



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

bioetica@portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina

Brasil

Parreiras Reis de Castro, Mariana; Cafure Antunes, Guilherme; Pacelli Marcon, Lívia
Maria; Silva Andrade, Lucas; Rückl, Sarah; Ângelo Andrade, Vera Lúcia
Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática

Revista Bioética, vol. 24, núm. 2, 2016, pp. 355-367

Conselho Federal de Medicina

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361546419019>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática

Mariana Parreiras Reis de Castro¹, Guilherme Cafure Antunes², Lívia Maria Pacelli Marcon³, Lucas Silva Andrade⁴, Sarah Rückl⁵, Vera Lúcia Ângelo Andrade⁶

Resumo

Em 2015 a temática da morte assistida foi amplamente divulgada pela mídia após o primeiro caso legal de eutanásia ter sido realizado na Colômbia. Além disso, no mesmo ano, o suicídio assistido foi legalizado no Canadá e no estado da Califórnia, nos Estados Unidos. Atualmente, a morte assistida é permitida em quatro países da Europa Ocidental: Holanda, Bélgica, Luxemburgo e Suíça; em dois países norte-americanos: Canadá e Estados Unidos, nos estados de Oregon, Washington, Montana, Vermont e Califórnia; e na Colômbia, único representante da América do Sul. A partir de revisão sistemática da literatura, objetivou-se estabelecer a prevalência e os critérios adotados para a prática da eutanásia e do suicídio assistido em países ocidentais e discutir a posição de países onde essa prática não é reconhecida. Uma melhor compreensão do assunto mostra-se fundamental para a formação de opiniões e fomento de futuros debates.

Palavras-chave: Morte assistida. Eutanásia. Suicídio assistido. Cuidado paliativo.

Resumen

Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática

En 2015, el tema de la muerte asistida fue ampliamente difundida por los medios del mundo después de que el primer caso de la eutanasia legal haya sido realizado en Colombia. También, ese año el suicidio asistido fue legalizado en Canadá y en el estado de California en Estados Unidos. Actualmente, el suicidio asistido está permitido en cuatro países de Europa occidental: Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo y Suiza; dos países de América del Norte: Canadá y Estados Unidos, en el estado de Oregon, Washington, Montana, Vermont y California; y Colombia, único representante de América del Sur. A partir de una revisión sistemática de la literatura, se planteo como objetivo determinar la prevalencia y los criterios adoptados para la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido en los países occidentales y discutir la posición de países similares donde no se reconoce esta práctica. Una mejor comprensión de la materia parece ser crítica para la formación de opiniones y el fomento de las futuras discusiones.

Palabras clave: Muerte asistida. Eutanasia. Suicidio asistido. Cuidado paliativo.

Abstract

Euthanasia and assisted suicide in western countries: a systematic review

In 2015 the issue of assisted death was widely publicized by the international media after the first legal euthanasia case was held in Colombia. Also in this same year, assisted suicide was legalized in Canada and in the state of California in the United States. Currently, assisted death is allowed in four Western European countries: Netherlands, Belgium, Luxembourg and Switzerland; two North American countries: Canada and the US, in the states of Oregon, Washington, Montana, Vermont and California; and Colombia, the sole representative in South America. From a systematic literature review, this work aims to establish the prevalence and the criteria adopted for the practice of euthanasia and assisted suicide in western countries and to discuss the position of similar countries where this practice is not recognized. A better understanding of the subject appears to be critical to the formation of opinions and the encouragement of further discussions.

Keywords: Assisted death. Euthanasia. Assisted suicide. Palliative care.

1. **Graduanda** marianaprc@hotmail.com – Universidade José do Rosário Vellano (Unifenas), Belo Horizonte/MG 2. **Graduando** gc_antunes@hotmail.com – (Unifenas), Belo Horizonte/MG 3. **Graduanda** liviampacellim@gmail.com – (Unifenas), Belo Horizonte/MG 4. **Graduando** lucassilva92@hotmail.com – (Unifenas), Belo Horizonte/MG 5. **Doutora** sarahruckl@gmail.com – Universidade de Heidelberg, Heidelberg, Alemanha 6. **Doutora** vera.angelo@unifenas.br – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil.

Correspondência

Lívia Maria Pacelli Marcon – Rua Aimorés, 2165, apt. 301 Bairro Lourdes CEP 30140-072. Belo Horizonte/MG, Brasil.

Declararam não haver conflitos de interesse.

Historicamente, a palavra “eutanásia” significa “boa morte”, ou seja, morte sem dor, sem sofrimento. No século XX, por ocasião do Terceiro Reich, ganhou conotação negativa, quando foi indevidamente usada em políticas nazistas que visavam *eliminar vidas que não valiam a pena ser vividas*¹. Posteriormente, após a desmistificação da palavra, discussões acerca do tema voltaram à tona, e, atualmente, a prática da eutanásia, no sentido clássico, é permitida em alguns países. Em definição mais contemporânea, eutanásia pode ser entendida como *emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos que o assaltam*¹.

Quanto ao consentimento do enfermo, eutanásia pode ser classificada em não voluntária e voluntária – a primeira acontece sem que se conheça a vontade do paciente, e a segunda em resposta à vontade expressa do doente¹. A última difere-se do suicídio assistido, uma vez que é executada por médico, enquanto no suicídio assistido o paciente executa a ação final.

Tanto do ponto de vista médico quanto do legal, existe grande diferença entre “matar” e “deixar morrer”². Portanto, quanto ao ato, a eutanásia divide-se em ativa e passiva, sendo que a primeira denota o ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente (utilizando, por exemplo, injeção letal), e a segunda refere-se à morte por omissão proposital em se iniciar ação médica que garantiria o prolongamento da sobrevida. Vale ressaltar a imprecisão da distinção entre eutanásia passiva e ortotanásia, que se refere à “morte no tempo certo”, uma vez que não existe limite real entre “não intervir e deixar de fato morrer” e “deixar morrer no momento aparentemente correto”¹.

O termo “morte assistida” engloba tanto o conceito de eutanásia quanto o de suicídio assistido², ambos temas de constantes debates na sociedade atual. Quatro países europeus, um sul-americano e dois norte-americanos legalizaram a eutanásia e/ou o suicídio assistido, porém a lei desses países difere consideravelmente a respeito das práticas³.

