

**A EUTANÁSIA ENTRE VALÕES E FLAMENGOS:
APLICAÇÕES E EFEITOS DA LEGISLAÇÃO PERMISSIVA**

*EUTHANASIA BETWEEN WALOONS AND FLEMINGS: APPLICATIONS
AND EFFECTS OF PERMISSIVE LEGISLATION*

Márcia Araújo Sabino de Freitas^()*

RESUMO

O artigo se propõe a analisar os efeitos sociais, sobretudo na prática dos profissionais de saúde, de uma legislação permissiva para a eutanásia, tomando por base a lei belga. Após o exame de cada dispositivo da lei, foi feita pesquisa bibliográfica em base de dados (PubMed/Medline) a fim de consultar pesquisas empíricas referentes a aspectos da lei, obtendo dimensão concreta dos seus efeitos práticos. Muito embora Bélgica e Brasil sejam países culturalmente diferentes, o que com certeza interfere na eficácia social da lei, é possível refletir sobre os resultados encontrados e obter apontamentos para o Brasil, que não possui norma que permite eutanásia. O artigo traz ainda um breve panorama da Bélgica e algumas noções terminológicas advindas da bioética.

Palavras-chave:

Bélgica; Bioética; Direito de Morrer; Eutanásia.

ABSTRACT

The article aims at analyzing the social effects, especially in the practice of health professionals, of a permissive legislation to euthanasia, based on Belgian law. After a study of each provision of the law, it was made bibliographic research in PubMed/Medline database, to refer to empirical studies on aspects of Belgian

(*) Mestranda em Direito pela Universidade de São Paulo. Pesquisadora da Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Advogada. São Paulo/SP, Brasil. E-mail: <asf.marcia@usp.br>. Texto recebido em 28.01.11. Revisado em 22.04.11. Nova revisão em 05.05.11. Aprovado em 10.05.11

law and provide concrete dimension of its practical effects. Although Belgium and Brazil are culturally different, which would certainly interfere with the social effectiveness of the law, it is possible to reflect on the results and get notes for Brazil, which has no rule permitting euthanasia. The article also brings a brief overview of Belgium and some terminological notions from bioethics.

Keywords:

Belgium; Bioethics; Euthanasia; Right to Die.

INTRODUÇÃO

Eutanásia é tema circundado por acirradas controvérsias e que encontra soluções jurídicas variadas. Há países em que é permitida por força de lei. No Brasil, além de não haver permissão legal, diante da ausência de dispositivo de lei que regule sua prática de forma específica, é possível enquadrá-la penalmente nas condutas gerais previstas para os crimes de homicídio ou de auxílio ao suicídio, o que leva à não aceitação da prática de eutanásia pelo ordenamento jurídico brasileiro¹.

É relevante efetuar estudo sobre país que tenha legislação permissiva, para que seja possível avaliar, ainda que diante das enormes variações culturais existentes entre os países, quais efeitos poderiam advir de uma legislação permissiva de eutanásia no Brasil.

Ressalte-se que um estudo de práticas e normas de outro país costuma encontrar fragilidades em razão de o autor não vivenciar o cotidiano estrangeiro e não compartilhar dos valores vigentes naquela comunidade. Além do mais, qualquer trabalho científico naturalmente é limitado por sua proposta e metodologia, e dentro dos seus limites é que deve ser interpretado.

A Bélgica foi escolhida como objeto de estudo por ser um dos primeiros países ocidentais a ter legislação que autoriza a prática de eutanásia. Em virtude da existência de razoável lapso temporal em que a lei está em vigor – mais de oito anos –, já foram realizadas várias pesquisas sobre a prática de eutanásia no país após a legalização, o que contribui para que a análise do caso jurídico seja mais acurada e lastreada em dados empíricos.

Além disso, a escolha funda-se na sua instigante característica multicultural. Em um mesmo país convivem comunidades político-culturais diversas, cujas

(1) Vide, por exemplo: DALLARI, D. A. Direito à vida e liberdade para morrer. In: LEITE DE CAMPOS, D. J. P.; CHINELLATO, S. J. A. (Orgs.) *Pessoa humana e direito*. Coimbra: Almedina, 2009.

populações têm valores e visões de mundo diferentes, tornando o debate ético mais rico. A lei sobre eutanásia é uma, mas, para além das concepções individuais que são naturalmente distintas, parece haver visões comunitárias valorativas que nem sempre são coincidentes e não partilham dos mesmos pressupostos.

Para conhecer o estado atual das discussões sobre eutanásia na Bélgica, é de grande relevância discorrer, ainda que brevemente, sobre o pano de fundo que permeia o aspecto jurídico: a cultura e a história do seu povo. Este trabalho também trará, inicialmente, alguns conceitos advindos da bioética para uma melhor abordagem do tema. Ainda, não há sentido em estudar uma lei apenas em seu aspecto formal. É imprescindível analisar sua eficácia social, a percepção pela comunidade que a vivencia e suas consequências práticas. Daí a importância de consultar pesquisas realizadas sobre eutanásia após a entrada em vigor da lei, a fim de verificar seus efeitos na prática dos profissionais de saúde, ou seja, na realidade concreta sobre a qual incide a lei abstrata.

Em linhas gerais, são esses a justificativa, os limites e o plano de estudo deste trabalho.

I. ACEPÇÕES DO TERMO EUTANÁSIA: DISCUSSÕES EM TORNO DA AUTONOMIA DA VONTADE E O DIREITO DE MORRER

O termo eutanásia encontra diversas acepções na literatura. Há os que buscam definições fundamentalmente centradas na autonomia da vontade do paciente². Outros, não só retiram o caráter autônomo do ato, mas, em atenção a situações de *wrongful life* (casos de recém-nascidos com graves defeitos³), ampliam-na para: a eliminação por piedade de quem sofre, presume estar sofrendo ou sofrerá de forma insuportável no futuro⁴. Dentre estes últimos, alguns explicitam que, a despeito dessa formulação conceitual, não se equipara a eutanásia ao homicídio voluntário⁵, enquanto há os que expressamente a consideram como homicídio com intenção de matar⁶.

Posicionamento acerca da autonomia da vontade, que também merece menção, é o de que o princípio da autonomia encontra limites no direito à vida, isto é, a vontade do paciente deve ser respeitada, desde que não se trate de

(2) "O princípio da autonomia é o que agora está no centro: o direito de cada um à própria morte" (PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. *Problemas atuais de bioética*. 6ª ed. São Paulo: Loyola, 2002. p. 287). Nessa linha, também: ROXIN, C. A apreciação jurídico-penal da eutanásia. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, n. 32, p. 189-235, out./dez., 2000; e ENGELHARDT, Jr, H. T. *Fundamentos da bioética*. Trad. de José A. Ceschin. São Paulo: Loyola, 1998.

(3) SGRECCIA, E. *Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica*. 3ª ed. São Paulo: Loyola, 2009. (4) SGRECCIA, E. op. cit. Nessa linha, também: OLIVEIRA, R. A. Questões éticas no final da vida. In SIQUEIRA, J. E.; ZOBOLI E.; KIPPER, D. J. (Org.). *Bioética Clínica*. São Paulo: Gaia, 2008.

(5) BERLINGUER, G. *Questões de vida: ética, ciência, saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.

(6) DALLARI, D. A. op. cit.

situação de iminente perigo de vida⁷. Como se verá adiante, a definição de eutanásia adotada neste trabalho, bem como a da lei belga partem de pressuposto diferente, considerando não só que a pessoa pode definir atos de sua vida até o final dela, ou seja, até a morte, mas também inserindo a vontade do paciente como elemento do próprio conceito, sem a qual o ato de pôr fim à vida de alguém não poderia ser considerado eutanásia.

