

114 - 137

Artigo

**O “DIREITO DE MORRER”:
ASPECTOS DA
LEGALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA
NO ÂMBITO INTERNACIONAL**

OTÁVIO MORATO DE ANDRADE

O “DIREITO DE MORRER”: ASPECTOS DA LEGALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA NO ÂMBITO INTERNACIONAL

THE “RIGHT TO DIE”: ASPECTS OF INTERNATIONAL LEGALIZATION OF EUTHANASIA

OTÁVIO MORATO DE ANDRADE

Pós-graduado em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

otaviomorato@gmail.com

RESUMO: A regulamentação da eutanásia em alguns países é fruto de um longo processo histórico. O aumento da expectativa de vida, das doenças incapacitantes e a busca pela medicina humanizada ajudam a explicar estes novos marcos regulatórios, mas não só. Há um efervescente background social, jurídico e cultural que dá fôlego ao debate público, alavancando o tema para o interior das mais altas cortes judiciais e câmaras legislativas ao redor do mundo. Dentro desse *background*, situam-se polêmicas judiciais, *lobby* de setores não governamentais e articulações políticopartidárias. O tema da morte assistida é atual e controvertido, mas aos poucos tem sido corajosamente enfrentado, o que revela, entre tantas mazelas, uma face madura de algumas democracias contemporâneas. Este artigo sintetiza a criação e a consolidação de tais marcos regulatórios, além de argumentos e discussões nos âmbitos jurídico e legislativo.

PALAVRAS-CHAVE: Eutanásia. Direito a morrer. Livre-arbítrio.

ABSTRACT: The regulation of euthanasia around the world results of a long historical process. The increase in life expectancy, incapacitating diseases and the search for humanized medicine help to explain these new regulatory frameworks, but not only; there is an effervescent social, juridical and cultural background that gives breath to the public debate, leading the theme to the highest judicial courts and legislative chambers. Within this background, there are judicial controversies, lobbies and intense political articulation. In this scenario, assisted death is a current and still very controversial theme, but has been bravely confronted, revealing, among so many mischances, a mature face of some contemporary democracies. This article aims to provide an updated review of the creation and consolidation of such regulatory frameworks, identifying the agents involved, identifying their arguments and how these discussions have been introjected in the legal and legislative spheres.

KEYWORDS: Euthanasia. Right to die. Free will.

SUMÁRIO: 1. Eutanásia *latu sensu*. 1.1 Eutanásia ativa voluntária. 1.2 Suicídio assistido. 1.3 Ortotanásia. 1.4 Eutanásia não voluntária. 1.5 Eutanásia passiva. 1.6 Eutanásia involuntária. 1.7 Distanásia. 1.8 Objeção da consciência. 2. Marcos regulatórios da eutanásia. 2.1 Holanda. 2.1.1 Evolução histórica. 2.1.2 Codificação da eutanásia na Holanda. 2.2 Bélgica. 2.2.1 Status Legal. 2.2.1 Eutanásia solicitada por jovens e crianças. 2.3 Suíça. 2.3.1 Status legal. 2.3.2 O turismo suicida. 2.4 Canadá. 2.5 Situação legal no Brasil. 3. Conclusão. 4. Referências

1. Introdução

O cientista e filósofo Francis Bacon (1561-1626) foi o primeiro autor na história moderna a usar a nomenclatura “eutanásia”. De

acordo com Dowbiggin (2005, p. 50), Bacon emprega o termo em sua concepção etimológica, para significar “uma morte fácil através da mitigação da dor [...]”.

Já na concepção de Jonathan Moreno (1995, p. 26), o termo refere-se a ações ou a omissões que resultam na morte de uma pessoa que já está gravemente doente: “as técnicas de eutanásia ativa variam desde um disparo de arma de fogo até a injeção letal, enquanto a eutanásia passiva pode ser alcançada, por exemplo, pela interrupção de um tratamento de pneumonia ou pela suspensão ou retirada de aparelhos de respiração artificial”.

Apesar de ser historicamente rejeitado ou ignorado pela grande maioria dos ordenamentos jurídicos, o instituto da eutanásia vem sendo cada vez mais debatido no círculo acadêmico, na literatura jurídica e no ambiente legislativo. Há também a participação ativa de movimentos¹ como a *Exit International* (Holanda), Direito a morrer com dignidade (Portugal) e *Dignitas* (Alemanha), que promovem o debate no intuito de estabelecer marcos regulatórios em prol da questão.

O tema também tem atingido o público em razão das grandes polêmicas judiciais em processos famosos como o de Terri Schiavo (nos Estados Unidos da América), Eluana Englaro (na Itália) e, mais recentemente, no caso María José Carrasco (na Espanha). A legalização em alguns países, como Holanda e Bélgica, fez com que a eutanásia passasse a ser constantemente debatida por parlamentares em nível global. A grande controvérsia é se os procedimentos de eutanásia e de suicídio assistido devem ser legalizados, discussão que perpassa conceitos jurídicos, éticos, espirituais e culturais da sociedade civilizada.

