficência. Na Colômbia e no Uruguai a eutanásia é aceita como compaixão pelo paciente, não como seu direito. A beneficência, tomada junto com os valores culturais da região, é normalmente tida como razão contra a legalização das práticas de antecipação da morte, na América Latina.

As discussões no campo jurídico confrontam o direito à vida com o direito à liberdade de consciência, à vida privada e à autonomia. Também é confrontado com as diferentes interpretações sobre o princípio da dignidade

humana. Por exemplo, o direito a vida é interpretado como uma barreira moral contra tentativas de permitir legalmente a eutanásia e o suicídio assistido, já que impedir a assistência na morte seria uma forma de expressar respeito pela dignidade humana. Essa parece ser a interpretação da Igreja Católica, que entende a dignidade humana como afirmando o valor absoluto da vida humana e sua inviolabilidade (PAULO II, 1995). O equívoco aqui é equiparar tirar a vida a pedido do paciente em situação de sofrimento, com tirar a vida em geral.

Para que se respeite o direito à vida não é necessário proibir que o próprio sujeito do direito, no caso, o paciente, possa receber assistência médica apropriada se voluntariamente decidir-se pela antecipação de sua morte: nesse caso, a proibição é que manifesta desrespeito pela dignidade da pessoa concreta que é o paciente. Aqueles que defendem a morte digna defendem o princípio da dignidade humana acima da proibição de dispor da própria vida.

O direito à morte por meio da eutanásia ou suicídio assistido é ainda controverso e não é reconhecido como tal no âmbito do direito internacional. É verdade que alguns Estados se apoiam na experiência de outros na proposição de normativas sobre ambos os temas, no entanto a incorporação dessas normas se dá de maneira diferenciada em cada um deles. Isso pode ser observado, inclusive na incorporação de regras de temas correlatos à permissão da eutanásia e do suicídio assistido, como nas menções aos cuidados paliativos, recusa de tratamento e diretivas antecipadas de vontade (DE CASTRO et al., 2016).

As distintas experiências colocam os profissionais da saúde no centro de um debate ético com implicações jurídicas relevantes uma vez que o processo de tomada de decisão é complexo e baseia-se em uma interpretação compartilhada de teorias e argumentos que sustentam a prática. A legalização das práticas dos países não exime os profissionais dos dilemas próprios da questão, inclusive levantam questões como o da ladeira escorregadia, ou seja, a interpretação abrir brechas para outras práticas não necessariamente desejáveis. O caso belga do uso da lei da eutanásia para a permissão do suicídio assistido pode ser um exemplo, assim como a

eutanásia com base na versão dos familiares sobre a vontade do paciente, na Holanda, um outro (YOUNG, 2016).

A história dos países que permitem ou toleram as práticas da eutanásia e do suicídio assistido mostra que, na maior parte das situações, a aceitação foi sendo reconhecida por meio da descriminalização ou despenalização em circunstâncias pré-determinadas. Com efeito, é mais fácil defender a isenção de pena de um ato quando grande parte da sociedade não o aceita. Isso pode ser observado na estratégia de movimentos de mulheres no Brasil em defesa da descriminalização do aborto em algumas circunstâncias, uma vez que dificilmente em razão da tradição cristã do país, o tema ganha apoio no legislativo nacional (MIKAEL-SILVA; MARTINS, 2016).

Essa situação, enquanto o país não avança na legalização, pode gerar insegurança para os profissionais da saúde uma vez que o ato continua a configurar crime ou infração para quem o pratica.

Uma pergunta que pode ser feita é se o Ministério da Saúde e Proteção Social colombiano poderia regulamentar uma prática que ainda é considerada infração penal. Isso acaba tendo impacto também, para aspectos relacionados sobre os cuidados com o paciente no fim da vida que envolvem cuidado paliativo, diretivas de antecipação da vontade e recusa de tratamento. O estado não legisla sobre o tema, não autoriza nem proíbe sua prática, simplesmente tira sua responsabilidade passando-a aos interessados - médico e paciente.

Ademais, para alguns autores como Garcia (2007) não concordam com o tratamento da eutanásia e do homicídio piedoso como sinônimos. Para o autor, o termo eutanásia deve ser usado exclusivamente para as práticas profissionais de saúde, juridicamente tuteladas e aplicadas a pessoas doentes em estágio terminal, vítimas de doenças graves com severas limitações físicas e sofrimento intenso. Já o termo homicídio piedoso refere-se à conduta de leigo fundamentada na misericórdia e compaixão.

O estudo de Piva et al. (2010) ilustra a questão no caso brasileiro. Foi realizado um estudo de mais de 1000 casos de pacientes em 10 unidades de terapia intensiva (UTI) de referência do Brasil e avaliou se o tratamento oferecido nas últimas 24h de vida para cada paciente que morreu durante um período de 2 anos. Ele observou que a limitação do suporte de vida era uma

prática comum em UTI para adultos (83%) e pediátrica (44%), sendo a decisão predominantemente centrada por uma perspectiva médica (paternalista) com a participação escassa da família ou do próprio paciente no processo de tomada de decisão. O estudo evidenciou que a prática da limitação do suporte à vida era realizada, porém omitida no prontuário médico (mais na UTI adulto do que na UTI pediátrica). Justificou-se o ato pela própria falta de regulamentação e posicionamento na época já que a pesquisa ocorreu em 2009.

A esse respeito o autor considerou que os fatores externos podem comprometer a decisão e o melhor interesse do paciente. Considerando esses aspectos, especulou-se no artigo que alguns médicos ainda consideram a morte na UTI como uma falha médica e não querem partilhar as suas decisões médicas com os pacientes (ou suas famílias) e nem os relatar no prontuário médico, como observado nesse estudo. Demonstrou também que as práticas de pôr fim à vida diferem em todo o mundo, dependendo de cultura, moral, religião, jurisdição. A decisão final leva tempo e deve ser obtida de um modo consensual, sob uma atmosfera de confiança e harmonia. O médico deve ser o líder desse processo orientando o paciente e a família a chegar a um consenso final. No entanto, quando esse processo está influenciado por fatores externos, no que podemos considerar a insegurança prática e jurídica do ato, a atmosfera de a confiança mútua e a tomada de decisão se torna no mínimo difícil.

Esse estudo propiciou elementos para avaliar melhor as consequências da lacuna da legislação brasileira sobre a eutanásia e/ou suicídio assistido. O debate sobre a questão existe especialmente nos círculos profissionais, mas não se observa um debate público sobre essas questões (legalização, descriminalização ou despenalização) e mesmo as iniciativas parlamentares carecem de apoio. Assim não se fomenta discussões mais profundas desses temas polêmicos. Em parte, o fato de o debate sobre o tema estar à margem das preocupações políticas pode ser em razão da forte influência no país de valores paternalistas. Uma evidência disso encontra-se no debate legislativo ou mudança da lei ocorrer em torno do tema do homicídio piedoso. Ou seja, com foco no altruísmo e misericórdia de quem comete o ato, e não na autonomia da vontade de que solicita ajuda para morrer.