Em julho de 2015 o tema foi amplamente divulgado pela mídia após o primeiro caso legal de eutanásia realizado na Colômbia⁴. No mesmo ano, o suicídio assistido foi legalizado no Canadá e no estado da Califórnia, nos Estados Unidos (EUA)⁴. Diante das divergências e do grande interesse da comunidade sobre o assunto, conhecer a experiência e os pontos de vista de variados países sobre o tema é fundamental para a formação de opiniões³. Trata-se

de debate ainda bastante controverso e – independentemente de vertentes políticas, religiosas ou morais – é fundamentalmente uma questão humana². Assim, o objetivo deste trabalho é estabelecer a prevalência e os critérios adotados para a prática da eutanásia e do suicídio assistido em países ocidentais e discutir a posição de outros países onde a prática não é reconhecida.

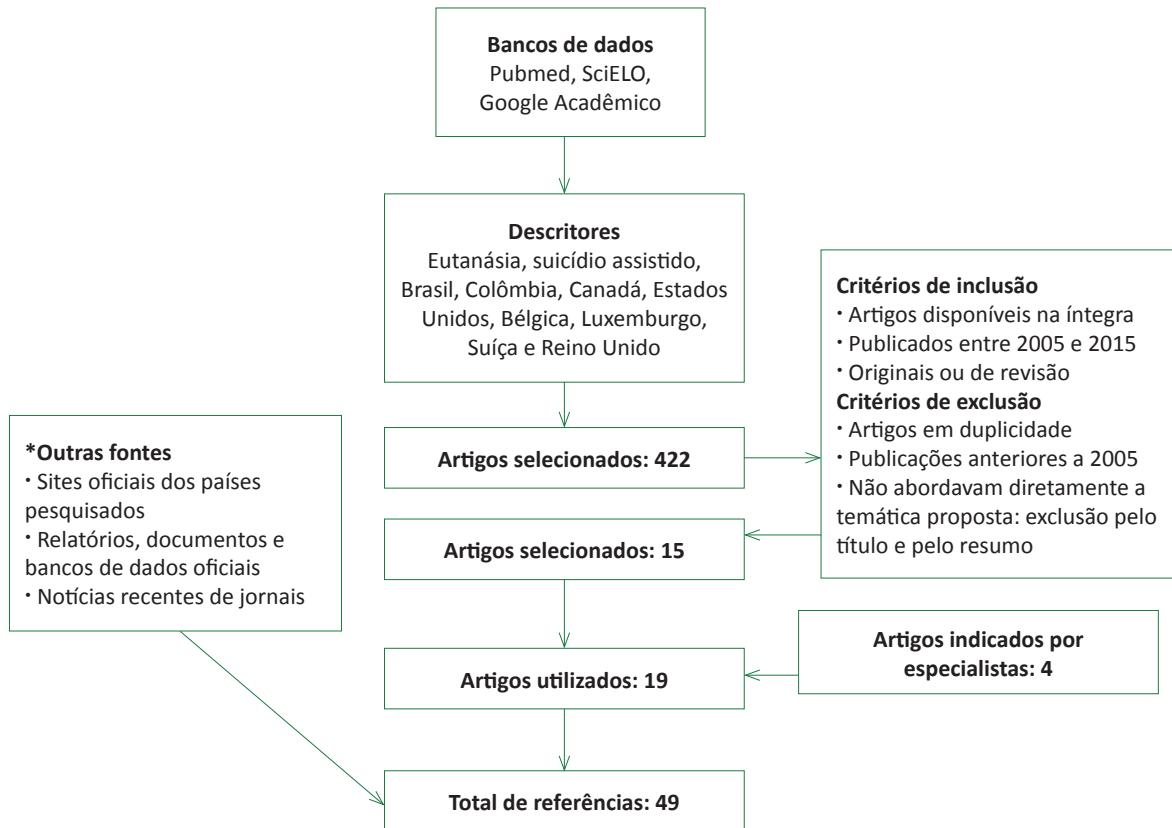
Método

Este trabalho consiste em revisão sistemática da literatura. Os descritores utilizados para a pesquisa foram, em inglês e português: “eutanásia”, “suicídio assistido”, “Holanda”, “Bélgica”, “Luxemburgo”, “Suíça”, “Reino Unido”, “Brasil”, “Colômbia”, “Canadá” e “Estados Unidos”. Para identificar as publicações que compuseram este estudo, realizou-se busca *online* nos bancos de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Center for Biotechnology Information (PubMed) e Google Acadêmico. Para auxiliar a busca e a categorização dos artigos, foi utilizada a ferramenta MeSH.

A pesquisa baseou-se em 19 publicações pertinentes ao tema investigado, apresentadas ao final no Anexo 1. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão, previamente estabelecidos: trabalhos originais ou de revisão, disponíveis na íntegra, publicados entre 2005 e 2015. Os artigos que não se encaixaram nos critérios de inclusão foram retirados da amostra. Quanto aos critérios de exclusão, levamos em consideração artigos em duplicidade, publicações anteriores a 2005 e aqueles que, apesar de apresentarem os descritores selecionados, não abordavam diretamente a temática proposta. Além disso, reportagens recentes, sites e relatórios oficiais dos países mencionados foram consultados para atualização de dados, e alguns artigos foram sugeridos por especialistas.

Método e resultados

A seleção dos artigos para revisão sistemática foi feita de acordo com o fluxograma (Figura 1). Baseada nessas publicações, o Quadro 1 descreve de forma resumida informações sobre revista, autor, ano de publicação, título do artigo, tipo de estudo realizado, objetivo e limitações apresentadas pelas publicações estudadas.

Figura 1. Seleção dos estudos

Discussão

A morte assistida é permitida em quatro países da Europa Ocidental: Holanda, Bélgica, Luxemburgo e Suíça; em dois países norte-americanos: Canadá e Estados Unidos, nos estados do Oregon, Washington, Montana e Vermont; e, na América do Sul, na Colômbia⁴. As leis e critérios adotados para a realização dessa prática diferem entre si em cada um desses países. Explicitar a forma como a morte assistida ocorre nesses locais e comparar sua legislação à de outros países semelhantes em aspectos socio-econômico-culturais, permite compreender melhor o assunto, e serve de base para futuros debates². A situação do Brasil e do Reino Unido foi abordada ao final do trabalho com o objetivo de contrastar a posição dos demais países e enriquecer a discussão. Para facilitar a compreensão, a linha do tempo com os principais marcos da morte assistida no mundo é apresentada no Anexo 2.

