

ASPECTOS DA TRATATIVA JURÍDICA DO SUICÍDIO ASSISTIDO NO BRASIL E NO EXTERIOR

LEGAL ASPECTS OF DEALINGS ASSISTED SUICIDE IN BRAZIL AND ABROAD

Sérgio Rodrigo Martínez*

Lívia Gava Bersot**

Como citar: MARTÍNEZ, Sérgio Rodrigo; BERSOT, Lívia Gava. Aspectos da tratativa jurídica do suicídio assistido no Brasil e no exterior. **Revista de Estudos Jurídicos UNESP**, Franca, ano 19, n. 29, p. 1-17, jan-jul. Disponível em: <<http://seer.franca.unesp.br/index.php/estudosjuridicosunesp/index>>.

SUMÁRIO: Introdução. 1 Noções gerais sobre o suicídio assistido. 2 A situação do suicídio assistido no Brasil. 3 A experiência internacional em relação à tratativa legal do suicídio assistido. Considerações finais. Referências.

RESUMO: O presente estudo tem por objetivo analisar o suicídio assistido no ordenamento jurídico brasileiro e no exterior. Procura-se estabelecer uma distinção entre conceitos básicos, como eutanásia, distanásia, ortotanásia e suicídio assistido. Apresenta-se o enquadramento legal do suicídio assistido no Brasil, a partir das normas existentes. Por último a experiência internacional com relação ao suicídio assistido. O trabalho demonstra ser possível a relativização do direito à vida. Para tanto, a metodologia utilizada é a pesquisa bibliográfica comparativa e a legislação em vigor no ordenamento jurídico brasileiro.

Palavras-chaves: Suicídio assistido. Dignidade humana. Autonomia. Direito comparado.

ABSTRACT: *The goal of the article is to analyze the assisted suicide in the Brazilian legal system and abroad. Wanted to distinguish between basic concepts as euthanasia, medical futility, orthothanasia and assisted suicide. It presents the legal framework assisted suicide in Brazil, from the existing standards. Finally the international experience with respect to assisted suicide. The work shows it is possible to relativize the right to life. Therefore, the methodology used is the comparative literature and the law of the Brazilian legal system.*

Keywords: *Assisted suicide. Human dignity. Autonomy. Comparative law.*

INTRODUÇÃO

Os avanços na medicina tornaram possível um aumento significativo da expectativa e qualidade de vida, contudo, os progressos trouxeram consigo a obstinação terapêutica, à medida que a vida poderia a ser prolongada a todo custo, independente do grau de qualidade ou dignidade vivido pelo paciente durante o prolongamento artificial.

O atenuar o sofrimento é um dos grandes desafios da medicina e do direito, que assume novos contornos em razão dos avanços da medicina intensivista.

O tratamento médico possui uma linha tênue entre os tratamentos úteis ao conforto e à sobrevivência do paciente terminal e o excesso de tratamento, caracterizado como distanásia.

* Estágio Pós-doutoral em Direito Econômico e Sócio-ambiental pela PUC-PR. Doutor em Direito das Relações Sociais pela UFPR, com estágio de doutorado-sanduíche (CAPES) na Universidade de Coimbra. Mestre em Direito das Relações Negociais pela UEL. Especialista em Direitos Humanos e Democracia pela Universidade de Coimbra. Professor Associado do Curso de Graduação em Direito da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

** Possui graduação em Direito pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Tem-se que a distanásia caracteriza-se pelo excesso de tratamento, busca-se prolongar a quantidade de vida, em uma espécie de combate com a morte. O objetivo primordial é manter o paciente vivo, mesmo que a custo da dignidade.

Como consequência dos avanços na medicina coube à Bioética e ao Biodireito o estudo dos limites da aplicabilidade dos avanços das ciências médicas, no tocante ao prolongamento artificial da vida do paciente terminal.

Nessa seara, encontra-se o chamado suicídio assistido, que se contrapõe à distanásia, no sentido de buscar permitir ao paciente terminal decidir sobre sua morte. A partir do momento que sentir o agravamento de sua patologia, passando a vivenciar muitas dores, sofrimento e, portanto, indignidade.

Atualmente, o suicídio assistido é tipificado no Brasil como crime, caracterizado como “auxílio ao suicídio”, conforme o art. 122 do Código Penal brasileiro.

O presente artigo visa a questionar e demonstrar a tratativa de sua temática despenalizadora no direito comparado, a partir da experiência estrangeira, nos países em que é aplicável tal instituto.

A construção teórica dessa pesquisa foi focada no método descritivo. A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de levantamento de dados de material bibliográfico nacional e estrangeiro.

O presente trabalho, no primeiro capítulo, busca elucidar os conceitos básicos sobre o assunto e sua aplicabilidade no Brasil.

Em uma segunda parte demonstra em quais países o suicídio assistido é aceito e de que forma sua tratativa jurídica é realizada.

1 NOÇÕES GERAIS SOBRE O SUICÍDIO ASSISTIDO

Apesar dos inúmeros problemas éticos que resultaram dos avanços tecnológicos na área da saúde, as dificuldades em encarar o assunto estão relacionadas, muitas vezes, com a insuficiente informação. Especialmente ao se diferenciar eutanásia de suicídio assistido, os juristas ainda encontram dificuldades em entender o correto enquadramento.

Eutanásia em sua etimologia histórica, é um vocábulo de origem grega (*eu*, que significa *boa*, e *thanatos*, que significa *morte*), pode-se dizer que significa uma morte tranquila, sem sofrimento (VIEIRA, 1999, p. 80).

Nessa versão histórica, o termo eutanásia, conforme Santos (1998, p. 105), designaria a chamada “morte misericordiosa ou piedosa”, aplicada nos casos de patologias incuráveis e penosas, “visando a suprimir a agonia lenta e dolorosa” do paciente, com fulcro na “piedade e compaixão”.

Por muito tempo, o termo eutanásia foi utilizado dessa forma genérica, na história das sociedades ocidentais, para designar qualquer forma de morte provocada por terceiro, cuja finalidade seria a de abreviar o sofrimento (BARROSO, 2012).

Nesse sentido, historicamente, a palavra eutanásia poderia ser considerada um chavão, utilizada para indicar o ato consciente e inequívoco de provocar a morte por compaixão no que tange a um doente incurável, pondo fim aos seus sofrimentos (VIEIRA, 1998, p. 80).