Ainda na divergência em torno do elemento autonomia da vontade, há aqueles que diferenciam eutanásia involuntária, que não é desejada pelo paciente, de eutanásia presumida, quando apenas se presume a vontade do paciente que se encontra incapaz de decidir naquele momento⁸.

Comparando a eutanásia com figuras correlatas, há autores que expressamente a aproximam, na sua faceta passiva⁹, do suicídio assistido.¹⁰ Outros destacam diferenças importantes entre as duas figuras¹¹, em razão dos atos principais do suicídio serem do paciente, apenas com suporte do médico¹², enquanto o ato de eutanásia é praticado pelo médico ou terceiro. Distingue-se, também, eutanásia de ortotanásia, que seria o caso em que, respeitando a vontade do paciente, o médico apenas permite “que a pessoa morra quando sua hora chegou”¹³, a deixa morrer, sob cuidados. Além do mais, diferenciam-se eutanásia e distanásia, sendo esta entendida como a obstinação terapêutica¹⁴ na qual há “o prolongamento do processo [...] da morte, por meio de tratamentos (extraordinários) que apenas têm o objetivo de prolongar a vida biológica do doente”,¹⁵ muitas vezes sem se preocupar com a qualidade da vida mantida¹⁶.

*Engelhardt*¹⁷, criticando as várias decomposições do termo eutanásia, diz, sob ponto de vista bastante pragmático, que:

(7) DALLARI, D. A. op. cit.

(8) ENGELHARDT, Jr, H. T. op. cit.

(9) A eutanásia passiva é considerada em oposição à eutanásia ativa, sendo esta última “uma ação médica pela qual se põe fim à vida de uma pessoa enferma”, enquanto que a primeira consistiria não em uma ação médica, mas na sua omissão, “isto é, na não-aplicação de uma terapia médica com a qual se poderia prolongar a vida de pessoa enferma” (PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. op. cit., p. 287).

(10) idem

(11) SGRECCIA, E. op. cit.

(12) Contudo, o médico também pratica atos nos casos de suicídio assistido (vide DALLARI, D. A. op. cit.), e, diante das disposições do Código Penal Brasileiro, sua conduta poderia ser enquadrada na prática de crime de auxílio ao suicídio.

(13) PESSINI, L. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo, 2001. p. 228.

(14) OLIVEIRA, R. A. op. cit., p. 253.

(15) idem

(16) ESSLINGER, I. O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.) *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004.

(17) ENGELHARDT, Jr, H. T. op. cit., p. 440.

As distinções entre a eutanásia ativa e passiva deixam de ter qualquer significado moral intrínseco. Tampouco a distinção entre eutanásia passiva e deixar morrer [...] tem algum peso moral. Em nosso contexto cada vez mais pós-cristão, essas distinções parecem reflexões sobre tabus esquecidos. Quando se perde a orientação de uma vida moral canônica a respeito de como se deve viver e morrer, a autoridade moral só pode ser derivada da permissão, do consentimento. Então, isso passa a ser o foco central da preocupação moral [...].

Diante da pluralidade de posicionamentos em torno do conceito de eutanásia, para evitar problemas de interpretação, cumpre acertar a terminologia utilizada para o termo neste trabalho. Pressupondo que eutanásia é centrada na autonomia da vontade do sujeito, bem como – e tendo sempre em vista os fins do presente estudo – atenuando suas diferenças em relação a figuras como a do suicídio assistido, adotar-se-á a noção de *Claus Roxin*¹⁸:

*Por eutanásia entende-se a ajuda que é prestada a uma pessoa gravemente doente, a seu pedido ou pelo menos em consideração à sua vontade presumida, no intuito de lhe possibilitar uma morte compatível com a sua concepção de dignidade humana*¹⁹.

Essa definição, embora tenha suas limitações, muito apropriadamente leva em conta o fato de que quem deve decidir o que é vida ou morte digna é o próprio doente. É inafastável da pessoa a liberdade de formar uma concepção própria acerca do que lhe é “vida boa”²⁰ e, com base nisso, decidir se a sua vida vale a pena ou não ser vivida.

Nesse sentido, para que o ato seja considerado de eutanásia, é necessário que esta seja a vontade, ainda que presumida, do doente. Essa vontade se manifesta por meio de um ato autônomo. Verificar a existência dele é de suma importância, pois, se não estão presentes os requisitos da sua efetivação, mesmo em um país em que a eutanásia é permitida, poderá haver consequências jurídicas àquele que prestou auxílio ao doente.

A literatura²¹ distingue três condições para a existência do ato autônomo: i) compreensão, ii) intenção e iii) ausência de influências controladoras (*non-control*). A compreensão implica não apenas a informação, mas seu efetivo entendimento pelo paciente. A intenção remete a um plano, refletido, não sendo o ato intencional parte do universo de ações efetuadas de forma instintiva ou mecanizada. A ausência de influências controladoras, além de advertir sobre a coação, abarca a discussão acerca das influências resistíveis²² e do necessário posicionamento crítico do paciente ante as informações recebidas²³.

(18) ROXIN, C. op. cit., p. 189.

(19) Ressalte-se que esta não é a acepção utilizada pela lei belga, que será tratada adiante.

(20) Sobre essa questão, conferir: STANCIOLI, B.S. *Renúncia ao exercício de direitos da personalidade ou como alguém se torna o que quiser*. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

(21) FADEN, R.; BEAUCHAMP, T. L. *A history and theory of informed consent*. New York/Oxford: Oxford University, 1986; e STANCIOLI, B. *Relação jurídica médico-paciente*. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

(22) FADEN, R.; BEAUCHAMP, T. L. op. cit.

(23) STANCIOLI, B. S. op. cit.

É de se advertir, que, tendo em vista ser impossível a concretização de situações abstratas ideais, o preenchimento desses requisitos deve se dar em grau satisfatório, de modo que deve ser considerado, em verdade, o ato substancialmente autônomo²⁴.

Além desses requisitos, é essencial avaliar a capacidade do agente que o efetua. Se, de um lado, o paciente pode não ter condições de realizar um ato autônomo em razão de sua enfermidade, que pode atrapalhar, por exemplo, o seu entendimento dos fatos, de outro, pessoas que talvez não compreendam contextos de negócios jurídicos contratuais podem entender bem a situação de eutanásia. Ou seja, a capacidade que se requer para o pedido de eutanásia é uma capacidade *específica* (capacidade *para realizar aquele ato específico*²⁵), e não a genericamente estabelecida pelo Código Civil.

Por fim, para além da legislação dos países que expressamente descriminalizaram e autorizaram a prática da eutanásia, há muito existe literatura²⁶ afirmando a existência de um direito especial de personalidade: o direito de morrer²⁷, que seria expressão máxima da autonomia da vontade da pessoa sobre si mesma. Nessa linha, a eutanásia não só deixaria de implicar possível responsabilidade jurídica, mas seria, efetivamente, um *direito* conferido ao doente. *Burnell*²⁸ chega a afirmar a existência de responsabilidade dos profissionais de saúde que não respeitam a vontade do paciente.

O posicionamento ainda é controverso, mas, diante da evolução da legislação estrangeira²⁹ no sentido de permitir cada vez a mais prática da eutanásia, e da literatura que roga pela valorização da autonomia da vontade, parece que há uma tendência, para o futuro, de considerar a eutanásia, conforme o conceito utilizado neste trabalho, como um verdadeiro direito do doente, talvez com força de direito da personalidade, e não apenas como exceção à responsabilidade médica.

(24) STANCIOLI, B. S. op. cit.

(25) Sobre capacidades específicas, conferir: FADEN, R.; BEAUCHAMP, T. L. op. cit.; STANCIOLI, B. S. *Relação jurídica médico-paciente*. op. cit.; e WHITE, B. C. *Competence to consent*. Washington: Georgetown University, 1994.

