

Completed life pill: incompatibilidade teórica em relação à boa morte e impactos associados

*Completed life pill: theoretical incompatibility
regarding good death and impacts associated*



RESUMO

O presente artigo aborda a discussão iniciada na Holanda sobre o termo completed life e a criação da completed life pill e sua relação com a eutanásia e o suicídio assistido. Em um primeiro momento, são elucidados os conceitos de "boa morte", morte assistida e completed life. Após são utilizados estudos dos campos do Direito, da Medicina, da Filosofia e da Sociologia, com o objetivo de demonstrar possíveis motivadores da completed life, impactos, consequências e incompatibilidade com a "boa morte". Com isso, busca-se contrapor a proposta de disponibilização do fármaco letal ao conceito de "boa morte". Ainda, utilizam-se os cuidados paliativos como uma intervenção necessária e anterior à busca pela ampliação da eutanásia e do suicídio assistido em pessoas saudáveis.

Palavras-chave: *Completed life* – Boa morte – Eutanásia – Suicídio assistido – Holanda – *Completed life pill*.

ABSTRACT

This article examines the debate launched in the Netherlands about the term completed life and the creation of the completed life pill relating both with euthanasia and assisted suicide. In order to do that, the concepts of "good death", euthanasia, assisted suicide and completed life are first explained. Then, the differences between "good death" and the disponibilization of a letal pill are addressed, showing the incompatibility between them. In order to understand the examined situation, were used studies of different fields, such as law, medicine, philosophy and sociology. Yet, palliative care was used as a necessary intervention to be used before the expansion of euthanasia and assisted suicide in health persons.

Keywords: *Completed life* - Good death - Euthanasia - Assisted suicide - Netherlands - *Completed life pill*.

* Doutora em Ciências da Saúde pela faculdade de Medicina da UFMG. Mestre em Direito Privado pela PUCMinas. Professora da Escola de Direito do Centro Universitário Newton Paiva. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética (GEPBio) do Centro Universitário Newton Paiva. CV: <<http://lattes.cnpq.br/2434143079314894>>

** Estudante da graduação do curso de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais. CV: <<http://lattes.cnpq.br/2162161643285773>>

*** Estudante da graduação do curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. CV: <<http://lattes.cnpq.br/6835754132674263>>





movimento *Out Free Will* define *completed life* como a conclusão adotada por idosos, ao entenderem que o sentido e o valor de suas vidas se esgotaram, de modo que preferem a morte ao viver (Beekman, 2015, p. 16). O debate holandês sobre a *completed life* se iniciou em 1991, com Huib Drion, professor de direito civil e juiz da Suprema Corte holandesa, ao publicar o artigo *The self-chosen death of elderly people*, no qual defendeu o direito das pessoas em idade avançada de encerrarem suas vidas razoavelmente. A maneira proposta seria a ingestão de uma pílula, posteriormente apelidada de *Drion's pill*, disponível apenas para maiores de 75 anos que vivessem sozinhos. A pílula hipotética seria dividida em duas e apenas a combinação seria letal, permitindo o arrependimento.

O debate público sobre a eutanásia ganhou grandes proporções na Holanda em 1972, devido ao caso da médica Truus Postma, que injetou uma dose letal de morfina em sua mãe, após seu pedido para morrer, uma vez que estava extremamente debilitada. Após atender ao pedido, Postma foi considerada culpada, mas não cumpriu pena. Assim, a defesa da eutanásia desenvolveu-se a partir do pensamento de que ninguém precisa passar por sofrimento insuportável e sem esperanças. (Beekman, 2015, p. 8). Em oposição, parcelas da população temiam que a lei fosse usada de forma abusiva por pessoas com o objetivo de utilizar os médicos para acabar com a própria vida. Ainda, membros do parlamento holandês questionavam se a eutanásia não seria usada como controle de gastos dos planos de saúde (Weber, 2001). Após intensos debates, em 2002, a eutanásia e o suicídio assistido foram legalizados na Holanda, que se tornou o primeiro país no mundo a possuir legislação permitindo ambas as práticas.

A discussão sobre *completed life* também surgiu em 2002, quando a Suprema Corte holandesa julgou o caso Brongersma. Neste, um médico ajudou seu paciente de 86 anos, que alegava estar cansado de viver, a pôr fim à própria vida. A Corte considerou o médico culpado e o condenou por assistência ao suicídio. Entretanto, não foi aplicada pena, pois o órgão julgador também considerou que o profissional teria agido motivado por uma grande preocupação em relação ao paciente.

De Vries (2004, p. 386), Huxtable e Möller (2007, p. 119) e Sheldon (2003, p. 71) apontam esse julgamento como o criador de diretrizes para a morte assistida na Holanda, ao determinar que o procedimento só pode ser realizado na presença de sofrimento insuportável proveniente de condição médica (Van Wijngaarden; Goossensen; Leget, 2017, p. 2). Isso porque a expertise específica dos médicos em diagnóstico e tratamento, por sua própria natureza, não pode ser estendida para casos que não são baseados em uma doença (Buijsen, 2018, p. 377).

O debate ressurgiu em 2010 com o grupo holandês *Out Free Will*,¹ que realizou uma petição requerendo a amplificação do escopo da legislação holandesa sobre morte assistida, de modo a permitir que o procedimento também seja disponibilizado para pessoas acima de 70 anos que não possuam condição clínica. O projeto angariou mais de 100.000 mil assinaturas, permitindo que a iniciativa popular fosse submetida à discussão parlamentar.² Em

¹ Grupo civil fundado em 2009, por Yvonne van Baarle, com o objetivo de legalizar a morte assistida para idosos que consideram ter atingido a *completed life*. O grupo é formado por pessoas acima de 65 anos com conhecimento político, científico e cultural (Beekman, 2015, p. 12).

² Na Holanda, os cidadãos podem inserir temas na agenda parlamentar por meio de uma iniciativa popular. Para isso, a iniciativa deve ter no mínimo 40.000 declarações de suporte.



2012, a iniciativa foi rejeitada pela segunda câmara do parlamento bicameral holandês, por entender que a iniciativa não era compatível com os princípios da legislação concernente à morte assistida.

O governo holandês, entretanto, entendeu como necessário dar consideração à iniciativa popular. Assim, em 2014, os Ministros da Saúde, Bem-estar e Esporte e da Segurança e Justiça formaram um comitê de experts que deveria aconselhá-los quanto às questões legais e sociais atinentes a essa iniciativa popular. O relatório do comitê foi publicado em 2016, recomendando que a proposta não fosse aceita. Desconsiderando o relatório, os Ministros colocaram adiante uma proposta para legalizar a morte assistida para pessoas idosas que alegam vivenciar uma *completed life*. Ainda em 2016, o partido político liberal holandês *Democrats 66* lançou um projeto de lei para legalizar a morte assistida para pessoas acima de 70 anos sem condições médicas. Pontua-se que o referido partido tem afirmado publicamente repetidas vezes sua intenção de propor a disponibilização de uma *end of life pill*.

Para realizar a análise dessa proposta, é necessário primeiro esclarecer o conceito de boa morte, bem como o contrapor ao projeto, de modo a entender se as implicações deste vão propiciar uma morte digna. Por morte digna entende-se a possibilidade de pacientes com doenças graves e incuráveis terem acesso a métodos de alívio de sintomas, mas também à possibilidade de escolher pela interrupção própria vida (Dadalto, 2019, p. 4). Na realidade holandesa busca-se com essa pílula permitir que qualquer idoso possa abreviar sua vida, independentemente de diagnóstico prévio. O presente artigo busca compreender como a *completed life pill* insere-se na Holanda e quais os riscos de sua disponibilização.

O conceito de boa-morte

De acordo com Krishnan (2017, p. 30), “boa morte” não corresponderia a uma palavra, mas a uma expressão com distintos significados, de acordo com o contexto e o referencial teórico. O conceito de boa morte adotado pelo US Institute of Medicine, em 1997,³ conta com a seguinte definição: uma morte livre de sofrimento e estresses evitáveis para os pacientes, os familiares e os prestadores de serviço de saúde; respeitando os desejos do paciente e de seus familiares, desde que esses sejam razoavelmente consistentes no aspecto clínico, ético e social vigentes.

“Boa morte” também já foi definida pelos médicos e bioeticistas Ezekiel J. Emanuel e Linda L. Emanuel (1998, p. 23) como consistente em seis dimensões modificáveis, que abrangem sintomas físicos, relações e suporte social, esperanças e expectativas, sintomas cognitivos e psicológicos, demandas econômicas e necessidade de cuidado, bem como crenças existenciais e espirituais. A expressão “boa morte”, segundo Kellehear (*apud* Hart; Sainsbury; Short, 1998, p. 67), seria utilizada para indicar a presença dos seguintes fatores na vida social do moribundo: ciência da morte; preparações para a morte; renúncia a papéis, responsabilidades e deveres e

³ INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON CARE AT THE END OF LIFE. *Approaching Death: Improving Care at the End of Life*. Washington, D.C: National Academy Press, 1997. 457 p. Disponível em: <<https://www.nap.edu/catalog/5801/approaching-death-improving-care-at-the-end-of-life>>. Acesso em: 4 maio 2020.



a despedida. Ainda, conforme o ideário paliativista, para alcançar a “boa morte” é necessário que o doente atinja a fase de aceitação, resolvendo questões em aberto e tomando decisões referentes às circunstâncias associadas ao seu falecimento (Menezes e Barbosa, 2013, p. 2656).

Por ter conexão com o campo da autonomia positiva do paciente⁴ (Kouwenhoven *et al.*, 2018, p. 3; Dadalto, 2019, p. 8), a boa morte é comumente associada com a prática de eutanásia e suicídio assistido. Cabe, entretanto, diferenciar cada conceito. Na obra “A ortotanásia e o Direito Penal Brasileiro”, Maria Elisa Villas-Bôas⁵ (2008) define eutanásia como “antecipação da morte de paciente incurável, geralmente terminal e em grande sofrimento, movido por compaixão para com ele” (Villas-Boas, 2008, p. 68).

