

Anselmo Carvalho De Oliveira*

Breve reflexão sobre a permissibilidade da eutanásia¹

Breve reflexion sobre la permisibilidad de la eutanasia

Fecha de recepción: 8 de abril de 2014
Fecha de aceptación: 3 de mayo de 2014

RESUMO

O objetivo do presente artigo é abalzar uma discussão sobre o problema da eutanásia na contemporaneidade a partir da descrição analítica do estado atual da permissibilidade dos procedimentos necessários para a prática na Holanda, nos EUA e no Brasil. A chave interpretativa que adotamos é a consideração pela vontade do paciente nas prescrições jurídico-normativas de cada país.

Palavras-Chave: Eutanásia, Ortotanásia, Holanda, EUA. e Brasil.

RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo analizar una discusión sobre el tema de la eutanasia en la contemporaneidad, y la descripción analítica en la situación actual de la permisibilidad de los procedimientos necesarios para la práctica en los Países Bajos, EE.UU. y Brasil. La clave interpretativa que adoptamos es la consideración de los deseos del paciente en los requerimientos legales y el marco regulatorios de cada país.

Palabras Claves: Eutanasia, ortotanasia, Países Bajos, EE.UU., Brasil.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A eutanásia não é somente um problema existencial e filosófico, mas também um problema social e jurídico, sobretudo no que se refere à atuação dos profissionais da saúde e do próprio estado que, muitas vezes, deixam de lado a necessária reflexão ética sobre este assunto. Mas é no âmbito da preocupação jurídico-normativa que o presente artigo se insere ao propor uma

* Bolsista CAPES do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Filosofia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Pós-Graduação Lato Sensu em Bioética pela Universidade Federal de Lavras (UFLA). Email: anselmocarvalhooliveira@yahoo.com.br.

¹ Agradeço ao Conselho Editorial da Revista Pensamiento Jurídico e ao Professor Geraldo Tibúrcio pelas sugestões.

breve reflexão sobre a permissibilidade dos procedimentos para a eutanásia em alguns países, a saber, Holanda, EUA e Brasil. A chave hermenêutica que perpassa nossa análise é a importância concedida à autonomia na decisão do paciente ou de seus familiares em cada um dos países analisados.

A legislação da Holanda é sabidamente permissível em relação aos procedimentos da eutanásia e, neste artigo, discutiremos seus pressupostos históricos e as regras que impõem para o controle da prática. Nos EUA, as legislações em cada Estado-Membro são diferentes e bastante divergentes sobre a legalidade da prática, o que ocasiona inúmeros processos; concentrar-nos-emos nas particularidades do *Death With Dignity Act*, do estado de Oregon, e do *The Washington Death with Dignity Act*, do estado de Washington, pois apresentam regras claras que regulamentam o suicídio assistido e não permitem a eutanásia ativa. E, por fim, faremos uma breve análise sobre alguns aspectos da legislação brasileira, que é condenatória da eutanásia, e da Resolução 1805 de 2006², do Conselho Federal de Medicina (CFM), que permite aos médicos, no âmbito dos limites das normas que regulamentam a profissão, não ministrarem tratamento aos pacientes em algumas condições clinicamente estabelecidas, o que é chamado de ortotanásia.

2. EUTANÁSIA NA HOLANDA

A legislação holandesa sobre a eutanásia e as atitudes da Real Associação Médica da Holanda (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) sobre essa prática são emblemáticas para os debates contemporâneos. O suicídio assistido e a eutanásia são amplamente aceitos pela comunidade médica e vem sendo debatidos desde a década de 1970.

Leo Alexander (1949), em seu famoso artigo que denunciava o que ele chamava de “eutanásia” praticada pelos nazistas, faz uma apologia da resistência dos médicos holandeses em participarem do programa “AKTION T4”. Quando o oficial responsável pelos territórios holandeses ocupados transmitiu aos médicos as ordens do Reich para que não tratassem os pacientes crônicos e incapazes de reabilitação, eles, por “unanimidade”, recusaram-se. Entenderam que, ao cuidar exclusivamente de pacientes com possibilidades de retorno ao trabalho, estariam contrariando os princípios da ética médica.

Os médicos sofreram retaliações: a perda de autorização para exercerem a profissão e cerca de cem foram presos por desacatarem as ordens. Nenhum deles, contudo, cedeu nem participou dos programas de esterilização e “eutanásia” dos nazistas. Para Alexander, os médicos alemães deveriam ter adotado a mesma postura.

² Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, p. 169.

A atitude dos médicos holandeses frente às ordens dos nazistas, ao ser comparada com a atual aprovação da prática da eutanásia na Holanda, causou perplexidade em Eckstein (2009). Em sua introdução contemporânea ao artigo de Alexander ressalta que

Foi nesse segmento específico [recusa em participar do programa nazista de “eutanásia”] que o Dr. Alexander aplaudiu esse pequeno país por seu coração grande e corajoso. Foram os médicos holandeses que arriscaram suas vidas por ficarem contra uma ditadura que ameaçou mudar a prática da medicina para sempre. Considerando a atual situação na Holanda, podem-se considerar essas informações inacreditáveis.

Eckstein parece não compreender por que a profissão médica holandesa, após uma honrosa resistência ao nazismo, perdeu seus padrões éticos e passou a aceitar a eutanásia como uma prática justificável e digna. Mas essa comparação abre a possibilidade de uma compreensão profunda do sentido da eutanásia como uma “boa morte” e a impossibilidade factual de compará-la com o genocídio levado a cabo pelos nazistas.

Natasha Cica (1996–1997), em um artigo para o parlamento australiano, mostra de forma sinóptica a evolução das ideias sobre a legalização da eutanásia na Holanda: crescente secularização da sociedade holandesa a partir de 1960; um profundo sentido de responsabilidade individual sobre as suas ações conjugado com um respeito pela autonomia de cada pessoa; tolerância por diferentes filosofias e estilos de vida; a admissão, em 1984, da Real Sociedade de Medicina da Holanda, representante de 60% dos médicos do País, de que a eutanásia voluntária ativa e o suicídio assistido podem ser considerados práticas médicas adequadas, desde que algumas regras sejam observadas (essa foi a primeira associação médica do mundo a aprovar a prática da eutanásia); diálogo entre governo e médicos sobre a legalização dos procedimentos necessários para essa prática; a existência, desde 1990, de pesquisas de campo para a obtenção de dados empíricos sobre a situação dos pacientes e da recorrência dos pedidos para a eutanásia; predisposição do governo em financiar essas pesquisas; respeito e confiança entre médicos e o público em geral; humanização nas relações entre médicos e profissionais de enfermagem e os seus pacientes; sistema de saúde que prioriza os médicos da família (muitos doentes morrem em casa sob o acompanhamento de médicos que conheciam a longo tempo); compromisso com a ética do estado de bem estar social (*the welfare state*); “subdesenvolvimento” (*underdeveloped*) dos cuidados paliativos no país (Cf. CICA, 1996–1997).