A própria literatura bioética brasileira recente ligada ao tema – a exemplo de Pessini e Barchifontaine (2007) – que valoriza diversas denominações como *distanásia* (denominada como sofrimento pré-morte em razão de procedimento médico ou obstinação terapêutica), *mistanásia* (procedimento que provoca a morte antes da hora, de uma maneira dolorosa e miserável ou eutanásia social) e *ortotanásia* (realizada quando não são tomadas medidas artificiais para prolongamento da vida de uma pessoa em fase terminal, restringindo a fazer um tratamento paliativo para aliviar a dor, permitindo uma morte digna) é evidência da dificuldade de mobilizar o princípio da autonomia como elemento normativo central, ao menos em pé de igualdade com o da beneficência, assim como da dificuldade de interpretar tanto a beneficência quanto a dignidade humana (e os direitos humanos) como favoráveis ao direito à assistência na antecipação clinicamente assistida da morte.

No ordenamento jurídico brasileiro o Código Penal é normalmente citado como proibindo a eutanásia e o suicídio clinicamente assistido. Para isso se equiparam tais protocolos médicos ora a homicídio típico, ora a omissão de socorro, ora ao auxílio típico ao suicida. Mas essa é uma equiparação sem muito sentido, pois oferecer assistência médica na terminalidade da vida, em função do melhor tratamento disponível a uma pessoa em tal estado e em função de sua vontade, não parece ser nenhuma destas coisas: não é negar socorro, mas oferecê-lo do tipo apropriado à circunstância apropriada; não é instigar imprudentemente ou negligentemente alguém a se matar, mas auxiliar clinicamente que o paciente escolha o modo de terminar seu tratamento e sua vida. Não parece ser desrespeitoso com o valor da vida quando, já no seu fim, morrer bem se torna melhor do que viver mal, do ponto de vista do paciente que experimenta o processo.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE ROMÁN, Javier; SILVA ROJAS, Alonso; PABÓN MANTILLA, Ana Patricia. Eutanasia, estado constitucional y democracia: la validez de los argumentos religiosos en las decisiones de la Corte Constitucional Colombiana a la luz de la propuesta de Habermas sobre el rol de la religión en la esfera pública. **Opinión Jurídica,** v. 14, n. 27, 2015.

AL-ALOSI, H. A Time to Fly and a Time to Die: Suicide Tourism and Assisted Dying in Australia Considered. **UNSW Law Research Paper**, vol. 17, n. 4, 2016.

ALEMANHA. **Código Penal**, 1971. Disponível em: <http://www.legislationline.org/download/action/download/id/6115/file/Germany_CC_am2013_en.pdf >. Acesso em: 10 jul. 2016.

ALMADA, H. R. Eutanásia y Ley Penal en Uruguay. **Revista Bioética**, v. 7, n. 1, 2009.

ALMADA, H. R.; CURBELO, M. C.; PENA, M.; PANIZZA, R. Eutanásia y Ley Penal en Uruguay. **Revista Bioética**, v. 7, n. 1, p. 439-413, 2011.

ALMAGOR, R. C. **Euthanasia in the Netherlands**: The Policy and Practice of Mercy Killing. Berlim: Springer Science, 2004.

ANNAS, G. J. Culture of life" politics at the bedside-the case of Terri Schiavo. **N Engl J Med**, v. 352, n. 16, p. 1710-1715, 2005.

BARBOSA, L. L. Das Penas Restritivas de Direitos. **Revista de Direito PGE-GO**, v. 19, p. 33-51, 2013.

BATTIN, M. P. Assisted suicide: can we learn from Germany? **Hastings Center Report**, v. 22, n. 2, p. 44-51, 1992.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. Tradução de Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002.

BELGIUM. **Criminal Code**, 1867. Disponível em: <http://www.legislationline.org/documents/action/popup/id/16036/preview>. Acesso em: 10 jul. 2016.

BOCCATTO, M. A. **Importância da Bioética**. Genética na Escola, v. 4, p. 11-14, 2007.

BONELLA, A. E. Consentimento Esclarecido e Morte Voluntária. In: SEIXAS, J; CERASOLI, J. **UFU, Ano 30 Tropeçando Universos (artes, humanidades, ciências).** Uberlândia: EDUFU, v. I, p. 201-214, 2008.

BOTTEGA, C.; DE CAMPOS, L. S. F. Considerações sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia e a Bioética. **Revista Jurídica da Universidade de Cuiabá**, v. 13, n. 2, p. 39-62, 2015.

BRASIL. **Código Penal**, 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm>. Acesso em: 25 jul. 2016.

BRASIL. **Conselho Federal De Medicina**. Código de Ética Médica (versão de 1988). Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=10&Itemid=123>. Acesso em: 22 set. 2016.

BRASIL. **Conselho Federal de Medicina**. Resolução N.º 1805/2006. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 22 set. 2016.

BROWNE, A.; RUSSELL, J. S. Physician-Assisted Death in Canada. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, v. 25, n. 03, p. 377-383, 2016.

CAMPBELL, C. S. Oregon's new way to die. **Hastings Center Report**, v. 26, n. 5, p. 42-43, 1996.

CANADA. **Código Penal** de 1985. Disponível em: <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-46/>. Acesso em: 26 jul. 2016.

CANADÁ. Suprema Corte. Carter v. Canada (Attorney General), [2015] 1 SCR 331, 2015 SCC 5 (CanLII). Disponível em: <http://www.canlii.org/en/ca/scc/doc/2015/2015scc5/2015scc5.html>. Acesso em: 10 jul. 2016.

CHAN, B.; SOMERVILLE, M. Converting the 'Right to Life' to the 'Right to Physician-Assisted Suicide and Euthanasia': an analysis of Carter v Canada (Attorney General), Supreme Court of Canada. **Medical law review**, vol. 24, n. 2, p. 5-10, 2016.

CHEHAIBAR, G. Z. **Bioética e crença religiosa**: estudo da relação médico-paciente Testemunha de Jeová com potencial risco de transfusão de sangue. 2010.182f Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina. 2010.

CIDH – **Comissão Interamericana de Derechos Humanos**. Informes sobre casos. Disponível em: <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/casos.asp>. Acesso em: 14 maio 2016.

COHEN-ALMAGOR, R. Belgian euthanasia law: a critical analysis. **Journal of medical ethics**, v. 35, n. 7, p. 436-439, 2009.

