

## **A LEI RELATIVA AO TÉRMINO DA VIDA SOB SOLICITAÇÃO E SUICÍDIO ASSISTIDO E A CONSTITUIÇÃO HOLANDESA**

**Roberto Chacon de Albuquerque**

### **INTRODUÇÃO**

A lei holandesa que alegadamente legalizou a eutanásia se chama oficialmente “Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido”. Seu nome completo é ainda mais extenso: “Lei de 12 de abril de 2001, relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido e alteração do Código Penal e da Lei de Entrega do Corpo”. Essa lei faz pouca ou nenhuma referência ao termo “eutanásia”. Não constitui tarefa fácil localizar seu texto completo, por meio de um mecanismo de busca virtual, com a expressão “lei de eutanásia”. Parece que os Países Baixos, mesmo ao legalizarem parcialmente a eutanásia, tiveram o pudor de não recorrer a um termo que desperta no ser humano receios instintivos.

O Direito holandês, a propósito, criou uma distinção bastante difícil de ser compreendida, entre eutanásia ativa e passiva. A eutanásia ativa, à primeira vista, parece querer remeter ao fato de um médico ter viabilizado o término da vida sob solicitação e o suicídio assistido, ao ministrar medicamentos específicos ao paciente que levaram ao seu falecimento. A eutanásia passiva, por outro lado, ocorreria quando se bloqueasse o tratamento do paciente com, por exemplo, a interrupção do fornecimento de oxigênio. Noutros casos, ambos os termos parecem assumir uma projeção distinta. A eutanásia ativa passa a designar o comportamento do médico que viabiliza o término da vida do paciente sem a solicitação deste; e a eutanásia passiva significaria o término da vida sob solicitação do paciente. O assunto é complexo e extremamente delicado. A utilização de expressões com significados cambiantes pode servir muitas vezes para maquiagem uma realidade que poucos se dispõem a encarar. O art. 24, § 1º, da lei holandesa que legalizou em parte a eutanásia determina, de qualquer maneira, que ela seja conhecida como “Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido”. A Bélgica também aprovou, em 28 de maio de 2002, à semelhança dos Países Baixos, uma lei similar. Preferiu intitulá-la “Lei relativa à Eutanásia”.

A afirmação de que os Países Baixos foram o primeiro país do mundo a legalizar a eutanásia pode, no entanto, ser enganosa. A Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido prevê uma série de circunstâncias em que a eutanásia é permitida, mas enquanto tal, ela continua a ser crime nos Países Baixos. O Código Penal continua a puni-la. O que ocorreu é que os médicos obtiveram uma exclusão de ilicitude se praticarem a eutanásia nas situações previstas por essa lei. Para muitos estrangeiros, a eutanásia já era há muito tempo admitida nos Países Baixos. Isso tampouco é correto sob o ponto de vista jurídico. Talvez se possa falar de uma tolerância por parte de segmentos da sociedade holandesa há bastante tempo com relação à prática da eutanásia. Os Países Baixos, a propósito, são conhecidos por seu espírito de tolerância, que tem raízes históricas; e foram o primeiro país do mundo a fazer uma revolução liberal, muito antes da França e dos Estados Unidos.

As circunstâncias em que a eutanásia é admitida pela lei nos Países Baixos foram consagradas pelo legislador holandês a partir do que foi previsto pela jurisprudência da Suprema Corte holandesa. Foi a Suprema Corte holandesa que desenvolveu e consolidou jurisprudencialmente os critérios que foram considerados legalmente para justificar a prática da eutanásia. Podemos, então, afirmar que a Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido é, em boa medida, um produto da jurisprudência da Suprema Corte holandesa. São, basicamente, cinco os precedentes nos quais os critérios que justificam a prática da eutanásia foram desenvolvidos e consolidados pela Suprema Corte holandesa. Os dois precedentes mais importantes têm as seguintes referências: NJ 1985, 106 e NJ 1989, 391. Na primeira decisão (NJ 1985, 106), a Suprema Corte holandesa assentou que um médico que pratique eutanásia pode beneficiar-se da exclusão de ilicitude do estado de necessidade. Várias questões deveriam ser analisadas para que o médico se beneficiasse dessa exclusão de ilicitude. O paciente deveria sofrer de dores insuportáveis e não ter condições de falecer com dignidade. Se houvesse outras possibilidades para aliviar as dores sofridas pelo paciente, o médico não poderia beneficiar-se da exclusão de ilicitude. O fato de o médico praticar eutanásia e não consultar um colega independente, antes de pôr termo ao sofrimento de seu paciente, não é razão para ele não se beneficiar da exclusão de ilicitude do estado de necessidade. Na segunda decisão (NJ 1989, 391), a Suprema Corte holandesa considerou novamente que o fato de o médico praticar eutanásia sem consultar um colega independente, antes de pôr termo ao sofrimento de seu paciente, não é razão para não se beneficiar da exclusão de ilicitude do estado de necessidade, desde que a eutanásia ocorra sob solicitação do paciente. Para a Suprema Corte holandesa, tratamento paliativo é o tratamento médico conferido às dores sofridas por pacientes terminais. A utilização de medicamentos letais não pode ser considerada tratamento paliativo.