O caso paradigmático em relação à jurisprudência holandesa aconteceu em 1973. A médica da família Geertruida Postma foi levada a julgamento por ter cometido eutanásia em sua mãe: após recorrentes pedidos dela, a médica aplicou-lhe uma dose excessiva de morfina. A médica foi condenada por homicídio à pena de uma semana de reclusão e liberdade condicional por um ano. O caso abriu um precedente e os tribunais, então, estabeleceram um conjunto de rotinas para os

médicos seguirem quando ajudassem um paciente a cometer suicídio, como a exigência de consultas, o diagnóstico de doença terminal e o próprio paciente era quem deveria fazer a solicitação.

A Corte de Rotterdam (Rechtbank Rotterdam), em 1981, reviu as diretrizes anteriores e estipulou critérios específicos para a prática. Em 1984, a Real Sociedade Médica da Holanda, considerando as diretrizes estabelecidas pela Corte de Rotterdam, instituiu uma rotina de notificação para os médicos que desejassem assistir seus pacientes com a “boa morte”. A nova rotina passou a ser amplamente utilizada pelos médicos. Os médicos garantiriam que

- a. O pedido de eutanásia deve ser voluntário e feito pelo próprio paciente;
- b. A solicitação deve ser considerada por uma pessoa capaz de uma compreensão clara e correta de sua condição e dos tratamentos alternativos. A pessoa deve ser capaz de ponderar sobre estas opções e deve ter feito tal ponderação;
- c. O pedido deve ter uma duração considerável;
- d. A situação do paciente implica sofrimento insuportável para ele e sem perspectivas de melhoria. O paciente não precisa ser doente terminal para satisfazer essa exigência³.

Os médicos, também, seguiriam procedimentos para informar as autoridades sobre a prática através de certos tramites:

- a. O médico deve obter um segundo parecer médico sobre a situação do paciente antes de atender a vontade do paciente;
- b. É necessário que o médico mantenha um registro escrito completo do caso;
- c. A morte deve ser comunicada ao médico forense que encaminharia, se julgasse necessário, o caso ao Ministério Público como uma ocorrência de eutanásia ou suicídio assistido e não como morte natural;
- d. Ao identificar essas duas práticas, os médicos devem preencher um formulário específico com uma lista de questões relacionadas à morte e ao procedimento adotado para verificar se ele cumpriu com as regras de cuidado.

³ Em uma decisão de 1986, o Tribunal Superior (Hoge Raad der Nederlanden) declinou da necessidade de ser paciente terminal ao permitir a eutanásia de uma mulher com esclerose múltipla, mas que ainda tinha muito tempo de vida (Cf. BOSTROM; LAGERWEY, 1988, p. 445). Em 1993, Boudewijn Chabot foi considerado culpado sem, no entanto, receber punição por ajudar uma mulher com depressão profunda, a seu pedido, a morrer. O Tribunal Superior argumentou que a defesa da eutanásia não se aplica apenas aos pacientes com sofrimentos somáticos (físicos), mas também em pacientes com sofrimentos não somáticos (sofrimento mental). Esses pacientes podem solicitar a eutanásia desde que sua decisão seja o resultado de um julgamento competente e voluntário (Cf. CICA, 1996–1997). O problema, nesses casos, é a dificuldade em estabelecer critérios para determinar quando os pacientes com depressão ou doenças psiquiátricas estão tomando decisões autônomas.

Tecnicamente, o direito penal holandês proibia, em seus artigos 293 (proibição de tirar a vida de uma pessoa a seu pedido, eutanásia voluntária, passível de prisão máxima de doze anos) e 294 (pena de até no máximo três anos para quem ajudar outra pessoa a cometer suicídio) as práticas de eutanásia e suicídio assistido (Cf. THE DUTCH PENAL CODE, 1994). Mas em 1990 as práticas de notificação receberam reconhecimento da justiça com o acordo entre a associação de médicos e o Ministério da Justiça da Holanda (Ministerie van Veiligheid en Justitie), que decidiria sobre a existência ou não de fatos relevantes de caráter penal, mas elas não possuíam valor de lei. Assim, através da análise dessas rotinas de notificação, argumentava-se que sobre os casos de eutanásia e suicídio assistido incidia o artigo 40 do Código Penal holandês, segundo o qual não é passível de pena aquele que cometeu ato punível motivado por relevante valor moral ou por força maior. Com essa combinação de jurisprudência e consentimento do Ministério Público permitia-se a eutanásia, mas existia uma crescente preocupação na comunidade médica sobre a necessidade de uma regulamentação jurídica da questão.

Em 1993, com a alteração do artigo 10 da Lei de Sepultamento (Wet op de lijkbezorging), fixaram-se as práticas anteriores, e a questão ganhou seu primeiro ordenamento jurídico, que é ainda a base da legislação atual do País.

Em 1º de abril de 2002, depois de trinta anos de profundos debates envolvendo vários segmentos da sociedade civil e do governo, a Lei de Eutanásia (Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding) foi promulgada, mas ela nada mais era do que a regulamentação jurídica de uma prática já amplamente tolerada e realizada nos meios médicos. Passou a ser permitida a possibilidade de menores entre doze e dezesseis anos, assistidos por seus pais, solicitarem a eutanásia. A nova lei abrange, igualmente, a eutanásia em casos classificados de “sofrimento psíquico”. Em 2002, a Bélgica também aprovou uma lei muito semelhante (Wet betreffende de euthanasie).