COHEN-ALMAGOR, R. **Euthanasia in the Netherlands:** the policy and practice of mercy killing. Springer Science e Business Media, 2004.

COLOMBIA. **Código Penal**, 2000. Disponível em: <http://www.oas.org/dil/esp/Codigo_Penal_Colombia.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

COLOMBIA. **Corte Constitucional**. Sentencia T970 de 2014. Disponível em: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>. Acesso em: 10 jul. 2016.

COLOMBIA. **Ministério de Salud y Protección Social**. Resolución n. 1216 de 2015. Disponível em: <http://www.dmd.org.co/pdf/Eutanasia_resolucion-1216-de-2015.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2015.

COMPARATO, F. K. **Ética- direito, moral e religião no mundo moderno.** São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

CORTE IDH – **Corte Interamericana de Derechos Humanos**. Historia de la Corte IDH. Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/index.php/es/acerca-de/historia-de-la-corteidh>. Acesso em: 14 maio 2016.

DALTATO, L.; Tupinambás, U.; GRECO, D. B. Diretivas Antecipadas de Vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 463-476, 2013.

DE ALBUQUERQUE FILHO, F. C. O Direito Constitucional ao Fim da Vida de Forma Digna: uma análise a partir do biopoder. **Revista da EJUSE**, n. 25, 2016, p. 165-209.

DE CASTRO, M. P. R.; ANTUNES, G. C.; MARCON, L. M. P.; ANDRADE, L. S.; RÜCKL, S; ANDRADE, V. L. A. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: Revisão Sistemática. **Revista Bioética**, v. 24, p. 355-367, 2016.

DELIENS, L.; BERNHEIM, J. L.; VAN DER WAL, G. A comparative study of the euthanasia laws of Belgium and the Netherlands. **Revue medicale de Liege**, v. 58, n. 7- 8, p. 485-492, 2002.

DO NASCIMENTO, C. G. **A práxis filosófica no pensamento de Emmanuel Mounier em tempos de globalização**. Fragmentos de Cultura, v. 17, n. 1, p. 117-136, 2007.

DORNELLES, M. L. A Constitucionalidade do Artigo 28 da Lei 11.343/06 e a sua Natureza Jurídica. In: CALLEGARI, A. L.; WEDY, M. T. **Lei de Drogas**: Aspectos Polêmicos à Luz da Dogmática Penal e da Política Criminal. Porto Alegre: Livraria do Advogado, p. 205-223, 2008.

DOWBIGGIN, I. **The Euthanasia Movement in Modern America**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DOWNIE, J. Permitting Voluntary Euthanasia and Assisted Suicide: Law Reform Pathways for Common Law Jurisdictions**. QUT L. Rev**., v. 16, p. 84, 2016.

DOWNIE, J. G. **Dying justice: A case for decriminalizing euthanasia and assisted suicide in Canada**. Toronto: University of Toronto Press, 2004.

DURAND, G. **Introdução Geral à Bioética**: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Loyola, 2. ed. 2007.

EL COMERCIO. **El primero caso de eutanasia legal en América Latina,** 9 de julho de 2015. Disponível em: <http://elcomercio.pe/blog/cuidatusalud/2015/07/el-primer-caso-de-eutanasia-legal-en-america-latin>. Acesso em: 20 jul. 2016.

EL PAIS. **Así funcionará el protocolo de eutanasia em Colômbia,** 20 de abril de 2015. Disponível em: <http://www.elpais.com.co/elpais/colombia/noticias/protocolo-sobre-eutanasia-colombia-enciende-debate>. Acesso em: 20 jul. 2016.

EL PAIS. **Eutanásia pode virar crime no Brasil,** com pena de quatro anos de prisão: Novo Código Penal tratará do assunto, tido como homicídio piedoso em outros países, 13 de maio de 2015. Disponível em: <http://brasil.elpais.com/brasil/2015/05/07/politica/1431030917_335982.html>. Acesso em: 20 jul. 2016.

FEIO, A. G. O.; OLIVEIRA, C. C. Responsabilidade e Tecnologia: a Questão da Distanásia. **Revista Bioética,** v. 19, n. 3, p. 615-630, 2011.

FELDHAUS, C. **Hare e o Problema da Ladeira Escorregadia**. Third International Principia Symposium-Florianópolis - no dia 11/09/2003. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ethic/article/viewFile/14616/13368>. Acesso em: 19 abr. 2018.

FERNANDES, E. S. A. **A eutanásia à luz do princípio da dignidade humana**. 2011. 98f. (Monografia) - Universidade de Passo Fundo Faculdade de Direito.

FLETCHER, J. **Indicators of human hood: A tentative Profile of Man.** Hastings Center Report, v. 2, n. 5, 1972.

FRAIX, T. M. Reflexiones sobre el Caso "Vincent Lambert" y las Decisiones en el fin de la Vida. **Rev. med. Rosario,** v. 81, n. 3, p. 130-131, 2015.

FRANCIS, N. Neonatal deaths under Dutch Groningen Protocol very rare despite misinformation contagion. **Journal of Assisted Dying,** v. 1, n. 1, p. 7, 2016.

FRANCKE, A. L., et al. Nursing staff and euthanasia in the Netherlands. A nation-wide survey on attitudes and involvement in decision making and the performance of euthanasia. **Patient education and counseling,** v. 99, n. 5, p. 783-789, 2016.

FRIEDEN, L. Luxembourg: Parliament abolishes royal confirmation of laws**. International Journal of Constitutional Law,** v. 7, n. 3, p. 539-543, 2009.

GALVÃO, P. **Utilitarismo, de John Stuart Mill.** Portugal: Porto Editora, 2005.

GARCIA, D. **Pensar a Bioética: Metas e Desafios**. São Paulo: Loyola, 1. ed. 2010.

GARCIA, M., et al. **Biodireito Constitucional:** Questões Atuais. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

GDDC. **Gabinete de Documentação e Direito Comparado do Conselho da Europa**. Conselho da Europa, Tribunal Europeu dos Direitos do Homem: História, Organização, e Processo. Disponível em: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/sist-europeu-dh/cons-europa-tedh.html>. Acesso em: 14 maio 2015.

GOLDIM, J. R. **Breve histórico da eutanásia.** Porto Alegre, RS**:** Núcleo Interinstitucional de Bioética, 2000.

GOLDIM, J. R. **Eutanásia** – Uruguai. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/eutanuru.htm>. Acesso em: 21 jul. 2016.

GOLDIM, J. R. Slippery slope. In: GONDIM, José Roberto. **Bioética**: índice geral de textos, resumos, definições, normas e casos. 2004. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/slippery.htm>. Acesso em: 19 abr. 2018.