O projeto de lei que redundou na adoção da Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido foi aprovado por uma ampla maioria do Parlamento holandês. Os três partidos do governo, o PvdA, VVD e o D66, obtiveram o apoio do partido de oposição GroenLinks. Apenas o CDA e alguns partidos pequenos, na maior parte de cunho religioso, opuseram-se à aprovação do projeto de lei. Após a aprovação deste, como já tivemos a oportunidade de salientar, a eutanásia continua objeto de sanção penal. A referida Lei aprovou apenas uma exclusão de ilicitude para os médicos que tratam de seus pacientes. As regras de acordo com as quais médicos podem praticar a eutanásia são previstas expressamente na lei. Deve haver uma solicitação “voluntária” e “bem pensada” da parte do paciente. O médico deve estar convencido de que o sofrimento do paciente é “sem perspectiva” e “insuportável” e de que não há nenhuma outra solução razoável. Além disso, deve ser apoiado em sua decisão por um colega independente e precisa executar a eutanásia de uma maneira cuidadosa. O paciente deve ser bem informado acerca de sua situação.

A execução da morte não natural deve ser comunicada de uma maneira motivada ao Instituto Médico Legal. Uma Comissão verificará se tudo ocorreu em conformidade com o previsto na Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido, e, em caso positivo, o médico não será objeto de sanção penal. A referida lei confere um caráter legal às declarações subscritas por cerca de cem mil holandeses. Em tais declarações, os cidadãos podem esclarecer em que circunstâncias eles desejam ser submetidos à eutanásia. O previsto nestas

declarações pode ser colocado em prática mesmo quando aqueles que as subscreveram não possam mais exprimir seu consentimento. Mas não há de maneira alguma o direito de autodeterminação em sede de eutanásia, visto que a decisão de atender ou não a uma solicitação em tal sentido da parte do paciente permanece a cargo do médico, sendo deste a decisão final. Na prática, estima-se que cerca de um terço das solicitações seja atendida.

## **A LEI RELATIVA AO TÉRMINO DA VIDA SOB SOLICITAÇÃO E SUICÍDIO ASSISTIDO**

A Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido faz apenas uma referência a Deus. Como costuma ocorrer com as demais leis holandesas, consta em seu preâmbulo: Nós Beatriz, pela graça de Deus, rainha dos Países Baixos, princesa de Orange-Nassau, etc., etc., etc.. A lei altera o Código Penal. São inseridas exclusões de ilicitude no Código Penal, art. 293. O médico poderá, de acordo com as circunstâncias nela previstas, especificamente no seu art. 2º, praticar a eutanásia. A lei não se aplica a quem não for médico, apenas beneficia os médicos que comunicarem o ocorrido.

Para que a prática de eutanásia seja considerada lícita, devem ser observados, de acordo com o art. 2º, § 1º, uma série de requisitos. O médico deve estar convencido de que se trata de uma solicitação voluntária e bem pensada do paciente (art. 2º, § 1º, a) e de que as dores do paciente são sem perspectiva e insuportáveis (art. 2º, § 1º, b). O paciente deve ter sido esclarecido sobre a situação na qual ele se encontrava e sobre suas perspectivas (art. 2º, § 1º, c). Deve-se chegar à conclusão de que não havia outra solução razoável para o paciente (art. 2º, § 1º, d) e consultar ao menos um outro médico independente (art. 2º, § 1º, e) que redigirá seu parecer sobre a necessidade de eutanásia a qual será executada cuidadosamente sob o ponto de vista médico (art. 2º, § 1º, f).

São previstas três modalidades de eutanásia, sob o ponto de vista de faixa etária. Primeiro, para os pacientes que têm dezesseis anos ou mais e não podem mais expressar sua vontade, mas que, anteriormente, subscreveram uma declaração autorizando-a. Segundo, para os pacientes que têm entre dezesseis e dezoito anos de idade que solicitaram sua eutanásia, desde que seus pais ou tutores tenham participado da tomada desta decisão. Terceiro, para os menores de idade entre doze e dezesseis anos, desde que seus pais ou tutores tenham concordado com sua eutanásia.

O Capítulo III da lei dispõe sobre as Comissões Regionais de Verificação do Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido. É a parte mais extensa da lei. São dezessete artigos sobre sua competência e funcionamento. Criou-se, assim, um órgão público que tem como objetivo analisar em que medida a eutanásia foi executada de acordo com o determinado pela Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido. A prática da eutanásia por um médico passou a ser controlada pela sociedade, bem como sujeita a controle de qualidade. Existem, na prática, cinco Comissões. Elas têm sua sede nas seguintes cidades: Groningen, Arnhem, Haarlem, Rijswijk e 's-Hertogenbosch. São regionais, porque têm competência sobre áreas específicas dos Países Baixos.

Os arts. 3º e 4º tratam do estabelecimento, composição e nomeação das Comissões Regionais de Verificação do Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido.

Elas devem analisar as comunicações de casos de eutanásia de acordo com o previsto nos arts. 293, § 2º, e 294, § 2º, segunda parte, do Código Penal. A lei faz sempre referência a “término da vida sob solicitação” e “suicídio assistido”, dois conceitos que ela não define. Ao longo do texto, ao utilizarmos a expressão “eutanásia”, fazemos referência indistintamente tanto a “término da vida sob solicitação” como “suicídio assistido”. Cada Comissão é composta por um número ímpar de membros e deve ter um jurista, como presidente, bem como um médico e um especialista em ética. O presidente e os membros das Comissões são nomeados pelos Ministérios da Justiça e da Saúde, Bem-Estar e Esporte com o mandato de seis anos, podendo ser destituídos de suas funções em caso de “impropriedade”, “incompetência” ou outras “questões graves”. Três artigos disciplinam as tarefas e competências das Comissões Regionais de Verificação do Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido. Elas decidem, com base no relatório mencionado no art. 7º, § 2º, da Lei de Entrega do Corpo, se o médico praticou eutanásia de acordo com as circunstâncias previstas no art. 2º da Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido. As Comissões podem solicitar esclarecimentos tanto ao médico legista quanto ao assistente social.