Na prática, a lei possui poucas alterações em relação aos procedimentos anteriores sugeridos pela associação médica da Holanda em conjunto com o Ministério Público desse País. O médico do paciente responsável pela realização da eutanásia deve procurar sempre a opinião de outro médico antes da realização do ato. Após a morte, o médico particular deve encaminhar ao médico forense do distrito onde residia o paciente um questionário e relatório detalhados sobre os procedimentos adotados, com o nome do médico consultado e a qualificação de todas as pessoas presentes durante o ato. Nele devem constar o tempo que o paciente sofreu a doença; seu diagnóstico; quais os procedimentos médicos aplicados para seu tratamento; os médicos que prestaram atendimento ao paciente; descrição minuciosa do grau de sofrimento do paciente e do motivo por que ele é classificado como insuportável; previsão de prazos estimados sobre o tempo de vida que restaria ao paciente; se informou sobre a possibilidade, se essa existir, do uso de métodos para o alívio de seu sofrimento. Deve fazer parte, além disso, uma descrição dos interesses reais do paciente em passar pelos

procedimentos relativos à eutanásia. Averigua-se se a decisão é a vontade própria do paciente, expressa livremente e baseada em informações detalhadas e claras fornecidas pelo médico. Os presentes, no momento da solicitação do paciente, são considerados testemunhas (precisarão descrever sob que critérios podiam afirmar que o doente sabia o que estava fazendo) e constam seus nomes no relatório. O médico deve observar, cuidadosamente, a influência de opiniões de terceiros sobre essa decisão para que a disposição do paciente não seja forçada por outras pessoas. Em casos especiais (por exemplo, o paciente é incapaz de fazer o pedido), a lei permite a eutanásia, desde que exista uma averiguação sobre a história do paciente e suas opiniões anteriores relativas às práticas, além da consulta minuciosa aos seus parentes.

O ordenamento jurídico dado à eutanásia é fruto de um intenso debate que durou mais de trinta anos e contribui ao verdadeiro direito à vida, considerando a responsabilidade de cada pessoa ou instituição envolvida no ato, o que dá mais segurança e transparência ao procedimento.

É importante lembrar, ademais, que além de prestigiar a autodeterminação do ser humano, a nova tendência acolhida pela Holanda é boa no sentido de buscar preservar a atividade médica, pois sabemos que muitas situações trágicas envolvem o tratamento de pacientes em cuidados intensivos, exigindo condutas e terapias médicas bastante complexas e arriscadas, o que muitas vezes pode acarretar punições injustas, além de equivocadas interpretações. Por outro lado, a legislação afasta a incerteza que ronda tais situações, organizando a memória do que aconteceu, trazendo maior tranquilidade aos que ficaram. O governo passa a controlar rigorosamente os procedimentos médicos em limites extremos, incluindo garantias adicionais à proteção do bem jurídico vida, considerando a vontade livre do ser humano como um bem supremo, e trazendo à luz aquilo que estava sob sombras. (OLIVEIRA, 2001, p. 90)

A atitude de franco debate da sociedade holandesa baseia-se em um aspecto cultural de extrema importância: a vontade em se discutirem abertamente questões éticas complexas e que essa atitude é necessária para a regulamentação de questões como, por exemplo, a prostituição, o uso de drogas leves e a homossexualidade. A posição de excelência dos holandeses e o respeito pela dignidade da pessoa ficam evidentes ao longo de sua história.

Os médicos holandeses e a sociedade civil estabeleceram, com clareza, a linha divisória entre o homicídio e a alternativa de oferecer ao paciente uma morte digna. Ao recusarem-se em participar do programa de genocídio (que não era eutanásia!) nazista entenderam que esse não buscava o benefício dos pacientes e que se não pautava tecnicamente em procedimentos claros para a “vítima” e para seus familiares. Seu real objetivo era o extermínio de determinados grupos de indesejados que consideravam uma mácula ao *Volk*. Por sua vez, ao consentirem na prática, atualmente, e terem realizado um esforço de debate para sua regulamentação, parecem considerar o princípio de solidariedade, de

dignidade, a vida vivida com qualidade e, sobretudo, a vontade livre e esclarecida da pessoa como um bem fundamental, porque é a pessoa que decide sobre a sua situação em última instância, como no caso da eutanásia em pacientes que não eram terminais, mas possuíam sofrimentos psicológicos. Podemos, assim, renovar a admiração de Alexander para com os médicos holandeses, mesmo que por motivos diferentes.

3. EUTANÁSIA NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

A legislação americana relativa à eutanásia e ao suicídio assistido⁴ é bastante diferente entre os estados e cria diversas disputas judiciais, cabendo aos tribunais a decisão final sobre a permissibilidade das práticas em cada caso.

Nos EUA, a legislação permite aos doentes recusarem-se a receber tratamento médico, pois o direito a dispor de seu próprio corpo é “sagrado”. Aos médicos não é permitido ministrar tratamento sem o conhecimento informado do paciente, o que consiste em crime grave. Os tribunais são responsáveis por analisarem cada caso particular em que é solicitada a suspensão de tratamento. A manutenção de interesses como a prevenção ao suicídio, a integridade da medicina, a proteção de inocentes e a preservação da vida são responsabilidades do Estado e podem justificar a restrição ao direito de suspensão do tratamento. Nas decisões judiciais, pretende-se alcançar o equilíbrio entre os interesses do estado em contrapartida aos interesses individuais dos envolvidos e para isso leva-se em consideração a opinião médica e dos familiares dos pacientes.

Os tribunais reconhecem que o direito de recusar tratamento não é absoluto. Os interesses compensatórios do estado podem justificar a restrição. Eles incluem: preservar a vida, a prevenção do suicídio, manter a dignidade da profissão médica, e proteger inocentes. O interesse do estado em preservar a vida é a justificativa mais comum para a intervenção. Ela contém tanto uma noção geral da santidade da vida e um interesse na preservação de vidas individuais. Quando confrontados com casos de recusa de tratamento, os tribunais devem comparar cuidadosamente o interesse individual contra os interesses do estado. A intromissão e intervenção médica e seu prognóstico são fatores chave para esse equilíbrio de interesses. O direito a recusar o tratamento se torna mais convincente quando as chances de recuperação diminuem e o grau de invasão do corpo aumenta. (LEMMENS, 1996, p. 342)

Existem sérias dificuldades em relação aos pacientes competentes, mas que não estão em estado terminal, e dos pacientes incompetentes para tomarem sua própria

⁴ Uma das características principais da eutanásia é que ela depende de uma segunda pessoa para realizar os procedimentos práticos. Diferentemente do suicídio assistido, no qual a morte seria provocada pela própria pessoa que pretende pôr fim à sua vida sem a intervenção direta de uma segunda pessoa. A função de uma segunda pessoa no suicídio assistido seria fornecer as condições para a realização dos procedimentos que levam à morte sem participar efetivamente do ato que decorreria da ação final do próprio paciente.