GOLDIM, J. R. Suicídio assistido. In: GOLDIM, J. R. **Bioética**: índice geral de textos, resumos, definições, normas e casos. 2004. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/suicass.htm>. Acesso em: 19 abr. 2018.

GRIFFITHS, J; WEYERS, H. ADAMS, M. **Euthanasia and Law in Europe**. Oregon: Hart Publishing, 2008.

GUERRA, Y. M. Ley, jurisprudencia y eutanásia: Introducción al estudio de la normatividad comparada a la luz del caso colombiano. **Revista Latino americana de Bioética**, v. 13, n. 25-2, p. 70-85, 2013.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Curitiba: Editora Positivo, 2004.

HARE, R. M. Moral Thinking. Its Levels, Method and Point. **Oxford University Press**, 1981. p. 108.

HARE, R. Essays on Bioethics. **Oxford University Press**, 1993.

HOLANDA. **Código Penal** de 1881. Disponível em: <http://www.ejtn.eu/PageFiles/6533/2014%20seminars/Omsenie/WetboekvanStrafrecht_ENG_PV.pdf >. Acesso em: 24 jul. 2016.

HORN, R. Euthanasia and end-of-life practices in France and Germany. A comparative study. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 16, n. 2, p. 197-209, 2013.

HURST, S. A.; MAURON, A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. **BMJ**, v. 326, n. 7383, p. 271-273, 2003.

HURTADO MEDINA, M. J. La eutanasia en Colômbia desde una perspectiva bioética. **Revista Médica de Risaralda**, v. 21, n. 2, p. 49-51, 2015.

JULESZ, M. Active euthanasia in Colombia and assisted suicide in California. **Orvosi hetilap**, v. 157, n. 5, p. 174-179, 2016.

KANT, I. Crítica da Razão Pura. São Paulo: **Abril Cultural**, Os pensadores, 1980.

KUHSE, H.; SINGER, P. **A Companion to Bioethic**. 1. ed., p. 512, 2001.

LEGEMANTE, J. Twenty years of Dutch experience and policy on euthanasia and assisted suicide: an overview. In: **Asking to Die: Inside the Dutch Debate about Euthanasia**. Springer Netherlands, 2002. p. 19-34.

LIFE SITE NEWS. **Germany Parliament approves assisted suicide for altruistic reason**, 6 de novembro de 2015. Disponível em: <https://www.lifesitenews.com/news/germany-parliament-approves-assisted-suicide-for-altruistic-reasons>. Acesso em: 10 jun. 2016.

LIPPMANN, E. **Testamento vital.** São Paulo: Matrix Editora, 2016.

LUCAN, M. C. The right to death. Fiction or reality? **Journal of Legal Studies**, v. 17, n. 31, p. 37-45, 2016.

LUCHETTI, M. Eluana Englaro, chronicle of a death foretold: ethical considerations on the recent right-to-die case in Italy. **Journal of medical ethics**, v. 36, n. 6, p. 333-335, 2010.

LUXEMBURGO. **Código Penal** de 1879. Disponível em: <http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/codes/code_penal/codepenal.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

LUXEMBURGO. **Lei de 16 de Março de 2009 sobre eutanásia e suicídio assistido.** Disponível em: <http://www.luxembourg.public.lu/en/vivre/famille/fin-vie/euthanasie-soinspalliatifs/index.html>. Acesso em: 12 jul. 2016.

MABTUM, M. M.; MARCHETTO, P. B. **O Debate Bioético e Jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

MARQUES, M. B. A Bioética na política pública do Brasil. **Revista Bioética**, v. 4, n. 2, 1996.

MARTEL, L. C. V. et al. Direitos fundamentais indisponíveis: os limites e os padrões do consentimento para a autolimitação do direito fundamental à vida. **Espaço Jurídico: Journal of Law**, v. 13, n. 2, p. 405-408, 2012.

MARTEL, L. C. V. **Direitos fundamentais indisponíveis: os limites e os padrões do consentimento para a autolimitação do direito fundamental à vida**. 2010.461f Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro Centro de Pós-Graduação em Direito, 2010.

MARTIN, L. Eutanásia e Distanásia In: SERGIO, I. F. C.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. **Iniciação à bioética**. Conselho Federal de Medicina, 1998.

MARTINELLI, J. P. O. A ortotanásia e o Direito Penal Brasileiro. **IBCCRIM**; 2013. Disponível em: <http://www.ibccrim.org.br/artigo/10507-A-ortotanasia-e-o-direito-penal-brasileiro>. Acesso em: 22 set. 2016.

MARTINELLI, J. P. O. A ortotanásia e o Direito Penal Brasileiro. **Instituto Brasileiro de Ciência Criminais**. 2013.

MATERSTVEDT, L. J. et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view of roman EAPC Ethics Task Force. **Palliative Medicine**, v. 17, n. 2, p. 97-101, 2003.

MATERSTVEDT, L. J.; CLARK, D.; ELLERSHAW, J. R.; GRAVGAARD, A. M. B.; MU LLER-BUSCH, H. C.; SALES, J. P.; RAPIN, C. H. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view froman EAPC Ethics Task Force. **Palliative Medicine**, v. 17, p. 97-101, 2003.

McMAHAN, J. The Ethics of Killing: Problems at the Margins of Life. **Oxford University Press on Demand**, p. 556, 2011.

MEDINA, G. Prolongar la vida o prolongar la agonia? La eutanásia en el Derecho argentino. **Revista Latino americana de Derecho**. v. 3, n. 6, jul./dez. 2006, p. 263-294.

MENDES, A. C.; SILVA, J. V.; DALLARI, S. G. Bioética e Direito. **Revista Bioética**, v. 2, n. 1, 2009.

MENDES, F. P. A tipificação da eutanásia no Projeto de Lei nº 236/12 do Senado Federal (novo Código Penal). **Jus Navigandi**. dez, 2012. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/23253/a-tipificacao-da-eutanasia-no-projeto-de-lei-n-236-12-do-senado-federal-novo-codigo-penal>. Acesso em: 20 jul. 2016.

MIKAEL-SILVA, T; MARTINS, A. M. A Legalização do Abortamento no Discurso do Jornal Folha de São Paulo (2011-2014). **Temas em Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 991-1007, 2016.

MILL, J. S. **Utilitarismo.** Introdução, tradução e notas de Pedro Galvão. Porto: Porto Editora LDA, 2005.

MINAHIM, M. A.; PORTUGAL, D. Testamento Vital: Os Limites e Consequências Jurídico-Penais do Exercício da Autonomia em Face das Diretivas Antecipadas de Vontade**. Conpedi Law Review**, v. 1, n. 10, p. 316-335, 2016.