Colômbia

A Colômbia é o único país da América Latina onde a eutanásia é permitida. Embora tenha sido

desriminalizada em 1997 pelo Tribunal Constitucional, somente em abril de 2015 o Ministério da Saúde definiu como poderia ocorrer. Até essa data era classificada como “homicídio por piedade” de acordo com o artigo 326 do Código Penal, e a falta de critérios bem estabelecidos para sua realização, somados à legislação controversa, gerava ambiguidade, conflitos de interpretação e incertezas sobre o assunto^{4,5}.

Atualmente, a prática está regulamentada pela Resolução 12.116/2015 do Ministério da Saúde e Proteção Social, que estabelece critérios e procedimentos para garantir o direito à morte com dignidade^{6,7}. Drogas intravenosas podem ser administradas por médicos, em hospitais, em pacientes adultos com doenças terminais que provocam dor intensa e sofrimento que não possam ser aliviados. O paciente deve, conscientemente, requisitar a morte assistida, que deve ser autorizada e supervisionada por um médico especialista, um advogado e um psiquiatra ou psicólogo. Além disso, a legislação atual não proíbe a assistência a pacientes estrangeiros⁴.

Apenas um caso de eutanásia foi relatado até o momento no país, em 3 de julho de 2015. Tratava-se

de Ovídio Gonzáles, de 79 anos, acometido por um câncer raro no rosto, que, apesar de não apresentar metástases, sofria com intensas dores crônicas⁴. Portanto, tendo em vista a recente legalização, é necessário investir na capacitação de médicos e profissionais de saúde para lidar com os dilemas éticos do fim da vida^{5,8}.

Estados Unidos

O suicídio assistido é legalizado em cinco dos cinquenta estados dos Estados Unidos: Oregon, Washington, Montana, Vermont e Califórnia^{4,9}. O Novo México aprovou legislação condizente com a prática em 2014, mas a decisão foi revertida em segunda instância, em agosto de 2015⁴. Já a eutanásia é proibida em todos os estados².

O primeiro estado a legalizar o suicídio assistido foi Oregon, em 27 de outubro de 1997, com a aprovação do “Ato de morte com dignidade” (*Death with Dignity Act*)¹⁰, que permite que adultos (maiores de 18 anos) competentes (capazes de expressar conscientemente sua vontade), residentes do Oregon, com doenças terminais e expectativa de vida menor que seis meses, recebam medicações em doses letais, por meio de autoadministração voluntária, expressamente prescrita por um médico para essa finalidade. De acordo com o Ato, a autoadministração desses medicamentos letais não é considerada suicídio, mas morte com dignidade^{3,11}. Vale ressaltar que muitos hospitais católicos optaram por não aderir à prática⁴.

Desde a aprovação da lei em 1997 até o final de 2014, 1.327 pessoas receberam a prescrição da medicação letal e, destas, 859 morreram após autoadministração. Seis pessoas acordaram após o procedimento, e a maioria faleceu nos dias subsequentes. Alguns pacientes para os quais foi prescrita a medicação morreram antes da administração, outros aguardavam recebê-la, e alguns casos não foram devidamente notificados¹².

Das 859 pessoas que receberam medicação letal, 52,7% eram homens, na faixa etária predominante entre 65 e 74 anos, com ensino superior completo ou pós-graduação (45,9%). Em 78% dos indivíduos, a doença era câncer, seguida por esclerose lateral amiotrófica (ELA) em 8,3%. A maioria dos pacientes morreu em casa (94,6%) e recebia cuidados paliativos. As preocupações mais frequentes desses pacientes eram perda de autonomia, mencionada por 91,5% deles, perda da capacidade de participar de atividades que tornam a vida agradável (88,7%) e perda de dignidade (79,3%)¹².

Em março de 2009, o estado de Washington aprovou seu “Ato de morte com dignidade”, quase idêntico ao do Oregon, mediante o qual adultos competentes, residentes na área, com expectativa de vida de seis meses ou menos, podem requerer a autoadministração de uma medicação letal prescrita por um médico^{3,4,13}. De 2009 a 2014, 724 pessoas receberam prescrição de medicação letal, das quais 712 morreram após autoadministração. A situação dos pacientes que receberam a prescrição e não a utilizaram é desconhecida¹³. Assim como em Oregon, as estatísticas apontam, entre as mortes, maior incidência de homens, entre 65 e 74 anos, com alta escolaridade. A doença de base predominante também era câncer, seguido de doenças neurodegenerativas¹³.

No estado de Montana, a Suprema Corte decretou, em 31 de dezembro de 2009, que o suicídio assistido não era ilegal, depois do caso do paciente Robert Baxter, um caminhoneiro aposentado de 76 anos, portador de uma forma terminal de leucemia linfocítica¹⁴. Ao contrário de outros estados, a legislação de Montana não é tão bem regulamentada sobre o assunto. De acordo com a Suprema Corte, os pacientes devem ser adultos, mentalmente competentes e portadores de doenças terminais para solicitar medicação letal. O ato é assegurado pelos direitos de privacidade e dignidade estabelecidos pela constituição, e os médicos que o auxiliam também são protegidos por lei^{3,14,15}.

Em Vermont o suicídio assistido foi legalizado em 20 de maio de 2013 pelo Ato 39 – relacionando a “Escolhas do paciente e controle no final da vida”. O Departamento de Saúde estadual sugeriu que, até 2016, médicos e pacientes fossem gradativamente aderindo às propostas do Ato, uma vez que muitos hospitais negaram a adesão, declarando não estarem prontos para implantá-lo. De qualquer forma, o direito à morte assistida é reservado a pacientes adultos residentes de Vermont, com expectativa de vida menor que seis meses, capazes de solicitar voluntariamente e autoadministrar a dose da medicação^{4,16}.