1 A The World Federation of Right of Die Societies congrega mais de 50 organizações que apoiam a instituição de marcos legais para apoiar a morte digna. A lista completa pode ser encontrada em <http://www.worldrtd.net/member-organizations>

O jusfilósofo norte-americano Ronald Dworkin, que se notabilizou como um dos grandes defensores do aborto e da eutanásia (2003, p. 76), preleciona que cada indivíduo tem o direito de tornar as escolhas mais íntimas e pessoais centrais para a dignidade e autonomia pessoal. Esse direito engloba o exercício de algum controle sobre a ocasião e a maneira de morrer (1997, p. 26).

Irwin (2013, p. 19) argumenta que o direito de morrer deve ser uma opção pessoal. “Somos capazes de escolher todos os tipos de coisas na vida: com quem casamos, o trabalho que fazemos e, quando se chega ao fim da vida, se você tiver uma doença terminal ou se for idoso, uma escolha sobre o que acontece com você”.

No campo oposto, Coburn (1999, p. 22) argumenta a inexistência do direito jurídico à eutanásia: “Não temos esse poder [...] nós devemos ter o direito de buscar a vida, a liberdade e a busca da felicidade. Nada diz que temos o direito de perseguir a morte”.

Doerflinger (2017, p. 34) pondera que:

Nos estados que legalizaram o suicídio assistido, a maioria dos pacientes passa a solicitar as drogas letais não devido à dor, mas devido a preocupações como ‘perda de dignidade’ e ‘tornar-se um fardo para os outros’ - atitudes que essas leis encorajam. A solução é cuidar das pessoas de modo a assegurar que elas tenham dignidade e é um privilégio, não um fardo, cuidar delas enquanto viverem.

Para expor as minúcias desse debate global que tanto divide opiniões e aprofundamento do tema, cabe examinar exemplos de marcos regulatórios já estabelecidos.

Países como Holanda, Bélgica, Suíça e Canadá, cujas populações tradicionalmente são identificadas com pautas liberais, também apresentam grande receptividade em relação ao reconhecimento do direito ao aborto, à doação de órgãos e à legalização das drogas. Além da aprovação popular, ainda há importantes agentes sociais e eventos jurídicos e legislativos com papel fundamental

na consolidação da eutanásia. A Holanda, por exemplo, teve, nas décadas de 1970 e 1980, casos judiciais de repercussão nacional. A projeção pública a esse debate possibilitou a flexibilização de sanções a casos de suicídio assistido.

A cristalização desses marcos regulatórios na Holanda, na Bélgica, na Suíça e no Canadá, a gradual jurisprudência pró-eutanásia, a evolução dos debates em âmbito jurídico e público culminarão em corajosas transformações legislativas, o que traz o amparo legal necessário à prática da eutanásia em conformidade com a estrutura legislativa do direito interno dessas nações.

Também há que se destacar o ativismo feito por associações e até pelos próprios pacientes terminais, que buscam perante a Justiça, o governo e a opinião pública ampliar o debate sobre o reconhecimento do “direito à morte”.

1. Eutanásia lato sensu

A eutanásia vem das palavras gregas: *eu* (bom, verdadeiro) e *thanatos* (morte). Dessa junção, colhe-se a essência do instituto “boa morte” (Chao, Chan, & Chan, 2002, p. 18).

As variadas modalidades de supressão ou não prolongamento da vida coadunam-se com a essência de “uma intervenção deliberada, empreendida com a intenção expressa de acabar com uma vida, para aliviar o sofrimento intratável”².

Apesar da profícua quantidade de subespécies e classificações possíveis, entende-se possível a utilização do termo eutanásia de maneira genérica para se referir a qualquer uma das subespécies (itens 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 e 1.5). Isso inclui o suicídio assistido, a eutanásia voluntária ativa, a ortotanásia, a eutanásia não voluntária e a eutanásia passiva.

2 Conceito adotado em 1993 pelo Comitê de Ética Médica da Câmara dos Lordes, designado pelo parlamento para discutir a eutanásia. Disponível em <https://publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldselect/ldasdy/86/4120202.htm>

No que se refere ao controverso conceito de eutanásia involuntária, a percepção é de que seu significado colide perigosamente com a etimologia e com a maioria das acepções admitidas pela literatura sobre o termo. Por essa razão, assim como Young (2000, p. 11), entende-se imprópria tal nomenclatura, reservando a ela um item à parte na sessão “outros conceitos”.

1.1. Eutanásia ativa voluntária

A eutanásia ativa voluntária é a forma mais comum e mais debatida de eutanásia. Ela se dá quando o médico atua diretamente na morte do paciente, situação que tipicamente envolve a administração intravenosa de uma substância letal (2019, p. 33). Nesse caso, deve-se proporcionar a morte por meios dignos e indolores, mediante consentimento prévio e expresso do paciente. Diferentemente do suicídio assistido, a eutanásia ativa voluntária possibilita que o próprio médico ministre as quantidades adequadas de sedativos e substâncias letais, além de acompanhar o desfecho do processo.

Brock (1993, p. 34) argumenta que a eutanásia ativa voluntária é mais vantajosa que o suicídio assistido, sobretudo nos casos em que o paciente está muito doente para a autoadministração. Não é mais capaz de engolir, digerir comida ou absorver medicação oral. Afinal, além de administrar corretamente os fármacos, o profissional poderá monitorar os batimentos cardíacos, frequência respiratória, temperatura e pressão arterial, eliminando riscos e conferindo mais segurança ao procedimento.