O papel do médico legista é o seguinte: o médico que praticou eutanásia avisa ao legista que agiu em conformidade com o determinado pela Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido. O médico legista verifica como e com que meios ocorreu a eutanásia e pede autorização ao procurador da Coroa para proceder ao enterro ou cremação do corpo. Se o médico legista constatar que não se trata de uma morte natural, ele deverá comunicar o ocorrido ao procurador da Coroa.

O procurador autoriza ou não o enterro ou cremação, pois essa é sua única forma de intervenção em tal momento. Todos os casos de eutanásia devem ser comunicados pelo médico legista ao Ministério Público. Se for o caso, em não havendo dúvidas de que se trata de uma morte natural, ele envia o processo diretamente para a Comissão Regional de Verificação do Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido. Se tal comissão concluir que o médico agiu corretamente, a questão encerra-se. Mas pode ocorrer que o procurador da Coroa conclua que o médico não respeitou o previsto na lei, bem como que ele não prestou as informações corretas. O procurador pode então dar início a investigações e comunicar suas suspeitas imediatamente ao Instituto Médico Legal e à Comissão Regional de Verificação. Caso esta tenha suspeitas, deve comunicar o ocorrido ao Ministério Público.

A Comissão Regional de Verificação do Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido comunica sua decisão motivada, por escrito, ao médico, dentro de seis semanas após o recebimento do relatório mencionado no art. 8º, § 1º. Ela leva sua decisão ao conhecimento do Ministério Público e do Conselho Regional de Medicina, se o médico não tiver agido de acordo com o previsto no art. 2º da Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido e se ocorrer a situação prevista no art. 12, segunda parte, da Lei de Entrega do Corpo. Se a Comissão Regional concluir que o médico agiu corretamente, a decisão não é levada ao conhecimento do Ministério Público. A Comissão é obrigada a fornecer às autoridades competentes todas as informações necessárias para investigação do médico. A decisão das Comissões é tomada por maioria simples.

Os membros plenos e os membros substitutos da Comissão Regional de Verificação do Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido são obrigados a conservar o sigilo dos dados dos quais têm conhecimento em função do exercício de suas atividades, salvo se houver disposição legal em contrário. O membro que conheça fatos ou participe de circunstâncias que prejudiquem sua imparcialidade com relação ao caso em análise deve abster-se de votar. Além disso, os membros da Comissão não devem emitir parecer sobre a intenção de um médico de praticar eutanásia. Anualmente, as Comissões devem encaminhar um relatório conjunto aos Ministérios da Justiça e da Saúde, Bem-Estar e Esporte sobre o exercício de suas atividades, que deverá conter a quantidade de casos comunicados de eutanásia com relação aos quais a Comissão tenha emitido parecer; a natureza destes casos; os pareceres e as respectivas ponderações efetuadas. Com base em tais relatórios de atividades, previstos no art. 17, § 1º, os Ministérios da Justiça e da Saúde, Bem-Estar e Esporte devem encaminhar anualmente um relatório ao Parlamento com relação ao funcionamento das Comissões. As regras gerais de funcionamento das Comissões são fixadas pelos Ministérios da Justiça e da Saúde, Bem-Estar e Esporte.

A Comissão Regional de Verificação do Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido pode ter dúvidas sobre se o médico praticou a eutanásia em seu paciente, com base no previsto na respectiva lei. Tais suspeitas podem levar o médico a ser processado penalmente. Podem surgir incertezas sobre se as dores eram efetivamente “sem perspectiva” e “insuportáveis”. Se a Comissão concluir que o médico praticou eutanásia sem comunicá-la, ele pode ser condenado à luz dos arts. 293 e 294 do Código Penal. Se não houver uma solicitação de eutanásia “voluntária” e “bem pensada” da parte do paciente, o médico legista pode comunicar imediatamente o ocorrido ao procurador da Coroa. A Comissão Regional pode ainda concluir que o médico não agiu de forma cuidadosa, ou que ele não consultou um outro médico independente. Se a solicitação deve ser prolongada, deve haver tempo para consultar ao menos um colega. Além do mais, em função desse caráter prolongado da solicitação, ela não deve ser aguda e imediata. O mais importante é a questão de a dor ser “sem perspectiva” e “insuportável”. A Comissão também pode concluir que a eutanásia foi executada sem os cuidados necessários. O médico deve permanecer presente até que o paciente faleça, e assegurar ainda que o paciente morra sem dor. São analisados o momento de prática da eutanásia, para verificar, por exemplo, se o paciente sofria, como também os meios que foram utilizados para cometê-la. Se o médico não comunicar o ocorrido, a Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido não se aplica a este caso. Se ele falsificar a comunicação de ocorrência de eutanásia, poderá ser processado à luz do art. 228 do Código Penal e do art. 81 da Lei de Entrega do Corpo.

#### **O CONSELHO DOS DOENTES CRÔNICOS E DOS DEFICIENTES DOS PAÍSES BAIXOS E A LEI RELATIVA AO TÉRMINO DA VIDA SOB SOLICITAÇÃO E SUICÍDIO ASSISTIDO**

O Conselho dos Doentes Crônicos e dos Deficientes dos Países Baixos apresentou seu parecer ao projeto de lei que resultou na adoção da Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido. Ele foi extremamente crítico quanto aos termos do projeto. Não sem razão. Os doentes crônicos e os deficientes físicos e mentais podem ser as vítimas preferenciais da prática da eutanásia. O Conselho

considerou que o projeto foi apresentado pelo governo, tendo em vista a proteção dos direitos dos pacientes e dos médicos. Mas, por outro lado, o Conselho sustentou ter dúvidas fundamentais com relação ao projeto de lei. Concluiu então que o projeto de lei continha falhas significativas para ser considerado adequado no sentido de ser aplicado em benefício da proteção dos pacientes. O Conselho dos Doentes Crônicos e dos Deficientes dos Países Baixos não concordou com o projeto de lei, que resultou na adoção da Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido.