Enquanto procedimento antigo, entre os povos mais primitivos sacrificavam-se os velhos, débeis e doentes, muitas vezes, publicamente, numa espécie de ritual aceito como útil e necessário (FRANÇA, 1998, p. 302).

Existem relatos que em Esparta, os recém-nascidos malformados eram sacrificados na Ilha de Cos. Outro exemplo encontrado é o dos idosos espartanos que eram convidados à uma festa, onde ao final um veneno lhes era oferecido (PEREIRA, 2009).

No mundo moderno, a palavra eutanásia foi utilizada pela primeira vez, por Francis Bacon, no século XVII, ao referir-se a atitude do médico que, ao ser procurado pelo moribundo sem esperanças e em agonia, realizava um procedimento para dar ao paciente uma morte doce e tranquila (SIQUEIRA, 2004).

O Brasil não é exceção quando o assunto é eutanásia, os índios da tribo Yanomami, que ocupam parte dos Estados de Roraima e do Amazonas, praticam culturalmente o infanticídio desde tempos imemoriais.

Para essa tribo, a mulher é livre para escolher matar ou deixar a criança viver. Um dos métodos de matar a criança é asfixiá-la com folhas logo após o parto. Um fato interessante é que ninguém da aldeia tem o poder de interferir no processo da escolha da mãe, nem mesmo o pai. As razões que motivam o infanticídio são diversas, dentre elas deficiências, malformações congênitas, bebês com sexo indesejado pelos pais, e até mesmo controle da população (YANOMAMI, 2005).

Com o advento do genocídio do povo judeu na Segunda Guerra Mundial e com a posterior Declaração Universal dos Direitos do Homem pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948, é que o conceito mundial de eutanásia ganhou novas feições. Segundo Santos (2011, p. 80), foi a partir desse momento que, historicamente, uma nova perspectiva humanista passou a ser aplicada ao conceito de eutanásia.

Para Sá (2005, p. 41), a eutanásia passou a ser vista como de caráter criminoso, para se proteger o bem jurídico tido como mais valioso e que havia sido enormemente vilipendiado durante a Segunda Guerra Mundial: a vida.

Então, isso provocou uma perda do conceito original do instituto, o qual passou a ser tido enquanto homicídio e não mais como ato misericordioso ou piedoso, movido pela compaixão em face de um enfermo em agonia irrecuperável.

Restou ao tempo um novo espaço de reconfiguração do tema, que surge com os avanços da medicina, especialmente no tocante ao prolongamento artificial da vida, pelo uso de equipamentos, novas técnicas e medicamentos.

Aqui não se discute mais o direito à vida, já consagrado e que deve ser respeitado enquanto valor fundamental dos direitos humanos internacionalmente. O que se discute, contemporaneamente nos países desenvolvidos, principalmente, é qual o mínimo de dignidade que deve ser garantido para se viver. No caso dos pacientes terminais, até qual seria o limite da indignidade de se obrigar a manter uma vida em agonia e sofrimento.

Analisando a evolução da medicina e da tecnologia, novas questões surgiram, como por exemplo, os questionamentos levantados por Sá (2012, p. 70), acerca da qualidade e dignidade da vida: “Pacientes terminais têm direito de morrer em paz e com dignidade? Ou devem sobreviver, mesmo que vegetativamente, até a parada respiratória ou a morte encefálica?”.

O ser humano tem outras dimensões, que não somente a biológica, de forma que aceitar o critério da qualidade de vida significa estar a serviço não só da vida, mas também da pessoa. O prolongamento da vida somente pode ser justificado se oferecer às pessoas algum benefício, e ainda assim, se esse benefício não ferir a dignidade do viver e do morrer. (SÁ, 2012, p. 70).

Nesse sentido, o direito à vida deve ser protegido, mas ele não é um direito absoluto. A dignidade humana deve acompanhar toda a vida do sujeito de direito, desde o nascimento até a morte.

Martel (2010, p. 155) traz em sua tese que a compreensão da dignidade humana como autonomia está ligada à ideia da dignidade como *fundamento e justificação* dos direitos fundamentais e dos direitos humanos.

“A dignidade como autonomia não se limita apenas ao respeito pela habilidade humana de empreender escolhas, mas abrange as condições para que tal habilidade possa desenvolver-se em plenitude” (MARTEL, 2010, p. 155).

Dworkin (2009, p. 342) trabalha essa questão da dignidade humana ligada à ideia de liberdade e de qualidade de vida, aceitando o espaço autônomo humano para tomar “decisões individuais sobre a própria morte”, quando não houver mais dignidade de se viver.

Sarlet (2008, p. 63) elaborou um conceito para dignidade humana:

[...] um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as **condições existenciais mínimas para uma vida saudável**, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos. (grifo nosso).

Assim ressurgue internacionalmente o antigo conceito de eutanásia enquanto “boa morte”, a partir do princípio universal da dignidade humana, que deve balizar valores outros, inclusive o direito à vida.

Tal contexto levou ao surgimento de dois novos termos conceituais, a partir da etimologia clássica do termo eutanásia: a ortotanásia e o suicídio assistido.

O termo ortotanásia surge dos prefixos gregos *orthós* (correta, normal) e *thanatos* (morte). É o procedimento que busca uma morte no curso natural da doença, sem prolongamentos desproporcionais do processo de morrer, respeitando-se a dignidade do paciente (SWIDEREK, 2007, p. 88).

Na ortotanásia busca-se a humanização do processo de morrer, com o alívio das dores e do sofrimento, não se permitindo o prolongamento artificial e obstinado da vida indigna, com a aplicação de meios tecnológicos desproporcionais, que imporiam sofrimentos adicionais ao paciente (SWIDEREK, 2007, p. 88).

Atualmente, a ortotanásia é admitida no meio médico, estando prevista na Resolução nº 1.805/2006, do Conselho Federal de Medicina. A Resolução está amparada no art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que estabeleceu o princípio da dignidade humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil. Tal resolução permite que o médico limite ou suspenda tratamentos que estão apenas prolongando a vida do paciente.

O art. 1º da Resolução nº 1.805/2006 estabelece que:

Art. 1º. É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave ou incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. (RESOLUÇÃO CFM 1.805/2006).