O suicídio assistido, por sua vez, é tido como a abreviação da vida feita pela própria pessoa que está com uma doença grave, incurável e/ou terminal. Nesse caso, a pessoa é ajudada por outrem (médico ou não), que concede os meios para que possa, por si mesma, abreviar sua vida (Dadalto, 2019, p. 4). Eutanásia e suicídio assistido são distintos conceitualmente. No primeiro há administração de doses letais em um paciente por um médico, frequentemente pela via intravenosa, enquanto no suicídio assistido é entregue a dose letal ao paciente, que irá administrá-la pela via oral ou por facilitação de via intravenosa.

Salienta-se que, em estudo realizado por Ezekiel J. Emanuel e Linda L. Emanuel (1998, p. 26), a dor, apesar de constituir fator importante na boa morte, não foi o elemento preponderante para o pedido de eutanásia, pois aspectos psicológicos estiveram mais presentes nos pedidos de eutanásia ou de suicídio assistido (como se tornar um fardo para a família e precisar de assistência médica de maneira constante). Lerner e Caplan⁶ (2015, p. 1640) demonstram, ainda, que em 49,1% dos pedidos de eutanásia concedidos, parte de seus sofrimentos foram caracterizados como solidão.

Ao buscar entender as transformações ocorridas em torno do conceito de “boa morte”, Kehl⁷ (2006, p. 279) aponta que inúmeros autores enfatizam tratar-se de conceito altamente individual e dinâmico, demonstrando que os médicos e pesquisadores paliativistas devem analisar a ideia de cada indivíduo para ter condições de propiciar a eles, de fato, uma boa morte. Ainda segundo Kehl (2006, p. 277), as perspectivas de médicos, enfermeiros e pacientes, bem como da sociologia⁸ concordam com os seguintes atributos da “boa morte”: ter controle; estar confortável; sensação de encerramento; reconhecimento/afirmação do valor da pessoa que está morrendo; confiança nos cuidadores; morte eminente; honra aos valores e crenças; diminuição do fardo; melhora das relações; adequação da morte; deixar um legado e deixar assistência à família.

Por sua vez, o partido político liberal holandês *Democrats 66* propõe a liberação do

⁴ Os autores entendem que a autonomia positiva pressupõe que o paciente entenda o seu tratamento e, partir disso, assuma o controle.

⁵ Doutora em Direito Público pela UFBA. Médica com Especialização em Pediatria pelo Hospital das Clínicas-HUPES/UFBA.

⁶ Membros da Divisão de Ética Médica do Departamento de Saúde da População do Centro Médico de Lagone da Universidade de Nova Iorque.

⁷ Membro da Escola de Enfermagem da Universidade de Wisconsin-Madison e do Hospice Care Inc, Madison, Wisconsin.

⁸ Em sua obra, Kehl cita a visão sociológica abordada no artigo *Whose dying? A sociological critique of the 'good death'* (Hart, Sainsbury, Short, 1998).

suicídio assistido para pessoas idosas sem problemas clínicos, baseando-se na mudança de foco do médico para o foco no direito do cidadão, com ênfase nos direitos de autodeterminação e de morrer, caso seja seu desejo. Assim, buscam permitir que os cidadãos idosos possam exercer o direito de morrer (Van Wijngaarden; Goossensen; Leget, 2017, p. 3). Ao levar em consideração os conceitos de boa morte, entretanto, o que se percebe é que a *completed life pill*⁹ abrevia alternativas e políticas públicas que deveriam ser esgotadas, a fim de propiciar sentido ao final da vida do paciente, uma vez que apenas permite que a pessoa coloque fim à própria vida. Dessa forma, não é dado ao paciente o direito de realizar escolhas sobre o fim da sua vida de forma autônoma, sendo a *completed life pill* tratada como a única opção para uma vida que não possui mais importância social.

Importante ressaltar que a eutanásia e o suicídio assistido não são intervenções utilizadas para mudar as dimensões do paciente (ex: sintomas psicológicos e físicos). Isso, porque são usados apenas quando os esforços para melhorar os sintomas médicos, demandas econômicas, necessidades de cuidados, crenças espirituais e existenciais, bem como relações sociais foram exauridos. (Emanuel e Emanuel, 1998, p. 22). Ou seja, usa-se a morte assistida apenas quando não é mais possível mudar as experiências do paciente de maneira positiva.

Por fim, conforme Lerner e Caplan ressaltam, os médicos devem permanecer primariamente na promoção da saúde e da qualidade de vida. Existem numerosos grupos potencialmente vulneráveis ao abuso no fim dessa *slippery slope* - os idosos, os portadores de deficiência, os pobres, as minorias e as pessoas com condições psiquiátricas. Quando a sociedade pouco faz para aliviar o sofrimento, deve ser cuidadosa para não deslizar para problemas. Ao contrário, deve consertar os problemas verdadeiros. (Lerner e Caplan, 2015, p. 1641).

Morte assistida no mundo

A eutanásia foi legalizada de maneira pioneira pela Holanda em 2002, momento em que também foi descriminalizado o suicídio assistido, por meio da lei chamada *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*.¹⁰ Ambos, entretanto, são permitidos apenas em casos de doenças incuráveis em que o paciente esteja sofrendo uma dor "insuportável". Ainda, o pedido deve ser feito pelo paciente de forma totalmente consciente.

Após a Holanda, ainda em 2002, a Bélgica (2002) tornou-se o segundo país a legalizar a eutanásia, também apenas para pacientes com doenças incuráveis que experimentem sofrimento "insuportável". A lei também determina que o paciente que deseje sofrer a eutanásia deve residir no País e submeter requerimentos repetidas vezes (a lei não especifica o número). Atualmente não há mais restrição de idade para a realização do procedimento. O suicídio assistido não é explicitamente regulado na legislação belga, mas os casos reportados ao *Belgian Federal Control and Evaluation Commission Euthanasia* são tratados da mesma forma que a

⁹ Termo utilizado pelo grupo *Out Free Will*, na *Complete Life initiative*.

¹⁰ NETHERLANDS. *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*, 2002. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15712446/>>. Acesso em 18 abr. 2020.



eutanásia (Steck *et al.*, 2013, p. 939). As obrigações do médico, por fim, são semelhantes às holandesas, pontuando-se apenas que, se o paciente não estiver nos estágios finais da doença, o profissional deve consultar um médico especialista independente, e deve haver um período de um mês entre o requerimento escrito e o ato final da eutanásia (Dyer; White; Rada, 2015, p. 1).

Em Luxemburgo, a eutanásia e o suicídio assistido foram legalizados em 2009, sendo elegíveis apenas adultos com condições severas e incuráveis, em estado terminal e com sofrimento “insuportável”. Pessoas não residentes no país podem requerer a realização dos procedimentos, mas a lei requer a existência de uma relação próxima entre o médico (residente) e o paciente.

Na América Latina, a Colômbia é o único país que permite a eutanásia. Em 1997, a prática foi tornada lícita no país pela Corte Constitucional Colombiana. A eutanásia, entretanto, não foi regulamentada, o que impedia a materialização da garantia, de forma que a Corte Constitucional emitiu ordens ao Ministério da Saúde e Proteção Social para que elaborasse um protocolo determinando como a eutanásia deveria ocorrer. Este foi criado, estabelecendo 7 requisitos para solicitar a eutanásia: (1) condição médica; (2) avaliação do sofrimento; (3) inexistência de alternativas de tratamento ou cuidado razoáveis; (4) persistência explícita no pedido; (5) segunda avaliação; (6) avaliação da capacidade de decisão; (7) integridade da avaliação.

No Uruguai, a eutanásia não foi regularizada, mas, em 1934, com a entrada em vigor do atual Código Penal uruguaio, foi caracterizado o homicídio piedoso no art. 37, capítulo III, que aborda a questão das causas de impunidade. De acordo com a legislação uruguaia, é facultado ao juiz a exoneração do castigo a quem realizou este tipo de procedimento, desde que preencha três condições básicas: ter antecedentes honráveis; ser realizado por motivo piedoso, e a vítima ter feito reiteradas súplicas (Goldim, 1997).

No Canadá, em 2015, a Suprema Corte derrubou as partes do *Criminal Code* que proibiam a assistência médica na morte, dando ao governo o prazo de pouco mais de um ano para incorporar ao ordenamento jurídico o direito do médico a assistir a morte por meio de prescrição de drogas letais. São disponíveis tanto a eutanásia quanto o suicídio assistido, sendo necessário: (1) ser cadastrado no sistema de saúde do governo canadense, ou dos territórios/províncias (visitantes não são elegíveis) (2) ter pelo menos 18 anos e ser mentalmente competente; (3) ter uma doença irreversível; (4) pedir a assistência de maneira voluntária; (5) fornecer consentimento informado sobre receber ajuda para morrer. É necessário, também, esperar 10 dias entre o pedido de assistência para morrer e o procedimento, bem como constatar o desejo e o consenso quanto à prática no momento do requerimento e logo antes da efetivação do procedimento.

A Suíça não legalizou a eutanásia, entretanto, o art. 115 do Código Penal Suíço permite a assistência ao suicídio se a pessoa que assiste o faz por “razões não egoístas”. Não é necessário que um médico esteja envolvido. Apesar disso, a prática não é regulamentada no país. A eutanásia, por sua vez, é proibida pelo art. 114 do mesmo código. Desde 1982, organizações do País assistem a suicídios. A Suíça é o único país que permite a realização de suicídio assistido

não apenas por residentes, mas também por estrangeiros.

O suicídio assistido é legal em nove estados dos Estados Unidos, bem como na província de Columbia, enquanto a eutanásia não é regularizada no País. O Oregon permite a prática desde 1997, possuindo a legislação sobre mais antiga do mundo. A morte assistida também é garantida pela lei nos estados do Colorado, do Hawaii, do Maine, de New Jersey, de Vermont, de Washington e no distrito de Columbia. Ainda, nos estados de Montana e da Califórnia é uma opção dada aos indivíduos por meio de decisões das cortes, ou seja, pelo judiciário e não pelo legislativo.