1.2. Suicídio assistido

De acordo com a American Medical Association (2016, p. 22), o suicídio assistido ocorre quando um médico facilita a morte ao fornecer os meios necessários para que o paciente interrompa sua própria vida. Não será o médico, mas o paciente, quem administrará a medicação letal.

O suicídio assistido é mais fácil emocionalmente para o médico do que a eutanásia, já que o profissional não tem que causar diretamente uma morte, mas apenas fornecer os meios para o uso pessoal do paciente. Defensores dessa prática acrescentam que ela traz o benefício adicional de permitir que o paciente determine com total autonomia o momento da morte dele.

Contudo, o uso de drogas orais autoadministradas, embora ofereça privacidade e autonomia ao paciente, carrega o risco de erro causado, por exemplo, por administração inadequada da substância letal ou, o que é muito comum em pacientes terminais, por dificuldades de absorção metabólica ou comprometimento da deglutição.

1.3. Ortotanásia

Ortotanásia, uma espécie de eutanásia passiva, ocorre quando se toma a decisão de não estender artificialmente o processo de vida além dos padrões naturais (Menezes, 2013, p. 5). Dessa forma, o médico deixa de prescrever medicação ou aparelhos que prolonguem artificialmente a vida do portador de uma doença grave e incurável. É também conhecida por paraeutanásia, eutanásia omissiva, moral ou terapêutica (Nucci, 2002, p. 66). Trata-se, portanto, de permitir uma morte natural, sem qualquer interferência de agentes que acelerem o processo de supressão da vida.

A ortotanásia encontra menos objeções nos diversos setores conservadores da sociedade, uma vez que até mesmo algumas religiões se identificam com a ideia de proporcionar um curso natural à vida, sem postergá-la excessivamente por meio de intervenções artificiais.

1.4. Eutanásia não voluntária

A eutanásia não voluntária é aquela procedida sem o consentimento explícito do indivíduo, como é o caso de pacientes em

estado vegetativo. Para Fieser (2017, p. 10), na eutanásia não voluntária o paciente é incapaz para tomar uma decisão, e uma terceira parte age como um preposto em nome dos melhores interesses do paciente. Nesse cenário, a solicitação geralmente é formulada por um familiar próximo, com base na qualidade de vida, no sofrimento e nas perspectivas médicas do doente.

1.5. Eutanásia passiva

Segundo Manning (1998, p. 10), na eutanásia passiva o autor da prática deixa de fazer algo com o objetivo direto e imediato de provocar a morte a pedido do paciente. Nestes casos, não se ministra uma substância letal (como na eutanásia ativa ou no suicídio assistido). A morte se dá pela falta de recursos necessários à manutenção das suas funções vitais (água, alimentos, fármacos ou cuidados médicos).

Foi o que aconteceu em 2005 com a norte-americana Terri Schiavo, 41 anos, 15 dos quais em estado vegetativo. Ela era alimentada por meio de um tubo inserido no estômago dela. Em 1998, o marido, Michael Schiavo, entrou com uma petição na Corte da Flórida para remover o canal de alimentação que a mantinha artificialmente viva. Os pais de Terri se opuseram, e houve debate de grandes proporções nos Estados Unidos (Weijer, 2005, p. 12).

Depois de anos de batalhas judiciais, o juiz George Greer, do condado de Pinellas, na Flórida, determinou “remoção da nutrição e hidratação da enfermaria” e fixou que o tubo de alimentação seria removido às 13h de sexta-feira, 18 de março de 2005. A decisão foi mantida pela Suprema Corte Federal dos Estados Unidos, e Terri Schiavo faleceu 13 dias depois (Haberman, 2014).

James Rachels (1975, p. 67) pondera que a eutanásia ativa não é pior do que a eutanásia passiva. Para ele, o processo de “permitir morrer” pode ser relativamente lento e doloroso, enquanto receber uma injeção letal é relativamente rápido e indolor.

1.6. Eutanásia involuntária

A eutanásia involuntária é aquela praticada em uma pessoa apta a fornecer consentimento informado, mas não o faz. Por exemplo, um deficiente físico absolutamente paralisado, mas consciente, que não realizou qualquer solicitação de interrupção de vida. Questiona-se se a eutanásia involuntária consistiria basicamente em um homicídio, sem quaisquer autorização e amparo legal. Essa nomenclatura ainda é muito encontrada, pois foi utilizada no contexto do Estado nazista como pretexto de eugenização (Gomes, 2009, p. 2).

Historicamente, a eutanásia involuntária foi defendida e implantada pelos nazistas no âmbito do programa Aktion T4, visando a exterminar e a esterilizar pessoas consideradas “inadequadas” pelos médicos eugenistas (Burleigh, 1995, p. 13). Para tanto, foram criados seis centros de extermínio, onde aproximadamente 200 mil vítimas foram assassinadas coletivamente em câmaras de gás em seis anos. As estações de eutanásia involuntária foram fechadas pelas tropas aliadas em 1945 (Friedlander, 1995, p. 9).