MOUNIER, E. **Manifesto ao serviço do personalismo**. Lisboa: Livraria Moraes editora, 1967.

MOUNIER, E. **O existencialismo**. Lisboa: M. Fontes, 1978.

MOUNIER, E. **O personalismo**. 4. ed. Lisboa: Livraria Moraes editora, 1976.

NICOL, J.; TIEDEMANN, M.; VALIQUET, D. **Euthanasia and Assisted Suicide: International Experiences**. Publication nº 2011-67-E, 8 de abril de 2011 (revisada em 25 de outubro de 2013). Otawa: Library of Parliament, 2013.

NYS, H. A Comparative Analysis of the Law regarding Euthanasia in Belgium and the Netherlands. **Phil papers**, 2002. Disponível em: <http://philpapers.org/rec/NYSACA>. Acesso em: 25 jul. 2016.

OEHMICHEN, M; MEISSNER, C. Active euthanasia and physician-assisted suicide: the German discussion. **Legal Medicine**, v. 5, p. S20-S28, 2003.

OREGON PUBLIC HEALTH DIVISION. FAQs about the Death with Dignity Act. Disponível em: <https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/faqs.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2016.

OREGON PUBLIC HEAYH DIVISION, **CD Summary**, March 15, v. 60, n. 6, 2011.

ORR, A. et al. Oregon v. Ashcroft: Physician-Assisted Suicide with Federally Controlled Substances. **AMA Journal of Ethics**, v. 5, n. 1, jan. 2003.

OTERO, C. A. P. Alcance del principio de libertad individual em la eutanásia activa a la luz de la sentencia C-239 de 1997. **Derecho y Realidad**, v. 2, n. 21, 2016.

PALAZZANI, L. La fundamentación personalista en bioetica. **Cadernos de Bioética**. 1993, v. 4, n. 2, p. 48-54.

PAULO II, J. **Carta encíclica Evangelium Vitae do Sumo Pontífice João Paulo II**: aos bispos, aos presbíteros e diáconos, aos religiosos e religiosas, aos fiéis leigos e a todas as pessoas de boa vontade sobre o valor e a inviolabilidade da vida humana. São Paulo: Paulinas; 1995.

PEREIRA, J. Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. **Current Oncology**, v. 18, n. 2, p. 38-45, 2011.

PESSINI, L. Bioética na América Latina: algumas questões desafiantes para o presente e futuro. **Bioethikos,** São Paulo, v. 2, n. 1, p. 42-49, 2008.

PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Revista Bioética**, v. 4, n. 1, 2009.

PESSINI, L. **Morrer com dignidade: como ajudar o paciente terminal**. 2. ed. Aparecida: Santuário, 1995.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais em Bioética**. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2007.

PIGNATARI, N.D.G.; CORRÊA, B.; LOPES, N. Ortotanásia: Direito a morte digna. **Revista Linhas Jurídicas**, vol. 3, n. 3, 2011.

PIOVESAN, F. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 8. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2007.

PIVA, J.; LAGO, P.; OTHERO, J. Evaluating end of life practices in ten Brazilian Pediatric and Adult Intensive Care Units. **Journal of Medical Ethics**, v. 36, n. 6, p. 344-348, 2010.

POLAKS, R. Deficiencies of regulation of euthanasia in legal acts of foreign countries. In: **SHS Web of Conferences**. EDP Sciences, 2014.

POSA, A. Each person has to make their own individual decision-arguments for physician assisted suicide. **Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)**, v. 141, n. 12, p. 895, 2016.

QUIXADÁ, L. A. **O Supremo e os Tratados Internacionais de Direitos Humanos**. 2009.74f (Monografia)- Escola de Formação da Sociedade Brasileira de Direito Público, São Paulo, 2009.

RAMOS, D. L. P. **Bioética, pessoa e vida**. São Caetano do Sul: Difusão. p. 57-86. 2009.

RENTLICHER, D.; POPE, T. M.; RICH, B. A. Clinical criteria for physician aid in dying. **Journal of palliative medicine**, v. 19, n. 3, p. 259-262, 2016.

ROBINSON, J. Baxter and the return of physician-assisted suicide. **Hastings Center Report**, v. 40, n. 6, p. 15-17, 2010.

ROSCOE, L. A. A comparison of characteristics of Kevorkian euthanasia cases and physician-assisted suicides in Oregon. **The Gerontologist**, v. 41, n. 4, p. 439-446, 2001.

SCHADENBERG, A. Canada's Senate passes euthanasia bill in time for summer break. Euthanasia Prevention Coalition, 2016. Disponível em: <http://alexschadenberg.blogspot.com.br/2016/06/canadas-senate-passes-euthanasia-bill.html>. Acesso em: 10 jul. 2016.

SCHICKTANZ, S.; RAZ, A.; SHALEV, C. The cultural context of patient's autonomy and doctor's duty: passive euthanasia and advance directives in Germany and Israel. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 13, n. 4, p. 363-369, 2010.

SEGRE, M.; COHEN, C. **Bioética**. 3. ed. São Paulo: Edusp – Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

SGRECCIA, E. **A Bioética Personalista**. Revista - Centro Universitário São Camilo, v. 3, n. 2, p. 265-267, 2009.

SGRECCIA, E. A. **Manual di Bioetica. Bioética: Foundamenti ed Etica Biomedica**. Milano: Vita e Pensiero, 2007.

SILVA, F. L. Da Ética Filosófica à Ética em Saúde. In: SERGIO, I. F. C.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. **Iniciação à bioética.** Conselho Federal de Medicina, 1998.

SINGER, P. Ms B and Diane Pretty: a commentary. **Journal of Medical Ethics**, v. 28, n. 4, p. 234-235, 2002b.

SINGER, P. Vida Ética: **Os melhores ensaios do mais polêmico filósofo da atualidade**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002c.

SINGER, P. **Practical ethics**. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2002.

SIZA, R. **Supremo dos Estados Unidos Reconhece o Suicídio Assistido no Oregon**. Publico Lisboa, 18 de janeiro de 2006. Caderno Mundo.

SKENE, L. Palliative Care and End of Life Decisions. **Medical Law Review**, v. 24, n. 1, p. 124-127, 2016.

SMIES, J. T. Legalization of Euthanasia in the Netherlands, The. **Gonz. J. Int'l L.**, v. 7, p. i, 2003.

STECK, N. et al. Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review. **Medical Care**, v. 51, n. 10, p. 938-944, 2013.

SUÍÇA. **Código Penal** de 1937. Disponível em: <https://www.admin.ch/opc/en/classified-compilation/19370083/201501010000/311.0.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

THE GARDIAN. **Luxembourg strips monarch of legislative role. World News**, 12 de dezembro de 2008. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/2008/dec/12/luxembourg-monarchy>. Acesso em: 20 jul. 2016.