Nesse sentido, Sá (2005, p. 134) argumenta que a ortotanásia:

Pode ser traduzida como mero exercício regular da medicina e, por isso mesmo, entendendo o médico que a morte é iminente, o que poderá ser diagnosticado pela própria evolução da doença, ao profissional seria facultado, a pedido do paciente, suspender a medicação utilizada para não mais valer-se de recursos heroicos, que só têm o condão de prolongar os sofrimentos (distanásia).

Assim, a ortotanásia reestabelece a morte ao seu curso natural, sem interferências médicas excessivas e inúteis. Observa-se que, nesses casos, os tratamentos aplicados são apenas os paliativos, ou seja, aqueles que buscam amenizar a indignidade e gerar conforto ao paciente terminal.

No Brasil e no exterior a ortotanásia é reconhecida também no chamado *Living Will*, ou testamento vital, no qual os pacientes terminais podem declarar, com autonomia, os limites dos tratamentos a que desejam ser expostos.

Villas-Bôas (2009), em seu trabalho de análise da ortotanásia e o Direito Penal brasileiro, entende que a restrição de recursos artificiais não é crime se eles não representam benefício efetivo para o paciente. A indicação ou contra-indicação de determinados tratamentos seria uma decisão médica, em que o paciente e a família poderiam intervir, sempre em busca da garantia da dignidade da pessoa humana, mesmo que no final da vida.

Logo, entende-se que na ortotanásia há uma humanização e aceitação da morte, sem que haja abreviação da vida, muito menos prolongamento irracional.

Por fim, cumpre destacar que o suicídio assistido ocupa a outra parte daquele conceito histórico de eutanásia perdido no tempo, renascido como o princípio da dignidade da pessoa humana. Trata-se de permitir ao paciente a escolha do momento final de sua vida, com auxílio ou assistência de terceiro (MARTEL, 2010, p. 336).

Conforme análise de Santos, o suicídio assistido ocorre quando uma pessoa não consegue alcançar sozinha sua intenção de morrer e acaba precisando para tanto de auxílio (SANTOS, 2011, p. 15).

Nos Estados Unidos, o médico Jack Kerkovian, conhecido como “Doutor Morte”, auxiliava as pessoas enfermas que lhe procuravam a morrer. Para tanto, ele criou uma máquina que inseria na veia do paciente doses letais de fármacos.

Kerkovian defendeu leis que permitissem o suicídio assistido e pôs em prática suas ideias, ajudando 130 pessoas a pôr fim à sua vida. Ele só foi acusado, julgado e condenado por assassinato de segundo grau depois de ter permitido a divulgação, no programa *60 Minutes* da rede de televisão CBS, de um vídeo que o mostrava em ação, aplicando uma injeção letal em um homem que sofria da síndrome de Lou Gehrig. (SANDEL, 2012, p. 92).

Dworkin (2009, p. 51) relata o caso de pessoas que pediram pelo suicídio assistido:

[...] como Lillian Boyes, uma inglesa de setenta anos que agonizava devido uma forma terrível de artrite reumatoide, com dores tão lancinantes que nem mesmo os analgésicos mais poderosos conseguiam mitigar. Lillian gritava de dor quando seu filho, delicadamente, lhe tocava as mãos com as pontas dos dedos. Algumas pessoas querem morrer porque não querem continuar vivas da única maneira que lhes resta.

Desse modo, o entendimento mais moderno difere a eutanásia do suicídio assistido, uma vez que este ocorre quando o paciente, em razão do sofrimento apresentado, pede pelo fim de sua vida, e o médico, movido por compaixão, e sabendo da impossibilidade de melhora ou reversão no quadro do paciente terminal, intencionalmente ajuda o paciente a cometer o ato de pôr fim à sua vida.

Logo, o suicídio assistido ocorre quando, por decisão de consciente em face de doença terminal, cuja deterioração do quadro resulta ou poderá resultar rapidamente em intenso e desnecessário sofrimento, o paciente opta pela morte assistida. “O ato causador da morte é de autoria daquele que põe termo à própria vida. O terceiro colabora com o ato, quer prestando informações, quer disponibilizando os meios e condições necessárias à prática” (MARTEL, 2010, p. 339).

Demonstra que a ortotanásia, considerada a “boa morte”, é o procedimento em que o médico tem a possibilidade de suspender ou limitar procedimentos e tratamento que apenas prolonguem com sofrimento e desnecessariamente a vida do doente em fase terminal. Por último, diferencia o suicídio assistido da eutanásia, aquele ocorre quando o paciente,

consciente do sofrimento resultante de sua condição terminal, opta pelo suicídio. Nessa modalidade, o médico colabora com o ato, disponibilizando os meios e condições à prática, respeitando a decisão que cabe única e exclusivamente ao paciente.

Como visto o final da vida pode ser enfrentado de diversas maneiras, a depender de cada caso prático, como bem salientou o doutrinador:

“O novo problema é este: a moderna tecnologia médica, mesmo que não possa curar, aliviar ou comprar um prazo adicional de vida que valha a pena, por mais curto que seja, pode retardar de múltiplas maneiras o final mais além do ponto no qual a vida assim prolongada valha a pena ao próprio paciente, incluindo mais além do ponto em que ele pode valorá-la” (JONAS, 2013, p. 2).

2 A SITUAÇÃO DO SUICÍDIO ASSISTIDO NO BRASIL

A Constituição Federal, logo em seu primeiro artigo, estabelece a dignidade da pessoa humana como um dos pilares do Estado Democrático de Direito.

Mas o que seria a dignidade da pessoa humana?

[...] Para os estóicos, o verdadeiro conceito da palavra dignidade seria uma qualidade que, por ser inerente à natureza do ser humano, o distinguiria dos demais. Com o advento do Cristianismo, tal interpretação adquiriu maior força, tendo em vista que, sendo a dignidade uma característica inerente tão somente ao ser humano – e em razão do fato deste ser sido criado à imagem e semelhança de Deus – violar a dignidade desta criatura sagrada equivaleria a uma violação à vontade do próprio Criador. (JAQUES; KRAU, 2014, p. 3).

Segundo a doutrina (MORAES, 2007, p. 60).

A dignidade da pessoa humana é um valor espiritual e moral inerente a pessoa que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se em um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico: deve assegurar, de modo que apenas excepcionalmente possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos.

Por sua vez, Sarlet (2012, p. 63) conceitua dignidade da pessoa humana:

Qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem à pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além, de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.

O que se percebe é que o homem é colocado em uma posição central. O ordenamento jurídico brasileiro estabelece a dignidade da pessoa humana e o direito à vida como pontos primordiais, mas até que ponto o direito à vida deve ser protegido?