Para Peter Singer (1979, p. 12), as mortes produzidas pelo Aktion T4 não podem ser consideradas eutanásia. “Na verdade, os nazistas não tinham um programa de eutanásia no sentido correto da palavra. Seu chamado programa de eutanásia não foi motivado pela preocupação com o sofrimento dos mortos”.

1.7. Distanásia

Distanásia é a intervenção pela qual se prolonga, por meios artificiais e desproporcionais, a vida de um enfermo incurável (Morache, 1904, p. 2). Esse procedimento é por vezes referido como “tratamento fútil ou obstinação terapêutica”.

Definida como uma atitude médica que visa a salvar a vida do paciente terminal, submete-o a grande sofrimento. Nessa condu-

ta, não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer (Pessini, 1996, p. 10).

1.8. Objeção da consciência

Há um debate sobre se qualquer médico deveria ser obrigado a realizar o procedimento, independentemente da sua perspectiva ética, nos casos em que a eutanásia foi legalizada no ordenamento jurídico.

Conforme Frederico Ferri de Resende (2012, p. 9), a vontade do médico também deve ser levada em conta, já que, em certas situações, ele pode, inclusive, recusar-se a realizar certos procedimentos, fundamentado na sua objeção de consciência, desde que indique meios para que o enfermo não fique completamente desassistido.

A objeção de consciência tem sido amplamente introduzida nas regulamentações sobre a eutanásia. No entanto, nos países onde a eutanásia foi codificada até o momento, a objeção do médico está sendo devidamente resguardada, ou seja, o profissional pode se recusar a fazer o procedimento por questões morais.

Baumrin (1998, p. 13) argumenta: “Nada, absolutamente nada, exige que os médicos sejam instrumentos de ajuda suicida. A tarefa do médico é dizer ao paciente o que há de errado e, com a melhor capacidade do médico, o que vai acontecer.”

2. Marcos regulatórios da eutanásia

A *Dignity in Dying* (antiga *Voluntary Euthanasia Society*), fundada em dezembro de 1935 no Reino Unido, foi a primeira sociedade organizada de ativismo em favor da eutanásia. Em 1936, um projeto de lei em prol da legalização do instituto foi debatido na Câmara dos Lordes no Reino Unido, mas foi rejeitado.

A Segunda Guerra Mundial interferiu severamente nos rumos da discussão sobre a eutanásia. Em 1939, a Alemanha nazista iniciou o programa Aktion T4, exterminando ou esterilizando cerca de 200 mil pessoas. Esse projeto de eutanásia involuntária, que na prática era um programa de extermínio, acabou comprometendo o debate sobre a eutanásia voluntária ativa e o suicídio assistido.

O debate sobre a eutanásia ficou em silêncio entre as décadas de 1970 e 1980, quando a Suprema Corte da Holanda julgou, com enorme repercussão pública, os casos Postma e Alkmaar (Have & Welie, 2005, p. 12). Esses casos culminaram na legalização da eutanásia na Holanda e, logo depois, na Bélgica.

2.1 Holanda

2.1.1. Evolução histórica

O debate sobre a eutanásia na Holanda foi desencadeado em 1973 no processo que ficou conhecido como “Caso Postma”, em que a médica Truus Postma foi processada por interromper a vida da própria mãe, uma idosa permanentemente incapacitada em razão de uma hemorragia cerebral. Depois que a mãe expressou o desejo de morrer, a filha ministrou-lhe uma dose letal de morfina. Julgada, Truus Postma foi sentenciada a uma semana de prisão e em seguida colocada em liberdade condicional por um ano (Gevers, 1996, p. 4).

Em 1984, a Suprema Corte holandesa absolveu um médico responsável por eutanásia em uma senhora de 95 anos com severa deterioração física, que implorou que a vida dela fosse interrompida. “O médico não será condenado se tiver ponderado cuidadosamente entre o dever de aliviar o sofrimento do paciente e o dever de preservar-lhe a vida” (Thomas, 1984, p. 12).

Esses e outros processos serviram para que a jurisprudência holandesa passasse a introduzir critérios de mitigação da responsa-

bilidade penal nos casos de eutanásia. Em 1984, a Associação Médica Real Holandesa declarou que os profissionais que realizavam a eutanásia não seriam processados se houvesse a devida comprovação do estado do paciente, do prévio consentimento dele, da revisão do caso por um segundo médico (Gevers, 1996, p. 4).

Na década de 1990, quando a prática da eutanásia já era bastante disseminada na Holanda, a Associação Médica Real Holandesa constatou que 60% de todas as mortes assistidas não estavam sendo relatadas devidamente (Van der Maas, Van der Wal, & Haverkate, 1996, p. 2). Como fruto desses estudos, a Holanda desenvolveu diretrizes de controle mais eficazes. Essas ações incluíam protocolos mais exigentes e a ampliação do suporte psicológico e terapêutico aos pacientes que se inscreveram em programas eutanásia.

2.1.2 Codificação da eutanásia na Holanda

Embora existissem no mundo casos isolados de leis estaduais ou decisões judiciais coniventes com a eutanásia, o Congresso holandês fez história ao debater e aprovar o procedimento em meados de 2001. Dessa forma, a Holanda foi a primeira nação a legalizar a eutanásia.