TOOLEY, Michael. Abortion and infanticide. **Philosophy e Public Affairs**, vol. 2, n. 1, p. 37-65, 1972.

UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas. **Haciaun instrumento regional interamericano sobre la bióetica: experiencias y expectativa**. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2009.

UNESCO, Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. **Cátedra Unesco** da Universidade de Brasília/Sociedade Brasileira De Bioética. Brasília, 2005.

UNIÃO EUROPEIA. Corte Interamericana de Direitos Humanos**. Jurisprudência**. Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/cf/Jurisprudencia2/index.cfm?lang=es>. Acesso em: 22 set. 2016.

UNIÃO EUROPEIA. **Conselho da Europa.** Recomendação 1418 de 25 de junho de 1999. Disponível em: <http://assembly.coe.int/documents/adoptedtext/ta99/erec1418.htm>. Acesso em: 27 jul. 2016.

UNIÃO EUROPEIA. **Corte Europeia de Direitos Humanos**. Caso Haas v. Suíça, 20 de janeiro de 2011. Disponível em: <http://www.unionedirittiumani.it/wp-content/uploads/2014/11/001-102940-1.pdf>. Acesso em: 30 maio 2016.

UNIÃO EUROPEIA. **Corte Europeia de Direitos Humanos**. Caso Lambert e outros v. França, 05 de junho de 2015. Disponível em: <https://lovdata.no/static/EMDN/emd-2014-046043.pdf>. Acesso em: 30 maio 2016.

UNIÃO EUROPEIA. **Corte Europeia de Direitos Humanos**. Caso Pretty v. UK, 29 de abril de 2002. Disponível em: <http://www.unionedirittiumani.it/wp-content/uploads/2014/11/CASE-OF-PRETTY-v.-THE-UNITED-KINGDOM1.pdf>. Acesso em: 30 maio 2016.

UNIÃO EUROPEIA. **Corte Europeia de Direitos Humanos**. Gross v. Suíça, 30 de setembro de 2014. Disponível em: <http://www.strasbourgconsortium.org/common/document.view.php?docId=6067>. Acesso em: 30 maio 2016.

UNIÃO EUROPEIA**. Corte Europeia de Direitos Humanos**. Kock v. Alemanha, 19 de julho de 2012. Disponível em: <http://www.worldrtd.net/sites/default/files/newsfiles/Chamber%20judgment%20Koch%20v%20German.pdf>. Acesso em: 30 maio 2016.

URUGUAY. **Código Penal**, 1934. Disponível em: <https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ury/sp_ury-int-text-cp.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

VAN BEEK, K., et al. Comparison of legislation, regulations and national health strategies for palliative care in seven European countries (Results from the Europe Research Group): a descriptive study. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 275-286, 2013.

VAN WESEMAEL, Y., et al. Role and Involvement of Life End Information Forum Physicians in Euthanasia and Other End-of-Life Care Decisions in Flanders, Belgium. **Health services research**, v. 44, n. 6, p. 2180-2192, 2009.

VERMOND DEPARTMENT OF HEALTH. **The Patient Choice and Control at End of Life Act**. Disponível em: <http://healthvermont.gov/family/end_of_life_care/documents/Act39_faq.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2016.

VOLKER, D. L. Palliative Care and Requests for Assistance in Dying. **Legal and Ethical Aspects of Care**, 2016.

WATSON, R. Luxembourg is to allow euthanasia from 1 April. **Bmj**, v. 338, p. 1223-1248, 2009.

WEBSTER, P. C. Canada to legalise physician-assisted dying. **The Lancet**, v. 385, n. 9969, p. 678, 2015.

WIESING, U., et al. A new law on advance directives in Germany. **Journal of Medical Ethics**, v. 36, n. 12, p. 779-783, 2010.

WOODS, Simon. **A Good Death?: Law and Ethics in Practice**. Rout ledge, 2016.

YOUNG, R. Voluntary Euthanasia. In: ZALTA, Edward N. (Ed.). **The Stanford Encyclopedia of Philosophy**. 2016. Disponível em: <http://plato.stanford.edu/archives/fall2016/entries/euthanasia-voluntary/>. Acesso em: 22 jul. 2016. (Fall 2016 Edition).

1 Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos e Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ambos de 1966); Convenção Internacional das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965), Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979), Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989), Declaração Americana de Direitos Humanos (1948), Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1969), Europeia dos Direitos do Homem (1950), Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (1981).

2 Observa-se que a Europa avançou na aprovação de tratados internacionais no nível regional. No nível multilateral o avanço ocorreu no âmbito das associações médicas. O preâmbulo cita: (1) a Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano no que toca à Aplicação da Biologia e da Medicina (adotada pelo Conselho da Europa em 1997); (2) a Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina (Conselho da Europa, adotada em 1997), com os seus Protocolos adicionais; (3) a Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial sobre os Princípios Éticos Aplicáveis às Investigações Médicas sobre Sujeitos Humanos (adotada em 1964 com emendas posteriores acima citadas) e (4) os Princípios Orientadores Internacionais de Ética da Investigação Biomédica sobre Sujeitos Humanos (adotados pelo Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas em 1982 e emendados em 1993 e 2002).

