

ANÁLISE CRÍTICA DA PROIBIÇÃO DO SUICÍDIO ASSISTIDO NO BRASIL

CRITICAL LAW ANALYSIS ABOUT ASSISTED SUICIDE
IN BRAZIL

ANÁLISIS CRÍTICA DE LA PROHIBICIÓN DEL
SUICIDIO ASSISTIDO EN BRASIL

SUMÁRIO:

Introdução; 1. Noções gerais sobre suicídio assistido; 2. O suicídio assistido no Brasil; Considerações finais; Referências bibliográficas.

RESUMO:

O artigo aborda a proibição do suicídio assistido no Brasil. Analisa a problemática desde a conceituação do instituto até as figuras do homicídio privilegiado, o suicídio e auxílio ao suicídio na legislação atual. A temática é desenvolvida com comparações à experiência estrangeira com relação ao tema. Em conclusão, demonstra-se ser possível uma análise crítica do princípio da proteção absoluta da vida. O debate sobre a proibição do suicídio assistido no Brasil requer problematizar a sua criminalização, tendo em vista que a dignidade e a autonomia permeiam a existência do indivíduo e não podem ser afastadas logo em sua terminalidade existencial.

ABSTRACT:

The article discusses the legislation about the assisted suicide in Brazil. Examines the issue from the institute's conceptualization to the figures of manslaughter, suicide and aid to suicide on current Brazilian law. The theme is developed with comparisons to

Como citar este artigo:
MARTINEZ, Sergio.
BERSOT, Livia.
Análise crítica da
proibição do suicídio
assistido no Brasil.
Argumenta Journal
Law, Jacarezinho – PR,
Brasil, n. 23, p. 283-311.

Data da submissão:
24/05/2015

Data da aprovação:
29/12/2015

1 Universidade
Estadual do
Oeste do Paraná

2 Universidade
Estadual do
Oeste do Paraná

the foreign experience on the issue. In conclusion, it demonstrates to be possible a critical analysis of the principle of absolute protection of life. The debate on banning assisted suicide in Brazil requires questioning the criminalization, considering that the dignity and autonomy permeate the existence of the individual and can not be removed as early as their existential end.

RESUMEN:

Este artigo aborda de la prohibición del suicidio asistido en Brasil. Analiza su problematización desde el concepto de lo instituto hasta la tipología de los homicidios privilegiados, el suicidio y el suicidio asistido en la ley actual. El tema se desarrolla en comparación con la experiencia extranjera con respecto al instituto. En conclusión, resulta ser posible un análisis crítico del principio de la protección absoluta de la vida. El debate sobre la prohibición del suicidio asistido en Brasil requiere la crítica a su criminalización, teniendo en cuenta que la dignidad y la autonomía deben permear la existencia del sujeto y no podem ser alejadas luego en la sua terminalidad existencial.

PALAVRAS-CHAVE:

Suicídio Assistido; Proibição; Paciente Terminal.

KEYWORDS:

Assisted Suicide; Legislation; Dignity of Human.

PALAVRAS CLAVE:

Suicídio Assitido; Proibição; Paciente Terminal.

INTRODUÇÃO

A morte não acontece como na poesia do Mario Quintana: “A morte deveria ser assim: um céu que pouco a pouco anoitecesse e a gente nem soubesse que era o fim.” Infelizmente a morte pode ser dolorosa, com antecedentes de sofrimento hospitalares, prolongados ou não. O fato ainda hoje é que a morte, apesar de ser a única das certezas da condição humana, representa um tema que assusta a humanidade desde a antiguidade.

Atualmente, a evitação da morte ganha especial atenção, pois o desenvolvimento da tecnologia e das ciências médicas possibilitaram avanços na manutenção da vida em condições antes inimagináveis.

Pelo lado positivo, os avanços na Medicina tornaram possível um aumento significativo da expectativa e qualidade de vida. Contudo, esses progressos trouxeram consigo a chamada obstinação terapêutica, na medida em que a vida pode ser prolongada a todo custo por equipamentos hospitalares.