decisão. No último caso, as decisões podem ser tomadas pelos responsáveis legais. A Suprema Corte (Supreme Court of the United States), entretanto, decidiu pela imposição de critérios rígidos para a determinação de quando a suspensão de tratamento em pacientes incompetentes seria permitida. Adotou-se o emprego de um teste chamado “subjetivo” (subjective test) no qual as decisões em relação aos pacientes devem basear-se em preferências expressas anteriormente pelo mesmo, na análise de documentos deixados, na avaliação de suas crenças religiosas, o padrão de tratamento adotado entre outras medidas. Em alguns estados, esses critérios de determinação são o testamento vital (living wills), um documento escrito por uma pessoa capaz solicitando a suspensão de tratamento e indicando os procedimentos a serem seguidos em caso de posteriormente sofrer uma doença terminal ou uma deficiência grave; e a nomeação por procuração (proxy appointments, ou health care agent ou durable power of attorney, Cf. LEMMENS, 1996, p. 344), na qual é indicado um procurador legal para, em casos de doença terminal ou grave deficiência, tomarem as medidas desejadas pelo paciente. A regulamentação jurídica de procedimentos que permitem à pessoa decidir antecipadamente sobre seu futuro, em determinadas circunstâncias, é uma maneira de minimizar os conflitos entre médico, familiares e o paciente, mas não conseguem erradicar definitivamente o problema, pois ainda restam os casos nos quais as pessoas não deixaram essas instruções (Cf. LEMMENS, 1996, p. 344-345).

Nos casos em que não foram deixadas indicações claras por parte do paciente sobre as suas preferências, é adotado, a partir da decisão da Suprema Corte, um critério “objetivo” (*objective test*), que avalia se os encargos do tratamento seriam maiores do que os benefícios advindos da manutenção daquela vida e para isso leva-se em consideração o diagnóstico e o prognóstico médico, os níveis de dor e sofrimento, os tratamentos disponíveis e as perspectivas futuras. Naqueles casos em que medidas paliativas são usadas para aliviar o sofrimento, mas o prognóstico é negativo e há má condição de vida, tem-se decidido pela suspensão de tratamento (Cf. LEMMENS, 1996, p. 343).

Os médicos americanos, na maioria dos casos, não suspendem o tratamento antes do julgamento definitivo da ação, pois podem sofrer severas sanções estipuladas em lei. Assim, os legisladores estão buscando novas formas de regulamentação que permitam tornar os processos referentes aos pacientes incompetentes mais claros, e que os médicos respeitem a solicitação do paciente ou de seus familiares.

Os estatutos, por sua vez, ainda são bastante controvertidos em relação à definição clara dos casos em que é possível a suspensão de tratamento. Muitos somente permitem os procedimentos de suspensão de tratamento em paciente em “estado terminal”, outros definem uma diferenciação entre alimentação, hidratação artificial e outros tratamentos que são adotados para prolongarem a vida considerando-os como critérios para a decisão, e a maioria proíbe a retirada

de tratamento em casos de gravidez, o que pode ser uma violação dos direitos constitucionais das mulheres.

Em relação à eutanásia ativa, a legislação de todos os estados a proíbem, e somente em dois é legal a assistência médica para o suicídio. O primeiro estado americano a aprovar uma legislação permissiva em relação ao suicídio assistido foi o Estado do Oregon, em 1994, através de referendo popular, no qual os votantes deveriam responder à questão: “Deve a lei permitir que doentes terminais adultos solicitem de maneira informada e voluntaria a prescrição médica de medicamentos (*drugs*) para terminarem a sua vida?” (Allows Terminally Ill Adults to Obtain Prescription for Lethal Drugs *apud* CICA, 1996–1997). O resultado foi favorável por 51% a 49%.

A legislação aprovada permite um tipo específico de suicídio assistido por médico no qual o paciente pode solicitar a prescrição de substâncias para antecipar a sua morte. O médico, no entanto, pode se recusar a prescrever, mas deve respeitar a solicitação e disponibilizar a outro médico as informações relevantes sobre o caso e a cópia de todos os arquivos do paciente para que a solicitação possa ser atendida.

Continua proibida a eutanásia ativa voluntária. O médico ou qualquer outra pessoa são terminantemente proibidos de ministrarem diretamente qualquer substância que leve o paciente à morte: “Nada [nesta legislação] deve ser interpretado no sentido de autorizar um médico ou qualquer outra pessoa a acabar com a vida de um paciente através de injeção letal, matando por misericórdia ou a eutanásia ativa” (DEATH WITH DIGNITY ACT, seção 127.88o s.3.14. Construction of Act, 1994). Somente o próprio paciente poderá solicitar o fármaco, e ele mesmo deverá tomá-lo. Os médicos que receitarem substâncias para antecipar a morte de pacientes serão eximidos de sanções civis, penais ou administrativas da profissão, mas devem seguir uma série de procedimentos estipulados pela lei.

Para que um paciente possa candidatar-se ao suicídio assistido e receber a ajuda de um médico, as seguintes condições devem ser respeitadas:

- a. O paciente deve ser adulto plenamente capaz;
- b. Ser residente do estado de Oregon;
- c. Sofrer de uma “doença terminal”, definida como uma doença incurável e irreversível que, em um julgamento médico razoável, deverá levar à morte em no máximo seis meses. Exclusivamente, a idade do paciente ou uma deficiência não são motivos para o pedido;
- d. Expressar, voluntariamente, o seu desejo de morrer;
- e. Dois médicos devem avaliar física e psicologicamente o paciente e se ele tomou a decisão livremente;

- f. O paciente deve ser informado detalhadamente sobre o seu diagnóstico e prognóstico, as alternativas de tratamento possíveis, os cuidados paliativos para minimizar a dor, as consequências de tomar a substância e os procedimentos que ele deve seguir durante o processo;
- g. O pedido deverá ser feito duas vezes oralmente. O segundo, com no mínimo quinze dias de diferença para o primeiro. E um pedido escrito e assinado pelo paciente e duas testemunhas (uma das quais não pode ser sua parenta ou herdeira) respeitando o prazo de quinze dias da primeira solicitação oral. A prescrição do medicamento só ocorrerá decorridas quarenta e oito horas após o pedido escrito;
- h. O paciente a qualquer momento pode desistir de sua solicitação;
- i. O médico deverá manter registro completo do caso. Os registros não são públicos, mas serão acessados anualmente pelo serviço estadual de saúde para a elaboração de um relatório estatístico sobre os pedidos.