(26) LEITE DE CAMPOS, D. J. P. Lições de direito de personalidade. *Separata do Boletim da Faculdade de Direito*. Vol. LXVII, 1991; BURNELL, G. M. *Final choices: to live or to die in an age of medical technology*. New York: Plenum, 1993; DIAS PEREIRA, A. G. *O consentimento informado na relação médico-paciente: estudo de direito civil*. Coimbra: Coimbra, 2004; e PESSINI; BARCHIFONTAINE, op. cit.

(27) *Leite de Campos* cita o *direito* de morrer dentre os direitos da personalidade, no sentido de direito de "não prolongar, artificialmente e sem esperança, a vida" (op. cit. p. 185), mas expressamente exclui deste direito a defesa ao suicídio. Já BURNELL (op. cit.), embora não trate da natureza jurídica deste direito, expressamente diz que a pessoa tem o *direito* de descontinuar a vida que é sustentada por máquinas. DIAS PEREIRA (op. cit.) citando *Leite de Campos*, fala que o *direito* de morrer é um direito especial de personalidade. PESSINI E BARCHIFONTAINE (op. cit.) defendem que, entre os direitos da pessoa, haja não apenas o direito à vida, mas também o direito à morte, tratando-se a eutanásia de um "direito de morrer com dignidade" (p. 279 e segs.).

(28) BURNELL, G. M. op. cit.

(29) Conforme se verá adiante, é de se ressaltar que a lei belga, apesar de permitir a eutanásia, ainda não prevê a existência do *direito* de morrer. Faz-se, nesse ponto, uma previsão que, por enquanto, está à frente dos dispositivos daquela lei.

II. BREVES NOTAS SOBRE A CULTURA E A HISTÓRIA DA BÉLGICA

Antes de analisar a legislação belga, é importante integrá-la ao contexto cultural e histórico do país.

O Reino da Bélgica abriga diferentes comunidades, que lhe conferem as características de ser plurilíngue e multicultural. As comunidades flamenga (que fica na região de Flandres, ao norte, onde se fala neerlandês/flamengo) e francesa (que fica na região da Valônia, ao sul, onde se fala francês) são as mais numerosas, mas há ainda uma pequena comunidade germanófono no leste do país.

Diante das grandes diferenças culturais entre as comunidades, *Fitzmaurice* afirma que a existência do Estado Belga foi uma criação artificial³⁰. Essa diversidade, que, segundo o autor, tem origem nas diversas influências que a região recebeu no passado por ser um território estrategicamente bem localizado, gera mais bases para conflitos entre os belgas do que harmonia. As tensões entre as comunidades flamenga e francesa já levaram até mesmo a propostas de independência da Flandres, mas, concedendo alguma autonomia às regiões, o país conseguiu manter sua unidade. Certamente essa diversidade cultural interna na Bélgica tem fortes influências na eficácia social da lei.

Além da diversidade cultural, politicamente, já se manifestaram no país tendências católicas, liberais e socialistas. A Bélgica é uma monarquia parlamentar e se apresenta como Estado laico.

Pela proximidade física e por abrigar comunidades que se assemelham cultural e linguisticamente às populações de países vizinhos, a Bélgica “[...] sempre foi significativamente influenciada pelas tendências culturais e políticas de seus vizinhos próximos, em especial, a França”³¹. Talvez pela pouca distância que guarda da Inglaterra, foi o primeiro país continental a fazer a revolução industrial. E, possivelmente por causa das estreitas relações comerciais com os países vizinhos, sua economia desde cedo foi, e continua sendo, aberta. Em razão disso e da sua relativa pequena extensão territorial, é grande a sua dependência comercial de outros países e, por isso, sua economia é muito sensível às mudanças econômicas dos países vizinhos³².

Em razão de tudo isso, não é de estranhar que “a Bélgica tenha acreditado, desde cedo, em todas as formas de integração econômica e política da Europa”³³ e tenha apoiado fortemente a criação da União Europeia, sendo uma de suas fundadoras e sediando vários de seus órgãos.

(30) FITZMAURICE, J. *The politics of Belgium: a unique Federalism*. London: Hurst, 1996, p. 6.

(31) Tradução livre de: “[...] has always been significantly influenced by cultural and political trends from its close neighbours, especially France”. *Ibidem*, p.1

(32) *Id. Ibid.*

(33) Tradução livre de: “[...] Belgium was an early believer in all forms of European economic and political integration [...]”. *Id. Ibid.*

Diante desses fatos, parece que a questão da integração, seja no âmbito interno, seja no externo, é crucial para a Bélgica.

As questões histórico-culturais expostas devem ser levadas em conta ao se analisar a legislação belga, pois fazem parte do caldo cultural que não só dá azo à criação da lei, mas também vai servir de base para interpretá-la e torná-la socialmente eficaz.

III. A LEI Nº 2002/09590

Com o projeto de lei aprovado pelo Senado em outubro de 2001, em maio do ano seguinte a Câmara Baixa aprovou a Lei nº 2002/09590, relativa à eutanásia (*Loi relative à l'euthanasie* ou *Wet betreffende de euthanasie*). Foram dois dias de intensos debates, ao final dos quais a controversa questão foi decidida com 86 (oitenta e seis) votos a favor, em face de 51 (cinquenta e um) votos contra e 10 (dez) abstenções³⁴. À época, a deputada Martine Dardenne, favorável à lei, justificou seu voto dizendo que: “às pessoas deve ser dado o direito de escolha. Eu não vejo o porquê um grupo deva impor a sua visão moral sobre o outro”³⁵.

A lei foi publicada em 22 de junho de 2002 e, por força do seu Art. 16, entrou em vigor em 22 de setembro de 2002.

O Art. 2º define eutanásia da seguinte forma: “entende-se por eutanásia um ato praticado por terceiro, que intencionalmente põe fim à vida de uma pessoa, por solicitação desta”³⁶.

Pela definição, já se percebe que, para os fins de aplicação da lei belga, os casos em que se *presume* a vontade do paciente não são considerados eutanásia. Estes casos parecem ainda estar sujeitos à responsabilização civil e penal daqueles que os praticarem.

A lei estabelece que, para que o médico que realiza a eutanásia não cometa um delito, devem ser respeitadas as condições previstas no Art. 3º, parágrafo 1º. Resumidamente, essas condições são: i) ser o paciente adulto ou menor emancipado, capaz e consciente no momento da demanda; ii) o pedido ser feito voluntariamente, com cuidado e repetidamente, e não como resultado de uma pressão externa; iii) o paciente estar em uma situação médica de sofrimento físico ou psíquico constante ou insuportável que não pode ser apaziguado e que resulte de uma doença grave e incurável; iv) satisfazer as condições e procedimentos previstos na lei.

(34) BELGIUM passes right-to-die bill. *CNN.com*. 16 mai. 2002. Disponível em: <<http://edition.cnn.com/2002/WORLD/europe/05/16/belgium.euthanasia/>>. Acesso em: 14 dez. 2010.

(35) Tradução livre de: “People should be given the right to choose. I don't see why one group should impose its moral view on another.” (idem)

(36) Tradução livre de: “[...] il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci”.

Observando a redação do artigo, conclui-se que o ato de eutanásia, para que não configure crime, deve ser executado apenas por médicos. Como veremos adiante, a prática social, mesmo após a entrada em vigor da lei, diverge do disposto na legislação sobre eutanásia nesse aspecto, pois, nos hospitais, é comum que seja praticado por outros profissionais de saúde, notadamente, os enfermeiros.