No estado australiano de Victoria a eutanásia e o suicídio assistido são legalmente permitidos, pelo *Voluntary assisted dying act (Vic)*¹¹, caso preenchidos os seguintes critérios: (i) ter 18 anos ou mais; (ii) ser cidadão australiano ou ter residência permanente, ser residente em Victoria, sendo que, ao realizar o primeiro pedido de assistência à morte, o paciente deve ser residente no Estado há no mínimo 12 meses. (iii) ter capacidade de fazer decisões (conforme requisitos expressos pela lei); (iv) possuir uma doença incurável, em estágio avançado ou progressiva que irá causar morte, com expectativa de morte em 6 meses (ou 12, no caso de doenças neurodegenerativas), que cause sofrimento à pessoa que não consegue ser aliviado de maneira que o paciente ache tolerável. Em 2019, o *Voluntary Assisted Dying Act 2019 (WA)*¹² foi aprovado pelo parlamento do estado australiano de Western Australia, legalizando a morte assistida no Estado. Entretanto, a Lei possui um período de implementação de 18 meses, de modo que passará a ser aplicada apenas em 2021. Ressalta-se que as legislações dos estados e os critérios elegíveis, possuem poucas diferenças.

Vale ressaltar os casos de outros três países. Em Portugal, cinco projetos de lei que regularizam a morte assistida foram aprovados pela Assembleia da República (órgão legislativo do País) e enviados para a sanção presidencial. Enquanto isso, a Suprema Corte alemã, também em fevereiro de 2020, decidiu pela constitucionalidade do suicídio assistido¹³. Já na Espanha, em fevereiro de 2020 foi aprovada pelo congresso a proposta que abre caminho para o reconhecimento da morte assistida, sendo enviada para alterações.

Ainda, na Nova Zelândia, a proposta de regularizar a morte assistida foi aprovada pelo parlamento em novembro de 2019, mês em que também obteve o consentimento real. Dessa forma, foi realizado um referendo em outubro de 2020 para que a população votasse sobre o *End of life choice act*, cujo resultado parcial, liberado em outubro, foi a favor da legalização.¹⁴ Os critérios de elegibilidade descritos pelo *end of life choice act* são: a) ter mais de 18 anos, ser residente permanente ou cidadão neozelandês. b) ter uma doença terminais, com expectativa

¹¹ AUSTRALIA. Voluntary Assisted Dying Act 2017, Victoria. Disponível em: <<https://www.legislation.vic.gov.au/in-force/acts/voluntary-assisted-dying-act-2017/003>>. Acesso em: 27 abr. 2020.

¹² AUSTRALIA. Voluntary Assisted Dying Act 2019, Western Australia. Disponível em: <[https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrdoc_42491.pdf/\\$FILE/Voluntary%20Assisted%20Dying%20Act%202019%20-%20%5B00-00-00%5D.pdf?OpenElement](https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrdoc_42491.pdf/$FILE/Voluntary%20Assisted%20Dying%20Act%202019%20-%20%5B00-00-00%5D.pdf?OpenElement)>. Acesso em: 28 abr. 2020.

¹³ ALEMANHA. Tribunal Constitucional Alemão. Bundesverfassungsgericht. Strafgesetzbuch. Bundesverfassungsgericht.de [site], 2020a. Disponível em: <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rk20200227_2bvr250616.html>. Acesso em: 27 jun. 2020.

¹⁴ CHENG, Derek. Referendum results live: NZ votes yes on euthanasia, no on cannabis legalization. NZ Herald, online, 29 out. 2020. Disponível em: <<https://www.nzherald.co.nz/nz/politics/referendum-results-live-nz-votes-yes-on-euthanasia-no-on-cannabis-legalisation/LBKXYT2QB5IZLLCZJ7EVM6D4SY/>>. Acesso em: 31 out. 2020.

de vida de até seis meses. c) estar em estado avançado de declínio irreversível da capacidade física. d) experienciar um sofrimento insuportável que não pode ser aliviado de uma maneira que o paciente considere tolerável. e) ter a aprovação de dois médicos, que devem verificar a competência do paciente para a tomada de decisão, verificar se a escolha é livre e prestar os esclarecimentos médicos sobre os procedimentos.

A eutanásia na Holanda

Desde que a legislação sobre a eutanásia e o suicídio assistido entrou em vigor, na Holanda foram criados cinco comitês de revisão regional, com a tarefa estatutária de revisar os casos de eutanásia e suicídio assistido, o que é feito de acordo com os critérios do *due care*. Os comitês realizam informes anuais, demonstrando como são aplicados e interpretados os critérios estatutários do cuidado devido para a eutanásia. Para tornar as informações mais acessíveis, e de acordo com a recomendação realizada na segunda avaliação da Lei, os comitês elaboraram o *Euthanasia Code 2018* (Netherlands, 2018, p. 6).

De acordo com a *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*, o médico responsável pelos procedimentos deve cumprir determinados requisitos. São eles: (i) ter convicção de que o pedido é voluntário e bem ponderado; (ii) ter convicção de que o sofrimento enfrentado pelo paciente é permanente e “insuportável”; (iii) ter informado ao paciente a situação em que ele se encontra e todas as perspectivas; (iv) o paciente deve ter convicção de que não há outra solução razoável para sua situação; (v) consultar pelo menos outro médico independente que tenha visto o paciente e dado uma declaração escrita sobre os requisitos dos cuidados devidos; (vi) deve ter exercido cuidado médico e atenção necessária no processo de assistência à morte do paciente.¹⁵

Cumpridos esses requisitos, o médico não será criminalmente responsabilizado pela realização da eutanásia. Isso, porque esta ainda é considerada um crime no país, por meio dos artigos 293 e 294 do Código Criminal, tendo a lei apenas criado uma exceção para os médicos que cumprem os requisitos e informam a realização da eutanásia para a autoridade competente (Netherlands, 2018, p. 8).

Entretanto, o médico não é obrigado a performar a eutanásia, visto que a legislação holandesa a prevê como uma permissão ao médico, caso entenda necessário, não podendo ser exigida pelo paciente. Isso se deve ao fato de a eutanásia ser considerada como crime na Holanda, sendo feita apenas uma exceção para os médicos. Dessa forma, a eutanásia não foi inserida na legislação como um direito do paciente, e sim como uma prerrogativa do profissional. Por isso, o procedimento legal é todo voltado à averiguação da responsabilidade do profissional. A negativa deve ser informada nos estágios iniciais, para que o paciente possa procurar outro médico (Netherlands, 2018, p. 9).

Caso o paciente com 60 anos ou mais não possua mais condições de expressar sua

¹⁵ NETHERLANDS. Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, 2002. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15712446/>>. Acesso em 18 abr. 2020.

vontade, mas antes de atingir esse estado tenha sido capaz de expressá-la e, consciente de seus interesses, tenha deixado requerimento escrito pedindo o término de sua vida, o médico pode atender ao pedido. Deve, entretanto, continuar seguindo os requisitos acima. Pontua-se que, no caso de paciente com múltiplas síndromes geriátricas, como osteoporose, osteoartrites e deterioração cognitiva, a eutanásia pode ser autorizada pelo médico (Netherlands, 2018, p. 23).

Tratando-se de pacientes menores de 18 anos, os cenários são díspares de acordo com cada faixa etária, segundo o Protocolo Groninge:¹⁶ (i) a eutanásia em bebês até um ano “com anormalidades tão extensas que isso impeça qualquer possibilidade de vida independente e que o sofrimento é persistente e não pode ser de forma alguma remediado”; (ii) entre crianças de 1 e 12 anos não há, até o momento, nenhuma norma ou protocolo que possibilite a prática, mas o atual ministro da saúde, Higo de Jonge, foi até o Parlamento holandês em 12/10/2020 pedindo o alargamento do Protocolo Groningen para essas crianças (Actieve levensbeëindiging..., 2020); (iii) entre 12 e 15 anos, os responsáveis devem concordar com o requerimento. Em casos de pacientes entre 16 e 17 anos, o requerimento pode ser feito sem a anuência dos responsáveis, entretanto, estes devem ser envolvidos nas discussões. A eutanásia não é permitida abaixo da idade de 11 anos (Verhagen *et al.*, 2014).

O *Euthanasia Code 2018* disciplina como deve ocorrer a percepção da vontade do paciente nos casos em que existem condições psiquiátricas, demência e deficiência intelectual. O que ocorre por tais condições afetarem a maneira como a vontade é externalizada, devendo ser tratadas de maneira mais criteriosa. Em relação às condições psiquiátricas, um psiquiatra também deve avaliar o paciente, além disso deve ser avaliado se ele mantém a capacidade de discernimento. Já nos casos de demência, deve ser observado que o avanço da demência gera declínio da capacidade decisória. Ainda, nos casos de deficiência intelectual, uma observação importante é que o médico independente deve possuir a especialidade requerida para ser capaz de avaliar a capacidade decisória.

Também são disciplinados os casos de afasia (desordem da fala) e de coma. Quanto à afasia, pontua-se que essa é uma condição em razão da qual o paciente tem dificuldade ou incapacidade de se expressar pela fala. Logo, o médico deve atentar a outras maneiras por meio das quais a vontade pode ser expressa. Por fim, nos casos de coma, se a condição for irreversível, houver sinais de sofrimento e a eutanásia tiver sido planejada anteriormente à instalação desse quadro, o médico pode prosseguir com a intervenção. Nos casos de coma reversíveis e de requerimentos de eutanásia incompletos antes da redução de consciência, o *Euthanasia code 2018* estabelece protocolos específicos para cada situação, levando em consideração a escala de coma, a existência de pedido de eutanásia anterior ao coma/redução de consciência, a reversibilidade da condição e a presença de sinais de sofrimento.

O *Euthanasia Code* (2018, p. 9) também determina que a doença sofrida pelo paciente não precisa colocar sua vida em risco, bem como o paciente não precisa estar em estágio terminal para requerer a eutanásia (Netherlands, 2018, p. 9). Com a realização do ato final da eutanásia, o médico deve notificar o patologista municipal, entregando um formulário após

¹⁶ Protocolo médico reconhecido pelo Poder Público holandês.

o exame post-mortem. Também deve ser entregue um relatório detalhado do médico que realizou o procedimento, bem como do médico independente. Segundo informações do *Euthanasia Code 2018*, é comum que os médicos também entreguem os registros médicos, cartas de especialistas e, caso haja, a diretiva antecipada. O patologista municipal, então, envia uma notificação para o comitê regional contendo diversos documentos (Netherlands, 2018, p. 10). O comitê, então, irá analisar se o médico cumpriu os requisitos e informá-lo por escrito. Caso a resposta seja positiva, o procedimento acaba. Em caso negativo, a lei exige que seja informado ao *Public Prosecution Service* (OM) e ao *Health and Youth Care Inspectorate* (IGJ) (Netherlands, 2018, p. 10).