A Medida 16 (Measure 16), como é popularmente conhecido, sofreu inúmeras tentativas de revogação. Em 1997, o legislativo, sob a justificativa de falhas na lei anterior, tentou aprovar a Medida 51 de revogação da Medida 16, mas foi rejeitada por 60% dos eleitores⁵. Na administração Bush, o governo intensificou as tentativas de revogação da lei, mas em 2006 no julgamento do caso *Gonsales vs. Oregon*⁶, a Suprema Corte, por seis votos contra três, confirmou a validade definitiva da lei.

Em 1991, o Estado de Washington tentou aprovar a Iniciativa 119 (Washington Aid-in-Dying, Initiative 119), que permitiria a um médico prescrever medicação letal ao enfermo que a solicitasse e também permitia administrá-la em casos no qual o paciente estivesse impossibilitado de fazê-lo. A proposta foi rejeitada por 54% a 46%. Mas em plebiscito realizado em 2008 conseguiu-se a aprovação de uma medida semelhante à Medida 16 do Oregon, a Iniciativa 1000 (The Washington Death with Dignity Act – Initiative 1000), que permite ao médico prescrever medicação para antecipar a morte mediante solicitação do paciente

⁵ Para ver a justificativa da Medida 51 (Measure no. 51) acessar: <http://oregonvotes.org/pages/history/archive/nov497/voters.guide/M51/M511a.htm>

⁶ Com a promulgação em 1994 da lei Death with Dignity Act, os médicos passaram a ter autorização para prescrever doses letais de substâncias controladas para doentes terminais. Em 2001, o procurador-geral do E.U.A., John Ashcroft declarou que a ajuda médica para o suicídio assistido violava a Lei de Substâncias Controladas de 1970 (The Controlled Substances Act) e prometeu caçar as licenças dos médicos que participassem na prática. O Tribunal do Distrito do Oregon (The District Court) e, depois, o Nono Circuito de Apelações (The Ninth Circuit) julgaram como ilegal o ato do procurador-geral. Em julgamento na Suprema Corte dos Estados Unidos da América a decisão foi confirmada por 6–3 votos em parecer emitido pelo juiz Anthony Kennedy. O parecer considerou que a lei de Substâncias Controladas destinava-se a proibir médicos de participarem no tráfico de substâncias ilícitas e não para definir normas gerais da prática médica de cada estado. Além disso, a lei não autorizava Ashcroft a declarar uma prática médica regida por lei estadual como ilegítima (Cf. SUPREME COURT OF THE UNITED STATES, 2006).

e o cumprimento de dispositivos legais, isentando o médico, assim, de qualquer punição legal. Os requisitos a serem cumpridos são semelhantes aos requisitos exigidos no Estado do Oregon.

A oposição em relação às legislações que regulamentam o suicídio assistido é muita, e a campanha contra a aprovação da Iniciativa 1000 marcou a votação de 2008 nesse estado. Os principais argumentos contrários são as críticas a pontos duvidosos da lei: como a permissividade de outras pessoas ministrarem a droga, permitir que as testemunhas sejam beneficiárias diretas com a morte, a incitação da falsificação dos atestados de óbitos pelos médicos nos quais deve constar morte natural, e que o custo da medicação para a morte é muito menor do que os tratamentos para as doenças, e isso poderia induzir os menos favorecidos a optarem considerando exclusivamente os gastos financeiros que teriam, entre outras.

4. EUTANÁSIA NO BRASIL

A eutanásia, no Brasil, é um tema bastante polêmico e envolve o posicionamento de diversos grupos chamados “pró-vida” que possuem caráter, em sua grande maioria, religioso, o posicionamento militante e efetivo de diversas Igrejas contra a prática, o ordenamento jurídico e a sua interpretação e a discussão ética. Mas, a rigor, não existe um debate aberto com amplos segmentos da sociedade civil e do governo para a tentativa da regulamentação da questão.

Com o atual ordenamento jurídico brasileiro, a eutanásia é legalmente condenada. Na Constituição Federal, o direito à vida é garantido, sem distinções factuais, aos brasileiros ou estrangeiros residentes no País. Considera-se que esse princípio é inviolável e o pré-requisito para o exercício de qualquer outro direito, razão pela qual a vida é protegida, sem exceções, do útero até à morte.

O Código Penal brasileiro não faz diferenciação entre eutanásia e homicídio, mas estabelece o homicídio privilegiado nos seguintes termos: Art. 121 § 1 “Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.” A doutrina jurídica situa a eutanásia, se praticada para mitigar o sofrimento de pacientes com dores terríveis ou outros motivos “nobres”, como passível de redução de pena, mas é considerada explicitamente como um tipo de homicídio.

A exposição de motivos do Código Penal de 1940 esclarece a questão: “[...] por motivo de relevante valor social ou moral, o projeto entende significar o motivo que, em si mesmo, é aprovado pela moral prática como, por exemplo, a compaixão ante irremediável sofrimento da vítima (caso do homicídio eutanásico), a indignação contra um traidor da pátria etc.” (Exposição de Motivos, CÓDIGO PENAL de 1940 *apud* CESARIN, 2008, p. 18). O código não leva em consideração

nesse quesito qualquer perspectiva de autonomia de escolha do paciente e, portanto, seu consentimento é irrelevante para a caracterização de ilicitude cuja responsabilidade é exclusiva do agente.

O suicídio, por outro lado, não é crime segundo a legislação brasileira, mas aqueles que promoverem o suicídio de outrem são considerados culpados, pois o Art. 122 define que: “Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça. Pena – reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.” A eutanásia, na perspectiva do código legal, não se confunde com o suicídio assistido. Segundo Cesarin (2008, p. 18), a eutanásia caracteriza-se quando o médico age ou se omite no que origina diretamente a morte. O suicídio assistido, por outro lado, não depende diretamente da ação de terceiros.

O Código Penal brasileiro caracterizaria também a omissão de prestação de socorro, por consequência, a suspensão de tratamento médico como crime nos termos do código Penal: “Art. 135 – Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco, à criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida e ferida, ao desamparado em perigo; ou não pedir, nesses casos socorro da autoridade pública.”

O Código de Ética Médica de 1988 interdita a possibilidade de suspensão de tratamentos a pacientes levando-os a morte, “Art. 57⁷ – Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.” E, no Novo Código de 2009, esse passa a ser o “Art. 32⁸ – Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente (mais abrangente).”