De acordo com o pensamento jurídico moderno, uma das funções essenciais do Direito Penal é a proteção de bens jurídicos – bens essencialmente tutelados em razão de sua importância para a manutenção da convivência social (SWIDEREK, 2007, p. 26).

O direito protege a vida desde a formação embrionária, mas, iniciado o parto, a conduta de suprimir-lhe a vida já é tipificado como crime de homicídio. Por fim, o Código

pune quem *induz, instiga ou auxilia* outrem a suicidar-se, embora o suicídio, em si mesmo, não seja punível, conforme será exposto a seguir (BITENCOURT, 2011, p. 45).

Nesse sentido o art. 121 do Código Penal prescreve como conduta típica o ato de *matar alguém*. O bem jurídico tutelado, no crime de homicídio, indiscutivelmente é a vida humana (BITENCOURT, 2011, p. 47). Não importa a situação em que se encontra a vida humana, configura delito de homicídio a morte dada a qualquer pessoa, ainda que ela esteja prestes a morrer (PRADO, 2010, p. 78).

O § 1º do referido artigo apresenta hipóteses que minoram a sanção aplicável ao homicídio, são causas de diminuição de pena. A doutrina chama o homicídio com pena atenuada de *homicídio privilegiado*. As duas primeiras figuras privilegiadas do § 1º, estão relacionadas aos motivos determinantes do crime, no caso, relevante valor moral ou social (BITENCOURT, 2011, p. 69).

Considera-se privilegiado o homicídio se o agente: a) é impelido por motivo de relevante valor social; b) é impelido por motivo de relevante valor moral; c) atua sob o domínio de violenta emoção, logo após injusta provocação da vítima. (PRADO, 2010, p. 81).

Bitencourt (2011, p. 69), na obra *Tratado de Direito Penal*, define relevante valor moral como sendo:

Aquele que, em si mesmo, é aprovado pela ordem moral, pela prática, como, por exemplo, a compaixão ou piedade ante o irremediável sofrimento da vítima. Admite-se, por exemplo, como impelido por motivo de relevante valor moral o denominado homicídio piedoso.

No mesmo sentido, para Cunha (2004, p. 26), o relevante valor moral liga-se aos interesses individuais, particulares do agente, os quais dentre eles poderão estar os sentimentos de misericórdia, compaixão e piedade.

“Assim, o homicídio praticado com o intuito de livrar um doente, irremediavelmente perdido, dos sofrimentos que o atormentam goza de privilégio da atenuação da pena.” (CUNHA, 2004, p. 26).

Assim, o Direito brasileiro, embora não apresente um dispositivo expresso tipificando o homicídio a pedido da vítima, abarca tal conduta no próprio homicídio simples ou privilegiado (ROXIN, 2003, p. 22).

Roxin (2003, p. 13), na obra *A tutela penal da vida humana* entende por eutanásia todas as formas de encurtamento da fase final da vida humana a pedido do falecido.

O caso de eutanásia mais difícil e controvertido internacionalmente refere-se à “eutanásia ativa” (suicídio assistido), na qual o médico mata o paciente, de modo direto, a pedido deste, por exemplo, por meio de uma injeção (ROXIN, 2003, p. 22).

Por outro lado, o suicídio é entendido como a deliberada destruição da própria vida (PRADO, 2010, p. 94) ou a morte de si mesmo (CASSORLA, 1985, p. 9).

Por razões que se voltam à impossibilidade de punição do suicídio e à política criminal, não se incrimina a prática de suicídio (MIRABETE, 2009, p. 46).

Apesar de não se reconhecer ao ser humano a capacidade de dispor da própria vida, a ação de matar-se foge à consideração do Direito Penal. A não incriminação do suicídio não exclui, contudo, seu caráter ilícito. Se o fato se consumou, o suicida deixou de existir; por outro lado, se eventualmente, o suicida falhar em sua tentativa, qualquer sanção que lhe pudesse ser imposta serviria somente para lhe reforçar a liberação de morrer (BITENCOURT, 2011, p. 123).

No Direito Penal o suicídio não é considerado uma conduta delitativa, embora a participação em atos dessa natureza seja punível na maioria das legislações penais. Assim, a

lei brasileira, em especial, incrimina fatos em que qualquer pessoa vá contribuir no suicídio de outrem (MIRABETE, 2009, p. 46).

O art. 122 do Código Penal define o crime de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio:

Art. 122. Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:

Pena: reclusão de 2 (dois) a 6 (seis) anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

Diferentemente do que ocorre no crime de homicídio, no delito em discussão o agente não extingue a vida de outrem, mas por meio da indução, da instigação ou do auxílio colabora para que o sujeito passivo provoque a destruição da própria vida (PRADO, 2010, p. 96).

Para que ocorra tal delito é indispensável que o sujeito passivo tenha capacidade de discernimento, isto é, exige-se que se compreenda a natureza do ato praticado. Pois, caso a vítima não realize o ato de forma consciente e voluntária, estará caracterizado o crime de homicídio.

Uma vez que, segundo a *teoria da acessoriedade limitada*, adotada pelo ordenamento jurídico brasileiro, a punibilidade da *participação em sentido estrito*, que é uma atividade secundária, exige que a conduta principal seja típica e antijurídica. A despeito dessa correta orientação político-dogmática, as legislações modernas, considerando a importância fundamental da vida humana, passaram a prever uma figura *sui generis* de crime, quando alguém, de alguma forma, concorrer para realização do suicídio. (BITENCOURT, 2011, p. 124).

Os verbos nucleares do tipo penal do art. 122 – *induzir, instigar e auxiliar* possuem conotação diferente daquele que têm quando se referem à *participação em sentido estrito*.

Não está se falando de participação como atividade acessória secundária, como ocorre no instituto da participação *stricto sensu* – mas de atividade principal, que representa a conduta proibida lesiva do bem jurídico vida (BITENCOURT, 2011, p. 124).

Haverá auxílio no ministrar instruções sobre o modo de empregar os meios para matar-se, no criar as condições de viabilidade do suicídio, no frustrar a vigilância de outrem, no impedir ou dificultar o imediato socorro. Em todos esses casos, o agente prestou auxílio, ajudou, favoreceu, facilitou a prática do suicídio. (MIRABETE, 2009, p. 48).