No dia 5 de outubro de 2015, Jerry Brown, governador da Califórnia, assinou o Projeto de Lei 15, também chamado de “Ato de opção do fim da vida” (*End of Life Option Act*), permitindo o suicídio assistido para adultos competentes, residentes no estado, com doenças terminais e expectativa de vida menor que seis meses¹⁷. A lei, que entrou em vigor em 2016, foi baseada no Ato do Oregon, de 1997. Sua aprovação retomou antigas discussões acerca da morte assistida^{18,19}. Na ocasião da aprovação da

lei, o governador declarou que, no final, foi levado a refletir sobre como agiria diante da própria morte; relatou que não saberia o que fazer se estivesse morrendo com dores prolongadas e excruciantes. Além disso, apontou ser reconfortante poder considerar opções oferecidas pelo Ato do Oregon e que não negaria esse direito para os outros¹⁹.

Canadá

Em fevereiro de 2015, após seis anos de debates na Suprema Corte, com os casos das pacientes Kay Carter e Gloria Taylor, o Canadá suspendeu a proibição da eutanásia e do suicídio assistido^{4,20-22}. Foi estabelecido período de carência de um ano, durante o qual o governo federal e provincial do Canadá, assim como profissionais de saúde, deveriam se preparar para implantar a nova lei. Em janeiro de 2016, o prazo foi estendido por quatro meses, prorrogando-se para o dia seis de junho a legalização oficial da morte assistida, e a data limite para que os governos provinciais estabelecessem suas diretrizes. Caso isso não ocorra, a atividade será legal no país, porém não regulamentada em determinadas províncias, o que dará ao médico liberdade para delinear suas próprias condutas. Além disso, até essa data, nos territórios ainda não regulamentados, o auxílio à morte assistida pode ser obtido por meio de concessões judiciais²²⁻²⁴.

Quebec foi a primeira província a regulamentar a morte assistida, através do “Ato sobre cuidados no fim da vida” (*Act Respecting End-of-Life Care*), que entrou em vigor em dezembro de 2015. Aprovado no ano anterior, e baseado nas leis do Oregon, o Ato abrange adultos capazes, diagnosticados com doenças graves e incuráveis, declínio avançado e irreversível de suas capacidades, além de intenso sofrimento físico e psicológico. Contudo, não exige expectativa de vida máxima de seis meses^{4,24,25}. De acordo com o Ato, “auxílio médico para a morte” consiste na administração, por um médico, de substância letal, após solicitação do paciente²⁵. Essa prática caracteriza eutanásia voluntária ativa, apesar de o termo não ser usado explicitamente no documento. A imprensa canadense anunciou, em janeiro de 2016, que o primeiro caso de morte assistida foi confirmado pelas autoridades de saúde de Quebec, que não forneceram informações sobre o procedimento e o perfil do paciente^{26,27}.

Os demais territórios canadenses também se mobilizaram para a regulamentação da morte assistida. Em novembro de 2015, um grupo criado pelos governos provinciais publicou um relatório de aconselhamento para as províncias, visando elaborar diretrizes próprias²⁸.

Em janeiro de 2016, o Colégio de Médicos e Cirurgiões de Ontário publicou as “Diretrizes provisórias sobre morte assistida” (*Interim Guidance on Physician-Assisted Death*), regulamentando a eutanásia e o suicídio assistido, com critérios semelhantes aos adotados por Quebec²². No mesmo mês, em artigo de imprensa²⁹, um advogado do Departamento de Justiça do Canadá expressou sua preocupação sobre as novas mudanças. Segundo ele, o país enfrentará um grande desafio no manejo das questões da morte assistida, já que as políticas de saúde do país são reguladas por leis provinciais, enquanto as leis criminais estão sob jurisdição nacional. Para evitar problemas, autoridades sugeriram diretrizes nacionais unificadas, apesar do curto prazo para regulamentação²⁹.

Holanda

Em abril de 2002, tanto a eutanásia quanto o suicídio assistido foram regulamentados e deixaram de ser puníveis na Holanda, depois de mais de trinta anos de debate. Antes da legalização, essas práticas foram toleradas por algumas décadas, tendo sido relatadas por médicos holandeses desde 1991^{3,4,30}.

O processo da morte assistida deve se enquadrar em diversos critérios, muito semelhantes aos realizados na Bélgica e em Luxemburgo. Nos três países, o paciente deve ser competente, realizar o pedido voluntariamente e ser portador de condições crônicas que causam intenso sofrimento físico ou psicológico. O médico deve informar o paciente sobre seu estado de saúde e expectativa de vida, para, juntos, concluírem que não existe alternativa razoável. Além disso, outro médico deve ser consultado a respeito do caso, e todos os procedimentos devem ser reportados às autoridades^{3,4,30}.

Pessoas com demência também são elegíveis, assim como crianças, entre 12 e 17 anos, com capacidade mental comprovada. Pais ou responsáveis também devem concordar com o ato no caso de pacientes entre 12 e 15 anos, e participar das discussões no caso de pacientes entre 16 e 17 anos. Em algumas circunstâncias específicas, a morte assistida pode aplicar-se também a recém-nascidos, de acordo com a regulamentação do “Protocolo de Groningen”, de 2005^{4,31}.

Entre setembro de 2002 e dezembro de 2007 foram notificados 10.319 casos. Destes, 54% eram do sexo masculino, 53% tinham entre 60 e 79 anos e 87% foram diagnosticados com câncer³⁰. Em 2013 foram relatados 4.829 casos, e 78,5% destes ocorreram em casa. Nos últimos anos, cinco médicos (0,1%

dos casos) foram julgados por não terem cumprido os critérios estabelecidos na legislação^{4,30}.

Bélgica

Desde setembro de 2002, a eutanásia voluntária é permitida na Bélgica para pessoas mentalmente competentes, portadoras de condições incuráveis, incluindo doenças mentais, que causem sofrimento físico ou psicológico insuportáveis. O suicídio assistido não é explicitamente regulado pela lei, mas casos reportados à Comissão Federal de Controle e Avaliação de Eutanásia são tratados da mesma forma que a eutanásia^{3,4}.

A legislação belga é semelhante à holandesa, porém, se o paciente não é terminal, o médico deve consultar um terceiro especialista independente, e pelo menos um mês deve se passar entre o requerimento do paciente e o ato da eutanásia^{3,30}.

Em 13 de fevereiro de 2014, a Bélgica removeu a restrição de idade para eutanásia, apesar de forte oposição de religiosos e de alguns integrantes da classe médica. Antes dessa alteração, a legislação da eutanásia já se aplicava a adolescentes com mais de 15 anos, legalmente emancipados por decreto jurídico. De qualquer maneira, nos últimos doze anos, a Comissão Federal reportou apenas quatro casos envolvendo pacientes com menos de 20 anos, e nenhum deles era criança³².