O artigo 66, do antigo Código de Ética Médica de 1988, interditava também a eutanásia e o suicídio assistido “Art. 66⁹ – Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal”, mas no Novo Código de Ética Médica Brasileiro já foi estabelecida uma mudança significativa na consideração pela situação do paciente terminal com uma doença incurável: “Art. 41¹⁰ – Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.”

⁷ Código de Ética Médica – Res. 1246/1988 – Capítulo IV – Direitos Humanos.

⁸ Código de Ética Médica – Res. 1931/2009 – Capítulo V – Relação com pacientes e familiares.

⁹ Código de Ética Médica – Res. 1246/1988 – Capítulo IV – Direitos Humanos.

¹⁰ Código de Ética Médica – Res. 1931/2009 – Capítulo V – Relação com pacientes e familiares.

Não obstante, o Conselho Federal de Medicina Brasileiro, com a resolução 1.805/2006, permitiu que tratamentos fossem limitados ou suspensos nos casos de pacientes em fase terminal de doenças graves sem a possibilidade de cura. Veja-se o texto: “Art. 1º – É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.” Será dever do médico comunicar ao paciente as “modalidades terapêuticas” em cada caso, além do acesso a outra opinião médica, se for solicitado. E o “Art. 2º – O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.”

A resolução 1805/2006 do CFM, amplamente contestada, incide em avanços determinantes para a compreensão da inevitabilidade da morte, do necessário cuidado com o paciente com doença terminal e a tentativa de melhorar sua condição de vida em todos os âmbitos possíveis e permitir que ele tenha uma morte digna, além de exortar a necessidade de debate sobre a questão.

A obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo nos conduz à obstinação diagnóstica e terapêutica. Alguns, alegando ser a vida um bem sagrado, por nada se afastam da determinação de tudo fazer enquanto restar um débil “sopro de vida”. Contudo, nós, médicos, devemos ter em mente que o entusiasmo por uma possibilidade técnica não nos pode impedir de aceitar a morte de um doente. Diante dessas afirmações, torna-se importante que a sociedade tome conhecimento de que certas decisões terapêuticas poderão apenas prolongar o sofrimento do ser humano até o momento de sua morte, sendo imprescindível que médicos, enfermos e familiares, que possuem diferentes interpretações e percepções morais de uma mesma situação, venham a debater sobre a terminalidade humana e sobre o processo do morrer. (RESOLUÇÃO 1805, 2006, Exposição de Motivos)

Segundo Oliveira (2008), a resolução, entretanto, evita a punição somente em caráter administrativo da profissão médica, mas do ponto de vista civil e penal, o médico responde pela prática de eutanásia, e considera que a resolução tipifica o artigo 286 do Código Penal de “Incitar, publicamente, a prática de crime.”

O Ministério Público Federal, por sua vez, ajuizou em 2007 uma liminar de antecipação de tutela pleiteando que a resolução deveria ser considerada inválida ou modificada. Alegou-se que I) o CFM não poderia estabelecer como uma conduta ética um procedimento tipificado na lei como crime, II) que o direito à vida é indisponível e somente pode ser restringido através de lei específica, e III) que a conduta poderia ser utilizada indevidamente pelos médicos devido ao contexto socioeconômico.

Em dezembro de 2010, contudo, promulgou-se decisão pelo indeferimento do pedido para invalidar ou modificar a resolução sobre a ortotanásia. Os

argumentos utilizados para sustentar a decisão foram 1) de que a Resolução não versa sobre direito penal, mas sobre as consequências disciplinares restritas ao cumprimento da deontologia médica; 2) de que a ortotanásia não é crime segundo uma interpretação do Código Penal à luz da Constituição; 3) de que a Resolução não altera a prática médica corrente; 4) a sua adoção permite maior transparência da atividade médica sobre aos procedimentos adotados no trato dos pacientes terminais; e 5) que a modificação ou suspensão da Resolução não serão úteis, porque os médicos, provavelmente, continuarão a praticar veladamente a ortotanásia.

Os cinco pontos do argumento a favor do indeferimento do pedido de tutela antecipada são, sob o ponto de vista jurídico, interessantes e dão margem para a interpretação do Código Penal e da Constituição, mas não discutirei essas interpretações jurídicas aqui. O que proponho, para finalizar o artigo, é uma breve reflexão sobre o papel da decisão pessoal na escolha em não continuar vivendo. Não tenho a ambição de esgotar o assunto, mas de mostrar que a ortotanásia, como está definida na Resolução e na decisão judicial que a confirma, não considera realmente a autonomia e a decisão esclarecida do paciente como o fundamento último para a prática, mas valoriza, principalmente, o diagnóstico médico.

5. ORTOTANÁSIA

O conceito de ortotanásia é usado para descrever algumas situações relacionadas ao fim da vida dos pacientes que seriam um tipo de “eutanásia pura” ou “eutanásia genuína”. “Orto” significa, etimologicamente, “reto” ou “correto”, portanto, “ortotanásia” seria a morte no tempo correto, no tempo certo, adequado, nem uma antecipação do momento independentemente do motivo, nem um prolongamento desnecessário do processo de morte. Seria a morte “no curso natural da vida” sem as abreviações da eutanásia ou o prolongamento artificial indesejado e desnecessário quando não há mais esperança de recuperação de uma vida com qualidade, como na distanásia. Segundo Martin (1998, p. 172), “a ortotanásia, que procura respeitar o bem-estar global da pessoa, abre pistas para as pessoas de boa vontade garantirem, para todos, dignidade no seu viver e no seu morrer.”