Por exemplo, seria punido no Brasil o médico que receita o medicamento para a realização do suicídio assistido. Tal ato não seria punido em outros países, uma vez que, para esses casos, de morte piedosa, faltariam elementos para preencher a tipologia do ilícito.

Importante lembrar do princípio da lesividade, Sarrule (1998, p. 98) afirma que:

As proibições penais somente se justificam quando se referem a condutas que afetem gravemente a direitos de terceiros; como consequência, não podem ser concebidas como respostas puramente éticas aos problemas que se apresentam senão como mecanismos de uso inevitável para que sejam assegurados os pactos que sustentam o ordenamento normativo, quando não existe outro modo de resolver o conflito.

Assim, o Direito Penal não pode incriminar uma conduta que permaneça apenas no âmbito individual, do próprio autor, sem produzir lesão a bens jurídicos de terceiros (BATISTA, 1996, p. 92-94). Desta forma, o suicídio assistido não deveria ser considerado crime no Brasil.

No Brasil, auxilia quem dá ao suicida o revólver ou o veneno; quem ensina ou mostra o modo de usar a arma; quem impede a intervenção de pessoa, que poderia frustrar o ato de desespero (NORONHA, 1979, p. 43).

O auxílio pode ocorrer desde a *fase da preparação* até a *fase executória* do crime, ou seja, pode ocorrer antes ou durante o suicídio, desde que não haja intervenção nos atos executórios, caso contrário estaremos diante de homicídio. (CUNHA, 2004, p. 27).

Logo, se levado em consideração o direito brasileiro, há uma diferenciação entre tipos penais, envolvendo o conceito moderno de eutanásia. Um voltado a indicar a ocorrência de homicídio, quando o terceiro provoca o ato, mesmo a pedido do paciente terminal. O outro, identificado enquanto suicídio assistido, quando o terceiro somente auxilia ao paciente a cometer o ato.

3 A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL EM RELAÇÃO À TRATATIVA LEGAL DO SUICÍDIO ASSISTIDO

Atualmente, vários países aprovaram ou discutem a possibilidade de se legalizar o suicídio assistido. A exemplo da Espanha, que ganhou o noticiário com o famoso e verídico caso narrado no filme *Mar Adentro*, onde um jovem, após um acidente fica tetraplégico, permanecendo 28 anos em uma cama. Ramón, o personagem principal, passa a lutar na justiça pelo direito de pôr fim a própria vida.

Para Ramon, em suas alegações, o caso deveria ser considerado suicídio assistido, uma vez que, o acidente que lhe transformou em objeto, pois não lhe retirou somente os movimentos de todo o corpo, mas também lhe retirou a dignidade de viver. Logo, sua situação estaria a ferir o “Princípio da Dignidade Humana”, em conflito com o “Direito à Vida”. Para ele, não se poderia falar em vida sem dignidade, então, em seu caso, a única saída seria o suicídio. (MARTINEZ, 2014, p. 151).

O filme narra toda a batalha judicial, e mostra como o debate acerca do suicídio foi afluído na Espanha. Embora isso, a suprema corte espanhola negou o direito ao suicídio assistido, por acreditar ser um caso de eutanásia. O debate mostra que se passou a pensar numa quebra do princípio da proteção absoluta da vida.

Em outro sentido está a Holanda, que publicou, em 12 de abril de 2012, a chamada “Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido” (ALBUQUERQUE, 2009, p. 108).

A lei publicada não abre caminho à arbitrariedade, o art. 293 da referida lei, estipula que “a ação de pôr fim à vida de outrem não é passível de pena na medida em que for realizada por um médico que satisfaça os critérios” (MASCHINO, 2006).

Os critérios a serem observados são: 1) deve haver uma solicitação voluntária e bem pensada da parte do paciente, bem como o médico deve estar convencido de que se trata de uma solicitação voluntária; 2) o paciente deve ser esclarecido sobre a sua doença e as perspectivas de vida; 3) deve-se concluir que não há outra atitude razoável a ser tomada; 4), o médico deve informar a real situação da saúde do enfermo, e ainda, o paciente deve ser informado das consequências de sua escolha (SANTOS, 2010, p. 53).

Uma informação importante é que após a aprovação do projeto de lei, a eutanásia continuou a ser crime, o que houve foi uma exclusão de ilicitude para os médicos.

A lei faz sempre referência a “término da vida sob solicitação” e “suicídio assistido”, dois conceitos que ela não define. Albuquerque relata em seu artigo que o direito holandês criou uma distinção difícil de ser compreendida, entre eutanásia ativa e passiva.

A eutanásia ativa, à primeira vista, parece querer remeter ao fato de um médico ter viabilizado o término da vida sob solicitação e o suicídio assistido, ao ministrar medicamentos específicos ao paciente que levaram ao seu falecimento. A eutanásia passiva, por outro lado, ocorreria quando se bloqueasse o tratamento do paciente como, por exemplo, a interrupção do fornecimento de oxigênio. Noutros casos, ambos os termos parecem assumir uma projeção distinta. A eutanásia ativa passa a designar o comportamento do médico que viabiliza o término da vida do paciente sem a solicitação deste; e eutanásia passiva significaria o término da vida sob solicitação do paciente. (ALBUQUERQUE, 2009, p. 358).

Assim, Albuquerque (2009, p. 358) refere que o assunto ainda é eticamente complexo e extremamente delicado, a utilização de expressões com significados cambiantes pode servir para maquilar uma realidade que poucos querem encarar. Ao longo da lei utiliza-se a expressão eutanásia, mas, na verdade, está sendo feita uma referência ao “término da vida sob solicitação” e ao “suicídio assistido”.

Em 28 de maio de 2002, a Bélgica também legalizou a prática da eutanásia e do suicídio assistido, seguindo basicamente as mesmas regras estabelecidas na Holanda (SANTOS, 2011, p. 26).

A diferença em relação a Holanda é que Bélgica não estabeleceu um limite de idade para que o suicídio assistido seja realizado, ou seja, há uma ampla liberdade no procedimento (AZEVEDO, 2014). Por outro lado, a Holanda apenas permite que o suicídio assistido seja realizado em maiores de 12 anos.

Como visto, na Europa, Holanda e Bélgica autorizam a prática do suicídio assistido e no mesmo sentido, a Suíça também aceita o procedimento.