Em 2018, foram realizadas 6.126 notificações de morte assistida no país, representando 4% do total de mortes naquele ano. A maior parte dos pacientes que passaram por essa intervenção tinham entre 70 e 80 anos. Dentre essas notificações, 5.898 foram eutanásias, 212 suicídios assistidos e 16 uma combinação dos dois.¹⁷

O conceito de completed life

Em 1991 Huib Drion, professor de direito civil e juiz da Suprema Corte holandesa, iniciou o debate sobre o termo *completed life*, em um artigo publicado com o título *The self-willed end of old people*, no qual defendia que pessoas idosas deveriam ter o direito de ter acesso a uma pílula que colocaria fim a suas vidas, sem a necessidade de doenças preexistentes ou de receita médica. A discussão sobre a realização de eutanásia em casos de *completed life* obteve destaque na Holanda com o grupo *Out Free Will*, criado em 2009 (Satalkar e Van der Geest, 2019, p. 2). O referido grupo define *completed life* como: a posição em que pessoas idosas chegaram à conclusão de que o valor e o significado de suas vidas diminuiram ao ponto em que elas começaram a preferir a morte à vida (Beekman, 2015, p. 16).

A questão legal que concerne aos defensores do *completed life* é que pessoas idosas podem apresentar o desejo de antecipar sua morte, contudo, caso elas não possuam alguma condição médica, não há como afirmar que experimentam sofrimento “insuportável” decorrente dessa condição. Assim, não são elegíveis para a eutanásia (ou suicídio assistido), de acordo com a legislação holandesa. Nesse sentido, pleiteiam alterações legais, de modo que as pessoas acima de 75 anos consigam ter acesso a um fármaco que levaria à morte, sem precisar passar pelo crivo de um médico, como prevê a atual lei.

Em carta sobre o posicionamento do governo quanto à *completed life*, os Ministros holandeses da Saúde, Bem-estar e Esporte e da Segurança e Justiça informaram que o comitê de especialistas formado para analisar a proposta entendeu que a legislação existente no País permite a realização da morte assistida para a maioria das pessoas que relatam que sua vida está “completa”, por essa afirmação possuir uma dimensão médica. Quanto aos pedidos que não poderiam ser realizados por meio da legislação vigente, o comitê noticiou que não há a

¹⁷ NETHERLANDS. Annual Report 2018. Disponível em: <<https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>>. Acesso em: 26 abr. 2020. Citado p. 11.

impressão de que os pedidos de suicídio assistido costumam ser feitos nessas situações (*Letter of 12 October 2016...*, 2016, p. 2).

O comitê argumenta que *completed life* é um termo “guarda-chuva”, que pode ser interpretado de diversas maneiras. Ao estudar as diversas interpretações, foi formulada a seguinte definição, utilizada no relatório entregue ao Governo: “(*completed life*) é sobre pessoas que geralmente estão em uma idade avançada, que - segundo opinião própria - não possuem perspectiva de vida e, como resultado, desenvolveram um ativo e persistente desejo de morrer”. Ao adotar essa definição, estariam cobertas pelo *Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act* as situações em que o sofrimento possui uma dimensão médica. Ainda, também seriam abarcadas as situações em que há múltiplas síndromes geriátricas, que podem levar ao sofrimento e, com isso, o desejo de encerrar a vida (*Letter of 12 October 2016...*, 2016, p. 3).

Foi estabelecido, também, que existem quatro valores importantes na sociedade holandesa que desempenham um papel notório na discussão sobre eutanásia e, portanto, seriam necessários para o debate sobre a *completed life*. São eles: segurança, cuidado devido, transparência e acessibilidade e capacidade de revisão. Com isso, o comitê demonstrou preocupação com o fato de que, caso a legislação fosse alterada de forma a permitir o requerido, não é certo se seria possível garantir o mesmo nível de cuidado devido (*Letter of 12 October 2016...*, 2016, p. 4).

Outro ponto importante é do que o *Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act* adota o ponto de vista médico, de forma que o profissional pode concluir que a única maneira de garantir que os cuidados devidos sejam dados ao paciente seja por meio da eutanásia (*Letter of 12 October 2016...*, 2016, p. 7). Assim, a morte assistida é tratada como uma opção que o médico pode utilizar no tratamento de seu paciente, a pedido deste, caso cabível.

A legislação prevê que, caso o médico decida realizar o procedimento de morte assistida por requerimento de seu paciente, a responsabilidade é exclusivamente do profissional, que inclusive deve contar com a opinião de outro expert independente e submeter os resultados à avaliação de um comitê. O foco do *Act* é a situação do médico. Nesse sentido, não foi considerado pelo Governo holandês como prudente abrir o escopo da lei atual, uma vez que não há dimensão médica no sofrimento das pessoas que afirmam ter “*completed life*” (*Letter of 12 October 2016...*, 2016, p. 2).

A realização de morte assistida em pessoas que não possuem condições severas não pode ser encarada da mesma maneira como a morte assistida legalmente praticada na Holanda. Em decisão da Suprema Corte Holandesa, foi determinado que:

Lidar com o desejo de morrer na ausência de doença severa não se enquadra no domínio médico. O médico deveria ter consultado um expert (nessa área), apesar de permanecer incerto sobre quem deveria ter sido considerado expert neste campo (Suprema Corte Holandesa, 2003 *apud* Rurup *et al.*, 2005, p. 666).

Dada a irreversibilidade das consequências causadas pela morte, o entendimento do

Governo foi de que é importante apurar se o desejo de interromper a própria vida é competente e persistente, bem como se desenvolveu voluntariamente, sem a pressão de outros. Para isso, é essencial estabelecer critérios objetivos para prevenir que sejam disponibilizadas substâncias letais a pessoas que não realizaram uma decisão bem considerada (*Letter of 12 October 2016...*, 2016, p. 9).

Em seu posicionamento, o Governo holandês também pontuou como essa proposta poderia ser viabilizada, bem como afirmou que “criar escopo para permitir que as pessoas com um desejo autônomo de dar fim à própria vida, que elas veem como completa, possam fazer isso de uma maneira digna não significa que nós (o Governo) não devemos fazer todo o possível para prevenir essas situações de surgirem”. Ainda, com o objetivo de melhorar o cuidado e suporte no fim da vida, o Governo financia o Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Por fim, também foi afirmada a disponibilização de modos dignos de realizar o suicídio para pessoas que entendem que sua vida está completa deveria ocorrer como forma de complementar o sistema atual existente no País (*Letter of 12 October 2016...*, 2016, p. 14).

Também deve ser observado o que as pessoas buscam expressar quando utilizam o termo *completed life*, uma vez que foram pontuados pela população cinco experiências que levam à conclusão de que a vida acabou e, com isso, ao desejo de morrer: i) o sentimento de ter alcançado a solidão; ii) a dor de não importar mais; iii) incapacidade de se expressar por conta própria; iv) cansaço multidimensional; v) sentimento de aversão em relação à dependência. Assim, *completed life* pode parecer um termo demasiado alegre e racional para essa experiência, um eufemismo para um período doloroso e perturbador ao fim da vida (Satalkar e Van der Geest, 2019, p. 3).

Deve ser ressaltado, também, que não sabemos o que as pessoas que se identificaram como solitárias ou cansadas de viver estavam experimentando. Teriam os seus médicos exaurido todas as opções que poderiam restaurar sua felicidade em parte? Poderiam e deveriam as políticas públicas fazer mais por elas? (Lerner e Caplan, 2015, p. 1641).

O próprio posicionamento do Governo, ao demonstrar que tais situações devem ser prevenidas, indica uma clara necessidade de políticas públicas com esse fim. Importante, ainda, que as políticas e ações sejam estudadas e postas em práticas antes que se adentre o terreno da legalização do suicídio por *completed life*. Para mais, seria benéfico ao debate se os argumentos práticos e normativos fossem separados, porque os problemas práticos apenas se tornam relevantes se a pílula para suicídio fosse considerada ética (Rurup *et al.*, 2006, p. 553).

Ao analisar a carta escrita pelos Ministros holandeses da Saúde, Bem-estar e Esporte e da Segurança e Justiça, percebe-se que houve uma abordagem legislativa e prática da questão ao mesmo tempo, uma vez que é demonstrado porque a *completed life* não seria abrangida pela atual moldura legal. A partir desse ponto, partem para a análise da maneira de viabilizar a existência da *completed life pill*. Utilizam, para tanto, o argumento de que:

O princípio da autonomia é o princípio básico que perpassa o direito à autonomia das pessoas que veem suas vidas como completas. Acreditamos que é importante para as pessoas exercerem esse direito, mesmo no contexto do suicídio assistido. Na nossa opinião, isso apenas

pode ser feito em um processo cuidadoso que seja transparente e possa ser avaliado e revisado, garantindo, portanto, segurança (Letter of 12 October 2016..., 2016, p. 15).

Não são, em qualquer momento, contrapostos outros princípios existentes no ordenamento jurídico, muito menos abordada a eticidade do projeto.

A (in)compatibilidade entre os conceitos de *completed life* e boa morte

Em 2005, antes do surgimento da expressão *completed life*, foi realizado um estudo retrospectivo por meio de entrevistas com médicos e enfermeiros, com o objetivo de determinar com que frequência são realizados pedidos de morte assistida sem a presença de doença severa, e como a prática médica na Holanda lida com esses pedidos (Rurup;¹⁸ Muller;⁸ Onwuteaka-Philipsen;⁸ Van der Heide;¹⁹ Van der Wal;⁸ Van der Maas,⁹ 2005, p. 665). O estudo concluiu que:

A maioria dos médicos na Holanda recusam pedidos de morte assistida na ausência de doença severa. A maioria dos pacientes insistem em seu pedido. Numa população que está envelhecendo, é necessária mais pesquisa para fornecer aos médicos intervenções práticas para prevenir o suicídio e fazer a vida suportável e satisfatória para pessoas idosas que desejam morrer (Rurup et al., 2005, 665).