Com a nova legislação, crianças de qualquer idade poderão requerer a eutanásia, contanto que sejam capazes de entender as consequências de suas decisões, conforme certificado por um psicólogo ou psiquiatra infantil. A criança deverá estar em condição terminal, com constante e insuportável sofrimento físico, que não possa ser aliviado. A decisão da criança deve ser apoiada pelos pais ou guardiões legais, que têm direito de veto³¹. Embora a restrição da idade não seja imposta pela lei, a criança deve mostrar capacidade de discernimento e estar consciente no momento de fazer o pedido. Esses pré-requisitos limitam a gama de crianças que poderiam se qualificar, e a previsão é que as mudanças, embora de grande importância, não apresentem impacto tão significativo³³.

De acordo com a Comissão Federal, entre 2010 e 2014, os casos notificados quase duplicaram, passando de 953 para 1.807. A predominância continua sendo de homens, com idades entre 60 e 79 anos, com câncer; entretanto, estudo recente mostrou aumento das requisições feitas por pacientes maiores de 80 anos e com outras doenças. Além disso, estima-se que 44% dos casos de morte assistida

ocorrem nos hospitais, 43% em casa, e 11% em asilos^{4,30-33}.

Luxemburgo

Em 16 de março de 2009, eutanásia e suicídio assistido foram legalizados em Luxemburgo, e atualmente são regulados pela Comissão Nacional de Controle e Avaliação. A lei abrange adultos competentes, portadores de doenças incuráveis e terminais que causam sofrimento físico ou psicológico constante e insuportável, sem possibilidade de alívio^{4,34}.

O paciente deve solicitar o procedimento por meio de suas “Disposições de fim da vida”, documento escrito que é obrigatoriamente registrado e analisado pela Comissão Nacional de Controle e Avaliação. O documento permite ainda que o paciente registre as circunstâncias em que gostaria de se submeter à morte assistida, que é realizada por médico de confiança do requerente. A solicitação pode ser revogada pelo paciente a qualquer momento, e nesse caso será removida do registro médico³⁴. Antes do procedimento, o médico deve consultar outro especialista independente, a equipe de saúde do paciente, e uma “pessoa de confiança” apontada por ele; após sua realização, o óbito deve ser comunicado à Comissão em até oito dias^{4,34}.

De acordo com o último relatório da Comissão, entre 2009 e 2014, foram registrados 34 casos de morte assistida. Destes, 21 eram do sexo feminino, com idade predominante entre 60 e 79 anos; 27 tiveram câncer e 22 realizaram o procedimento no hospital³⁵.

Suíça

O suicídio assistido é permitido na Suíça, e, de acordo com o artigo 115 do Código Penal de 1918, a prática só é passível de pena quando realizada por motivos “não altruístas”^{3,4}. Ao contrário de outros países, como Holanda, e de alguns estados dos EUA, o suicídio assistido não é regulamentado de maneira clara, e não existem leis específicas que determinam sob quais condições uma pessoa pode solicitar assistência³⁶.

Embora o artigo 115 não tenha sido originalmente desenvolvido para a regulamentação dessa prática, a partir da década de 1980 muitas instituições de apoio à morte assistida o usaram como base para justificar sua atuação. Atualmente, seis instituições em atividade são responsáveis pela maioria dos casos de suicídio assistido no país, com diferentes critérios de seleção de candidatos^{3,36}.

Apenas três instituições restringem a assistência a pacientes terminais, e estrangeiros também podem ser atendidos em quatro delas. Estima-se que, entre 2008 e 2012, 611 estrangeiros, incluindo um brasileiro, receberam a medicação letal, sendo 268 da Alemanha e 126 do Reino Unido. Nesse período, os estrangeiros representaram quase dois terços do total de casos^{4,36}. O serviço tem atraído número considerável de pacientes para o país, chamados de “turistas do suicídio”. No Reino Unido, por exemplo, o termo “going to Switzerland” (em português, “ir para a Suíça”) tornou-se eufemismo para suicídio assistido³⁶.

O atendimento a pessoas com doenças mentais também é permitido, mas a Suprema Corte exige relatório psiquiátrico declarando que o desejo de suicídio do paciente foi autodeterminado e bem considerado, e não faz parte de sua desordem mental³.

Os médicos que prescrevem o medicamento são responsáveis pelo processo, devendo sempre informar o paciente sobre sua condição e possíveis alternativas. Porém uma relação médico-paciente bem estabelecida não é pré-requisito para a prática, e geralmente esses médicos não estão presentes no momento da morte³.

Todos os países, exceto a Suíça e o estado de Montana (EUA), exigem notificação dos casos de suicídio assistido e divulgação regular de relatórios públicos³. No entanto, estudos recentes demonstram que o perfil de usuários difere de outros países: a assistência predomina em mulheres, e o percentual de pacientes com câncer é menor^{3,35}. A eutanásia é proibida na Suíça de acordo com o artigo 114 do Código Penal³.

Brasil

Apesar de ainda não regulamentada, a questão no Brasil vem sendo amplamente discutida entre médicos, filósofos, religiosos e profissionais do direito, que buscam a melhor forma de inseri-la em nosso ordenamento jurídico³⁷. A eutanásia é considerada crime de homicídio, segundo o artigo 121 do Código Penal, e, dependendo das circunstâncias, a conduta do agente também pode configurar-se como crime de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio, como consta no artigo 122³⁸. Além disso, de acordo com o artigo 41 do sexto Código de Ética Médica, é vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal; também destaca que, em casos de doença incurável e terminal, o médico deve oferecer

todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas^{39,40}.

Vale ressaltar que, conforme afirmam Felix e colaboradores, a ortotanásia (por vezes utilizada como sinônimo de “eutanásia passiva”) é bem assegurada pela Constituição, pois visa garantir morte digna ao paciente terminal, que tem autonomia para recusar tratamentos desumanos e degradantes³⁷.

O Conselho Federal de Medicina também se posiciona sobre o assunto. A Resolução 1.805/2006 permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. Garante ainda que o doente continue a receber todos os cuidados necessários para alívio do sofrimento, assegurando-lhe conforto, assistência integral e direito de alta hospitalar^{40,41}. Já a Resolução 1.995/2012, valorizando o princípio da autonomia do paciente, dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade, assegurando sua prevalência sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares. As diretivas são definidas pela resolução como *o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade*^{40,42}.