A redação da lei também parece misturar as noções de maioridade e capacidade, desconsiderando a teoria das capacidades específicas, à exceção, apenas, do menor emancipado. Há trabalhos que mostram haver enorme discussão na Bélgica, em razão desse artigo da lei, sobre as situações em que o pedido é feito por pessoas que sofrem com algum tipo de doença mental. Por exemplo, o trabalho de *De Lepeleire et al*³⁷ questiona se uma abordagem jurídica generalista é capaz de solucionar os problemas relativos à eutanásia de pessoas com demência.

Extremamente cautelosa, a lei prevê que o pedido de eutanásia deve ser reiterado, talvez para que fique clara a intenção do paciente, já que, para tanto, conforme as definições do capítulo anterior, é necessário que a ação faça parte de um plano deliberado e desejado pelo doente, e não fruto de reações instintivas ou mecânicas advindas de um instante de grande sofrimento.

No Art. 3º, parágrafo 2º, a lei trata do procedimento prévio ao ato de eutanásia. Estabeleceu-se que o médico deve informar, dentre outros aspectos, sobre a doença que acomete o paciente, sua expectativa de vida, as possibilidades ou não de tratamento, os cuidados paliativos disponíveis e suas consequências. Isso claramente atende ao requisito “compreensão” para que seja emanado um ato autônomo, sem o qual não é possível haver eutanásia legítima. Na ausência desse requisito, a eutanásia, por força da lei, será considerada criminosa.

Outro procedimento prévio está disposto no parágrafo 2º: o médico deve consultar um segundo médico e, se houver, a equipe de saúde que tem contato regular com o paciente. Ainda: o médico deve possibilitar que o paciente discuta a sua decisão com as pessoas – amigos, familiares – com quem ele se encontra frequentemente.

O parágrafo 3º do mesmo artigo diz que, se o médico acreditar que a morte não ocorrerá em curto prazo, deve aguardar um mês entre a demanda escrita e a eutanásia, além de consultar um especialista sobre o estado da doença do paciente.

O parágrafo 4º exige que o paciente faça o pedido de eutanásia por escrito (e, na impossibilidade de fazê-lo, que outra pessoa o faça sob suas ordens). Esse requerimento é revogável pelo paciente a qualquer tempo e deve ficar arquivado em seu prontuário.

(37) DE LEPELEIRE J. et al. Critical reflections concerning euthanasia for persons with dementia. *Revue Médicale de Liège*, v. 65, n. 7-8, p. 453-458, jul./ago., 2010.

No Art. 4º, parágrafo 1º, é prevista a declaração antecipada, na qual o paciente deixa por escrito o seu desejo futuro de eutanásia, caso venha a apresentar quadro irreversível de doença grave e incurável e esteja inconsciente, ou seja, incapacitado de se manifestar. Nesse caso, o parágrafo 2º consigna que o médico não pratica crime ao atender à vontade antecipada do paciente, desde que constatada a ocorrência de todas as suas condições. Além disso, o médico deve consultar outro médico e, no caso de ter sido designada pessoa de confiança do paciente, conversar com ela sobre o conteúdo da declaração.

O Art. 5º determina que o médico que realizou a eutanásia deve notificar o ato à Comissão Federal de Controle e Avaliação (*Commission fédérale de contrôle et d'évaluation* ou *fédérale Contrôle en Evaluatiecommissie*). Criada pelo Art. 6º da lei, é formada por médicos e juristas, designados com base em seus conhecimentos e experiência relativamente às matérias da competência da Comissão. Para assegurar a representação pluralista, o parágrafo 2º do Art. 6º prescreve que seus membros são nomeados de acordo com a paridade linguística, sendo cada grupo de idiomas representado por pelo menos três candidatos de cada sexo. Conforme o exposto no capítulo anterior, esse dispositivo tem relevo no país, em razão das suas diferenças culturais internas – que implicam a formação de diversas visões de mundo – e da sua constante busca por integração.

As disposições seguintes atribuem à comissão a função de fiscalizar o cumprimento dos requisitos da eutanásia legal (e, no caso de descumprimento, enviar um dossiê ao procurador competente) e de elaborar relatórios para as Câmaras Legislativas com estatísticas, avaliações sobre a execução da lei e sugestões de mudanças normativas.

No Art. 14, em respeito às convicções pessoais de cada profissional, a lei prevê que nenhum médico é obrigado a praticar eutanásia e que ninguém é obrigado a participar de um ato de eutanásia.

A não imposição dessa obrigação parece justa por ponderar a permissão de eutanásia, para quem a desejar, com as convicções de quem é contrário a ela. Contudo, na prática, podem ocorrer situações de impasse, em que foi realizado pedido em conformidade com a lei, mas não há médico que queira executá-lo.

A partir disso, pode-se questionar se a lei, ao permitir a eutanásia, criou um *direito* do paciente ou se apenas ressaltou da imputação de crime o ato de eutanásia que seguisse determinados procedimentos. Em seus dispositivos, a lei não afirma a existência do direito *de morrer*, não se filiando, tampouco, à literatura³⁸ que permite ao paciente ou a seus representantes exigí-lo pelas vias legais caso o pedido não seja acatado. Apesar de não haver obrigação médica, em razão do pedido de eutanásia ser legal, parece haver, ao menos, direito do paciente *a este pedido*, mas ponderado com o direito do médico se escusar a executá-lo. Dessa forma, a lei permitiu a eutanásia e concedeu direito ao seu pedido,

(38) Por exemplo, BURNELL, op. cit.

mas não garantiu sua execução por nenhuma outra forma no caso hipotético de todos os médicos se recusarem a efetuar-lo, gerando situação de difícil solução.

Ao final, para evitar conflitos futuros, o Art. 15 diz que, se a eutanásia ocorrer segundo todos os critérios da lei, será considerada morte natural para fins de execução dos contratos, inclusive contratos de seguro, dos quais o paciente seja parte.

Além de não abarcar a situação na sua definição de eutanásia, a lei é silente sobre a possibilidade de se realizar eutanásia nos casos em que o paciente não deixou declaração antecipada e está inconsciente, impossibilitado de se manifestar. Apenas nas hipóteses em que há manifestação pedindo pela eutanásia, ou declaração antecipada, é que o ato de eutanásia está salvaguardado de ser considerado criminoso. Ou seja, a eutanásia por presunção de vontade do paciente efetivamente ainda pode ser enquadrada como crime de homicídio na Bélgica.

Registra-se que, em 10 de novembro de 2005, foi publicada a Lei nº 2005/23052, que acrescentou o Art. 3bis à Lei de Eutanásia, dispendo sobre o papel do farmacêutico e o uso e disponibilidade de substâncias letais.

Apresentadas as disposições legais, passa-se à investigação da sua eficácia social, por meio da análise de pesquisas e escritos que foram publicados a respeito de aspectos abrangidos pela lei.

IV. PESQUISAS SOBRE A PRÁTICA DE EUTANÁSIA NA BÉLGICA APÓS A LEGISLAÇÃO PERMISSIVA

1. Método de busca e seleção das publicações

Trata-se de estudo bibliográfico, feito por meio de amostragens previamente selecionadas.

Utilizando-se os descritores “euthanasia” e “Belgium” no Portal PubMed, que é ligado à base de dados Medline, foram encontradas 286 (duzentas e oitenta e seis) ocorrências. Destas, como a opção foi por selecionar as produções mais recentes, foram analisados 60 (sessenta) resumos de artigos ou escritos publicados nos anos de 2009 e 2010.

Dos 60 (sessenta) resumos analisados, foram selecionados 20 (vinte) pela pertinência com o tema de estudo deste trabalho. Os artigos selecionados advêm de pesquisas relacionadas à prática da eutanásia na Bélgica e ligadas à análise de aspectos da lei belga sobre eutanásia. Os escritos comentam pesquisas sobre esse tema. Eles foram selecionados para este estudo independentemente de os resultados relatados serem favoráveis ou não à lei.