Em números, foi constatado que, do total de pedidos realizados aos médicos, apenas 4,5% se referiam ao cansaço de viver. Ainda, apenas 1% desses pedidos de morte assistida foi atendido. Esse número, em doenças físicas, sobe para 42% (Rurup et al., 2005, p. 667). O principal motivo de solicitação de morte assistida na ausência de doença severa, segundo o estudo, foram fatores mentais e sociais, como melancolia, depressão e falta de atividades de lazer, mesmo com estado de saúde avaliado pelo médico como razoável (Rurup et al., 2005, p. 668).

Dentre esses pacientes, de um total de 29 pessoas analisadas, 10 receberam tratamentos, como antidepressivos, terapias e analgésicos. Após a efetivação do plano terapêutico, cinco pacientes desistiram de prosseguir com o procedimento de morte assistida ou se tornaram menos explícitos nas solicitações. Enquanto no grupo que não foi submetido a nenhum tratamento, todos continuaram com o pedido de morte assistida e cinco se suicidaram, com a recusa de seus pedidos (Rurup et al., 2005, p. 669).

Com esse estudo, é possível perceber que o número de pessoas sem doenças severas na Holanda que desejam pôr fim a própria vida é pequeno. Ainda, ao examinar as características desse grupo, é clara a nuance mental e psicológica dessa questão, indicando que a *completed*

¹⁸ Membro do Departamento de Saúde Pública e Ocupacional e do Instituto para Pesquisa em Medicina "Extramural" da VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands.

¹⁹ Membro do Departamento de Saúde Pública da Erasmus MC, Rotterdam, The Netherlands.

life é um reflexo dessas condições, e não um desejo autônomo, sem influência externa. Não pode ser ignorado o fato de que, das dez pessoas que desejavam pôr fim à própria vida e receberam algum tratamento, metade mudou de ideia sobre prosseguir com a intervenção, dado que enfatiza o argumento de que se deve pensar em políticas públicas efetivas antes de considerar a legalização da *completed life pill*.

O mesmo grupo de estudiosos responsável pela pesquisa relatada empreendeu outro estudo, envolvendo 410 médicos, 1.379 membros da população geral e 87 parentes de pessoas que morreram por eutanásia ou suicídio assistido. O objetivo do estudo foi entender as atitudes e a opinião da população geral e dos médicos quanto à realização de eutanásia e suicídio assistido sem a presença de doença severa e, também, sobre a disponibilização de pílula para suicídio para pessoas idosas (Rurup *et al.*, 2006, p. 521).

Ao questionarem os entrevistados sobre a frase “Todos têm direito a decidir sobre a própria vida e a própria morte”, mostraram-se de acordo com ela 56% dos médicos, 68% dos membros da população geral e 74% dos parentes de pessoas que realizaram morte assistida. Em seguida, os participantes da pesquisa foram indagados sobre como se sentiam em relação à afirmação de que “pessoas muito idosas deveriam ter acesso a medicação por meio da qual poderiam pôr fim à própria vida caso assim desejassem”, 56% dos médicos discordaram, enquanto 45% da população em geral concordou com a afirmação (Rurup *et al.*, 2006, p. 523).

Quanto às considerações dos parentes de pessoas que realizaram morte assistida, 31 (dentre os 71 que responderam à pergunta) afirmaram ser a favor da pílula. Nesse grupo, 18 pessoas apontaram os motivos pelos quais usariam, sendo eles possuir doença terminal (7); estar cansado de viver (5); ser dependente/não conseguir fazer nada (4); não conseguir assistência à morte de forma legal (2); não conseguir interagir com outras pessoas (1); caso houvesse uma guerra e não tivesse mais controle sobre a minha vida. Vale ressaltar que, entre as pessoas que se opuseram à afirmação, a justificativa mais frequente relatada foi o medo dessa pílula ser usada de maneira impulsiva ou em um quadro de depressão (Rurup *et al.*, 2006, p. 259).

Observa-se que as pessoas buscam, com essa pílula, uma maneira de morrer de forma digna, o que significa que “poder escolher quando morrer” nada mais é do que buscar um modo de não chegar à idade avançada sendo assolado por diversos males. Ao buscarem morrer de forma digna, essas pessoas podem buscar alcançar uma boa morte por meio do suicídio. Não se pode, entretanto, perpetuar o pensamento de que a “boa morte” concerne apenas ao morrer em si, visto que, conforme demonstrado nos tópicos iniciais, a morte não se limita ao morrer, mas a todo o processo, buscando sempre oferecer cuidados, de forma a prezar pelo bem-estar e autonomia da pessoa em seu tempo restante de vida.

Ao abordar o tema da *completed life* não há como negar a menção à solidão nos estudos e textos sobre o tema. Em uma pesquisa realizada com vinte e cinco idosos que alegavam desejar pôr fim à própria vida em razão da *completed life*, sem contar com doença severa, foi relatado por todos os pacientes o sentimento de solidão intensa (distanciamento dos outros, falta de relações e companhias valiosas). Em vários casos, apesar de possuir bom contato com seus filhos, os participantes pontuaram que não queriam se tornar um obstáculo

na vida deles. Outros participantes relataram ainda que, apesar de terem alguns laços, eles estavam ficando cada vez mais esporádicos, agravando o sentimento de solidão. Apesar de existirem pessoas presentes, eles relataram a falta de reciprocidade e suporte (Van Wijngaarden; Leget; Goossensen, 2015, p. 260).

Esse mesmo estudo abordou, também, o sentimento de não ser mais importante, relatado pelos pacientes. Segundo eles, haviam cumprido as tarefas de suas vidas, pois outras pessoas ocuparam suas funções anteriores, seus filhos eram independentes e sentiam que não estavam mais contribuindo e guiando pessoas mais novas, se sentindo marginalizados e sem motivo para viver. Essas pessoas relataram sentir que não são mais importantes para ninguém, e que as contribuições que podem dar para a sociedade não são levadas a sério (Van Wijngaarden; Leget; Goossensen, 2015, p. 261).

Outro fator muito relatado entre esses idosos foi a sensação de cansaço multidimensional, abrangendo as esferas mentais, físicas, sociais e existenciais. Dentre as razões para esse cansaço, os pacientes expressaram que estavam lutando contra doenças não fatais, que geravam dor física e degeneração, pesar emocional ou trauma passado que ganhava espaço na velhice e pensamentos contínuos sobre uma vida difícil, decepções e oportunidades perdidas (Van Wijngaarden; Leget; Goossensen, 2015, p. 261). O estudo, então, indica um possível problema que deve ser estudado mais a fundo, antes de se avançar para a disponibilização de dose letal. Pontua-se, ainda, que as pesquisas realizadas na Holanda sobre essa temática ainda são recentes e restritas, de modo que o tópico merece ser mais investigado, permitindo maior nível de evidência.

Novamente, é demonstrado que esse desejo autônomo deve ser questionado, visto que os estudos demonstram que há motivações sociais e psicológicas que devem ser tratadas e podem viciar a autonomia. Apesar dos idosos que desejam pôr fim às próprias vidas afirmarem ter esse desejo de maneira autônoma e independente, evidencia-se um paradoxo, pois ao mesmo tempo essas pessoas referem ser extremamente dependentes e vulneráveis (Van Wijngaarden; Leget; Goossensen, 2017, p. 4). Por mais que seja pontuado que é possível a existência de desejo autônomo e sem influências externas de morrer, as pesquisas demonstram que há motivação fora da esfera pessoal no desejo de realizar o suicídio quando não há presença de doença severa.

Nesse sentido, Kouwenhoven *et al.* (2018, p. 4) entendem que mesmo que a autonomia seja um fator predominante no pedido de eutanásia, podem existir questões subjacentes que demandem uma solução que não seja o fim à própria vida (Kouwenhoven *et al.*, 2018, p. 4). Leia-se: necessidade de cuidados, atenção, segurança, consolo ou outra maneira de diminuir o sofrimento. Ao entender que pôr fim à própria vida quando se entende que ela está completa seria morrer com dignidade, pode-se perverter o sentido da "boa morte". Isso porque a utilização de pílula com dose letal como meio de alcançar uma morte digna restringe esse conceito ao ato final (morte), quando, de fato, a "boa morte" deveria significar fazer as últimas semanas, e não os últimos minutos, mais valiosos e significativos (Emanuel e Emanuel, 1998, p. 21). O foco, então, para permitir que o paciente tenha uma "boa morte" é o processo e não o ato de morrer. O projeto da pílula, ao contrário, foca apenas no ato final.

Cabe contrapor as seis dimensões da “boa morte” (Emanuel e Emanuel, 1998, p. 23) aos relatos dos idosos no último estudo apresentado. A primeira dimensão são os sintomas físicos que envolvem, dentre outros, dor e fadiga. A segunda são os sintomas psicológicos e cognitivos que abrangem, por exemplo, a depressão e a ansiedade. A terceira dimensão envolve todas as relações sociais e o suporte, seja ele familiar ou da comunidade. A quarta dimensão são as demandas econômicas e a assistência especializada. A quinta dimensão são as esperanças e os marcos importantes para o paciente, como o nascimento de algum membro da família ou alguma data especial. E, por fim, a sexta dimensão envolve as crenças religiosas e existenciais do paciente.

Ainda, permitir que pessoas idosas se suicidem simplesmente por entenderem que o valor e o significado de suas vidas reduziram ao ponto de que elas começaram a preferir a morte à vida pode ocasionar uma morte contrária à segunda e à terceira dimensão. Isso, porque conforme referido nas pesquisas, não foi encontrado um desejo de morrer autônomo, livre de interferências, mas formado por sentimentos de solidão, por cansaço, por aversão à dependência (entre outros). Assim, a *completed life pill* não propiciará uma morte “mais digna” por fornecer um meio simples e eficaz de pôr fim à própria vida, mas correrá o risco de causar mortes a pessoas não amparadas em todas as dimensões necessárias.

Poderia, então, ser pensada uma ampliação dos cuidados paliativos (já fornecidos pelo governo holandês) aos idosos em geral. Para tanto, com a incorporação de uma visão holística da saúde do paciente, que busque um plano terapêutico multidisciplinar que envolva tratamento medicamentoso, não medicamentoso, terapias psicossociais, ações de inclusão.

Outro aspecto a ser levado em consideração em relação à *completed life pill* é o *slippery slope* - um argumento frequentemente utilizado no que concerne à autonomia. Ele contém a noção de que um curso de ação particular irá levar, inevitavelmente, a consequências indesejáveis. Dizer não à ação original, então, ainda que ela seja moral, será o correto, à luz da *slippery slope* (Lerner e Caplan, 2015, p. 1640).