Reino Unido

O Reino Unido não permite oficialmente a morte assistida, embora, nos últimos anos, discussões sobre o tema tenham sido muito frequentes⁴³. Pesquisas recentes revelam que a maioria da população, incluindo grande parte da classe médica, é a favor do suicídio assistido⁴³; porém, na última década, o Parlamento britânico rejeitou diversas propostas para sua regulamentação². A última delas, o “Projeto de lei da morte assistida” (*Assisted Dying Bill*), elaborado por Lord Falconer, foi rejeitado pela Câmara Baixa em setembro de 2015⁴⁴. O documento, baseado na legislação de Oregon, propunha a legalização do suicídio assistido (mas não da eutanásia) para pacientes competentes, com mais de 18 anos, com expectativa de vida menor que seis meses^{43,45}.

A eutanásia ativa é considerada crime de homicídio, e, de acordo com a sessão 2 do Ato de Suicídio de 1961, auxiliá-lo é punível com até 14 anos de prisão^{2,46}. No entanto, em fevereiro de 2010, o Ministério Público introduziu novas diretrizes sobre

auxílio ao suicídio, após o caso de Debbie Purdy. Ela foi diagnosticada com esclerose múltipla em 1994, e queria saber se seu marido seria acusado caso a acompanhasse até a Suíça para receber medicação letal. As novas diretrizes afirmam que o auxílio ao suicídio pode, em alguns casos, ser despenalizado, por exemplo, se a ajuda for por compaixão, e a decisão da morte for voluntária, consciente, bem pensada e comunicada às autoridades^{2,47}. Mesmo depois dessa resolução, conflitos legais continuam ocorrendo. Em 2013, por exemplo, a esposa e o filho de um homem foram presos por tentar levá-lo para uma clínica de morte assistida na Suíça⁴².

Considerações finais

Com o aumento da expectativa de vida da população, crescem também os casos de doenças crônicas e incapacitantes. Somado a isso, o maior enfoque da medicina humanizada e dos cuidados paliativos incitou debates sobre qualidade de morte em diversos países. Nesse cenário, a morte assistida é tema atual e ainda muito controverso.

No Ocidente, eutanásia e/ou suicídio assistido são legais em alguns países. Embora os critérios adotados para essas práticas sejam diferentes em cada localidade, o perfil dos pacientes que recorrem ao auxílio é quase invariavelmente o mesmo.

No Brasil, morte assistida não é legalizada, mas o debate é oportuno, entre outros motivos, pela perspectiva do crescimento da população idosa nos próximos anos, o que aumentará também o número de doenças crônicas e incapacitantes. Estima-se que em 2020 o país seja o sexto em número de idosos⁴⁸. Esses dados são preocupantes, já que a qualidade de morte no Brasil é considerada precária e pouco desenvolvida^{48,49}. Sendo assim, consideramos que melhorias

na assistência do paciente terminal são imperativas, independentemente do debate em questão.

O Reino Unido também criminaliza a morte assistida, porém, nos últimos anos, discussões sobre o tema têm se tornado cada vez mais frequentes. O Parlamento britânico negou diversas propostas de legalização, apesar de pesquisas indicarem que a maioria da população é a favor da mudança. Ainda assim, ao contrário do Brasil, o Reino Unido lidera o ranking dos países mais desenvolvidos no cuidado com o paciente no fim de vida e é considerado referência mundial em cuidados paliativos^{48,49}.

Durante a redação deste trabalho, sucedeu o primeiro caso de eutanásia na Colômbia, o suicídio assistido foi reconhecido no Canadá e no estado da Califórnia nos Estados Unidos, e o estado do Novo México revogou a decisão da legalização. Posto isso, sugerimos que trabalhos de atualização sejam feitos com periodicidade.

A questão da morte assistida é ampla e multifacetada; por isso, a análise dos dados dos países apresentados deve considerar o contexto em que estão inseridos, valorizando aspectos históricos, religiosos, socioeconômicos e culturais próprios. Ademais, a discussão aumenta a consciência sobre a finitude humana, abrindo espaço para o desenvolvimento oportuno e favorável de serviços de cuidados paliativos, e estimulando a reflexão de importantes questões bioéticas, como o direito de morte e a autonomia do paciente; a sacralidade da vida; a relação médico-paciente; os princípios da beneficência e não maleficência; e as questões relativas à regulamentação da prática propriamente dita.

Por fim, esperamos que esta revisão represente uma fonte atualizada do cenário de morte assistida no Ocidente, permitindo visão mais ampla e crítica sobre o assunto.

Agradecimentos ao CNPQ, pelo suporte financeiro e concessão de bolsa de pós-doutorado à coautora Sarah Rückl.

Referências

1. Siqueira-Batista R, Schramm F. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. Cad Saúde Pública. 2005;21(1):111-9.
2. Menon S. Euthanasia a matter of life and death. Singapore Med J. 2013;54(3):116-28.
3. Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M. Euthanasia and assisted suicide in selected european countries and US States. Med Care. 2013;51(10):938-44.
4. Dyer O, White C, Garcia Rada A. Assisted dying: law and practice around the world. BMJ. 2015;351:h4481.
5. Guerra YM. Ley, Jurisprudencia y Eutanasia: introducción al estudio de la normatividad comparada a la luz del caso colombiano. Rev Latinoam Bioét. 2013;13(2):70-85.
6. Torres JHR. The right to die with dignity and conscientious objection. Colomb. Med. 2015;46(2):52-3.

7. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución nº 1216, del 2015. Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuaria de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad. Bogotá; 2015 [acesso 20 out 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1Uwf7D>
8. Sarmiento-Medina M I, Vargas-Cruz S L, Velasquez-Jimenez, Claudia M, Sierra de Jaramillo M. Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. Rev Salud Pública. 2012;14(1):116-28.
9. McGreevy P. After struggling, Jerry Brown makes assisted suicide legal in California. Los Angeles Time. [Internet]. 5 out 2015 [acesso 28 out 2015]. Disponível: <http://lat.ms/1PfpVOY>
10. Loggers ET, Starks H, Shannon-Dudley M, Back AL, Appelbaum FR, Stewart FM. Implementing a death with dignity program at a comprehensive cancer center. New Engl J Med. 2013;368:1417-24.
11. Oregon Public Health Division. Death with Dignity Act Requirements. 1997 [acesso 30 out 2015]. Disponível: <http://1.usa.gov/1XT4sAO>
12. Oregon Public Health Division. Death with Dignity Act. [Internet]. [acesso 2 nov 2015]. Disponível: <http://1.usa.gov/1p9mUPV>
13. Washington State Department of Health. Washington State Department of Health 2014 Death with Dignity Act Report. [Internet]. 2014 [acesso 2 nov 2015]. Disponível: <http://1.usa.gov/1DaWEB1>
14. Knaplund KS. Montana becomes third u.s. state to allow physician aid in dying. Soc Sci Res. [Internet]. 2010 [acesso 2 nov 2015]:1-10. Disponível: <http://bit.ly/1Omdenc>
15. Breitbart W. Physician-Assisted suicide ruling in Montana: struggling with care of the dying, responsibility, and freedom in big sky country. Palliat Support Sare. 2010;8(1):1-6.
16. Vermont. Department of Health. Patient choice and control at end of life. [Internet]. 2013 [acesso 2 nov 2015]. Disponível: <http://1.usa.gov/1OGe9bd>
17. Botelho G. California governor signs 'right to die' bill. [Internet]. CNN. 6 out 2015 [acesso 2 nov 2015]. Disponível: <http://cnn.it/1U4lnsd>
18. California. California Legislative Information. Assembly Bill nº 15. [Internet]. out 2015 [acesso 2 nov 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1T3ejBe>
19. Siders D, Koseff A. Jerry Brown signs doctor-assisted death bill. The Sacramento Bee. [Internet]. 5 out 2015 [acesso 15 nov 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1j9JyeR>
20. Canada. Supreme Court of Canada. Supreme Court Judgments 2015 SCC 5 (2015). [Internet]. [acesso 15 nov 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1j9JyeR>
21. Attaran A. Unanimity on death with dignity — legalizing physician-assisted dying in Canada. N Engl J Med. 2015;372(22):2080-2.
22. The College of Physicians and Surgeons of Ontario. CPSO Interim Guidance on Physician-Assisted Death. [Internet]. 2016 [acesso 26 fev 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1nKqj5N>
23. CBC News. Supreme Court gives federal government 4-month extension to pass assisted dying law. [Internet]. 15 jan 2016 [acesso 26 fev 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1UxNCAG>
24. Canada. Judgments of the Supreme Court of Canada. Supreme Court of Canada. [Internet]. 15 jan 2016 [acesso 26 fev 2016]. Diponível: <http://bit.ly/1swaj8p>
25. Assemblée Nationale Québec. Bill nº 52: an act respecting end-of-life care. [acesso 26 fev 2016]. Diponível: <http://bit.ly/Kn9aTa>
26. Rukavina S. Quebec patient receives doctor-assisted death in Canadian legal first. CBC News. [Internet]. 15 jan 2016 [acesso 26 fev 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1PwAoX>
27. Hamilton G. First Quebec euthanasia case confirmed, two others reported. Nacional Post. [Internet]. 15 jan 2016 [acesso 26 fev 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1Oomqe4>
28. Canadá. End-of-Life Law and Policy in Canada. Health Law Institute. [Internet]. [acesso 26 fev 2016]. Diponível: <http://eol.law.dal.ca/>
29. Kirkup K. Assisted-death committee warned about Canada's jurisdictional patchwork. CBC News. 18 jan 2016 [acesso 26 fev 2016]. Diponível: <http://bit.ly/1sERYzm>
30. Rurup ML, Smets T, Cohen J, Bilsen J, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. The first five years of euthanasia legislation in Belgium and the Netherlands: Description and comparison of cases. Palliat Med. 2012;26(1):43-9.
31. Vizcarrondo FE. Neonatal euthanasia: the Groningen Protocol. Linacre Q. 2014;81(4):388-92.
32. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Comparison of the expression and granting of requests for euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013. Jama Intern Med. 2015;175(10):1703-6.
33. Samanta J. Children and euthanasia: Belgium's controversial new law. Diversity and Equality in Health and Care. 2015;12(1):4-5.
34. Portail Santé. Fin de vie. [Internet]. 2015 [acesso 15 nov 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1tuCKxv>
35. Portail Santé. Troisième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (années 2013 et 2014). [acesso 15 nov 2015]. Disponível: <http://bit.ly/292Me89>
36. Gauthier S, Mausbach J, Reisch T, Bartsch C. Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. J Med Ethics. 2014;0:1-7.
37. Felix ZC, Costa SFG, Alves AMPM, Andrade CG, Duarte MCS, Brito FM. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. Ciênc. saúde coletiva. 2013;18(9):2733-46.
38. Brasil. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. 1940 [acesso 20 out 2015]. Disponível: <http://bit.ly/18kAH0G>

Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática

39. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. [acesso 20 out 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1RAU0ou>
40. Santos DA, Almeida ERP, Silva FF, Andrade LHC, Azevêdo LA, Neves NMBC. Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático. *Rev. Bioét.* (Impr.). 2014;22(2):367-72.
41. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Brasília: CFM; 2006 [acesso 4 jun 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1URTI3S>
42. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.995, de 31 agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. [Internet]. Brasília: CFM; 2012 [acesso 04 jun 2016]. Disponível: <http://bit.ly/207VBbw>
43. Frost TDG, Sinha D, Gilbert BJ. Should assisted dying be legalized? *Philos Ethics Humanit Med.* 2014;9:3.
44. Mason R. Assisted dying bill overwhelmingly rejected by MPs. *The Guardian*. [Internet]. 11 set 2015 [acesso 15 nov 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1ES50P5>
45. Londres. Care Not Killing. Lord Falconer's Assisted Dying Bill. [Internet]. [acesso 16 nov 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1Lxb9C1>
46. Simillis C. Euthanasia: a summary of the law in England and Wales. *Med Sci Law*. 2008;48(3):191-8.
47. The Crown Prosecution Service. Policy for prosecutors in respect of cases of encouraging or assisting suicide. [Internet]. 2014 [acesso 20 nov 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1XnPSQZ>
48. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev. bioét.* (Impr.). 2014;22(1):94-104
49. Economist Intelligence Unit. Quality of death Ranking end-of-life care across the world. Lien Foundation: 2010.