A base legal do direito suíço está no art. 115 do Código Penal, que só considera a ajuda ao suicídio crime se a motivação for egoísta. Um motivo egoísta seria, por exemplo, alguém que auxiliasse uma pessoa a morrer com o objetivo de ficar com a herança (SANTOS, L. F., 2012, p. 24).

Atualmente existem três associações ativas voltadas para o suicídio assistido na Suíça. A Exit, localizada na Suíça alemã, com sede em Zurique, e a Exit, localizada na Suíça francesa, sediada em Genebra, ambas fundadas em 1982. E, ainda, a Dignitas, fundada em 1998 em Zurique (COUTO, 2008).

Tudo começou no ano de 1984, quando a associação *Right-to-die (Exit-Deutsche Schweiz)* resolveu analisar melhor o art. 115, no que diz respeito ao suicídio assistido. O raciocínio foi no sentido de que se a ajuda ao suicídio estava penalizada apenas nos casos em que houvesse motivação egoísta, não haveria implicação legal punitiva em ajudar doentes a cometerem suicídio, desde que o motivo fosse altruísta (SANTOS, L. F., 2007, p. 133).

Com base nesse raciocínio, desde 1998 existe em Zurique (Suíça) a clínica Dignitas, especializada na assistência ao suicídio. Segundo o próprio site da organização o objetivo fundamental é assegurar uma morte digna aos seus membros.

Atualmente a Dignitas conta com mais de 5.500 membros em 60 países diferentes (DIGNITAS, 2014). Durante o tempo de atuação já ajudou mais de 1.700 pessoas a

realizarem o suicídio assistido com segurança, sem risco, e, geralmente, na presença de membros da família/amigos¹.

Algumas pessoas pensam, erroneamente, que a Clínica realiza o suicídio de forma livre e sem requisitos. Mas existe todo um processo a ser seguido.

Primeiro, a pessoa que deseja o suicídio entra em contato com a Dignitas, informando que deseja tornar-se membro a fim de apoiar a instituição ou que deseja se submeter ao suicídio assistido. O primeiro contato pode ser realizado por e-mail, telefone, correio ou reuniões pessoais. A pessoa deve realizar um pedido expresso e juntar a documentação médica que comprove todas as questões relacionadas à sua saúde.

A Dignitas também exige um relatório da vida pessoal, informando a situação do paciente com os familiares e com o trabalho. Apenas após esses procedimentos iniciais é que o pedido será analisado. Muitas vezes, o pedido inicial não é aceito, e o meio encontrado pela Dignitas de atenuar o sofrimento do paciente é a recomendação da terapia e/ou cuidados paliativos.

O site da Clínica estabelece quais são os princípios norteadores da prática do suicídio assistido e estabelecem o respeito a liberdade e autonomia como ponto central, e, ainda, a solidariedade aos indivíduos mais fracos.

Outra clínica que existe na Suíça, é a Exit, fundada em 1982, com aproximadamente 70.000 membros, voltada especialmente para cidadãos suíços ou pessoas residentes na Suíça (DIE ORGANIZATION, 2014).

A Exit também possui alguns critérios para que uma pessoa possa desfrutar do suicídio assistido. O primeiro critério é que o pedido deve ser sério e repetido durante algum tempo. O segundo critério é que o paciente deve estar acometido de uma doença incurável, com morte previsível, e, ainda, que essa doença provoque sofrimentos psíquicos e físicos insuportáveis.

A Exit designa um acompanhamento personalizado para o paciente. Os acompanhantes são voluntários que estudam o caso, conversam com familiares e amigos. Somente após essas análises é que será marcada uma data para a realização do procedimento (COUTO, 2008).

Mas não é apenas na Europa que o suicídio assistido foi permitido, nos Estados Unidos cinco Estados federados permitem o procedimento.

No ano de 2014, o caso da jovem Brittany Maynard, de 29 anos, comoveu o mundo. Ela foi diagnosticada com câncer cerebral terminal, tendo pouco tempo de vida. Em razão da doença, das fortes dores, e da impossibilidade de realizar o Suicídio Assistido em seu Estado, Brittany mudou-se com sua família para o Estado de Oregon, a fim de realizar o suicídio assistido, tendo realizado o procedimento em 1º de novembro de 2014.

O Estado norte-americano do Oregon, em 1994, aprovou a Lei sobre a Morte Digna, sendo a primeira legalização do suicídio assistido nos EUA. No ano de 1999, de acordo com dados oficiais, 33 pessoas que desejavam o suicídio assistido tiveram suas solicitações atendidas. Destas, 27 morreram após realizarem a ingestão das drogas letais. As outras 6 pessoas faleceram antes de terem o desejo atendido (GOLDIM, 2010).

Nos Estados Unidos existe a instituição Compassion & Choices, da qual Brittany fazia parte. Um dos objetivos da instituição é ajudar as pessoas a enfrentarem a morte da melhor forma possível. A instituição oferece aconselhamento gratuito, recursos de planejamento e orientação aos pacientes há mais de 30 anos. A instituição busca reduzir o sofrimento das pessoas em seus últimos dias de vida (COMPASSIONANDCHOICES, 2015).

¹ “During this time DIGNITAS has also helped more than 1,700 people to end their lives gently, safely, without risk and usually in the presence of family members and/or friends” (DIGNITAS, 2014).

Existem requisitos para que uma pessoa realize o suicídio assistido no Estado de Oregon: ela precisa ser adulta, residir em Oregon, ser lúcida, capaz e estar em estado terminal de uma doença sem perspectiva de cura.

O segundo Estado a permitir o suicídio assistido foi Washington, ainda no ano de 2009 (DIÁRIO DO GRANDE ABC, 2009). O Estado de Montana também passou a permitir o suicídio assistido, a legislação do referido Estado passou a permitir que os médicos prescrevessem doses fatais de medicamentos a pacientes com expectativa de vida menor que seis meses (SANTOS, 2010, p. 34).

E o Estado de Vermont, localizado na região nordeste dos Estados Unidos, ainda no ano de 2013, passou a autorizar o suicídio assistido (O GLOBO, 2013). No ano de 2014, o Estado americano do Novo México também passou a autorizar tal prática (REVISTA VEJA, janeiro, 2014).

Por sua vez, a Corte Constitucional da Colômbia, em 15 de maio de 1997, julgou uma demanda contra o art. 326 de seu Código Penal, que punia o auxílio ao suicídio. Foi decidido, a partir desse julgamento, que o auxílio ao suicídio, desde que realizado por médico, de forma a apoiar o paciente terminal, não configuraria crime a ser apenado pelo Código Penal (ARAÚJO, 2010, p. 115).