O inteiro teor das publicações foi obtido ou por meio dos *links* indicados pelo próprio Portal PubMed (que normalmente se dirigiam à revista que os

publicou ou a banco de dados em que eles estão indexados), ou por meio do Portal Capes de Periódicos.

Contudo, para que este trabalho não se alongue para além do previsto, nem todos os 20 (vinte) artigos e escritos foram individualmente analisados. A análise foi livre e se restringiu aos pontos mais interessantes e intrigantes das pesquisas. Além disso, foram descartados da análise aqueles que não foram possíveis de serem acessados por nenhum dos métodos transcritos (seja o acesso ao seu inteiro teor ou seja à parte substancial da publicação).

2. Resultados das pesquisas analisadas

Alguns resultados das pesquisas analisadas põem em xeque a eficácia social de certos dispositivos da lei, que já está em vigor há mais de oito anos e ainda não é cumprida conforme o previsto.

A pesquisa publicada por meio do artigo *Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases*³⁹ constatou que apenas pouco mais da metade (549 casos de 1.040, ou 52,8%) dos casos estimados de eutanásia foram reportados à comissão. Traçando um perfil dos casos que costumam não ser reportados, esta pesquisa chegou à conclusão, por meio dos dados a seguir, de que os casos não reportados geralmente eram tratados com menos cuidado em relação aos casos reportados: i) o requerimento escrito de eutanásia era comumente inexistente (87,7% dos casos); ii) outros médicos eram consultados com menor frequência (nos casos reportados, 97,5% dos médicos consultaram outro médico, enquanto, nos casos não reportados, apenas 54,6% o fizeram); iii) o ato de pôr fim à vida normalmente era efetuado por meio de opioides ou sedativos (91%); e iv) as drogas eram mais comumente administradas por um enfermeiro (41,3% dos casos não reportados, sendo, nos casos reportados, o percentual de 0%).

Porém, a pesquisa traz um dado extremamente importante: foi constatado que a maioria dos casos não reportados não era reconhecida pelos médicos como um ato de eutanásia.

Essa é a primeira dificuldade na aplicação da lei: definir qual ato é de eutanásia. Diante dessa dúvida, não é possível concluir que os casos não reportados sejam simplesmente aqueles que foram conduzidos em desconformidade com a lei. Como muitos desses atos não eram considerados de eutanásia pelos médicos, foram enfermeiros que realizaram a maioria deles, não tendo sido coletado documento escrito com o pedido do paciente, nem consultado outro profissional. O que é eutanásia no cotidiano de um hospital, para além do conceito legal, passa por questões valorativas e subjetivas.

(39) SMETS, T. et al. Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. *British Medical Journal*, London, v. 341, out., 2010. doi: 10.1136/bmj.c5174.

Note-se que a pesquisa em questão foi realizada apenas na Flandres. Certamente, como as culturas e valores das comunidades valã e flamenga diferem muito, dependendo de seu objeto, uma pesquisa não pode utilizar como amostragem ocorrências das duas regiões simultaneamente. Várias das pesquisas selecionadas, efetivamente, optaram por utilizar apenas uma das regiões como objeto de estudo, e uma delas, a de *Van Wesemael et al*⁴⁰, até mesmo preferiu, em vez de tratar de toda a Bélgica, tratar da Flandres juntamente com a Holanda, já que a identidade entre essas duas comunidades parece ser maior do que a existente entre Valônia e Flandres.

Pensando nesse aspecto, a pesquisa divulgada no artigo *Euthanasia and other end-of-life decisions: a mortality follow-back study in Belgium*⁴¹ teve por objeto exatamente comparar a prevalência e tipos de decisões médicas de eutanásia na comunidade francófona e na neerlandesa. A pesquisa foi o primeiro estudo que fez essa comparação avaliando a implementação da lei de eutanásia em toda a nação belga.

Foram analisados 1.690 (mil, seiscentos e noventa) casos e encontradas diferenças percentuais significativas entre as comunidades, com relação a vários aspectos da realização da eutanásia, que têm fundo cultural, como por exemplo: a decisão de morrer em casa ou no hospital, a preferência por sedação continuada até a morte e a utilização da eutanásia que tem efeitos de encurtar a vida. O único aspecto analisado que não apresentou diferenças estatisticamente relevantes foi em relação à preferência pelo suicídio assistido ou pela eutanásia.

A pesquisa concluiu que: “apesar de os sistemas legal e de saúde serem os mesmos para todo o país, há consideráveis variações entre as comunidades no tipo e prevalência de certas decisões de eutanásia [...]”⁴² e que “as diferenças culturais e sociais entre as duas comunidades possivelmente têm um importante papel na determinação de respostas de casos de eutanásia”⁴³.

Ainda sobre a eficácia social dos dispositivos legais, o artigo *The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium*⁴⁴, partindo do pressuposto de que a lei permite apenas aos médicos realizar o ato de eutanásia, investiga

(40) VAN WESEMAEL, Y. et al. Consulting a Trained Physician When Considering a Request for Euthanasia: An Evaluation of the Process in Flanders and The Netherlands. *Evaluation & the Health Professions*, v. 33, n.4, p. 497-513, dez., 2010.

(41) VAN DEN BLOCK, L. et al. Euthanasia and other end-of-life decisions: a mortality follow-back study in Belgium. *BMC Public Health*, v. 9, p. 79, mar., 2009. doi:10.1186/1471-2458-9-79.

(42) Tradução livre de: “Even though legal and general healthcare systems are the same for the whole country, there are considerable variations between the communities in type and prevalence of certain end-of-life decisions [...]”. *idem*. p.1.

(43) Tradução livre de “Societal and cultural differences between both communities possibly play an important role in determining responses to end-of-life suffering”. *ibidem*, p. 8.

(44) INGHELBRECHT, E. et al. The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *Canadian Medical Association Journal*, v. 182, n. 9, p. 905-910, jun., 2010.

o envolvimento de enfermeiros na tomada de decisão e na preparação e administração de drogas letais, diante do pedido do paciente, ou mesmo na ausência deste.

A pesquisa tratada por esse artigo trabalhou com 1.678 enfermeiros. Foram relatados vários casos em que o paciente recebeu drogas letais de enfermeiros sem o seu pedido explícito. Além disso, mais de 60% dos enfermeiros pesquisados estiveram envolvidos com a decisão de eutanásia. A pesquisa relatou ainda que, em 12% dos casos de eutanásia, as drogas letais foram administradas por enfermeiros, em comparação com 45% dos casos de morte assistida sem o explícito pedido do paciente. Nos dois casos, os enfermeiros agiram sob as ordens de um médico, mas a maioria agiu sem a presença dele no ato. Foram considerados fatores relevantes em relação à administração de drogas letais o fato de ser o enfermeiro um homem e de o paciente ter mais de 80 anos de idade.

Concluiu-se que:

Administrando drogas letais em alguns dos casos de eutanásia e em mais da metade dos casos em que não há pedido explícito do paciente, os enfermeiros do nosso estudo atuaram para além da margem legal da sua profissão⁴⁵.

Mais que isso, pode-se concluir que a pesquisa mostra problemas na eficácia social da lei e até mesmo a prática de atos que, diante da lei, poderiam ser considerados criminosos.

O artigo *Euthanasia in patients dying at home in Belgium: interview study on adherence to legal safeguards*⁴⁶ trata de pesquisa que chega a conclusão similar. O pano de fundo da pesquisa era a legalização da eutanásia na Bélgica, que trouxe cuidados obrigatórios a serem observados pelos médicos, como, por exemplo, a consulta a um segundo médico e a notificação de cada caso à Comissão. O objetivo da pesquisa era estudar a aderência da prática às salvaguardas legais e os possíveis motivos para a não aderência.