3 O Conselho Europeu reúne chefes de Estado e Ministros da União Europeia para a definição de sua agenda política.

4. O Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos foi desenvolvido no âmbito da Organização dos Estados Americanos. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) foi estabelecida por uma resolução da Assembleia Geral dessa Organização. Todos os membros da referida organização estão submetidos à supervisão do órgão. Foi a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica) que criou a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH). Os órgãos não são permanentes e reúnem-se em períodos pré-determinados de sessões ao longo do ano. A Corte iniciou seu funcionamento em 1979 com sede em Washington, D.C., nos Estados Unidos. O procedimento para a realização de denúncias à Comissão Interamericana é o mesmo da antiga Comissão Europeia. É a Comissão ou um Estado membro da Organização que pode encaminhar casos para a Corte. Vale reforçar que a Corte Interamericana somente atua em caso contra países que aceitaram sua jurisdição (Corte IDH, 2016). De fato, o mecanismo não recebeu casos sobre eutanásia ou suicídio assistido desde o início de suas atividades em 1971 até o ano de 2016, o que foi identificado na pesquisa realizada no *site* da Comissão Interamericana que divulga os relatórios de admissibilidade dos casos. (CIDH, 2016) Não obstante, vale mencionar alguns casos do Sistema Interamericano de Direitos Humanos que abordam temas de intersecção entre a bioética e os direitos humanos. Em 2004 chegou à Comissão Interamericana a denúncia contra o Brasil em situação referente à violação do direito à vida, direito à integridade pessoal, garantias e proteção judicial em detrimento do Senhor Damião Ximenes Lopes – Caso Ximenes Lopes *versus* Brasil (CIDH, Denúncia nº 12.237). A situação referia-se ao tratamento desumano dado ao paciente, deficiente mental e que veio a óbito na Casa de Repouso Guararapes, centro psiquiátrico privado que operava no âmbito do Sistema Público de Saúde do Brasil. Como o Brasil não logrou uma solução amistosa, tampouco cumpriu as recomendações da Comissão, a denúncia foi apresentada à Corte Interamericana que prolatou sentença condenando o país em 04 de julho de 2006. O caso Luis Cuscul Pivaral e outros *versus* Guatemala (CIDH, Informe 32/05) tratou da violação ao direito a vida e às garantias judiciais no caso de denúncia sobre a ausência de tratamento universal e integral para pacientes aidéticos no país. Outra denúncia realizada perante a Corte que aborda aspectos da bioética, refere-se à violação dos direitos de Maria Mamérita Mestanza Chavez (CIDH, Solução Amistosa, Informe 71/03) mulher camponesa que foi vítima de esterilização forçada no Peru e faleceu em razão do procedimento. Vale também mencionar o caso Paulina del Carmen Ramírez versus México (CIDH, Solução Amistosa, Informe 21/07), menina de 13 anos, vítima de violência sexual que resultou em uma gravidez. Após a autorização do Ministério Público para a realização do aborto legal (permitido no Estado mexicano exclusivamente em casos de risco de vida da mãe ou estupro), a menina e sua mãe foram submetidas a inúmeras pressões promovidas pelo hospital público, até que a mãe da menina desistiu do procedimento frente às informação tendenciosas do diretor do hospital de que o procedimento traria riscos de esterilidade, perfuração uterina, hemorragia, síndrome de Asherman e até a morte, e que a culpa seria da mãe. O México aceitou uma solução amistosa que incluiu além da indenização às vítimas, tratamento psicológico e medidas legislativas e de políticas públicas para a não repetição do mesmo tipo de violação.

5Outras três denúncias levadas à Corte Europeia não foram admitidas, são elas os casos Sanles versus Espanha (26 de outubro de 2000), Ada Rossi e outros versus Itália (16 de dezembro de 2008) e Nicklinson e Lamb versus Reino Unidos (29 de abril de 2002). O primeiro caso tratou do direito à morte digna em caso de tretraplégico, no entanto a fundamentação do caso não convenceu a Corte. O segundo caso referiu-se ao questionamento de uma sentença doméstica que determinou a necessidade de comprovação de estado vegetativo constante para que a suspensão de alimentação e hidratação artificial de pessoa fosse realizada. No pedido, os requerentes apresentaram preocupação com o efeito negativo da decisão em casos futuros. A Corte entendeu que não poderia se pronunciar sobre uma violação que não ocorreu. O terceiro caso levantou a questão da proibição do suicídio assistido e eutanásia voluntaria no Reino Unido, a petição questionou a incompatibilidade da proibição com o direito à vida privada e familiar, entretanto os solicitantes não esgotaram os recursos internos, assim a Corte se declarou impedida de analisar a denúncia. No entanto, outros cinco casos tiveram o seu mérito analisado pela Corte Europeia.

6 A demandante sofria de transtorno afetivo bipolar há 20 anos e considerava que por essa razão não poderia viver de maneira digna. Como a demandante não cumpria os requisitos de acordo com a legislação suíça para adquirir a substância, teria tido o seu direito violado uma vez que negava a possibilidade de pôr fim aos seus dias de maneira digna e segura.

7. A demandante antes de morrer tomou precauções para que sua morte não fosse revelada ao advogado ou a Corte com o intuito de garantir um pronunciamento sobre o caso. O comportamento da demandante foi considerado como abuso de direito de demanda individual (artigo 35, parágrafo 3 da Convenção Europeia de Direitos Humanos). Como resultado a sentença perdeu validade jurídica.

8 Na França são os médicos que decidem quanto à suspensão de medidas de prolongamento artificial da vida, caso o paciente esteja incapacitado de comunicar sua vontade.

9 A França e a Escócia, países que não possuem legislação sobre a eutanásia e o suicídio assistido, possuem regulamentação específica sobre a recusa de tratamento. Na França a recusa de tratamento está prevista no Código de Saúde Pública de 1951, na Lei relativa aos direitos dos doentes em fase terminal (Lei n.º 2005-370 de 22 de abril de 2005) e na lei dos novos direitos em favor dos doentes e das pessoas no fim da vida (Lei n.º 2016-87 de 02 de fevereiro de 2016). Na Escócia o Ato sobre Adultos com Incapacidade de 2000 aborda a recusa de tratamento que também está regulamentada pelo Conselho de Medicina em um guia sobre consentimento e tomada de decisão conjunta entre médicos e pacientes. Na Itália, existe uma proibição expressa de ambas as práticas no artigo 579 do Código Penal e a recusa de tratamento está prevista no artigo 32 da Constituição e no artigo 5º do Código Civil. Vale mencionar que no Reino Unido, ambas as práticas são ilegais, mas uma pessoa que assiste um suicídio não pode ser processada se cumprir certas condições na Inglaterra, País de Gales e Irlanda do Norte. A mesma política não é adotada na Escócia (NICOL, 2013).

10 Em 1975 o caso *Eindhoven* teve como resultado o abrandamento de pena para médico que praticou eutanásia em razão do sofrimento do irmão tuberculoso.

11 Neste caso o conflito estaria na escolha entre o dever de preservar a vida e o dever que todo o médico tem de fazer todo o possível para aliviar o sofrimento insuportável de um paciente sem esperança.

12 A lei foi apoiada pelo Partido dos Trabalhadores, Partido Popular pela Liberdade e Democracia, Democratas e Esquerda Verde. O partido democrata cristão e outros três pequenos partidos cristão e partidos socialistas se opuseram à lei.

13 Associações religiosas passaram a questionar o documento e afirmar que centenas de bebês estavam sendo assassinados na Holanda sob a proteção da legislação. Francis (2016) apresenta dados para contestar a informação.

14 A regulamentação é intitulada "Regulação do Ministério da Segurança e Justiça e Ministério da Saúde, Bem-Estar e Esporte, de 11 de dezembro de 2105 sobre o estabelecimento de comissão para a avaliação de casos de aborto tardio e de eutanásia em recém-nascidos (FRANCIS, 2016, p. 8).

15 Em 2000 audiências públicas sobre a eutanásia foram realizadas no Senado Federal (BILSEN et al, 2007, p. 2).

16A literatura sobre a experiência de Luxemburgo sobre a eutanásia e o suicídio assistido é pequena se comparada à publicação de estudos sobre a Holanda e a Bélgica. A literatura não trata da jurisprudência no país.