Os argumentos mais importantes para essa tomada de posição contra o projeto de lei foram os seguintes. Primeiro, os termos do projeto de lei não foram satisfatoriamente comunicados pelo governo à população. Ao invés de um amplo debate na sociedade, fomentou-se uma discussão polarizada entre partidários e opositores ao projeto. Segundo, o projeto de lei não fez nenhuma referência à Constituição holandesa. Não se teceram considerações sobre a prática da eutanásia e sua relação com os direitos fundamentais contemplados na Constituição. Terceiro, faltou ao projeto de lei uma fundamentação de Direito Público que consagrasse a proteção dos direitos dos pacientes. Quarto, não se formulou no projeto de lei nenhum direito do paciente a tratamento paliativo, o que pode restringir a solicitação de eutanásia. Quinto, o tratamento paliativo deve ser considerado como um sinal de solidariedade e de humanidade. Não se especificaram os casos em que o paciente pode exigir cuidados especiais de acordo com o estado de saúde em que se encontre.

O governo apresentou o projeto de lei que resultou na adoção da Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido como se ele descriminalizasse a prática da eutanásia. Ele parece não ter levado em consideração uma questão fundamental sob o ponto de vista do Direito holandês. A prática da eutanásia continua, como já tivemos a oportunidade de salientar neste texto, sendo crime nos Países Baixos. Mas não foi essa perspectiva que o governo transmitiu à população. O governo transmitiu a idéia de que a eutanásia não seria mais objeto de punição. Houve, sob esse aspecto, um erro de comunicação fundamental entre o governo e a sociedade. Os partidários do projeto de lei pensaram que a eutanásia enquanto tal não seria mais enquadrada pelo Direito Penal. Houve, da parte dos partidários do projeto de lei, sob o ponto de vista do Conselho dos Doentes Crônicos e dos Deficientes dos Países Baixos, um erro dramático, crasso e desnecessário. Esse problema levantaria sérias dúvidas quanto à própria lisura e amplitude do debate do projeto de lei junto à população. Para o art. 293 do Código Penal holandês, continua a ser objeto de punição o “término intencional da vida de outrem sob solicitação”. A eutanásia continua sendo crime nos Países Baixos. A pena para sua prática é a de prisão de no máximo doze anos. A alteração do texto da lei de “privar da vida” para “terminar” seria a razão do equívoco.

A questão que deveria ter sido analisada é se há condições de formular um argumento ético que justifique a eutanásia. Houve tentativas, em princípio, respeitáveis de justificar a eutanásia sob o ponto de vista ético, bem como apelos a questões humanitárias. Mas em que proporção a vida deve ser efetivamente objeto de proteção? A autodeterminação do indivíduo não deve ser limitada, se seu exercício tiver como meta colocar um ponto final à sua própria vida? Em que medida pode-se argumentar que a eutanásia constitui um imperativo sob o ponto de vista humanitário? Ao procurar-se compatibilizar a eutanásia sob o ponto de

vista ético, corre-se o risco de formular um arrazoado repleto de contradições. Como se pode, concretamente, com base na proteção à vida, justificar a eutanásia sob o ponto de vista ético?

A partir dos argumentos apresentados, o Conselho dos Doentes Crônicos e dos Deficientes dos Países Baixos extraiu três conclusões. Primeiro, o projeto de lei não acarretava nenhuma mudança jurídica fundamental no Direito holandês, tanto sob o ponto de vista do Direito positivo como da jurisprudência. Segundo, o governo não se comunicara satisfatoriamente com a sociedade a propósito de suas intenções. Terceiro, não se formularam argumentos éticos consistentes para que a eutanásia deixasse de ser considerada um crime.

Para o governo, o projeto de lei considerou a proteção dos direitos dos médicos e dos pacientes. Mas como proteger os direitos destes em circunstância tão delicada? E que espécie de direitos se pretende proteger em caso de eutanásia? Uma série de circunstâncias para o “término da vida sob solicitação” e o “suicídio assistido” foram estabelecidas. São essas circunstâncias que, de acordo com a Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido, devem disciplinar os direitos dos médicos e dos pacientes em caso de eutanásia. A proteção dos direitos dos pacientes é de grande importância. O maior temor é que não se tenha prestado a atenção devida aos pacientes que sofrem de uma doença crônica ou de uma deficiência.

Para o governo, o objetivo principal do projeto de lei seria justamente a proteção dos direitos dos pacientes. Mas será que estes foram efetivamente protegidos pelo projeto de lei? Um dos aspectos mais problemáticos do projeto é que ele, em nenhum momento, como já pudemos ressaltar, fez qualquer referência à proteção dos direitos dos pacientes com base na Constituição holandesa. Pode-se fazer menção, por exemplo, aos seguintes artigos da Constituição que deveriam ter sido mencionados. O art. 10, § 1º, consagra o respeito à “esfera da vida pessoal”. O art. 11 assegura o direito à inviolabilidade do corpo. A falta de referência à proteção dos pacientes com base na Constituição pode ser considerada uma forma de supressão desses direitos. O projeto de lei deveria ao menos ter tentado compatibilizar o conteúdo do art. 11 da Constituição com o do art. 293 do Código Penal.

Não se deveria em princípio, para o Conselho dos Doentes Crônicos e dos Deficientes dos Países Baixos, duvidar das boas intenções do governo. Mas será que o objetivo por trás da legalização parcial da eutanásia não foi justamente reduzir o custo dos tratamentos paliativos? Como se pode garantir que pacientes não solicitarão a eutanásia de uma maneira “voluntária” devido ao fato de não haver à sua disposição tratamentos paliativos? Cada vez mais pacientes precisam deles, e essa necessidade crescente pode ser justamente a razão pela qual tais cuidados nem sempre estão à disposição dos pacientes.