Em suma, os resultados obtidos foram: a) requerimentos procedimentais da lei, como a consulta ao segundo médico, às vezes foram ignorados; b) os casos de eutanásia foram menos reportados quando não houve consulta ao segundo médico, quando apenas opioides foram usados e quando o médico não considerou que o caso se tratava de eutanásia. Fatores que podem contribuir para explicar a não aderência à lei incluem: i) o desconhecimento das práticas que são consideradas como eutanásia; ii) o insuficiente conhecimento da lei sobre eutanásia; e iii) o fato de que algumas exigências legais são consideradas exageradas.

(45) Tradução livre de: "By administering the life-ending drugs in some of the cases of euthanasia, and in almost half of the cases without an explicit request from the patient, the nurses in our study operated beyond the legal margins of their profession". (INGHELBRECHT, E. et al., op. cit., p. 905.)

(46) SMETS, T. et al. Euthanasia in patients dying at home in Belgium: interview study on adherence to legal safeguards. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, v. 60, n. 573, p. 63-70, abr., 2010.

Após essas considerações sobre a eficácia social dos dispositivos legais, segue-se a descrição de pesquisas que trataram de outros aspectos relevantes da prática de eutanásia após a entrada em vigor da lei, como: o perfil dos pacientes que requerem eutanásia, os efeitos da legalização da eutanásia na administração de cuidados paliativos, a reorganização de políticas internas dos hospitais, a criação de novas práticas pelos profissionais de saúde, a sua percepção sobre a lei e a adaptação dos médicos e instituições às novas exigências legais.

A pesquisa publicada sob o título *Euthanasia and other end of life decisions and care provided in final three months of life: nationwide retrospective study in Belgium*⁴⁷, trazendo uma boa notícia, concluiu que:

*Decisões de pôr fim à vida que encurtam a vida, incluindo eutanásia ou suicídio assistido, não estão relacionadas a um menor uso de cuidados paliativos na Bélgica e normalmente ocorrem em um contexto de cuidados multidisciplinares*⁴⁸.

O artigo *Legal euthanasia in Belgium: characteristics of all reported euthanasia cases*⁴⁹ noticia pesquisa que constatou que, desde a promulgação da lei, aumentaram, ano a ano, os casos reportados à comissão, de 0,23% de todas as mortes, em 2002, a 0,49%, em 2007. Isso pode ser uma evidência de que, aos poucos, os médicos e hospitais estão se adaptando, cada vez mais, às novas exigências da lei.

Ao traçar um perfil dos pacientes que se submeteram à eutanásia, a pesquisa constatou que a maioria é relativamente jovem, do sexo masculino, padecia de câncer e morreu em casa. Na quase totalidade dos pacientes foram relatadas dores físicas (95,6%) e/ou psíquicas (68%) insuportáveis. Concluiu-se que raramente a eutanásia é requerida por pacientes não terminais, sendo que, destes, a maioria era acometida por doenças neuromusculares.

Também definiu o perfil dos pacientes que se submeteram ao ato de eutanásia a pesquisa do artigo *Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey*⁵⁰. Segundo ela, a eutanásia e o suicídio assistido majoritariamente envolvem pacientes com menos de 80 anos de idade, com câncer e que morreram em casa. Já o uso de drogas letais sem o pedido explícito do paciente normalmente está relacionado a pacientes com mais de 80 anos de idade, que padeciam de doenças outras que não o câncer e que estavam hospitalizados. Dentre as mortes ocorridas sem requerimento expresso, a decisão não foi discutida com o paciente em 77,9% dos casos.

(47) VAN DEN BLOCK, L. et al. Euthanasia and other end of life decisions and care provided in final three months of life: nationwide retrospective study in Belgium. *British Medical Journal*, v. 339, jul., 2009. doi: 10.1136/bmj.b2772.

(48) Tradução livre de: "End of life decisions that shorten life, including euthanasia or physician assisted suicide, are not related to a lower use of palliative care in Belgium and often occur within the context of multidisciplinary care". (idem, p.1)

(49) SMETS, T. et al. Legal euthanasia in Belgium: characteristics of all reported euthanasia cases. *Medical Care*, v. 48, n. 2, p. 187-192, fev., 2010.

(50) CHAMBAERE, K. et al. Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, v. 182, n. 9, p. 895-901, jun., 2010.

Como se verá adiante, o perfil traçado por essas duas pesquisas é semelhante ao encontrado em várias outras e não difere do perfil dos pacientes que realizaram eutanásia antes da sua legalização.

A pesquisa tratada pelo artigo *Policies to improve end-of-life decisions in Flemish hospitals: communication, training of health care providers and use of quality assessments*⁵¹, por um lado, relata que, após a lei, houve aumento no desenvolvimento de políticas que tratam da morte nos hospitais, para melhorar a qualidade das decisões médicas de eutanásia; mas, por outro, identifica que estas políticas não foram acompanhadas de treinamento e comunicação aos profissionais, nem de ferramentas de avaliação de qualidade.

A pesquisa abordada no artigo *Flemish palliative care nurses' attitudes toward euthanasia: a quantitative study*⁵² avaliou a aprovação da lei pelos profissionais de saúde e detectou uma prática de cuidado, que não advém de exigência legal, criada pelos enfermeiros em atenção a percepções do cotidiano. Conforme os resultados obtidos, a maioria dos enfermeiros apoia a lei belga que regulou a eutanásia. Por outro lado, a maior parte desses profissionais percebeu que normalmente os pedidos de eutanásia desaparecem assim que o paciente experimenta os benefícios de um bom tratamento paliativo. Atentos a isso, os enfermeiros aplicam um “filtro paliativo” como procedimento padrão nos casos de pedido de eutanásia.

Finalmente, passa-se ao relato de uma das importantes pesquisas que abordaram as eventuais mudanças na prática médica após a publicação da lei.

O artigo *Medical end-of-life practices under the euthanasia law in Belgium*⁵³ trata de pesquisa que englobou três estudos, um que tomou por base o ano de 1998 (muito antes da entrada em vigor da lei), o outro, 2001 (próximo à entrada em vigor da lei), e o último, 2007 (após cinco anos em que a lei vigorava), para verificar o que mudou na prática médica com a entrada em vigor da lei. As certidões de óbito da Flandres foram analisadas e, nos casos em que foi verificada morte por eutanásia, enviou-se um formulário com perguntas aos médicos responsáveis. A pesquisa, de notória relevância, foi publicada no importante periódico *New England Journal of Medicine*. Foram analisados quase 7 mil casos.

Segundo essa pesquisa, em 2007, 1,9% de todas as mortes na Flandres foi resultado de eutanásia (entendida como pôr fim à vida sob o explícito

(51) D'HAENE, I. et al. Policies to improve end-of-life decisions in Flemish hospitals: communication, training of health care providers and use of quality assessments. *BMC Palliative Care*, v. 8, p.20, dez., 2009.

(52) GIELEN, J. et al. Flemish palliative care nurses' attitudes toward euthanasia: a quantitative study. *International Journal of Palliative Nursing*, v. 15, n. 10, p. 488-497, out., 2009.

(53) BILSEN, J. et al. Medical end-of-life practices under the euthanasia law in Belgium. *New England Journal of Medicine*, v. 361, n. 11, p. 1119-1121, set., 2009.

pedido do paciente), percentual maior do que em 1998 (1,1%) e em 2001 (0,3%). Em 1,8% de todas as mortes de 2007, drogas letais foram usadas sem o consentimento explícito do paciente, percentual que foi bem menor do que em 1998 (3,2%), mas similar ao de 2001 (1,5%). A taxa de aumento no alívio da dor aumentou de 18,4%, em 1998, e 22,0%, em 2001, para 26,7% em 2007; e a taxa de interrupção de tratamentos que implicavam distanásia aumentou de 14,6% em 2001 para 17,4% em 2007. No caso de 14,5% das mortes, os médicos reportaram o uso de contínua e profunda sedação até a morte, taxa que foi substancialmente superior do que em 2001 (8,2%).