Em um primeiro momento, poder-se-ia questionar o caráter discriminatório da proposta da *completed life pill*, visto que o “cansaço de viver” e a legitimação do sentimento de ter vivido uma vida completa apenas são colocados como motivos válidos para a morte em relação a pessoas com mais de 75 anos. Essa questão vai ao encontro de discussões recentes na Holanda, baseadas no fato de que 53,7% dos pedidos aceitos de eutanásia são de pessoas acima de 80 anos, o que levanta um problema: estaria a idade relacionada intrinsecamente ao sofrimento? (Lerner e Caplan, 2015, p. 1640).

Na Bélgica foi permitido listar “cansaço de viver” nos requerimentos para morte assistida e os grupos com aumento na realização de eutanásia incluem mulheres, pessoas maiores de 80 anos, pessoas com menor nível de educação formal, e profissionais que trabalham em casas de repouso (Lerner e Caplan, 2015, p. 1641). Não pode ser considerada mera coincidência o fato de que o cansaço de viver atinja grupos mais vulneráveis da sociedade. Assim, ao permitir que tais pessoas tenham livre acesso à *completed life pill*, pode haver negligência em torno dos problemas sociais do País.

A dor, então, que um idoso sente por estar sozinho e a sensação de “não possuir

mais função na sociedade” deixa de ser encarada pelo Poder Público e pela sociedade como ensejadora de políticas públicas, passando a ser vista por estes como legitimadora de seu desejo de morrer. Nesse sentido, o Estado se exime de suas responsabilidades, e deixa de proteger os direitos sociais dos cidadãos, visto que estes podem escolher a morte, ao invés de esperar a concretização de seus direitos pelo poder público. Todavia, essa escolha é perigosa, visto que subestima os anseios experimentados por pessoas à margem da sociedade, ao permitir que seja tratado como “cansaço de viver” o que pode ser, de fato, cansaço de viver uma vida sem amparo. Cansaço de viver não pode ser simplesmente tratado como um sentimento autônomo, desenvolvido por todos aqueles que o alegam com o passar da vida. É preciso ir além e questionar: cansaço de viver, por quê? O Governo holandês, em suas publicações, pontua diversas vezes que deve ser respeitado o livre arbítrio formado de maneira livre e sem interferências. O cansaço de viver, dessa forma, só pode ser considerado como proveniente de livre arbítrio, quando analisada sua formação. Caso contrário, poderá ser criado esse precedente para que o sofrimento proveniente da não concretização de direitos sociais seja um motivo para buscar a morte.

Cabe, então, questionar quão inserida na sociedade está a pessoa que alega ter completado sua vida: se essa pessoa desempenha papéis socialmente significativos que a façam sentir-se um membro relevante do meio ao qual pertence. É preciso analisar se ela desempenha atividades que a façam se sentir bem, se ela se sente útil em relação à sociedade em que vive, se o Governo concretiza os direitos sociais a ela garantidos. Caso a resposta seja negativa, devemos pensar que não tem sido oferecida ao idoso a oportunidade de viver sua vida da maneira que deseja, fazendo, com isso, que ele deixe de querer vive-la.

Em sua obra *Frames Of War – When is life grievable?* (2009), Judith Butler afirma que as reflexões realizadas poderiam ser aplicadas ao campo da eutanásia. O pensamento dessa autora expõe a existência de normas políticas e sociais que determinam o reconhecimento dos sujeitos. Assim, existem na sociedade pessoas mais reconhecíveis que outras, em relação ao enquadramento à norma. Portanto, quem está fora da normatividade se torna um problema e deixa de ser visto como uma vida, passando a ser entendido como algo que está vivo, mas não é uma vida. Ao contrário, quando há uma vida no âmbito da normatividade, é uma vida que vale a pena ser protegida, cuja perda será lamentada (Butler, 2009, p. 8).

Não existem apenas forças sociais e políticas, dado que as reivindicações sociais devem levar em consideração a linguagem, o trabalho e o desejo como elementos que permitirão à pessoa se desenvolver na sociedade (Butler, 2009, p. 3). Assim, quando a pessoa é retirada do contexto social em que está inserida, privada do trabalho que confere a ela produtividade no contexto capitalista e tem seu corpo tido como não desejável, a vida dela passa a ser uma vida que socialmente não vale a pena ser vivida. A perda dessa vida será menos lamentada pela sociedade, que aceitará mais facilmente essa morte. Então, há de se questionar se a privação de diversos espaços e atividades aos idosos, bem como a precarização dos corpos idosos não estão diminuindo socialmente o valor dessas vidas, a ponto de a ideia de sua morte se tornar aceitável. Dessa forma, defende-se a necessidade de trabalhar a valorização e significação dessas vidas, antes de tornar suas partidas aceitáveis.



Esse tema também é abordado por Natashe Lemos Dekker, em sua obra *Moral Frames for Lives Worth Living: Managing the end of life with dementia*. A autora demonstra a visão social sobre pacientes com demência como vidas já perdidas, e as associa com a boa morte, questionando até que ponto uma vida considerada perdida pode valer a pena ser vivida (Dekker, 2017, p. 8). Dekker demonstra que a visão de uma vida sem valor pode estar diretamente vinculada à ausência de autonomia, independência e controle (Pool *apud* Dekker, 2017, p. 7). Assim, vidas que não são consideradas como dignas também não são avaliadas como merecedoras de um fim digno (Dekker, 2017, p. 7).

Questiona-se, então, se a *completed life* não é uma expressão utilizada para denominar idosos cujas vidas perderam o reconhecimento social como dignas e, assim, passaram a ter a ideia de suas mortes toleradas. Assim, o termo não demonstra uma perda de sentido da vida, como pretendem os defensores, mas uma perda de valor social – que pode ser recuperado. Sprung *et al.* (2018, p. 3) e Hennezel (2000; 2004 *apud* Menezes, 2011, p. 141) apontam que há significativa diferença entre o desejo de morrer de pacientes que receberam cuidados paliativos de qualidade (Sprung *et al.*, 2018, p. 3). Assim, Ganzini *et al.* (2000, p. 558) demonstram que 46% dos pacientes atendidos em Oregon (USA) mudaram suas ideias sobre o suicídio assistido após terem sido submetidos a cuidados paliativos de qualidade (Ganzini *et al.*, 2000, p. 558).

Com a existência de estudos sobre a diminuição do desejo de morrer após os cuidados paliativos em pessoas com condições fatais, pode ser aventada a hipótese, reproduzindo dessa lógica para idosos sem doenças terminais ou graves. Sabe-se, contudo, que estudos²⁰ (Downar *et al.*, 2020, p. 180) demonstram que, mesmo com oferta de cuidados paliativos impecáveis, ainda haverá pacientes que desejam abreviar a vida, seja pela eutanásia ou por suicídio assistido. Assim, o que se propõe é que uma efetiva oferta de cuidados paliativos para idosos, por tratamento multidisciplinar com foco biopsicossocial. O que se busca, aqui, não é hospitalizar e medicar pessoas “saudáveis”, mas utilizar a abordagem paliativa para entender quais demandas dessas pessoas não estão sendo atendidas e, assim, supri-las quando possível.

Nesse sentido, devem ser repensadas orientações médicas que privem os idosos da realização de atividades que possuem sentido significado para suas vidas, sob o argumento de risco de causarem danos. Deve ser balanceada a integridade do paciente com o prazer que aquela prática traria à etapa final de sua vida. Permitir, então, que o idoso viva a fase final de sua vida suportando riscos moderados que podem eventualmente torná-la mais curta, mas que também permitem que ela mantenha o seu significado e a vontade de viver, parece ser uma maneira mais propícia de proporcionar uma “boa morte”. Visto que assim será feita uma abordagem de todo o processo de morrer.

Nesse âmbito, deve ser citado o caso de David Goodall, cientista de 104 anos que atraiu a atenção da mídia mundial ao realizar suicídio assistido na Suíça, na clínica *Life Circle*.

²⁰ QUEBEC. Annual reports from the Commission sur les soins de fin de vie. Disponível em: <http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_144177&process=Original&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vlv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz>. Acesso em: 27 out. 2020. Citado p. 53.

O pesquisador afirmou em duas entrevistas noticiadas pelo New York Times (2018)²¹ que não desejava continuar a viver, bem como criticava a impossibilidade pelas leis da Austrália, país em que vivia. O pesquisador se tornou um dos poucos casos de submissão ao procedimento em razão da idade avançada sem a existência de doença terminal. Com isso, foi reaberto o debate sobre o perigo de pôr fim à vida com base apenas na idade.

Nesse caso, em especial, deve ser mencionado que David era associado honorário de pesquisa não remunerado da Universidade Edith Cowen, em Perth. A Instituição de ensino afastou-o das atividades presenciais em 2016, demonstrando preocupação com a segurança do pesquisador, incluindo sua capacidade de se locomover até o local. Apesar de não ter sucumbido à decisão da Universidade para que trabalhasse em casa, Goodall foi forçado a trabalhar mais perto do lar. Posteriormente, também foi impedido de dirigir e de se apresentar no teatro.

Carol O'Neil, representante da *Exit International*²², disse à BBC²³ que esses impedimentos foram o "começo do fim", que teriam feito com que David perdesse a animação. Outro evento que teria incentivado o pesquisador seria uma queda grave sofrida em seu apartamento, em razão da qual foi sugerido pelos médicos que deveria passar a ter cuidados médicos 24h ou se mudar para uma casa de repouso.

Sem adentrar no debate sobre o livre-arbítrio de David Goodall, que foi apurado pela *Life Circle*, o pesquisador buscou a morte assistida afirmando que queria terminar sua própria vida com dignidade. Nesse caso, seria mais prudente e mais respeitoso a David permitir que ele continuasse exercendo as atividades que desejava: ir à faculdade e se apresentar no teatro, ainda que com um risco moderado. Quando outras pessoas tomaram essa decisão pelo pesquisador, impedindo que continuasse sua vida como desejava, o recurso foi usar o argumento de que sua vida estava completa. Pensa-se, então, em primeiro dar a oportunidade para que David continuasse realizando as atividades que o faziam feliz e depois, caso o desejo persista, pensar em maneiras de efetivar a escolha – se ela ainda subsistisse – de abreviar a vida.