Esses são alguns exemplos de países e Estados americanos que, manifestadamente, aceitam o suicídio assistido e, para tanto, possuem vários critérios, como, por exemplo, ser portador de uma doença grave e incurável.

Como visto, tal prática está cada vez mais comum nos países progressistas. Com o tempo e o envelhecimento da população mundial, com o consequente aumento das doenças crônicas e degenerativas, esse rol dos países poderá ser ampliado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O progresso científico na área da medicina passou a interferir nas formas de tratamento dos pacientes terminais. Ocorre que os progressos demandam novas reflexões e estudos, principalmente por parte da medicina e do direito.

É senso comum que a vida humana é sagrada e que a morte é um evento certo. A partir de tal ideia é importante que os profissionais do Direito atuem de forma possibilitar menores sofrimentos em um dos estágios mais difíceis da vida humana.

Como visto, o conceito histórico de eutanásia foi alterado na história após a Segunda Guerra Mundial em razão do genocídio nazista. Aquilo que era considerado um ato misericordioso, movido por compaixão, utilizado apenas em caso de pacientes terminais, passou a ser um crime de homicídio.

Não obstante, dois conceitos contemporâneos vieram resgatar aquele antigo conceito de eutanásia, enquanto “boa morte”, a partir da aplicação do princípio da dignidade da pessoa humana: a ortotanásia e o suicídio assistido.

Ortotanásia, entendida enquanto a limitação permitida ao paciente e ao seu médico em adotar procedimentos supérfluos e artificiais, capazes de prolongar artificialmente a vida, evitando assim, gerar sofrimentos adicionais. Basicamente, a ortotanásia permite que o médico limite ou suspenda procedimentos e tratamentos que apenas prolonguem a vida do doente terminal, deixando que a morte siga seu curso natural, sem interferências médicas excessivas.

Enquanto isso, o suicídio assistido é entendido com expressão da autonomia individual, de forma a possibilitar que o paciente terminal decida pela retirada da própria vida, com o auxílio ou assistência de terceiros, nos casos em o agravamento de sua patologia provoque um sofrimento intenso e indigno de ser vivido.

Como visto, atualmente a ortotanásia é permitida no Brasil, com posicionamento favorável Conselho Federal de Medicina, através da Resolução nº 1.805/2006.

Por outro lado, o Código Penal brasileiro tipifica o suicídio assistido, caracterizado como crime o auxílio ao suicídio. O que não ocorre em outros países, como a Bélgica, Colômbia, Suíça, Holanda e cinco Estados dos EUA.

Nesses países, a autonomia individual e o princípio da dignidade humana são elegidos ao valor mais alto a ser preservado pela sociedade. O que se percebe é a busca pela humanização do processo de morrer.

O Brasil deveria tratar do assunto com mais profundidade, não se restringindo apenas aos cuidados paliativos e a ortotanásia. Como visto, a dignidade humana é um dos princípios fundamentais da Constituição Federal de 1988.

Razão pela qual é importante lembrar que o ser humano, em especial o enfermo, não pode ter sua liberdade, dignidade e autonomia limitadas, especialmente quando estiver em situações de vulnerabilidade *in extremis*, como, por exemplo, nas situações de pacientes terminais.

A admissão da antecipação da morte, por meio da despenalização do suicídio assistido é, portanto, nos países que a tratam legalmente, uma forma de se manter a dignidade humana, e mais, garantir a efetividade do princípio da autonomia, ou seja, uma forma de se garantir a liberdade dos indivíduos.

No Brasil, os profissionais do direito devem ser chamados a essa reflexão. Respeitando-se os fundamentos do Estado Democrático de Direito, em se tratando de valores laicos, individualidades e dignidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Roberto Chacon. A lei relativa ao término da vida sob solicitação e suicídio assistido e a Constituição Holandesa. **Revista CEJ**, Brasília, ano XIII, n. 47, p. 108-117, 2009. Disponível em: <<http://www2.cjf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/view/1318/1305>>. Acesso em: 2 jul. 2014.

ARAÚJO, Walkiria Benedeti Cardozo. **Termo de consentimento em eutanásia**. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp144271.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

AZEVEDO, Reinaldo. Bélgica aprova eutanásia em crianças. **Veja**, 13 de fevereiro de 2014. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/belgica-aprova-eutanasia-em-criancas>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. **A morte como ela é: a dignidade e a autonomia no final da vida**. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2012-jul-11/morte-ela-dignidade-autonomia-individual-final-vida>>. Acesso em: 3 jul. 2014.

BATISTA, Nilo. **Introdução crítica ao direito penal brasileiro**. Rio de Janeiro: Revan, 1996.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. Parte especial 2: dos crimes contra a pessoa. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

BOMTEMPO, Tiago Vieira. A ortotanásia e o direito de morrer com dignidade: uma análise constitucional. **Âmbito Jurídico**, 17 de fevereiro de 2011. Disponível em: <<http://reid.org.br/arquivos/00000236-14-09-bomtempo.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2014.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia breves considerações a partir do biodireito brasileiro**. Publicado em novembro de 2005. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/7571/eutanasia-ortotanasia-e-distanasia>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

CAETANO, Alexandre. **A balada de Narayama**. 2009. Disponível em: <<http://artigosdecinema.blogspot.com.br/2009/12/balada-de-narayama-narayama-bushi-ko.html>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

CASSORLA, Roosevelt M. S. **O que é suicídio**. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

CARVALHO, Gisele Mendes. **Aspectos jurídico-penais da eutanásia**. São Paulo: IBCCRIM, 2001.

COMISSÃO pró-Yanomami. **Yanomami na imprensa**. Disponível em: <<http://www.proyanomami.org.br/v0904/index.asp?pag=noticia&id=3980>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

COUTO, Rodrigo Carrizo. **Mitos e realidades sobre o suicídio assistido na Suíça**. 17 de dezembro de 2008. Disponível em: <<http://www.swissinfo.ch/por/eleitor-rejeita-restri%C3%A7%C3%B5es-a-suic%C3%ADdio-acompanhado/30240852>>. Acesso em: 2 jul. 2014.

CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. **Manual de medicina legal**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

CUNHA, Rogério Sanches. **Dos crimes dolosos contra a vida**. Salvador: Edições JusPODIVM, 2004.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE DIREITOS HUMANOS. 1948. Disponível em: <[http://portal.mj.gov.br/sedh/11cndh/site/pndh/sis_int/onu/convencoes/Declaracao%20Univer](http://portal.mj.gov.br/sedh/11cndh/site/pndh/sis_int/onu/convencoes/Declaracao%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos-%201948.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2014.

DIÁRIO DO ABC. **Estado de Washington promulga lei do suicídio assistido**. 2009. Disponível em: <<http://www.dgabc.com.br/Noticia/233970/estado-de-washington-promulga-lei-do-suicidio-assistido?referencia=navegacao-lateral-detalle-noticia>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

DIE Organization Exit. **Verein**. Disponível em: <<http://www.exit.ch/wer-ist-exit/verein/>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

DIGNITAS. **Who is Dignitas**. Disponível em: <http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=1&lang=en>. Acesso em: 16 ago. 2014.

DOGDE, Raquel Elias Ferreira. Eutanásia – aspectos jurídicos. **Revista Bioética**. 2009. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/299/438>. Acesso em: 10 jun. 2014.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida**: aborto, eutanásia e liberdades individuais. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

EMILIO SARRULE, Oscar. **La crisis de legitimidade del sistema jurídico penal (abolicionismo ou justificación)**. Buenos Aires: Editora Universidad, 1998.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

GLOBO. **Vermont é o 3º estado a aprovar o suicídio assistido**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2013/05/vermont-e-o-terceiro-estado-americano-a-aprovar-suicidio-assistido.html>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

GOLDIM, José Roberto. **Suicídio assistido – Oregon EEUU**. 2010. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/eutanore.htm>>. Acesso em: 29 jun. 2014.

JONAS, Hans. **Técnica, medicina e ética**: sobre a prática do princípio responsabilidade. São Paulo: Paulus, 2013.

KRAUSE, Priscila Tahisa; JAQUES, Marcelo Dias. **Direitos fundamentais e dilemas de bioética**: o direito à vida versus a dignidade da pessoa humana na eutanásia. 2014. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/uils/article/view/4422/3421>>. Acesso em: 28 ago. 2015.

MARTEL, Leticia de Campos Velho. **Direitos fundamentais indisponíveis**: os limites e os padrões do consentimento para a autolimitação do direito fundamental à vida. Dissertação de Doutorado. Rio de Janeiro: 2010.

MARTINEZ, Sergio Rodrigo. **Direito de partir**: bioética da sustentabilidade e gestão sucessória. Foz do Iguaçu: Clube de Autores, 2014.

MASCHINO, Maurice T. A Europa já aceita a morte digna. **Le Monde Diplomatique Brasil**. 2006. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/acervo.php?id=1895&tipo=acervo>>. Acesso em: 2 jul. 2014.

MENDES, Gilmar Ferreira. **Curso de direito constitucional**. 2. ed. São Paulo/Brasília: Saraiva/IDP, 2008.

MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato N. **Manual de direito penal**. Parte Especial. São Paulo: Atlas, 2009. v. 2.

MORAES, Alexandre de. **Constituição do Brasil interpretada e a legislação constitucional**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

NORONHA, Edgard Magalhães. **Direito penal**. Parte especial. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 1979.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de direito penal**. Parte geral. Parte especial. 5. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing suicide – a global imperative**. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 15 set. 2014.

PACHECO, Maria Theresa de Medeiros. Eutanásia. **Revista Saúde, Ética & Justiça**, v. 1, n. 1, 1996.

PACTO DE SÃO JOSÉ DA COSTA RICA. 1969. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

PEREIRA, Barbara Martins; ALARCÓN, Pietro de Jesús Lora. A vida humana e dignidade: a polêmica eutanásia. **ETIC – Encontro de Iniciação Científica**, v. 5, n. 5, 2009. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1997/2167>>. Acesso em: 15 set. 2014.

PESSINI, Léo. Distanásia: Até quando investir sem agredir? **Revista Bioética**, v. 4, n. 1, 1996.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de direito penal brasileiro**. Parte especial. 9 ed. ver. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010. v. 2.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.805/2006. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 14 ago. 2014.

ROXIN, Claus. **A tutela penal da vida humana**. São Paulo: Damásio de Jesus, 2003.

SÁ, Maria de Fátima Freire. **Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

SANDEL, Michael J. **Justiça: o que é fazer a coisa certa**. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

SANTOS, Laura F. **Hoje não posso, é o dia que o meu pai escolheu para morrer: a morte voluntária assistida na cultura ocidental do século XXI**. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, 2012, n. 22, p. 7. Disponível em: <<http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/223/230>>. Acesso em: 27 jun. 2014.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro dos. **O equilíbrio do pêndulo a bioética e a lei**. São Paulo: Ícone, 1998.

SANTOS, Sandra Cristina Patrício. **Eutanásia e suicídio assistido: o direito e a liberdade de escolha**. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2011. Disponível em:

<<https://eg.sib.uc.pt/bitstream/10316/19198/1/SANDRA%20CRISITNA.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 6. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SILVA, José Afonso. **Curso de direito constitucional**. 11. ed. São Paulo: Malheiros, 1996.

SIQUEIRA, Rodrigo Batista; SCHRAMM, Roland Fermin. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100004>. Acesso em: 4 ago. 2014.

SWIDEREK, Laura. **Em busca da morte digna**: uma análise jurídico-penal. Porto Alegre: 2007. Tese domínio público.

VEJA. Novo México autoriza médicos a abreviar vida de pacientes terminais. **Revista Veja**, 14 de janeiro de 2014. Disponível em: <<http://direitodepartir.blogspot.com.br/2014/01/novo-mexico-autoriza-medicos-abreviar.html>>. Acesso em: 2 jul. 2014.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito civil**. Parte geral. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito**. São Paulo: Editora Jurídica Brasileira, 1999.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. A ortotanásia e o direito penal brasileiro. **Bioética**, v. 16, n. 1. 2009. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/56/59>. Acesso em: 14 ago. 2014.

WUSCH, Guilherme e SCHIOCCHET Taysa. A sutil arte de dizer adeus ou sobre a dificuldade de se viver e morrer com dignidade. **Revista da Faculdade de Direito FURG**, v. 16, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.furg.br/juris/article/view/3424>>. Acesso em: 7 jul. 2014.