A *Lei de interrupção da vida mediante solicitação e suicídio assistido*³ foi aprovada em abril de 2001 e passou a vigorar no ano seguinte. A eutanásia já era praticada pela comunidade médica holandesa havia mais de 20 anos. Mas a sua codificação deu mais segurança legal a médicos e a pacientes ao reformular artigos do Código Penal⁴ que tratavam de homicídio e estabeleciam procedimentos de controle e revisão dos processos de suicídio assistido.

3 *Termination of Life on Request and Assisted Suicide* em tradução livre

4 *Chapter IV. Amendments to other Acts Article 20 - Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act [2002]*

O artigo 1.º do capítulo II dessa lei fixou requisitos para a solicitação da eutanásia ao estabelecer que: i) o médico deve estar convencido de que o paciente tinha autonomia e informações suficientes para decidir; ii) deve haver convicção de que o sofrimento do paciente era duradouro e insuportável; iii) o paciente foi informado sobre a situação em que estava e sobre suas perspectivas; iv) o paciente estava convencido de que não havia outra solução razoável para a situação em que se encontrava; v) um outro médico deve examinar o paciente e emitir um parecer independente sobre a solicitação; vi) o médico deve auxiliar no suicídio de maneira apropriada.

2.2. Bélgica

2.2.1. Status legal

O ato belga que legaliza a eutanásia foi apresentado no Congresso em 1999 e aprovado em 28 de maio de 2002⁵, entrando em vigor quatro meses depois (Diesbach, Loze, Brochier, & Montero, 2012, p. 4).

A seção 3 da referida norma prevê que o médico que proceda a eutanásia não cometerá ilícito penal quando reunidas as seguintes condições: i) quando o paciente for maior de idade ou menor emancipado e estiver “competente e consciente” no momento do requerimento; ii) quando o requerimento for voluntário, bem considerado e reiterado, e não for resultado de pressão externa; iii) quando o paciente foi vítima de doença ou acidente que o tenha conduzido a insuportável e irreversível sofrimento físico ou mental.

Em provisões gerais, o ato trouxe o conceito de eutanásia, mas não contemplou o de suicídio assistido. Embora haja uma lacuna no texto legislativo, os casos de suicídio assistido reportados à

5 *The Belgian Act on Eutanasia* (2002) – disponível em <http://www.ethical-perspectives.be/viewpic.php?LAN=E&TABLE=EP&ID=59>

Comissão Federal de Controle e Avaliação de Eutanásia são equiparados à eutanásia e têm tratamento jurídico análogo. Um relatório da referida comissão (2018) contabiliza casos de eutanásia voluntária ativa e de suicídio assistido: houve 2.028 dessas mortes em 2016 e 2.309 em 2017.

Em termos de critérios e procedimentos adotados, a legislação belga é semelhante à holandesa, com algumas particularidades: quando o paciente não é terminal, o médico deve consultar um especialista independente. Além disso, entre o requerimento do paciente e o ato da eutanásia deverá transcorrer o prazo de um mês. Todavia, no que tange à faixa etária apta a solicitar os programas de auxílio ao suicídio, a Bélgica inovou ao possibilitar a eutanásia em pessoas jovens.

2.2.2. Eutanásia solicitada por jovens e crianças

Em 13 de fevereiro de 2014, a Bélgica removeu a restrição de idade para a eutanásia, apesar de forte oposição de religiosos e de alguns profissionais da classe médica. Com a nova legislação, crianças de qualquer idade estão aptas a requerer a eutanásia, desde que possam entender as consequências de suas decisões, conforme certificado por um psicólogo ou psiquiatra infantil (Raus, 2016, p. 3).

A criança deverá estar em condição terminal, com constante e insuportável sofrimento físico, que não possa ser aliviado. Os pais ou representantes da criança solicitante devem apoiar os melhores interesses da criança, mas têm garantido o seu direito a veto (Raus, 2016, p. 3).

Embora a restrição da idade não seja imposta por lei, a criança deve mostrar capacidade de discernimento e estar consciente no momento de fazer o pedido. Por isso, apesar da previsão legal, os pré-requisitos tendem a limitar rigorosamente o número de

crianças postulantes. Nos anos de 2017 e 2018, três menores de 18 anos, com idades de nove, 11 e 17 anos, tiveram a solicitação de eutanásia aprovada por unanimidade. De acordo com Arya Hodjat (2018)⁶, as condições terminais dos três variaram de distrofia muscular a tumores cerebrais e fibrose cística.

2.3. Suíça

2.3.1. Status legal

No código criminal suíço (1942)⁷ há uma brecha legal que viabiliza o suicídio assistido. Enquanto o artigo 114 proíbe “causar a morte” por “motivos louváveis e, em particular, por compaixão pela vítima”, o artigo 115 prevê a punição de até cinco anos a quem, “por motivos egoístas”, incite ou auxilie o suicídio. Ou seja, o diploma penal foi omissivo acerca dos casos de auxílio ao suicídio que ocorrem em nome dos melhores interesses do paciente. Embora não tenha sido originalmente concebido para a regulamentação dessa prática, o artigo 115 passou a ser explorado juridicamente por organizações de apoio à morte assistida, sobretudo a partir da década de 1980.