Ortotanásia é um conceito muito próximo de eutanásia passiva, mas, segundo Santo (2009, p. 54), os dois não seriam equivalentes. A eutanásia passiva teria como objetivo levar alguém à morte pela omissão de tratamento que ainda seria adequado, indicado e proporcional para o enfermo. Mesmo que na eutanásia passiva o ato de suspensão do tratamento seja motivado pelo sentimento de piedade, ela não se justifica, porque o paciente terminal ou portador de doença incurável não está em um “estado degenerativo” que resultará em morte iminente (A ORTOTANÁSIA NA JUSTIÇA BRASILEIRA, 2010, p. 479). A ortotanásia não possui a intenção de matar ou de prolongar indefinidamente uma vida com sofrimentos ou com “esgotamento físico”, mas, no momento em que o médico

entende que já não existe nenhum tipo de tratamento capaz de trazer qualquer benefício ao paciente, pode-se deixar de “intervir” em um suposto curso natural, que levará inevitavelmente à morte¹¹. Segundo Roberto Luis Luchi Demo, juiz responsável pela decisão,

Neste caso, em vez de utilizar-se de meios extraordinários para prolongar o estado de morte já instalado no paciente (que seria a distanásia), o médico deixa de intervir no desenvolvimento natural e inevitável da morte. Tal conduta é considerada ética, sempre que a decisão do médico for precedida do consentimento informado do próprio paciente ou de sua família, quando impossível for a manifestação do doente. Tal decisão deve levar em conta não apenas a segurança no prognóstico de morte iminente e inevitável, mas também o custo-benefício da adoção de procedimentos extraordinários que redundem em intenso sofrimento, em face da impossibilidade de cura ou vida plena. (A ORTOTANÁSIA NA JUSTIÇA BRASILEIRA, 2010, p. 479)

Por que algumas condutas médico-hospitalares ainda seriam “indicadas e proporcionais”, quando somente podem prolongar uma vida sem qualidade, mesmo que o paciente não esteja em estado terminal ou em “estado degenerativo”? Como medidas que procuram prolongar a vida de um paciente com dores terríveis, ou sem nenhuma possibilidade de uma existência aprazível do ponto de vista do próprio paciente, ou que escolheu não mais viver pode “beneficiar o paciente”? Quem seria o responsável por determinar o “tempo certo de morrer” em um contexto médico-hospitalar de alta tecnologia em que a possibilidade de prolongar a vida por anos é quase inesgotável?

As propostas de suspensão de tratamentos “ordinários” versus “extraordinários” cria novos problemas éticos. Não existe na literatura médico-científica um acordo entre como se deve estabelecer essa distinção. Alguns defendem que retirar o tratamento “extraordinário” aliviaria o peso para o paciente, mas se esse procedimento viesse a provocar a morte seria apenas uma consequência “indesejada” dessa decisão. Mas não resolvem os problemas éticos dessa posição. Um exemplo histórico do problema da relatividade de como são definidos meios “ordinários” e meios “extraordinários” é o caso de Karen Quilan. Em 1975, os pais de Karen entraram com uma ação nos tribunais americanos para autorizar o desligamento do respirador artificial conectado a sua filha em “coma permanente”. Os pais da enferma eram católicos e não aceitavam a eutanásia ativa por considerá-la assassinato. Ao consultarem o sacerdote da família, ele informou que não estavam obrigados a utilizarem o respirador em sua filha, pois,

¹¹ A tese de que eutanásia passiva e ortotanásia são conceitos diferentes é amplamente aceita no pensamento jurídico brasileiro, mas apresenta sérias dificuldades teóricas. Não aprofundaremos nas discussões sobre essas dificuldades neste texto, porque o problema que apresento sobre a autonomia não depende dessa distinção. Nos dois casos, a eutanásia voluntária e a ortotanásia, como definidos na decisão judicial sobre a Resolução possuem em comum a ideia de que é o médico quem decide sobre a qualidade de vida do paciente. Na eutanásia voluntária, o médico antecipa a morte, mesmo que os critérios médico-científicos ainda atribuam qualidade à vida do paciente. Na ortotanásia, esses critérios médico-científicos já não atribuem qualidade à vida do paciente, que pode, então, escolher continuar com os procedimentos médicos ou suspendê-los.

nesse caso, era um meio “extraordinário” utilizado para mantê-la viva a qualquer preço (Cf. SINGER, 1997, p. 79).

Definir um respirador como extraordinário depende não de sua complexidade médica, mas, na situação de Quilan, dependeu da opinião sobre a qualidade de vida do paciente, isto é, se aquela vida valia a pena ser prolongada. Para os familiares e o bispo que acompanharam Quilan, não havia nenhuma alternativa médica que possibilitaria a recuperação de sua consciência, de modo que o respirador de nada adiantaria para a melhora de suas condições de vida. Mesmo sem o uso de respirador, Quilan viveu por mais nove anos. Para Singer (1997, p. 80), “quando se rotula um meio de tratamento como “extraordinário”, isso somente serve para encobrir um juízo sobre a qualidade de vida do paciente que está submetido a esse meio de tratamento.”

Para Santo (2009, p. 70), a decisão sobre quais os pacientes estão em sua hora certa de morrer e quando os meios são “extraordinários” caberia aos médicos: “as condutas médicas restritivas (ortotanásia) são lastradas em critérios médico-científicos de indicação ou não indicação de uma medida”, portanto, a autonomia e liberdade da pessoa em decidir sobre a sua vida e a sua morte estão descartadas, prevalecendo o domínio do suposto saber tecnocientífico do médico. Para Martin (1998, p. 177), o direito de a pessoa saber sobre o seu estado de saúde e de poder decidir sobre os procedimentos a serem adotados são importantes na relação médico-paciente e “fundamental na promoção do bem-estar global do paciente em fase avançada ou terminal de sua doença” e deve ser considerado, todavia, adverte o autor, esse direito não é absoluto e deve ser deixado de lado nos casos de “apelo ao responsável legal” ou em “iminente perigo de vida”. É com esse sentido restrito pelo diagnóstico médico que se assegura um papel para a decisão consentida do paciente na Resolução e na decisão judicial que a sucedeu. Entende-se, dessa forma, que, em casos de decisões sobre a vida e a morte, a vontade do paciente deve ser preterida pela do responsável legal e, principalmente, pela do médico, nos casos em que a decisão for pelo fim da vida, o que, em última instância, nega a autonomia do paciente.

O discurso sobre a ortotanásia é caracterizado, a princípio, pela desconsideração da vontade e autonomia do paciente porque, em última instância, quem decide sobre a qualidade de vida do paciente (ou seja, quando o uso dos aparelhos médico-hospitalares é “extraordinário”) e se ele deve ser obrigado a permanecer vivo é o médico. A autonomia é exercida somente em um segundo momento: depois que os médicos decidiram que a minha vida não possui mais a qualidade mínima porque sou paciente terminal e estou em estado degenerativo, posso, como agente autônomo, decidir se escolho continuar vivo nessa situação ou se “o médico deixa de intervir no desenvolvimento natural e inevitável da morte.”