Nos três estudos, não foi encontrada nenhuma mudança nas características dos pacientes que se submeteram à eutanásia (a maioria pacientes jovens, com câncer ou que morreram em casa) ou nas características daqueles nos quais foram usadas drogas letais sem o seu pedido explícito (a maioria velhos, incapazes de se manifestar, com doenças cardiovasculares, ou câncer, ou que morreram no hospital). Tampouco foi encontrada mudança no uso de drogas letais em pacientes pertencentes a grupos vulneráveis.

Mas, a taxa de casos de eutanásia que foram discutidos entre os médicos e os pacientes capazes e seus familiares foi substancialmente maior em 2007 do que em 1998, e foi similar à taxa de 2001.

A pesquisa concluiu que a promulgação da lei belga foi seguida por um aumento de todas as formas de práticas médicas que terminam com a vida, com exceção do uso de drogas letais sem o explícito pedido do paciente. No entanto, ponderou que estudo similar realizado na Holanda mostrou que a influência de lei de eutanásia similar nas práticas médicas de terminar com a vida chegou a conclusões diferentes, o que talvez demonstre que estas práticas possam variar substancialmente de acordo com fatores culturais específicos de cada país.

No entanto, analisando detidamente os dados encontrados, parece que não houve, em verdade, apenas um aumento de atos de eutanásia⁵⁴ após a legalização, mas uma mudança de prática, já que, provavelmente, estes atos sempre foram praticados, dentro da legalidade ou não. Tendo em vista a grande redução nos casos de eutanásia sem o requerimento do paciente, juntamente com um aumento daqueles em que a morte foi realizada sob pedido, pode ser que tenha havido uma mudança de mentalidade, no sentido de valorizar a autonomia da vontade do paciente.

Como os casos de eutanásia sem o requerimento do paciente já vinham diminuindo, gradualmente, antes da criação da lei, conforme as estatísticas de 2001, parece que essa mudança de postura foi efetivada mais por uma mudança de mentalidade da sociedade, não sendo fruto simplesmente da publicação das disposições legais em 2002.

(54) No presente artigo, utiliza-se a definição de eutanásia de *Claus Roxin*, conforme já explicitado anteriormente.

Outra ressalva à conclusão da pesquisa de ter havido aumento das práticas médicas de pôr fim à vida dos pacientes ocorre em razão da metodologia adotada, de análise das certidões de óbito. À maneira como acontece hoje com a notificação dos atos de eutanásia à comissão (em que é comum não ocorrer a notificação, conforme apontaram outras pesquisas apreciadas), pode não ter sido corretamente indicada, nos atestados e certidões de óbito, a ocorrência de morte por eutanásia nos idos de 1998 e 2001, em razão de: i) não ser a eutanásia legalizada à época, tendendo-se à ocultação das ocorrências e ii) serem, à época, ainda mais desconhecidas as práticas que são consideradas como eutanásia e, com a publicação da lei e o aumento das discussões em torno do tema, provavelmente houve maior conscientização sobre o que é ou não ato de eutanásia.

Dessa forma, acredita-se que, com a publicação da lei, houve, na verdade, um aumento de transparência nas práticas que já eram realizadas. Quanto à valorização da autonomia da vontade do paciente, parece não ter sido fruto direto da promulgação da lei, mas de uma mudança de mentalidade que já vinha ocorrendo gradualmente.

Um ponto positivo encontrado pela pesquisa na legalização da eutanásia foi a diminuição dos casos de distanásia (aqueles em que a vida é mantida desnecessariamente por obsessão terapêutica), o que representa grande avanço na prática médica e na humanização da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A lei de eutanásia da Bélgica parece ter gerado efeitos positivos. Muito embora aparentemente não tenha efetuado mudanças importantes nas ocorrências de eutanásia no país, que já era realizada antes da lei, o procedimento e as práticas, devido à legalização, tendem a se tornar mais transparentes.

Isso quer dizer que, se antes os atos de eutanásia eram praticados às escuras, agora podem ser expostos e poderão ser mais bem controlados e quantificados.

A regulamentação também trouxe mais segurança à prática médica sob o ponto de vista jurídico. Está claro que a eutanásia, tal como descrita na lei, pode ser seguramente realizada sem que implique consequências cíveis ou penais aos médicos que seguirem corretamente o procedimento previsto. Ficaram, também, razoavelmente dispostos alguns limites importantes na aplicação da lei, como o fato de que apenas médicos podem realizar atos de eutanásia, o que indica que deve ser ilícita a eutanásia realizada por outras pessoas. Ainda que alguns destes limites sejam controversos, ao menos os profissionais têm um norte a guiar a sua conduta e os tribunais têm bases mais sólidas para decidir se um determinado caso deve ser enquadrado como eutanásia, ou se deve haver a responsabilização do agente.

As práticas e a lei ainda estão distantes uma da outra, mas há pesquisas⁵⁵ mostrando que essa distância tende a se encurtar, à medida que os profissionais vão tomando consciência das exigências legais, os hospitais vão criando ou reformulando políticas internas de condutas de eutanásia e, também, à medida que a lei, ao se deparar com a realidade social, vai sofrendo modificações para melhor responder às demandas da sociedade.

Sobre esse último aspecto, o artigo *Belgian Act on Euthanasia: alterations to be expected?*⁵⁶ trouxe à tona pesquisa que concluiu que, juridicamente, a lei trouxe avanços legais, pois foi seguida de julgamentos na Corte Constitucional Belga sobre o tema e de novas propostas legislativas relacionadas à lei de eutanásia.

Além disso, a lei suscitou discussões salutares ao desenvolvimento da sociedade, sobretudo de uma sociedade que lida com diferenças culturais internas e que está em constante aprendizado para lidar com as diferenças do outro.

A conduta, tida pela lei como ilícita, de administrar drogas letais sem o pedido ou anuência do paciente, já era praticada antes de sua promulgação e continua ocorrendo, mas há pesquisa⁵⁷ pontuando que a legalização teve o condão de diminuir essa prática. Corroborando a conclusão da pesquisa, talvez isso seja fruto da conscientização gerada pelas discussões quando da promulgação da lei, mas, o que parece mais provável é que houve uma mudança gradual de mentalidade no sentido de se valorizar a autonomia da vontade. Especificamente no contexto da relação médico-paciente, a humanização da saúde e a integração do paciente ao polo ativo da relação, para que atue como verdadeiro sujeito e interlocutor, e não mais como objeto científico, são ideias crescentes nas sociedades ocidentais nos últimos anos. Nesse sentido, a lei de eutanásia belga não seria a difusora de uma nova ideia, mas resultado de uma forma de pensar que já estava se disseminando e ganhando força social.

Acredita-se que nos hospitais brasileiros possam ocorrer diversos tipos de atos de pôr fim à vida de um paciente, sob o seu pedido ou não. Uma lei de eutanásia, à semelhança do caso belga, poderia tornar essas práticas mais transparentes, o que facilitaria o seu controle e ainda traria mais segurança para os profissionais de saúde, que estão sempre sob a ameaça de serem até mesmo penalmente responsabilizados pelas suas práticas.