Houve, efetivamente, uma falha no projeto de lei, já que ele não concebeu uma relação entre a Constituição holandesa e a proteção dos direitos dos pacientes. As alegadas boas intenções do governo não constituem uma garantia factual de disponibilizar tratamentos paliativos para quem deles necessita. Seria necessária, em caso de legalização da eutanásia, sempre de acordo com o Conselho dos Doentes Crônicos e dos Deficientes dos Países Baixos, uma quantidade considerável de dispositivos normativos que assegurassem a disponibilização de

tratamentos paliativos para os pacientes. Tanto pacientes como médicos deveriam ter o direito assegurado pela lei de solicitar tais cuidados. O governo considerou que o conceito atual de exigência de tratamento deve continuar a vigorar, mas não se fez menção no projeto de lei com precisão ao seu significado no contexto da prática de eutanásia.

O projeto de lei que resultou na adoção da Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido não esclareceu com precisão o conteúdo das expressões “voluntária” e “bem pensada”. Não se levou em consideração, de uma maneira consistente, os termos da decisão da Suprema Corte holandesa acerca da continuação indefinida da vida e da perspectiva de não poder mais ter direito a uma morte digna. Essa decisão, pelo contrário, para o governo, justificaria a eutanásia em caso de sofrimento “sem perspectiva” e “insuportável”. A questão da exigência de tratamento paliativo deveria ser disciplinada pelo governo e pelo Parlamento, e não por comissões ou comitês de especialistas. Concluindo, sempre de acordo com o Conselho dos Doentes Crônicos e dos Deficientes dos Países Baixos, as circunstâncias nas quais a exigência de tratamento deve ser observada não foram adequadamente disciplinadas pela Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido, sobretudo no que diz respeito ao controle de qualidade do tratamento dispensado, bem como sob o ponto de vista do controle da eficácia do tratamento pela sociedade. A proteção dos pacientes deve ser concebida tanto sob o ponto de vista do Direito Constitucional como das possibilidades de tratamento paliativo. A exigência de tratamento paliativo foi concebida de uma maneira extremamente abstrata pela Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido.

#### **A APLICAÇÃO DA LEI RELATIVA AO TÉRMINO DA VIDA SOB SOLICITAÇÃO E SUICÍDIO ASSISTIDO PELA SUPREMA CORTE HOLANDESA**

A Suprema Corte holandesa definiu jurisprudencialmente, conforme já tivemos a oportunidade de assinalar, os parâmetros de acordo com os quais a eutanásia é admissível. Esses parâmetros foram acolhidos em boa parte pela Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido. A Suprema Corte holandesa, agora, analisa os casos em que a prática de eutanásia se coaduna ou não com o previsto na lei. Médicos têm sido processados e condenados por homicídio pela prática de eutanásia, mesmo após a adoção da Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido. Vamos em seguida analisar um caso de eutanásia recentemente decidido pela Suprema Corte holandesa.

O Supremo Tribunal de Justiça de Amsterdã decidiu, em 3 de junho de 2003, anulando a sentença do Tribunal de Amsterdã de 21 de fevereiro de 2001, condenar um médico que cometera eutanásia. Ele foi enquadrado pela prática de homicídio e de falsidade ideológica. O médico condenado pela prática de eutanásia era um médico de família. Ele, resumidamente, teria provocado intencional e premeditadamente em 5 de fevereiro de 1997 a morte de sua paciente com uma injeção de mais ou menos 50 mg de Alloferine. O médico preparou em seguida um atestado de óbito falso, no qual, em contradição com a realidade, ele afirmava estar convencido de que a paciente tivera uma morte natural. Para justificar sua conduta, sustentou ter havido um caso de força maior no sentido do estado de necessidade. O Supremo Tribunal de Justiça de Amsterdã não aceitou o argumento de que o médico agira amparado por essa exclusão de ilicitude. Pelo contrário, considerou



que a defesa se baseara num misto de caso de força maior psicológica e de estado de necessidade para justificar a prática de um homicídio. Para a defesa, o médico teria agido efetivamente à luz do estado de necessidade.

O médico comparecera na manhã de 5 de fevereiro de 1997 ao asilo para idosos De Open Hof onde se encontrava sua paciente. Ao encontrá-la, surpreendeu-se com o fato de que ela ainda estava viva. O médico pensava que sua paciente não teria sobrevivido àquela noite. Ele não se sentiu confortável e preparado para uma situação que não pudera antecipar. O estado deplorável da paciente teria comovido o médico profundamente. Seu temor é de que ela terminaria “apodrecendo” num leito hospitalar, distante de seus filhos, num estado de extrema necessidade. Diante desse quadro, o médico, de acordo com a defesa, sentiu que precisava fazer algo. Ele não via alternativa para a paciente. Num curto espaço de tempo e sob forte pressão psicológica, tomou sua decisão.

A forte pressão psicológica foi provocada pelas seguintes circunstâncias. Primeiro, a situação excepcional e desumana na qual se encontrava a paciente na última fase de vida. Desde 3 de fevereiro de 1997, sua situação permanecia inalterada. Imobilizada e mal cuidada, presa a uma cama, sofria com grandes lesões necróticas que exalavam um forte odor. Segundo, a capacidade psicológica do médico tenha sido reduzida pelo recente falecimento de seu pai e pelo fato de que ele ainda estava assimilando esta ocorrência na noite em que praticou a eutanásia. Terceiro, a pressão constante das filhas da paciente e do pessoal que cuidava dela no asilo para idosos De Open Hof. Quarto, o sentimento de impotência diante da perda de controle da situação, já que um colega, contra sua vontade, decidiu aumentar a dose de morfina, o que acelerou o processo de morte da paciente, enquanto ele sempre respeitou a vontade de sua paciente e fez de tudo para prolongar sua vida.