O instituto tem ampla aceitação social na Suíça, o que fez com que a brecha legal no código criminal tenha sido consensualmente mantida pela sociedade nas últimas décadas. Num referendo de 2011, por exemplo, a iniciativa de proibir o suicídio assistido foi rejeitada por 85% dos eleitores do cantão de Zurique⁸. Ao longo dos anos, a jurisprudência da Suprema Corte Suíça também permitiu a consolidação da prática ao introduzir e refinar critérios para os procedimentos de suicídio assistido.

6 *Belgium Approved Euthanasia of 3 Minors, Report Finds* (VoaNews). Disponível em <https://www.voanews.com/a/belgium-approved-euthanasia-three-minors-report-finds/4499976.html>

7 O *Strafgesetzbuch (StGB)* é o Código Criminal Suíço, elaborado em 1937 e em vigor desde 1942.

8 Switzerland: Zurich votes to keep assisted suicide (BBC) – Disponível em <https://www.bbc.com/news/world-europe-13405376>

Melhor sorte não assistiu à eutanásia ativa voluntária, aquela em que o profissional ministra a dose letal ao paciente, modalidade sempre vedada pelo artigo 114, sem modificações jurisprudenciais ou legislativas no curso dos anos.

2.3.2. O turismo suicida

A Suíça é o único país que aceita cidadãos estrangeiros por um suicídio legal medicamente assistido (Sherwell & Leidig, 2004, p. 8). Isso tem atraído, nos últimos anos, milhares de estrangeiros que viajam até a Suíça para solicitar auxílio para morrer. Essa peregrinação de forasteiros em busca de uma morte tranquila e lícita tem sido chamada de “turismo suicida”.

Em 2012, pesquisadores encontraram 172 casos de estrangeiros apenas em Zurique (o maior estado da Suíça), um aumento de 28% em relação a 2008, quando foram registrados 123 procedimentos. De acordo com a *Dignity in Dying*, os custos para um estrangeiro morrer na Suíça ultrapassam £10,000⁹.

Pode-se dizer que a prática do suicídio assistido na Suíça se dá com três grandes diferenças em relação à maioria dos países: 1) o suicídio assistido não é regulamentado de maneira clara, uma vez que não existem leis específicas que determinam sob quais condições uma pessoa pode solicitar assistência; 2) a eutanásia ativa voluntária é completamente vedada, caracterizando ilegalidade, com enquadramento no artigo 114; 3) a Suíça permite que cidadãos estrangeiros se inscrevam nos programas de auxílio ao suicídio, o que teria gerado o fenômeno do “turismo suicida”.

9 Campaign for Dignity in Dying - Morte assistida na Suíça - Disponível em <https://www.dignityindying.org.uk/assisted-dying/international-examples/switzerland/>

2.4. Canadá

Até mesmo a tentativa de autoextermínio na sua modalidade clássica era passível de punição no antigo Código Penal Canadense. Em 1972, o governo revogou essa disposição, o que possibilitou o debate público sobre outras formas de suicídio, como a morte assistida (Kellner, 2016).

A legislação manteve proibição à eutanásia e ao suicídio assistido. O artigo 241 (alíneas a e b) do Código Penal previa pena de até 14 anos àqueles que ajudassem ou aconselhassem uma pessoa a cometer suicídio. A seção 14, por sua vez, determinava que o consentimento do paciente “não afeta a responsabilidade criminal daquele que infringiu a morte” (1985).

Em 1993, a proibição do suicídio assistido foi contestada judicialmente por Sue Rodriguez, uma mulher de 42 anos diagnosticada com esclerose lateral amiotrófica. Durante a batalha judicial, as declarações impactantes de Sue Rodriguez mobilizaram a opinião pública: “Se não posso dar consentimento para minha própria morte, de quem é esse corpo? Quem é dono da minha vida?” (*The New York Times*, 1992). Por 5 votos a 4 (Rodriguez v. British Columbia, 1993), o pleito foi indeferido pela Suprema Corte do Canadá, e Rodriguez acabou realizando a morte assistida de forma clandestina, em 1994.

Kay Carter morreu em 2010 e Gloria Taylor em 2012, ambos devido a doenças terminais. As famílias deles, representadas por uma associação de direitos civis, contestaram nas cortes canadenses os dispositivos do Código Penal que vetavam a eutanásia. Alegaram violação aos artigos 7.º (direito à vida, liberdade e segurança da pessoa) e 15 (igualdade) da Carta.

Em fevereiro de 2015, a Suprema Corte do Canadá decidiu em Carter *versus* Canadá que os médicos podem viabilizar a eutanásia ou o suicídio assistido a portadores de doenças terminais

graves, desde que estes sejam “adultos canadenses mentalmente competentes que estejam sofrendo intolerável e duradouramente” (2015). O Código Penal foi alterado em junho 2016 para dar efeito à decisão em todo o país. A eutanásia ativa voluntária passou, pois, a ser legal no Canadá a maiores de 18 anos que têm uma doença terminal que progrediu a ponto de a morte natural ser “razoavelmente previsível”.