Ressalte-se que a eutanásia é uma opção dada ao paciente. Aqueles que são contrários a sua realização poderão continuar sem nunca realizá-la, pois, com a legalização, garante-se o direito à autonomia da vontade não só daqueles que desejam a eutanásia, mas também dos que nunca pediriam por

(55) Por exemplo, a já analisada pesquisa publicada no artigo de SMETS, T. et al. *Legal euthanasia in Belgium: characteristics of all reported euthanasia cases*. op. cit.

(56) VAN OVERSTRAETEN, M. *Belgian Act on Euthanasia: alterations to be expected? Medicine and Law*, v. 28, n. 4, p. 755-767, dez., 2009.

(57) BILSEN, J. et.al., op. cit.

ela. Isso porque, se de um lado não há vinculação à opção de eutanásia, por outro, as práticas médicas tendem a se tornar mais transparentes e seguras, evitando o risco de serem impostas soluções de abreviamento da vida a quem não as deseja.

É claro que, nos casos de legalização da eutanásia, têm que ser criados mecanismos de controle e fiscalização dos atos, para que não ocorram práticas abusivas. E esse é outro ponto positivo da legalização: hoje, na ausência de legislação específica sobre a matéria e pairando até mesmo dúvida sobre a legitimidade de determinados atos dos profissionais de saúde, eventuais práticas de pôr fim à vida de pacientes ocorreriam à revelia. Legalizando-se, ao menos institui-se um controle específico, cria-se maior transparência e determinam-se os procedimentos a serem adotados.

No âmbito penal, a legalização traz também a segurança da regulamentação e justiça na diferenciação de situações em que devem ser aplicados os tipos penais. A eutanásia, no contexto da relação médico-paciente e diante do requerimento do doente, é claramente uma situação diferente do homicídio e deveria ser tratada levando-se em consideração as suas especificidades.

Civil e administrativamente, os profissionais de saúde que efetuarem ato de eutanásia, em conformidade com a lei, teriam a segurança de não serem surpreendidos com pedidos de indenização ou representações nos Conselhos Profissionais.

Em suma: a simples existência de uma lei de eutanásia já traz maior segurança jurídica às relações pessoais e profissionais. Dir-se-ia que é melhor debater seriamente e legislar sobre um assunto polêmico do que deixá-lo às lacunas legais.

Mas, para além da segurança jurídica que a regulamentação traz a diversos setores sociais e a órgãos estatais, a legalização é preceito que atua em prol da autonomia da vontade e em respeito às convicções de cada pessoa sobre a sua própria vida. O verdadeiro respeito às diferentes crenças das pessoas implica não impor o agir em conformidade com as crenças de um ou vários grupos da sociedade, mas abrir possibilidades para que cada um pense e seja o que quiser. Não há como se falar em democracia e respeito às diferenças no Brasil sem que as pessoas possam fazer, no âmbito menor, que é o seu próprio corpo⁵⁸, o que o país prega ser a regra para a nação: a liberdade, a pluralidade, a igualdade e a não discriminação das diferenças.

(58) Sobre a relação pessoa/corpo e realização pessoal, conferir: STANCIOLI, B. S. op. cit.

REFERÊNCIAS

- BELGIUM *passes right-to-die bill*. CNN.com. 16 mai. 2002. Disponível em: <<http://edition.cnn.com/2002/WORLD/europe/05/16/belgium.euthanasia/>>. Acesso em: 14 dez. 2010.
- BERLINGUER, G. *Questões de vida: ética, ciência, saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- BILSEN, J. et al. Medical end-of-life practices under the euthanasia law in Belgium. *New England Journal of Medicine*, v. 361, n. 11, p. 1119-1121, set., 2009.
- BURNELL, G. M. *Final choices: to live or to die in an age of medical technology*. New York: Plenum, 1993.
- CHAMBAERE, K. et al. Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, v. 182, n. 9, p. 895-901, jun., 2010.
- DALLARI, D. A. Direito à vida e liberdade para morrer. In: LEITE DE CAMPOS, D. J. P.; CHINELLATO, S. J. A. (Orgs.). *Pessoa humana e direito*. Coimbra: Almedina, 2009.
- DIAS PEREIRA, A. G. *O consentimento informado na relação médico-paciente: estudo de direito civil*. Coimbra: Coimbra, 2004.
- DE LEPELEIRE J. et al. Critical reflections concerning euthanasia for persons with dementia. *Revue Médicale de Liège*, v. 65, n. 7-8, p. 453-458, jul./ago., 2010.
- D'HAENE, I. et al. Policies to improve end-of-life decisions in Flemish hospitals: communication, training of health care providers and use of quality assessments. *BMC Palliative Care*, v. 8, p.20, dez., 2009.
- ENGELHARDT, Jr, H. T. *Fundamentos da bioética*. Trad. José A. Ceschin. São Paulo: Loyola, 1998.
- ESSLINGER, I. O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004.
- FADEN, R.; BEAUCHAMP, T. L. *A history and theory of informed consent*. New York/Oxford: Oxford University, 1986.
- FITZMAURICE, J. *The politics of Belgium: a unique Federalism*. London: Hurst, 1996.
- GIELEN, J. et al. Flemish palliative care nurses' attitudes toward euthanasia: a quantitative study. *International Journal of Palliative Nursing*, v. 15, n. 10, p. 488-497, out., 2009.
- INGHELBRECHT, E. et al. The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *Canadian Medical Association Journal*, v. 182, n. 9, p.905-910, jun., 2010.

LEITE DE CAMPOS, D. J. P. Lições de direito de personalidade. *Boletim da Faculdade de Direito*, Coimbra, V. LXVII, 1991.

OLIVEIRA, R. A. Questões éticas no final da vida. In: SIQUEIRA, J. E.; ZOBOLI E.; KIPPER, D. J. (Org.). *Bioética Clínica*, São Paulo: Gaia, 2008.

PESSINI, L. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo, 2001.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. *Problemas atuais de bioética*. 6ª ed. São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo, 2002.

ROXIN, C. A apreciação jurídico-penal da eutanásia. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, n. 32, p. 189-235, out., 2000.

SMETS, T. et al. Euthanasia in patients dying at home in Belgium: interview study on adherence to legal safeguards. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, v. 60, n. 573, p. 63-70, abr., 2010.

SMETS, T. et al. Legal euthanasia in Belgium: characteristics of all reported euthanasia cases. *Medical Care*, v. 48, n. 2, p. 187-192, fev., 2010.

SMETS, T. et al. Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. *British Medical Journal*, London, v. 341, out., 2010. doi: 10.1136/bmj.c5174.

SGRECCIA, E. *Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica*. 3ª ed. São Paulo: Loyola, 2009.

STANCIOLI, B. S. *Relação jurídica médico-paciente*. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

STANCIOLI, B. S. *Renúncia ao exercício de direitos da personalidade ou como alguém se torna o que quiser*. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

VAN DEN BLOCK, L. et al. Euthanasia and other end of life decisions and care provided in final three months of life: nationwide retrospective study in Belgium. *British Medical Journal*, v. 339, jul., 2009. doi: 10.1136/bmj.b2772.

VAN DEN BLOCK, L. et al. Euthanasia and other end-of-life decisions: a mortality follow-back study in Belgium. *BMC Public Health*, v. 9, p.79, mar., 2009. doi:10.1186/1471-2458-9-79.

VAN OVERSTRAETEN, M. Belgian Act on Euthanasia: alterations to be expected? *Medicine and Law*, v. 28, n. 4, p. 755-767, dez., 2009.

VAN WESEMAEL, Y. et al. Consulting a Trained Physician When Considering a Request for Euthanasia: An Evaluation of the Process in Flanders and The Netherlands. *Evaluation & the Health Professions*, v. 33, n. 4, p.497-513, dez., 2010.

WHITE, B. C. *Competence to consent*. Washington: Georgetown University, 1994.