Uma série de fatos e circunstâncias com relação ao médico acusado da prática de eutanásia ativa deve ser analisada para que se compreenda bem o ocorrido.

O médico desde 1979 trabalhava efetivamente como médico de família. Era conhecido pela prática de eutanásia e desde o começo de suas atividades se tornara membro do Grupo de Apoio e Consulta à Eutanásia de Amsterdã. A paciente, nascida em 1912, era sua cliente desde 1980. O médico teve, portanto, vários contatos com a paciente até seu falecimento. Além de problemas cardíacos, ela tinha osteoporose. No início de 1995, a paciente mudou-se com seu esposo para o asilo de idosos De Open Hof. Em julho de 1996, ela separou-se de seu esposo. Não conseguiu assimilar bem essa situação, e passou a viver, a partir de outubro de 1996, cada vez mais presa à cama. Como não se movimentava com frequência e não saía da cama, a paciente passou a sofrer de sérias lesões de decúbito. O médico tentou convencê-la várias vezes da necessidade de fazer fisioterapia e de que sua decisão de permanecer presa à cama poderia provocar em pouco tempo a sua morte. Nesse período, o médico teria falado à paciente da necessidade de sua internação num hospital e ela não aceitou.

Para minorar seu sofrimento e dores, o médico passou a ministrar à paciente MS Contin e em seguida Durogesic 50 mg, ambos contendo morfina e alertou a paciente de que essa forma de tratamento contra a dor poderia reduzir sua expectativa de vida. A partir de 18 de dezembro de 1996, o quadro da enferma piorou consideravelmente. Uma lesão de decúbito era enorme, com pus e necrose

no quadril direito. Em 8 de janeiro de 1997, as lesões de decúbito pareciam ter melhorado. Mas ela quase não comia, já que tinha dificuldades de engolir alimentos. Durante uma visita em 21 de janeiro de 1997, pareceu-lhe que a paciente não saía mais da cama. Ela tinha sérias necroses em um dos calcanhares; e disse então ao médico que queria viver. Este ter-lhe-ia respondido que ela deveria levantar-se da cama. Em 27 de janeiro de 1997, o médico aumentou a dose de Durogesic para 75 mg para combater a dor durante o tratamento, e receitou, como antes, pílulas com morfina. Em 28 de janeiro de 1997, ao indagar à paciente se ela queria falecer, obteve como resposta que queria continuar a viver para ver suas filhas. O médico então compreendeu que ela não queria morrer, e continuou a administrar analgésicos e a tratar das lesões de decúbito. A necrose exalava um forte odor.

Mais tarde, em 31 de janeiro de 1997, a paciente foi examinada por um colega do médico, que atuava na mesma área. Segundo uma nota no seu diário, a paciente reclamou das dores. Seu colega telefonou-lhe e ele revelou que a paciente queria continuar a viver para ver suas filhas e informou que estava administrando morfina e que não era necessário aumentar a dose. O colega do médico, na mesma noite, prescreveu uma dose extra de 50 mg de Durogesic. Sua dose total aumentou para 125 mg. Em 3 de fevereiro de 1997, o médico viu a paciente novamente. Ela dormia profundamente em posição fetal. A paciente não comia, não bebia e não conversava mais. Como a paciente estava agitada, o médico conversou com o enfermeiro e recomendou-lhe que injetasse Valium sempre que estivesse assim. Em 4 de fevereiro de 1997, o médico voltou a ver a paciente. Pareceu-lhe que não lhe fora ministrado nenhum Valium. Ele estranhou isso. Para que ela dormisse com tranquilidade, o médico administrou-lhe quatro ampolas com 100 mg de Fenobarbital. Ele deixou ainda quatro ampolas desse remédio e conversou com o enfermeiro para que ele as administrasse. O médico esperava acabar com a agitação da paciente para que ela dormisse com tranquilidade, mas também esperava seu falecimento após a administração dessas duas doses.

Em 5 de fevereiro de 1997, o médico visitou pela manhã mais uma vez a paciente. A família havia passado a noite com ela. O médico surpreendeu-se com o fato de a paciente ainda viver. Ele esperara que o enfermeiro lhe tivesse telefonado durante a noite para comunicar-lhe o falecimento da paciente. Ela continuava em posição fetal, e o odor da necrose era penetrante. O médico administrou-lhe então por via intermuscular quatro ampolas com 20 mg de morfina. As filhas da paciente falaram que a mãe nunca desejou ficar naquela situação e disseram-lhe: Isso não se faz nem com um cachorro. O médico então disse que ele poderia, como no dia anterior, administrar-lhe ainda uma injeção de Fenobarbital e mais tarde, no mesmo dia, voltar para vê-la, ou que ele poderia acelerar seu falecimento. As filhas da paciente disseram preferir a segunda opção. O médico decidiu administrar novamente Alloferine – que ainda tinha a sua disposição em função de um plano de eutanásia–, cuja data de validade era março de 1995, e tentou chamar o enfermeiro, o qual naquele momento parecia não estar no asilo de idosos De Open Hof. O médico não aguardou a chegada do enfermeiro e administrou, por via intravenosa, cinco ampolas com 10 mg de Alloferine. Poucos minutos depois, constatou o falecimento da paciente e procurou o enfermeiro para desfazer-se das ampolas e das agulhas da injeção. Em seguida, preencheu um atestado de óbito natural.