O *Bill C-14*¹⁰, aprovado pelo Parlamento do Canadá em junho de 2016, emendou o Código Penal canadense de modo a legalizar a eutanásia ativa voluntária e o suicídio assistido por médico, o que garantiu o acesso a esses procedimentos no sistema de saúde público. A eutanásia e o suicídio assistido não estão disponíveis a menores de idade nem em razão de doença mental, incapacidade a longo prazo ou qualquer condição reversível.

2.5. Situação legal da eutanásia e da ortotanásia no Brasil

De acordo com Raquel Dodge (2009), embora a eutanásia não esteja prevista no ordenamento jurídico, a leitura do diploma penal à luz das premissas insculpidas na Constituição de 1988 possibilita a sua caracterização como homicídio ou auxílio ao suicídio. Por isso, o consentimento do paciente ou a motivação piedosa de quem pratica a eutanásia não afastam a ilicitude do ato, tampouco isentam de culpa o agente.

No que concerne à ortotanásia, embora inexista isenção expressa no Código Penal, a melhor doutrina tem entendido pela inocorrência de tipicidade desta figura, à luz do princípio constitucional da dignidade humana. Neste diapasão, a prática tem sido socialmente aceita e praticada pela comunidade médica.

10 BILL C-14 - An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying) Statutes of Canada – disponível em https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/2016_3.pdf

Em 2006, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução 1.805. Ela possibilita que o médico limite ou suspenda “procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal”. Questionada pelo Ministério Público Federal, que conseguiu, por meio de uma ação civil pública, liminar suspensiva para anular os efeitos da norma, o CFM no novo Código de Ética Médica passou ao largo de temas polêmicos como a ortotanásia.

Segundo Luiz Flávio Gomes (2009, p. 2), o novo Código de Ética nada disse sobre os controvertidos temas eutanásia, ortotanásia e morte assistida (suicídio assistido). A discussão é controversa e aguarda regulamentação legislativa. O anteprojeto do Novo Código Penal prevê no § 2.º do artigo 31 a exclusão de ilicitude em casos de ortotanásia, ou seja, naqueles em que o autor deixa de fazer uso de meios artificiais para manter a vida do paciente em caso de doença grave e irreversível, desde que haja consentimento do paciente e que a enfermidade seja confirmada por outros dois médicos.

Já em relação à eutanásia, embora existam no Congresso projetos de lei com a pretensão de tipificar o instituto e flexibilizar penas, não há indicativo de apoio popular ou consenso legislativo para os aprovar. Todavia, o envelhecimento da população e o aumento das enfermidades crônicas e incapacitantes devem suscitar vigoroso debate nas próximas décadas.

3. Conclusão

Ao deslindar as dimensões da eutanásia, distinguindo-a de procedimentos similares como a ortotanásia e a distanásia, também se examinaram as várias espécies de eutanásia à luz da literatura acadêmica.

Apesar das distinções doutrinárias, muitas vezes o termo eutanásia é utilizado na mídia e no debate público com a intenção de abarcar também o suicídio assistido, além das modalidades eutanásia voluntária ativa, passiva e não voluntária.

No que tange à eutanásia involuntária, ponderou-se que ela colide com definições básicas e consensuais de eutanásia, a qual visa, antes de tudo, a aliviar o sofrimento.

Para Peter Singer, seria um equívoco a nomenclatura “eutanásia”. Mais recomendável seria circunscrever o termo apenas ao lamentável contexto histórico em que foi efetivamente implantado, o do injustificável extermínio de deficientes físicos e mentais perpetrado arbitrariamente pelo Estado nazista.

A diferença entre eutanásia voluntária ativa e suicídio assistido reside sobretudo no agente responsável por ministrar a substância letal. Aquela é feita pelo médico, esta pelo próprio paciente. Apesar dessas diferenças, é interessante notar que o centro de justificação moral e jurídica para ambas é bastante similar. Consiste na ponderação de princípios que privilegiam o “direito de morrer” como ato autônomo e que, como direito natural, deveria ser garantido juridicamente (Dworkin, 2003); (Irwin, 2013).

Embora existam argumentos sólidos a favor e contra a eutanásia, a questão é de natureza complexa na medida em que agrega aspectos éticos, culturais, políticos, religiosos, entre outros.

Nos países onde a eutanásia foi legalizada, nota-se um conjunto de contingências e movimentações políticas que antecedem a chegada de um marco legal federal, a saber: i) casos jurídicos relevantes que mobilizaram o interesse nacional; ii) o extenso trabalho informativo e de mobilização política de associações em prol da legalização; iii) construção gradual de jurisprudência ou de normas subsidiárias mais permissivas, ampliando as possibilidades de ação dos médicos.

É certo que a experiência de introdução desse instituto em algumas sociedades têm muito a dizer às nações que ainda debatem a legalização da eutanásia. Países que têm debatido vigorosamente a eutanásia, como Espanha, Portugal, Estados Unidos e Austrália,

se beneficiarão das experiências existentes para subvencionar o debate dos princípios, diretrizes e possíveis impactos de uma regulação de métodos de supressão ou não prolongamento da vida.