17 O Código Penal foi alterado. O Artigo 397-1 foi incluindo para eximir médico que responde à solicitação de eutanásia e suicídio assistido às penas previstas na Seção que trata da Morte e suas Diversas Espécies (LUXEMBURGO, 1879).

18 No ano de 1947 foi declarado que a ideia da eutanásia nunca mais deveria emergir na Alemanha, sequer em uma discussão. (*Gerneral justiz direltion*, 1947). Peter Singer (2002c) questiona o uso do termo eutanásia para as práticas nazistas. Segundo o autor, o propósito da eutanásia é o de proporcionar uma boa morte para seres humanos, diferente da prática nazista que tinha como objetivo o extermínio de pessoas com vistas a uma suposta melhoria da qualidade de vida do povo "volk".

19Brunet al (2016) afirmam que os principais estudos na Alemanha sobre o suicídio assistido possuem foco em casos de doentes em situação terminal, entretanto as razões para os casos de suicídio assistido são outras de acordo com estudo que analisou 117 casos de suicídio assistido no país apoiados pela organização "Sterbehilfe Deutschland" (StHD) entre os anos de 2010 a 2013. Segundo o estudo as principais causas do suicídio assistido são a perda de perspectiva de vida em face de uma doença grave (29%), medo de uma vida dependente (23,9%), cansaço da vida sem qualquer doença grave (20,5%). Apenas 12,8% citaram sintomas incuráveis como uma razão.

20 Os comitês que avaliarão os pedidos de morte digna devem ser compostos por um médico da especialidade da patologia que o paciente padece, diferente do médico responsável pelo paciente, um advogado, um psiquiatra ou psicólogo clinico. Os profissionais devem ser designados pelas instituições públicas de saúde habilitadas. Em parágrafo único, o regulamento determina que os integrantes do comitê não podem ser objetores de consciência do procedimento que antecipa a morte de um enfermo terminal para morrer com dignidade, condição que se declara no momento da conformação do mesmo. Assim mesmo, devem manifestar, em cada caso, os conflitos de interesses que possam afetar as decisões que devam adotar. As funções do Comitê são: revisar a determinação do médico cuidador quanto à solicitação formulada pelo paciente e estabelecer se ofereceu e está oferecendo os cuidados paliativos; ordenar à instituição responsável do paciente a designação, em um período máximo de 24 horas, de um médico não objetor quando se apresente objeção por parte do médico que deva praticar o procedimento que antecipa a morte de forma digna a um enfermo terminal; estabelecer dentro de um prazo não superior a 10 dias contados a partir da solicitação, se o paciente que solicita o procedimento para morrer com dignidade reitera sua decisão; supervisionar que o procedimento se realize quando a pessoa indicar ou, na impossibilidade, dentro dos 15 dias seguintes ao momento que o paciente reitere sua decisão, supervisionar e ser garante de que todo o procedimento para morrer com dignidade se desenvolva respeitando os termos da sentença T-970-2014 e que seja garantida a imparcialidade de quem intervier no processo para o qual deverá realizar as verificações sobre o caso; suspender o procedimento que antecipa a morte para morrer com dignidade no caso de identificação de alguma irregularidade e dar conhecimento às autoridades competentes o possível delito ou falta, se ele tiver lugar; acompanhar de maneira constante e durante as diferentes fases, tanto a família do paciente como o paciente com ajuda psicológica, médica e social para mitigar os eventuais efeitos negativos no núcleo familiar e na situação do paciente; verificar no caso do consentimento substituto, se existe alguma circunstância que chegue a viciar a validade e eficácia do mesmo; remeter ao Ministério da Saúde e Proteção Social um documento no qual reporte todos os feitos e condições relacionados ao procedimento a fim de que o Ministério realize um controle exaustivo sobre o assunto; velar pela reserva e confidencialidade da informação que, por causa de suas funções deva conhecer e tramitar, sem prejuízo das exceções legais. O tratamento dos dados pessoais deverá estar sujeito ao marco jurídico da proteção dos mesmos; informar à Instituição Prestadora de Saúde a qual esteja afiliado o paciente dos tramites vinculados ao procedimento para fazer efetivo o direito de morrer com dignidade e manter em contato permanente com ela; designar o secretário técnico e oferecer seu próprio regulamento.

21 No ano de 2015 foi divulgado o primeiro caso de eutanásia no país. A situação é do senhor Ovidio Gonzales Correa de 79 anos, ateu confesso, diagnosticado com câncer na cavidade oral. Com a ajuda da família foi avaliado por oncologistas que o submeteram aos tratamentos de acordo com a ciência vigente (cirurgias, radioterapia, quimioterapia). De acordo com o protocolo o tipo de câncer avançado, a cirurgia de sua boca e rosto foi radical e perdeu parte dos ossos do rosto e tecidos da boca. Findado o tratamento e resignado com as sequelas, o senhor Ovidio continuou sua vida aguardando que a enfermidade não regressasse. Em 2015 o câncer regressou. Foi verificado que a doença não tinha possibilidade de cura e os tratamentos somente poderiam ser paliativos. O

crescimento do tumor produziu dores intensas, maior deformidade, cheiro forte, impossibilidade de alimentação, entre outros problemas. Em 04 de junho o referido senhor apresentou solicitação ao Comitê pró Morte Digna da Clínica de Oncologistas de "Occidente de Pereira" que analisou o caso e aprovou a petição considerando que estavam cumpridas as três condições essenciais para o procedimento de morte digna: que a pessoa solicite pessoalmente, que a pessoa seja capaz de decidir e que padeça de uma enfermidade terminal. A data da morte foi fixada pelo próprio requerente para 26 de junho às 14h30 da tarde na Clínica Oncológica de "Occidente". Na data agendada o procedimento foi cancelado em razão de um dos médicos ter sido contrário em razão da falta de clareza da regulamentação sobre a questão. O médico justificou que o requerente não estava em estado terminal já que podia durar algum tempo. A advogada voltou a apresentar uma petição e o filho iniciou uma campanha para protestar pela suspensão da morte de seu pai. O Comitê pró Morte Digna da Clínica voltou a se reunir com o apoio da Associação Colombiana de Radioterapia Oncológica e sob os auspícios do Ministério da Saúde. Na ocasião foi aprovada a morte digna do senhor Ovidio para 3 de julho pela manhã (EL COMERCIO, 2015).

22 O portal foi criado em 1997 vinculado ao Núcleo Interinstitucional de Bioética com alunos e pesquisadores vinculados ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Instituto de Estudos Culturalistas.