Em última instância, a decisão sobre a qualidade de vida do paciente não pode ser, em nenhum momento, cerceada pelo paternalismo presente em algumas

instituições, seja através do saber médico ou jurídico. É o paciente quem deve decidir se os seus sofrimentos são insuportáveis e se ele quer ou não continuar vivendo com esses sofrimentos. Nessa perspectiva, no entanto, não se descarta a necessidade de regulamentações para garantir uma decisão esclarecida, sobretudo para evitar a influência de terceiros que possam ser beneficiados com a morte do paciente, sejam esses seus parentes ou a sociedade representada pelos médicos ou pelos sistemas de saúde privado ou público¹².

A ortotanásia é um avanço do ponto de vista da deontologia médica e da legalização jurídica da ideia de morte com dignidade. Mas a perspectiva das discussões filosóficas sobre a justificação ética da escolha autônoma pela morte nas situações nas quais a vida não possui mais sentido porque é preenchida com sofrimentos (sejam físicos ou psicológicos) continua sendo balizada pela avaliação médica, que funciona como uma regra normativa que limita a aplicação prática da decisão autônoma do paciente.

¹² Um problema fundamental para a perspectiva da autonomia é garantir, de fato, que a decisão seja esclarecida. Existem tanto fatores psicológicos quanto sociais que podem dificultar, ou, até mesmo, inviabilizar uma decisão esclarecida. Sem resolver esse problema a concepção de autonomia ainda não está completa, mas não discutiremos este ponto neste artigo.

REFERÊNCIAS

- A Ortotanásia Na Justiça Brasileira. “Resolução do CFM 1805/2006 e trâmite na justiça brasileira que resultou em sua aprovação”, em *Revista Bioethicos – Centro Universitário São Camilo – 2010*; v. 4, n° 4, p. 476–486. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_476-486_.pdf (07.06.2012).
- Alexander, Leo. “Medical Science Under Dictatorship”, em *New England Journal of Medicine*, July, 14, 1949. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM194907142410201> (08.04.2012).
- Bostrom, B. A; Lagerwey, W. “The High Court of the Hague Case No. 79065, October 21, 1986”, em *Issues in Law & Medicin*, 3 (4), Spring, 1988, p. 445–450. Disponível em: <http://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/ilmed3&div=51&id=&page> (29.03.2014).
- Cesarin, S. A. “Breves Considerações sobre Eutanásia e Ortotanásia e o Respeito ao Princípio da Dignidade no Momento da Morte”, em *Anuário de Produção Docente*, Vol. XII, n. 02, 2008. p. 7–23.
- Cica, N. *Euthanasia – the Australian Law in an International Context Part 2: Active Voluntary Euthanasia*. Paper 4 1996–1997. Last reviewed 27 September 2001 by the Parliamentary Library Web Manager. Parliament of Australian. Parliamentary Library. Disponível em: http://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/pubs/rp/RP9697/97rp4 (24.09.2011).
- Conselho Federal De Medicina. *Resolução 1246/1988 (Código de Ética Médica Brasileiro)*. Rio de Janeiro, 28 de novembro de 1988. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=10&Itemid=123 (25.03.2012)
- Conselho Federal De Medicina. *Resolução 1805/2006*. Brasília, 9 de novembro de 2006. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/111_2007.htm (26.08.2009).
- Conselho Federal De Medicina. *Resolução CFM 1931/2009 (Sexto Código de Ética Médica Brasileiro)*. Brasília, 29 de agosto de 2009. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009-&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122 (25.03.2012).
- Death With Dignity Act. *Legislative Statute. Chapter 127 — Powers of Attorney; Advance Directives for Health Care; Declarations for Mental Health Treatment; Death with Dignity*. Oregon, USA, October 27, 2007. Disponível em: <http://www.leg.state.or.us/ors/127.html> (15.04.2012).
- Death With Dignity Act. *The Washington Death with Dignity Act, Initiative 1000*. Washington State of Department of Health. Washington, USA, November 4, 2008 Disponível em: <http://www.secstate.wa.gov/elections/initiatives/text/i1000.pdf> Acessado em 02/05/2012
- Eckstein, C. “Introduction. (Introdução publicada em 2009)”, em Alexander, Leo. *Medical Science Under Dictatorship*. *New England Journal of Medicine*, July,

- 14, 1949. Disponível em: http://www.chninternational.com/leo_alexander_.htm (08.04.2012).
- Lemmens, T. “Towards the right to be killed? Treatment refusal, assisted suicide and euthanasia in the United States and Canada”, en *British Medical Bulletin*, 52 (No. 2), 1996. p. 341-353.
- Martin, Leonard M. “Eutanásia e Distanásia”, em Ferreira, S. I.; Oselka, G.; Garrafa, V. (Coord.). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. Disponível para download em: <http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp> (07.06.2008).
- Oliveira, E. D. “Eutanásia: conflito de garantias fundamentais?”, em *Revista Âmbito Jurídico*. Rio Grande-RS, N. 58, 2008. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=5225 (07.10.2009)
- Oliveira, W. T. “Eutanásia na Holanda: Um Paradigma de Desenvolvimento”, em *Caderno Jurídico da Escola Superior do Ministério Público do Estado de São Paulo*. Ano 1 – Vol 1– n.º 2 – Julho/2001.
- Santo, André M. E. *Ortotanásia e o direito à vida*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: PUC-SP, 2009.
- Singer, P. *Repensar la vida y la muerte. El derrumbre de nuestra ética tradicional*. Traducción Yolanda F. Ruenda. Barcelona-Buenos Aires-México, Paidós Transiciones, 1997.
- Supreme Court Of The United States. *Gonzales, Attorney General, et al. v. Oregon et al.* Jan. 17, 2006. Disponível em: <http://euthanasia.procon.org/sourcefiles/GonzalesvOregon.pdf> (31.03.2014).
- The Dutch Penal Code*. Translated by Louise Rayar & Stafford Wadsworth in collaboration with Gudule Geelen *et al.*; revision by H. Lensing; introduction by G. van den Heuvel and H. Lensing. New York: William s Hein & Co, 1994
- The Dutch Termination Of Life On Request And Assisted Suicide (Review Procedures) Act. Ethical Perspectives*, 9 (2-3). Catholic University of Leuven. European Centre for Christian Ethics. 2002. p. 176-181. Disponível em: <http://www.ethical-perspectives.be/viewpic.php?LAN=E&TABLE=EP&ID=58> (31.03.2014).
- Vade Mecum Acadêmico*. Anne Joyce Angher (org.). 8. ed. São Paulo, Rideel, 2009.