Para a defesa, tratou-se aparentemente de um caso de eutanásia e de uma forma última de paliativo. O Supremo Tribunal de Justiça de Amsterdã não concordou ter sido um caso de eutanásia, tampouco de uma forma última de paliativo, mas de uma prática ativa do médico com o objetivo de terminar a vida de uma paciente sem que ela tivesse apresentado uma solicitação neste sentido.

O Supremo Tribunal de Justiça de Amsterdã não afastou a hipótese de que, em situações extraordinárias, pratique-se a eutanásia em paciente que não se tenha manifestado neste sentido, mas que, de acordo com diagnóstico médico dominante, esteja sofrendo de dores “sem perspectiva” e “insuportáveis”, bem como de uma situação irreversível e contínua. O médico pode, em tal situação, amparar-se do estado de necessidade para justificar a prática de eutanásia. Reconhecendo que em tais situações podem ocorrer circunstâncias profundamente divergentes, é importante a formulação de critérios de aplicação geral, que devem ser ponderados caso a caso, para a justificação da prática de eutanásia amparada pelo estado de necessidade. O Supremo Tribunal de Justiça de Amsterdã entendeu que tais situações devem estar de acordo com os critérios fixados pela jurisprudência que autorizam a prática de eutanásia.

O Supremo Tribunal de Justiça de Amsterdã fez uma série de indagações no caso concreto.

As dores da paciente eram “sem perspectiva” e “insuportáveis”, de acordo com o diagnóstico médico dominante, bem como se tratava de uma situação irreversível e contínua? O Tribunal concluiu que a situação da paciente em 5 de fevereiro de 1997 não era insuportável, já que ela mesma, de acordo com o próprio médico, estava em estado comatoso.

Sua situação era realmente “sem perspectiva” de acordo com a avaliação da situação efetuada pelo médico? O juízo de que ela em qualquer caso deveria falecer durante o dia pareceu à primeira vista bem fundamentado. Em que medida a situação da paciente era lamentável também para sua família não foi considerada um fator decisivo, sobretudo se se levasse em consideração sua expectativa de vida extremamente curta.

Em que medida o médico estava a par de outras alternativas disponíveis? Para as filhas da paciente, ele dissera que poderia ainda ministrar uma injeção de Fenobarbital e voltar mais tarde. Ou seja, partira do pressuposto de que ela faleceria no decorrer daquele dia. E, no decorrer daquele dia, não lhe seria ministrada nenhuma espécie de tratamento paliativo? Ele aparentemente não se sentiu responsável sob o ponto de vista ético. O médico parecia, em qualquer hipótese, não descartar a prática da eutanásia, apesar de a paciente poder falecer a qualquer momento. Não se aceita por que ele preferiu, sob o ponto de vista ético, ministrar-lhe uma dose letal de injeção, já que seu falecimento era inevitável durante o tratamento.

Um outro médico independente foi consultado? A situação da paciente não foi avaliada satisfatoriamente por um colega independente, mas, pelo contrário, o médico decidiu praticar per se a eutanásia. As circunstâncias não eram tão imprevisíveis que impedissem a consulta a um médico independente.

Houve uma troca de informações com a paciente? Ele era médico da família dela e a conhecia há bastante tempo, desde 1980, e, a par de seu histórico médico, conhecia sua biografia e circunstâncias sociais.

A eutanásia foi executada de uma maneira cuidadosa sob o ponto de vista da medicina? O fato de o médico ter praticado eutanásia com um medicamento que tinha ocasionalmente à sua disposição em 5 de fevereiro de 1997 e cuja data de validade já havia expirado há quase dois anos não convenceu o Supremo Tribunal de Justiça de Amsterdã de que se tratou de um procedimento cuidadoso.

Comunicou-se ao Instituto Médico Legal a ocorrência de uma morte não natural? O Instituto Médico Legal não foi informado do ocorrido. O médico encaminhou-lhe um atestado de óbito natural.

O Supremo Tribunal de Justiça de Amsterdã sublinhou ainda que o médico foi a única pessoa responsável pela decisão que acarretou a morte da paciente. Assim, concluiu que ele deveria ter meditado com mais profundidade sobre sua decisão, bem como ter levado em consideração com mais cuidado a opinião das outras pessoas que estavam em contato direto com a paciente. O médico não deveria ter aguardado pela chegada do enfermeiro do asilo de idosos De Open Hof para discutir com ele a situação antes de praticar a eutanásia? O médico sempre recorrera ao enfermeiro para administrar analgésicos e sedativos e, no dia anterior, solicitou-lhe que ministrasse mais uma vez uma injeção de Fenobarbital com a esperança de que a paciente falecesse durante a noite. Além disso, deveria ter informado às filhas sobre as alternativas possíveis. Para o Supremo Tribunal de Justiça de Amsterdã, o recorrido não informou sobre a alternativa de aguardar o falecimento. O médico esclareceu que o processo de decisão que o levou à prática da eutanásia durou cerca de quinze minutos. Tal tempo de duração para uma decisão sobre vida e morte não pode ser considerado cuidadoso.

O Supremo Tribunal de Justiça de Amsterdã concluiu que não se pode aceitar que o médico tenha agido de maneira justificada, sob o ponto de vista da medicina e da ética. Sua escolha não pode ser justificada com base no estado de necessidade. Tratou-se de eutanásia praticada em paciente com reduzida expectativa de vida, que não apresentou nenhuma solicitação neste sentido e escolheu viver. Desde então, não esteve mais em condições de expressar sua vontade. O caso analisado foi o de prática de eutanásia ativa. O médico tentou justificar sua conduta com o recurso ao estado de necessidade. Uma justificativa dessa natureza só pode ser aceita em circunstâncias excepcionais e urgentes, levando em consideração a situação do paciente. Deve haver a necessidade de o médico decidir entre a vida e a morte do paciente de acordo com deveres e interesses contraditórios.