Não podem ser ignorados, ainda, os impactos legais da *completed life pill* na Holanda, uma vez que o país é limitado por diversas convenções de direitos humanos, que não podem ser afastadas pela legislação, políticas governamentais ou julgamentos (Buijsen, 2018, p. 370). Insta salientar que a Corte Europeia de Direitos Humanos se manifestou sobre o tema da *completed life* no caso *Gross v. Switzerland*. No caso, Alda Gross requereu o acesso a medicamentos capazes de interromper a sua vida, sob o argumento de que, apesar de não possuir condição médica, estava se sentindo cada vez mais fraca com o passar dos anos e não queria sofrer com a deterioração de suas faculdades físicas e mentais. Nesse caso, a Corte entendeu que Alda

²¹ JOSEPH, Yonette. Why David Goodall, 104, Renowned Australian Scientist, Wants to Die. New York Times, New York, 3 maio 2018. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2018/05/03/world/australia/david-goodall-right-to-die.html?action=click&module=Intentional&pgtype=Article>>. Acesso em: 17 out. 2020; JOSEPH, Yonette. David Goodall, 104, Scientist Who Fought to Die on His Terms, Ends His Life. New York Times, New York, 10 maio 2018. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2018/05/10/world/europe/david-goodall-australia-scientist-dead.html>>. Acesso em: 17 out. 2020

²² *Exit International* é uma organização internacional sem fins lucrativos que defende a legalização da eutanásia voluntária e do suicídio assistido. O grupo ajudou David Goodall em sua decisão de pôr fim à própria vida.

²³ MAO, Frances. David Goodall: Australian scientist, 104, ends life 'happy'. BBC, on-line, 10 maio 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/news/world-australia-43957874>>. Acesso em: 17 out. 2020.

deveria ter acesso à dose letal, considerando presente violação ao seu direito à privacidade (art. 8º da Convenção Europeia de Direitos do Homem).²⁴ Foi pontuado que compete às autoridades nacionais, primeiramente, emitir orientações claras e compreensíveis sobre em que circunstâncias alguém poderia receber a dose letal. A Suíça, ainda, não teria feito isso, visto que restou aberta a questão do cansaço de viver (European Court Of Human Rights: Case of Gross v. Switzerland, 2014 *apud* Buijsen, 2018, p. 372). Percebe-se, então, que a Corte determina que deve existir controle e orientação por parte dos Países para que seja dada a dose letal a alguém, o que é contrário à ideia de *completed life pill*, uma vez que o único critério desta é o etário.

Permanece como precedente favorável à *completed life pill* a utilização do direito à privacidade (art. 8º) como fundamento da existência de um direito de pôr fim à própria vida. Não se busca questionar aqui o direito de alguém pôr fim à própria vida em razão do exercício de sua autonomia. Foi, inclusive, mencionado pela Corte em outras decisões que:

O direito de um indivíduo de decidir por quais meios e em qual ponto sua vida irá terminar, desde que ele seja capaz de atingir livremente uma decisão sobre essa questão, é um dos aspectos do direito à privacidade sob a luz do art. 8º. (European Court Of Human Rights: Case of Haans v. Switzerland, 2011 *apud* Buijsen, 2018, p. 371).

Questiona-se, entretanto, os perigos que a liberação de dose letal à população idosa sem qualquer espécie de controle possa causar à sociedade e à vida dos indivíduos. A presença de procedimentos que exerçam esse controle já foi contraposta ao art. 8º pela Corte, em outro caso, concluindo que:

Proteger os cidadãos de decisões precipitadas e prevenir o abuso, ainda, mais especificamente, para prevenir o acesso às drogas por pessoas que não são capazes de ponderar seus interesses. O direito à vida obriga os Estados a estabelecer procedimentos que garantam que a decisão da pessoa em encerrar sua vida corresponde, de fato, ao seu livre arbítrio (European Court Of Human Rights: Case of Haans v. Switzerland, 2011 *apud* Buijsen, 2018, p. 372).

O direito à privacidade não implica, necessariamente, no reconhecimento de uma obrigação positiva do Estado de facilitar o suicídio de forma digna. A opinião da Corte Europeia de Direitos Humanos é pela obrigação estatal de proteção à vida de pessoas vulneráveis, protegendo-as, inclusive, de seus próprios atos (Buijsen, 2018, p. 372).

²⁴ 1. Qualquer pessoa tem direito ao respeito da sua vida privada e familiar, do seu domicílio e da sua correspondência.
2. Não pode haver ingerência da autoridade pública no exercício deste direito senão quando esta ingerência estiver prevista na lei e constituir uma providência que, numa sociedade democrática, seja necessária para a segurança nacional, para a segurança pública, para o bem-estar económico do país, a defesa da ordem e a prevenção das infracções penais, a proteção da saúde ou da moral, ou a proteção dos direitos e das liberdades de terceiros.

Conclusão

Levando-se em consideração o histórico de respeito à autonomia do paciente na Holanda, a *completed life* é uma discussão pioneira realizada pelo país quanto à garantia do direito à morte para pessoas sem doenças terminais e sem sofrimento “insuportável”. Contudo, o debate dessa ideia deve ser feito de maneira cautelosa, para não expor pessoas vulneráveis a riscos, desencadeando a *slippery slope*. Nesse sentido, busca-se abordar os possíveis riscos desse conceito antes que seu tratamento seja pulverizado de forma equivocada. Para mais, como a compreensão do presente tema aborda diversas áreas do saber (Direito, Medicina, Bioética, Psicologia, Sociologia, Ciências Sociais), uma vez que sua compreensão é mais abrangente sob ótica interdisciplinar.

Conforme demonstrado, a “boa morte” possui várias acepções, mas todas apontam para a significação do processo de morte do paciente, prezando pela autonomia positiva e a singularidade deste. Ainda, os conceitos apresentados demonstram que a “boa morte” diz respeito a todo o processo de morte, e não apenas aos momentos finais. Assim, a “boa morte” buscaria dar sentido ao processo de morte de uma maneira holística, abordando diversas dimensões de seu ser, de acordo com suas necessidades e desejos, preparando-o para a passagem final.

A *completed life pill*, por sua vez, é a alternativa buscada por pessoas que reportam a perda total de significado de sua vida, de forma a preferir o morrer ao viver. Logo, a morte seria a solução para essa perda de sentido. O sentimento de *completed life*, ainda, não pode ser tratado apenas como uma vontade autônoma de morrer, decorrente da falta de significado na vida do paciente. Os estudos apresentados abordam a existência de sentimentos de solidão, improdutividade e desvalorização nos pacientes que reportam *completed life*. Logo, esta não é uma mera expressão, mas envolve diversos aspectos e variáveis da vida das pessoas. É perigoso, então, associar os dois conceitos, uma vez que a “boa morte” pressupõe a ressignificação dos momentos finais enquanto forma de combater a ausência de sentido, ao passo que a *completed life pill* não busca tratar o sentimento dos pacientes, mas interromper sua vida, causando a morte.

Todavia, a aceitação da existência de *completed life* e seu tratamento por meio da morte gerada pela *completed life pill* é explicada pelo não enquadramento de determinados idosos nas molduras produzidas pelas normas políticas e sociais. Ao atingir determinada idade, eles são simplesmente afastados das funções sociais que desempenhavam previamente, impedidos de exercer seus empregos, tidos como indesejáveis. Assim, a morte social dessas pessoas ocorre a partir de seu desligamento da sociedade, tornando a data de sua morte biológica pouco relevante, já que são vidas que não valem a penas ser vividas. Ao ser repensada a existência dessas pessoas, buscando retirá-las dessa zona de precarização, conclui-se que suas vidas não podem ser ignoradas e seus problemas não podem ser resolvidos com a morte.

É nesse contexto que se defende a efetivação dos cuidados paliativos para além dos cuidados de fim de vida, pois pesquisas realizadas com pacientes com doenças terminais demonstraram mudança do desejo de morrer após recebimento de cuidados paliativos de

qualidade. Para mais, estudos demonstraram a diminuição do desejo de morrer em idosos saudáveis após a realização de tratamentos psicológicos (com apoio ou não de recursos farmacológicos).

Dessa forma, a maneira de garantir uma “boa morte” pode ser pensada no contexto da ampliação dos cuidados paliativos, antes de ser defendido o livre acesso a um fármaco letal. Entretanto, é importante deixar claro que não se está aqui por concluir pela inaplicabilidade absoluta da ideia da *completed life* como um argumento ensejador do direito individual a abreviar a vida. O que se pretendeu, nesse artigo, foi problematizar o acesso à *completed life pill*, nos moldes do projeto de lei holandês, que se baseia apenas no critério etário, o que pode aumentar a vulnerabilidade da pessoa idosa, ao invés de proteger seu direito a uma boa morte.

Referências Bibliográficas

ACTIEVE levensbeëindiging straks toegestaan voor kinderen tussen 1 en 12 jaar met uitzichtloos lijden. *RTL Nieuws*. 13 out. 2020. Disponível em: <<https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/politiek/artikel/5189983/actieve-levensbeëindiging-kinderen-euthanasie-kabinet>>. Acesso em 31/10/2020.

BEEKMAN, Wouter. *The Self-Chosen Death of the Elderly*. 1. ed. [S. l.]: America Star Books, 2015. 58 p.

BUIJSEN, Martin. A Life Fulfilled: Should There Be Assisted Suicide for Those Who Are Done with Living? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Cambridge, v. 27, n. 3, p. 366-375, jul. 2018. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/cambridge-quarterly-of-healthcare-ethics/article/life-fulfilled-should-there-be-assisted-suicide-for-those-who-are-done-with-living/05EB707FD45B474F7389B8F3A92F6577>>. Acesso em: 17 maio 2020.

BUTLER, Judith. *Frames of War: When is Life Grievable*. New York: Verso, 2009. 192 p.

DADALTO, Luciana. Morte digna para quem? O direito fundamental de escolha do próprio fim. *Pensar: Revista de Ciências Jurídicas*, Fortaleza, v. 24, n. 3, p. 1-11, jul./set. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/9555>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

DE VRIES, Ubaldo. A Dutch Perspective: The Limits of Lawful Euthanasia. *Annals of Health Law*, Chicago, v. 13, n. 2, 2004. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15281482/>>. Acesso em: 25 out. 2020.