Participação dos autores

Todos os autores contribuíram com a pesquisa do tema, escrita e revisão do artigo.



Anexo

Quadro 1. Características dos artigos selecionados

Revista; autor(es); ano; país	Título	Tipo de Estudo	Objetivo	Limitações
<i>Cadernos de Saúde Pública</i> ; Siqueira-Batista R, Schramm FR; 2005; Brasil	Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia	Revisão	Discutir sobre a moralidade da eutanásia, demarcando adequadamente os conceitos e ressaltando argumentos favoráveis e contrários a sua realização	Não informado
<i>Singapore Medical Journal</i> ; Menon S; 2013; Cingapura	Euthanasia: a matter of life or death?	Revisão	Discorrer sobre a aceleração da morte e as práticas de suicídio assistido e eutanásia voluntária	O autor é tendencioso em sua posição contrária à eutanásia
<i>Medical Care</i> ; Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M; 2013; Estados Unidos	Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US States	Revisão sistemática	Examinar números, características e tendências ao longo do tempo na morte assistida em regiões onde a prática é legal: Bélgica, Luxemburgo, Holanda, Suíça, Oregon, Washington e Montana	Não informado
<i>British Medical Journal</i> ; Dyer O, White C, Rada AG; 2015; Inglaterra	Assisted dying: law and practice around the world	Revisão	Revisar a prática e as leis da eutanásia na Europa Ocidental e na América	Não informado
<i>Ciência e Saúde Coletiva</i> ; Felix ZC, Costa SFG, Alves AMPM, Andrade CG, Duarte MCS, Brito FM; 2013; Brasil	Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura	Revisão	Caracterizar a produção científica, no âmbito nacional, acerca de eutanásia, distanásia e ortotanásia	Não informado
<i>Revista Bioética</i> ; Santos DA, Almeida ERP, Silva FF, Andrade LHC, Azevêdo LA, Neves NMBC; 2014; Brasil	Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático	Revisão reflexiva	Analizar aspectos envolvidos no processo de morrer: eutanásia e ortotanásia e sua relação com o princípio bioético da autonomia	Não informado
<i>Revista Latino Americana de Bioética</i> ; Guerra YM; 2013; Colômbia	Ley, jurisprudencia y eutanasia: introducción al estudio de la normatividad comparada a la luz del caso colombiano	Análise comparativa	Analizar as leis e a história da eutanásia na Colômbia para esclarecer questões legais e bioéticas sobre o tema	Dados desatualizados: legislação mudou após a publicação do artigo
<i>Colombia Médica</i> ; Torres JHR; 2015; Colômbia	The right to die with dignity and conscientious objection	Revisão	Avaliar o direito da morte para o paciente segundo a Constituição	Não informado
<i>Revista de Salud Pública</i> ; Sarmiento-Medina MI et al.; 2012; Colômbia	Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal	Estudo descritivo exploratório	Descrever preferências nas decisões no final de vida de pacientes e familiares, e razões subjacentes que os levam a procurar apoio	Dados desatualizados: a legislação colombiana mudou após a publicação do artigo

Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática

Revista; autor(es); ano; país	Título	Tipo de Estudo	Objetivo	Limitações
<i>The New England Journal of Medicine</i> ; Loggers ET; 2013; Estados Unidos	Implementing a Death with Dignity Program at a comprehensive cancer center	Revisão	Descrever a implantação do “Programa de Morte com Dignidade” no Seattle Cancer Care Alliance	Não informado
<i>International Journal of Law and Psychiatry</i> ; Schafer A; 2013; Holanda	Physician assisted suicide: the great Canadian euthanasia debate	Revisão	Criticar argumentos e descrever contornos do atual debate canadense. Questões éticas e jurídicas são suscitadas, com relação ao suicídio assistido médico	Não informado
<i>The New England Journal of Medicine</i> ; Attaran A, Phil D; 2015; Estados Unidos	Unanimity on death with dignity – Legalizing physician-assisted dying in Canada	Revisão	Discutir sobre moralidade e legalização do suicídio assistido, segundo a constituição do Canadá	Não informado
<i>Palliative medicine</i> ; Rurup ML, Smets T, Cohen J, Bilsen J, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L; 2012; Inglaterra	The first five years of euthanasia legislation in Belgium and the Netherlands: description and comparison of cases	Estudo descritivo e comparativo	Descrever e comparar os casos de eutanásia relatados e suicídio assistido por médicos nos primeiros cinco anos de legislação	Apenas casos relatados foram analisados. Na Holanda, a maioria é relatada (cerca de 80%), enquanto na Bélgica apenas cerca de 53%
<i>Jama Internal Medicine</i> ; Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K; 2015; Estados Unidos	Comparison of the expression and granting of requests for euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013	Estudo transversal	Comparar prevalência e concessão de solicitações de eutanásia na Bélgica em 2007 e 2013	Não informado
<i>Seminars in Fetal & Neonatal Medicine</i> ; Vizcarrondo FE; 2014; Estados Unidos	Neonatal euthanasia: The Groningen Protocol	Revisão	Discutir sobre a eutanásia neonatal	Não informado
<i>Diversity and Equality in Health and Care</i> ; Samanta J; 2015; Inglaterra	Children and euthanasia: Belgium's controversial new law	Revisão	Analizar as leis e a história da eutanásia em crianças no mundo, com enfoque na Bélgica	Não informado
<i>Journal of Medical Ethics</i> ; Gauthier S et al.; 2015; Inglaterra	Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon	Revisão	Detalhar suicídio assistido, descobrir a origem dos turistas suicidas e comparar os resultados com os de estudos anteriores em Zurique	Não informado
<i>Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine</i> ; Frost TDG, Sinha D, Gilbert BJ; 2014; Inglaterra	Should assisted dying be legalized?	Revisão	Descrever o impacto do suicídio assistido no paciente, no médico e na sociedade e a potencial necessidade para a prática dentro da estrutura médico-legal vigente	Não informado
<i>Medicine, Science and the Law</i> ; Simillis C; 2008; Inglaterra	Euthanasia: a summary of the law in England and Wales	Revisão	Analizar a lei na Inglaterra e no País de Gales sobre diferentes categorias de eutanásia	Não informado

Figura 2. Linha do tempo