Para que se aceitasse que o médico agira em estado de necessidade, seria indispensável verificar se a paciente sofria de maneira “sem perspectiva” e “insuportável”, bem como de uma situação irreversível e contínua. O Supremo Tribunal de Justiça de Amsterdã entendeu, resumidamente, que as dores da paciente não eram insuportáveis. O juízo de que ela em qualquer caso deveria falecer durante o dia pareceu bem fundamentado. O Tribunal entendeu que sua situação era “sem perspectiva” e que a avaliação do médico de que a paciente deveria em qualquer caso falecer em 5 de fevereiro de 1997 era real. A situação, embora fosse “sem perspectiva”, irreversível e contínua, não significava urgente,

no sentido de justificar a conduta do médico de acordo com o estado de necessidade. O Supremo Tribunal de Justiça de Amsterdã não considerou que a aplicação da dose de Alloferine se tratasse de tratamento paliativo, dirigida a aliviar as dores da paciente e a diminuir seu sofrimento. A dose letal de Alloferine não pode ser considerada uma forma de tratamento paliativo.

A Suprema Corte holandesa não deferiu o recurso. O médico foi condenado por homicídio e falsidade ideológica.

Em alguns casos de prática de eutanásia, a Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido ainda não vigorava. Ela é de 12 de abril de 2001. A eutanásia somente pode ser amparada por essa lei no caso exclusivo de término da vida sob solicitação “voluntária” e “bem pensada” do paciente. Nesse caso o médico pode beneficiar-se das exclusões de ilicitude previstas no art. 293, § 2º, do Código Penal holandês. As circunstâncias previstas na Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido estão de acordo com os critérios associados ao estado de necessidade desenvolvidos pela Suprema Corte holandesa.

## CONCLUSÃO

Nos Países Baixos, com a adoção da Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido, podem ter começado a cair oficialmente os últimos pilares da proteção à vida. A Bélgica já seguiu o caminho holandês. Na Suíça, também se discute em que medida a eutanásia deve ser legalizada. Não se deve suprimir a vida de outro ser humano. Os Países Baixos desenvolveram a teoria do estado de necessidade psicológico para justificar a prática de eutanásia por um médico. Somente se a morte de uma pessoa evitar o falecimento do agente ou o de outros inocentes é que se deve abrir uma exceção à proteção à vida. O homicídio de ser humano que não ponha em risco a vida de outros seres humanos é um homicídio, seja de um recém-nascido, de um adulto saudável ou de um adulto em estado de decrepitude.

O ser humano não tem um direito absoluto em relação a seu corpo, sendo responsável por cuidar bem dele e de sua alma. Não se pode, portanto, considerar admissível dispor livremente de seu corpo no sentido de autorizar a prática da eutanásia. A vida humana tem um valor infinito. A santidade da vida humana deve ser considerada absoluta, com um valor inatacável e indestrutível. Um valor imensurável, mesmo que apenas por um minuto ou segundo. Não importa sua duração nem sua expectativa de duração. Pode ser de segundos, minutos, anos ou décadas. Suprimir a vida de um paciente em estado de decrepitude significa o mesmo que eliminar a vida de um jovem perfeitamente saudável. Retirar a vida de um ser humano doente significa o mesmo que suprimir a vida de um ser humano saudável. Cada momento da vida humana tem o mesmo valor e dignidade. Se a dignidade de uma pessoa que tem apenas alguns minutos ou segundos de vida fosse menor que a de uma pessoa que tem anos de vida pela frente, então o valor infinito da vida humana perderia seu caráter absoluto. Tornar-se-ia relativo.

Critérios arbitrários e relativos podem ser formulados e consolidados para definir o que é a vida sem valor e o que é a vida com valor. A vida que deve ser eliminada e a

vida que deve ser preservada, o que pode criar classes e subclasses de seres humanos. Seres humanos divididos em quem tem mais recursos e menos recursos para custear tratamentos médicos. Será que os médicos, nos Países Baixos, analisarão os casos de quem tem menos recursos, ou que está sozinho num hospital da mesma maneira que os outros?

Os seres humanos devem ter sua vida protegida em todas as circunstâncias, com a ajuda de todos os tipos de medicamentos. Será que não inventam analgésicos mais eficazes, por eles não terem retorno financeiro? Os que têm uma expectativa reduzida de vida não devem ser considerados como pessoas que podem viver, e não o contrário? Por que se preocupar preferencialmente em apressar o término da vida?

Não se deve admitir acelerar o falecimento alheio. Todo ser humano deve ser obrigado a fazer tudo o que estiver a seu alcance para prolongar a vida de seu semelhante. Ele deve ser alimentado e medicado. Pode ser um erro grave acreditar que a decisão de um indivíduo de terminar com sua vida diz respeito apenas a este indivíduo, e não à sociedade como um todo.

Pode-se presumir que os mais idosos e os mais pobres serão o objeto prioritário da eutanásia. O custo econômico de manter estas pessoas vivas pode ser determinante na decisão da prática de eutanásia. E elas, muitas vezes sozinhas, podem ser muito mais suscetíveis a sugestões de médicos e enfermeiros de que o melhor seria o término da vida. Eles precisam de apoio emocional, algo que dificilmente lhes é dado. E o que dizer dos menores de idade e pacientes com problemas psicológicos? A sobrevivência da civilização ocidental depende em grande parte de suas opções éticas. A sociedade atual, com todos os seus desenvolvimentos científicos, médicos e tecnológicos, parece estar escolhendo o caminho perigoso da “monética”, e não da ética. Que espécie de ética se deseja de fato? O primado do econômico sobre a ética? Os interesses da medicina devem ser os interesses do paciente, e não os da economia.