DEKKER, Natashe Lemos. Moral frames for lives worth living: Managing the end of life with dementia. *Death Studies*, Florida, v. 42, n. 5, p. 322-328, maio/jun. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29281562/>>. Acesso em: 25 out. 2020.

DOWNS, James et al. Early experience with medical assistance in dying in Ontario, Canada: a cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v. 192, n. 8, p. 173-181, fev. 2020. <http://doi.org/10.1503/cmaj.200016>. PMID:32051130 PMCID:PMC7043822. Disponível em: <<https://bit.ly/3jeuY4W>>. Acesso em: 27 out. 2020.

DYER, Owen; WHITE, Caroline; RADA, Aser García. Assisted dying: law and practice around the

world. *The BMJ*, London, 19 ago. 2015. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/351/bmj.h4481.long>>. Acesso em: 17 maio 2020.

EMANUEL, Ezekiel J. e EMANUEL, Linda L. The promise of a good death. *The Lancet*, London, v. 351, p. 21-29, 1998.. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(98\)90329-4/fulltext?...=](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(98)90329-4/fulltext?...)>. Acesso em: 4 maio 2020.

GANZINI, Linda; NELSON, Heidi D.; SCHMIDT, Terri A.; KRAEMER, Dale F.; DELORIT, Molly A.; LEE, Melinda A. Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *The New England Journal of Medicine*, Massachusetts, v. 342, n. 8, p. 557-563, fev. 2000. <http://doi.org/10.1056/NEJM200002243420806>. PMID:10684915. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10684915/>>. Acesso em: 25 out. 2020.

GOLDIM, José Roberto. Eutanásia - Uruguai. In: GOLDIM, José Roberto. *Portal de Bioética*, Porto Alegre, 1997. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/eutanuru.htm>>. Acesso em: 17 maio 2020.

HART, Bethne; SAINSBURY, Peter; SHORT, Stephanie. Whose dying? A sociological critique of the 'good death'. *Mortality*, Bath, v. 3, n. 1, p. 65-77, 1998. <http://doi.org/10.1080/713685884>. . PMID:10684915. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/713685884>>. Acesso em: 25 out. 2020.

HENNEZEL, Marie. *Diálogo com a Morte*. 4. ed. Lisboa: Editorial Notícias, 2000.

HUXTABLE, Richard; MÖLLER, Maaïke. 'Setting a Principled Boundary'? Euthanasia as a response to 'life fatigue'. *Bioethics*, Oxford, v. 21, n. 3, p. 117-126, 21 mar. 2007. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2007.00535.x>. PMID:17845483. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17845483/>>. Acesso em: 25 out. 2020.

KEHL, Karen A. Moving Toward Peace: An Analysis of the Concept of a Good Death. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, on-line, v. 23, n. 4, p. 277-286, ago./2006. <http://doi.org/10.1177/1049909106290380>. PMID:17060291. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17060291/>>. Acesso em: 4 mai. 2020.

KOUWENHOVEN, Pauline S. C.; VAN THIEL, Ghislaine J. M. W.; VAN DER HEID, Agnes; RIETJENS, Judith A. C.; VAN DELDEN, Johannes J. M. Developments in euthanasia practice in the Netherlands: Balancing professional responsibility and the patient's autonomy. *European Journal of General Practice*, on-line, v. 25, ed. 1, p. 44-48, nov. 2018. <http://doi.org/10.1080/13814788.2018.1517154>. PMID:30381970 PMCid:PMC6394318. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2018.1517154>>. Acesso em: 25 out. 2020.

KRISHNAN, Preetha. Concept analysis of good death in long term care residents. *International Journal of Palliative Nursing*, on-line, v. 23, n. 1, p. 29-34, 2017. <http://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.1.29>. PMID:28132609. Disponível em: <<https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/ijpn.2017.23.1.29>>. Acesso em: 4 maio 2020.

LERNER, Barron H. e CAPLAN, Arthur L. Euthanasia in Belgium and the Netherlands: On a Slippery Slope? *JAMA Internal Medicine*, on-line, v. 175, n. 10, p. 1640-1641, outubro 2015. <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.4086>. PMID:26259038 Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2426425>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

LETTER of 12 October 2016 from the Minister of Health, Welfare and Sport and the Minister of



Security and Justice to the House of Representatives on the government position on 'completed life'. Amsterdam, 12 out. 2016. Disponível em: <<https://www.government.nl/documents/letters/2016/10/12/the-government-position-on-completed-life>>. Acesso em: 17 maio 2020.

MENEZES, Rachel Aisengart. Demanda por eutanásia e condição de pessoa: reflexões em torno do estatuto das lágrimas. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 137-153, dez. 2011. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900020>. PMID:23989572. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872011000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 out. 2020.

MENEZES, Rachel Aisengart e BARBOSA, Patricia de Castro. A construção da "boa morte" em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2653-2662, set. 2013. <http://doi.org/10.1590/S1984-64872011000400007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900020&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 25 out. 2020.

NETHERLANDS. *Euthanasia Code 2018*. Amsterdam: Regional Euthanasia Review Committees, 2018. 66 p. Disponível em: <<https://english.euthanasiacommissie.nl/the-committees/documents/publications/euthanasia-code/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018>>. Acesso em 26 abr. 2020.

RURUP, Mette L.; MULLER, Martien T.; ONWUTEAKA-PHILIPSEN, Bregjed; HEIDE, Agnes Van Der; WAL, Gerrit Van Der; MAAS, Paul J. Van Der. Requests for euthanasia or physician-assisted suicide from older persons who do not have a severe disease: an interview study. *Psychological Medicine*, Cambridge, v. 35, n. 5, p. 665-671, maio 2005. <http://doi.org/10.1017/S003329170400399X>. PMID:15918343. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/requests-for-euthanasia-or-physician-assisted-suicide-from-older-persons-who-do-not-have-a-severe-disease-an-interview-study/E68939B9E8DA64547A3BCB2AE0FBBEA4>>. Acesso em: 17 maio 2020.

RURUP, Mette L.; ONWUTEAKA-PHILIPSEN, Bregje D.; WAL, Gerrit van der; HEIDE, Agnes Van der; MAAS, Paul J. Van der. A "Suicide Pill" For Older People: Attitudes of Physicians, the General Population, and Relatives of Patients who died After Euthanasia or Physician-Assisted Suicide in The Netherlands. *Death Studies*, Florida, 18 ago. 2006. <http://doi.org/10.1080/07481180590962677>. PMID:16187477. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481180590962677?tab=permissions&scroll=top>>. Acesso em: 17 maio 2020.

SATALKAR, Priya; VAN DER GEEST, Sjaak. Escaping the 'unprepared generation' trap: discussions about euthanasia after a 'completed life' in the Netherlands. *Mortality: Promoting the interdisciplinary study of death and dying*, Bath, 5 mar. 2019. <http://doi.org/10.1080/13576275.2019.1585780>. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13576275.2019.1585780?journalCode=cmrt20>>. Acesso em: 17 maio 2020.

SHELDON, Tony. Being "tired of life" is not grounds for euthanasia. *The BMJ*, London, v. 326, p. 71, jan. 2003. <http://doi.org/10.1136/bmj.326.7380.71/b>. PMID:12521966 PMCid:PMC1125028. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12521966/>>. Acesso em: 25 out. 2020.

SPRUNG, Charles L.; SOMERVILLE, Margaret A.; RADBRUCH, Lukas; COLLET, Nathalie Steiner; DUTTGE, Gunnar; PIVA, Jefferson P.; ANTONELLI, Massimo; SULMASY, Daniel P.; LEMMENS, Willem; ELI, E. Wesley. Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Emerging Issues From a Global Perspective. *Journal of Palliative Care*, Toronto, v. 33, n. 4, p. 197-203, out. 2018. <http://>



doi.org/10.1177/0825859718777325. PMID:29852810. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29852810/>>. Acesso em: 25 out. 2020.

STECK, Nicole; EGGER, Matthias; MAESSEN, Maud; REISCH, Thomas; ZWAHLEN, Marcel. Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review: Systematic Literature Review. *Medical Care*, on-line, v. 51, n. 10, p. 938-944, out. 2013. <http://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182a0f427>. PMID:23929402. Disponível em: <https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2013/10000/Euthanasia_and_Assisted_Suicide_in_Selected.12.aspx>. Acesso em: 17 maio 2020.

VAN WIJNGAARDEN, Els J.; GOOSSENSEN, Anne; LEGET, Carlo. The social-political challenges behind the wish to die in older people who consider their lives to be completed and no longer worth living. *Journal of European Social Policy*, v. 28, ed. 4, p. 419-429, dez 2017. <http://doi.org/10.1177/0958928717735064>. PMID:30443106 PMCID:PMC6196347. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0958928717735064>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

VAN WIJNGAARDEN, Els J.; LEGET, Carlo; GOOSSENSEN, Anne. Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. *Social Science & Medicine*, on-line, v. 138, n, p. 257-264, ago. 2015. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.015>. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953615002889?via%3Dihub#bib23>>. Acesso em: 6 abr. 2020.

VERHAGEN, A.A.E.; STAAL-SCHREINEMACHERS, A.L.; SAUER, P.J.J.; BROUWER, O.F. *Zorgvuldigheidseisen rond actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen met een ernstige aandoening: Het Gronings protocol*. Aangenomen door de Algemene Ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 3 nov. 2014. Disponível em: <<https://expertisecentrum euthanasie.nl/app/uploads/2019/09/Het-Gronings-protocol.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2020.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. *Revista Bioética*, Brasília, v. 16, n. 1, 2008. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/56>. Acesso em: 29 abr. 2020.

WALTER Tony. Facing Death without Tradition. In: Howarth G., Jupp P.C. (eds) *Contemporary Issues in the Sociology of Death, Dying and Disposal*. London: Palgrave Macmillan, 1996. https://doi.org/10.1007/978-1-349-24303-7_15. PMID:8870945.

WEBER, Wim. Netherlands Legalise Euthanasia. *The Lancet*, [s. l.], v. 359, p. 1189, 14 abr. 2001. DOI 10.1016/S0140-6736(00)04400-7. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)04400-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04400-7/fulltext)>. Acesso em: 14 nov. 2020.

Recebido em: 23 de junho de 2020

Aprovado em: 16 de outubro de 2020