Pesquisas realizadas na Holanda – onde a eutanásia é praticada e aceita socialmente há mais de 30 anos – servem de referência para que outros países interessados no tema estabeleçam limites éticos e legais nas discussões sobre a legalização da eutanásia, de forma a resguardar a dignidade dos pacientes e a fornecer segurança jurídica à comunidade médica.

Até mesmo o Brasil – que mostra interesse incipiente sobre a eutanásia – poderia extrair informações e exemplos dos marcos regulatórios que deixem a população mais consciente e preparada, nas próximas décadas, para um debate público corajoso sobre o tema.

Impende ressaltar que cada sociedade tem a responsabilidade de enfrentar o assunto por meio de uma discussão transparente, a fim de decidir, sob as regras do contexto democrático, se a legalização da eutanásia está ou não de acordo com tradições e parâmetros éticos cultivados por seus cidadãos. Trata-se, sobretudo, de alcançar um delicado equilíbrio de conciliar os valores culturais àqueles tradicionalmente plasmados por anseios e perspectivas.

4. Referências

AMA Principles of Medical Ethics: I, V. (2016).

Baumrin, S. B. (1998). Physician, Stay Thy Hand! Physician Assisted Suicide: Expanding the Debate.

Brock, D. (1993). Voluntary Active Euthanasia. Hastings Center Report.

Burleigh, M. (1995). Death and Deliverance: 'Euthanasia' in Germany 1900–1945.

Callahan, D. (1995). *Arguing Euthanasia*.

Chao, D., Chan, N., & Chan, W. (2002). *Euthanasia revisited*. Family Practice - Oxford Academic.

Coburn, T. (1999). Consideration of House Resolution 2260, Pain Relief Promotion Act of 1999.

Commission fédérale de Contrôle de l'Euthanasie (2018). *Huitième rapport aux Chambres législatives*.

Criminal Code of Canada (1985).

Diesbach, E., Loze, M., Brochier, C., & Montero, E. (2012). *Euthanasia in Belgium*. Dossier of the European Institute of Bioethics.

Dodge, R. E. (2009). *Eutanásia - Aspectos Jurídicos*. Revista Bioética.

Doerflinger, R. (2017). Q&A with the Scholars: Physician-Assisted Suicide and Euthanasia. Lozier Institute website.

Dowbiggin, I. (2005). *History of Euthanasia: Life, Death, God, and Medicine*.

Dworkin, R. (1997). *Assisted Suicide: The Philosophers*. The New York Review of Books.

Dworkin, R. (2003). *Domínio da Vida: Aborto, eutanásia e liberdades individuais*. Martins Fontes.

Ethics, H. O. (1994). *Euthanasia concept*.

Fieser, J. (2017). *Moral Issues that Divide Us*. University of Tennessee at Martin.

Friedlander, H. (1995). *The Origins of Nazi Genocide: From Euthanasia to the Final Solution*. University of North Carolina Press.

Gevers, S. (1996). British Medical Bulletin.

Gomes, L. F. (2009). Eutanásia e o novo código de ética médica. Rede de Ensino LFG.

Haberman, C. (2014). From Private Ordeal to National Fight: The Case of Terri Schiavo. The New York Times.

Have, H., & Welie, J. (2005). Death and Medical Power: An Ethical Analysis of Dutch Euthanasia Practice.

Irwin, M. (2013). Euthanasia: The Right to Die Should Be a Matter of Personal Choice. Mirror.

Judgments, S. C. (1993) Rodriguez v. British Columbia.

Kellner, F. (2016). Suicide in Canada. The Canadian Encyclopedia.

Manning, M. (1998). Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: Killing or Caring?

Menezes, R. A. (2013). Em busca da boa morte.

Morache, G. A. (1904). Naissance et mort.

Moreno, J. (1995). Arguing Euthanasia: The Controversy Over Mercy Killing, Assisted Suicide, and the "Right to Die".

Nucci, G. d. (2002). Código Penal Comentado.

Pessini, L. (1996). Distanásia: até quando investir sem agredir? Revista Bioética.

Rachels, J. (1975). Active and Passive Euthanasia. The New England Journal of Medicine.

Raus, K. (2016). The Extension of Belgium's Euthanasia Law to Include Competent Minors.

Resende, F. F. (2012). Objeção de consciência do médico e autonomia do paciente.

Sherwell, P., & Leidig, M. (2004). Swiss to crack down on suicide tourism. The Telegraph.

Singer, P. (1979). Practical Ethics. Cambridge University Press.

Supreme Court Judgments. (2015). Carter v. Canada.

The New York Times. (1992). Canadian Woman Urges Legal Suicide Aid.

Thomas, J. (1984). Dutch Courts Act on "Right to Die". The New York Times.

Van der Maas, P. J., Van der Wal, G., & Haverkate, I. (1996). Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands, 1990–1995.

Weijer, C. (2005). A death in the family: Reflections on the Terri Schiavo case.

Young, R. (2000). The 'Euthanasia' of People with Disabilities in Nazi Germany: Harbinger of the 'Final Solution'.

Young, R. (2019). Voluntary Euthanasia. The Stanford Encyclopedia of Philosophy

Artigo recebido em 04/06/2019

Artigo aprovado em 31/10/2019

DOI: 10.5935/1809-8487.20200013