A obstinação terapêutica, conhecida como distanásia, basicamente caracteriza-se por um excesso de tratamento (encarniçamento terapêutico), para além do justificável ou adequado, levando-se em consideração a qualidade de vida do paciente terminal. O problema está na delimitação da linha tênue entre o que pode ser considerado tratamento necessário, útil, e o excesso terapêutico acompanhado de extenuação do sofrimento humano.

Em alguns casos, o paciente terminal, mesmo diante de situações irreversíveis e dolorosas, deseja fazer uso de todos os recursos possíveis para continuar vivo. Contudo, de modo não menos especial, existem pessoas que desejam estabelecer limites aos tratamentos que estão dispostas a receber, até quando os receber, e também a hora de morrer, naqueles momentos em que o sofrimento torna-se degradante e até cruel, encoberto pelo estrito cumprimento de um dever médico-hospitalar.

Surge aqui o desafio ético para o Direito enfrentar esse espaço de aplicabilidade das práticas médicas aos pacientes terminais, especialmente daqueles que desejam encerrar seu sofrimento crônico, amparados nos princípios da autonomia da personalidade e da dignidade da pessoa humana. Nesse sentido, o foco desta pesquisa é analisar criticamente os aspectos da proibição do suicídio assistido, tipificado no Brasil enquanto auxílio ao suicídio, pelo art. 122 do Código Penal.

Nessa construção teórica foi utilizado o método dedutivo-descritivo, com levantamento e análise de dados teóricos sobre o assunto. Além disso, foi realizada uma pesquisa comparada sobre o tratamento da temática no exterior, para fundamentação da análise realizada.

O primeiro capítulo buscará elucidar os conceitos básicos de eutanásia, distanásia, ortotanásia, diferenciando-se do suicídio assistido.

No segundo capítulo, o suicídio assistido será analisado a partir de

contextualização do paciente terminal, sua dignidade e autonomia, até o enfrentamento de sua proibição pela legislação criminal.

1. NOÇÕES GERAIS SOBRE O SUICÍDIO ASSISTIDO

Durante séculos, em várias culturas, a morte e o morrer foram vistos como acontecimentos humanos impossíveis de serem controlados e evitados, sobretudo no sentido de dominarem o tempo e o modo de morrer, que somente às crenças e religiões pertencia (SANTOS, 2012, p. 07).

O fato é que, no mundo de hoje, as sociedades ocidentais, embora influenciadas pela cultura cristã, não são mais centradas moralmente como antigamente. Pelo contrário, atualmente o pluralismo ético é inevitável: não há apenas uma concepção do que é moralmente correto ou aceito. Nesse ambiente pluralista e democrático, há quem reclame por dignidade e autonomia em face do sofrimento humano, daí o debate atual sobre o direito de morrer dos pacientes terminais.

Embora a morte faça parte do ciclo biológico do corpo humano, as pessoas, de maneira geral, não parecem psicologicamente aptas a lidar com a questão de sua morte futura (SÁ, 2005, p. 41). Se, por um lado, há o medo de morrer, por outro, há todo um impulso ao desenvolvimento de tecnologias para prolongar a vida, da maneira quantitativa e qualitativa.

Apesar dos inúmeros debates bioéticos sobre os avanços tecnológicos na área da saúde, as dificuldades em encarar o assunto, ainda estão relacionadas, muitas vezes, com as influências morais dominantes em cada sociedade, especialmente sobre a aceitação do suicídio assistido, enquanto direito de minoria, que defende a liberdade plena do indivíduo em decidir sobre si.

Para aprofundar o entendimento sobre essa temática, a seguir será necessário desvendar conceitos próximos à temática do suicídio assistido, que acabam por causar grande celeuma e ainda ampliam ainda mais o preconceito no tratamento desse assunto.

Eutanásia 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).

Em sentido amplo, eutanásia desde a antiguidade e tida como uma ajuda para morrer. Cordeiro dos Santos entende que a eutanásia é uma “morte misericordiosa e piedosa”:

A eutanásia propriamente dita é denominada morte misericordiosa ou piedosa, e é inferida a uma pessoa que sofre de uma enfermidade incurável ou muito penosa, visando suprimir a agonia lenta e dolorosa. Inspirada na piedade ou compaixão pelo doente, não se propõe a puramente causar a morte (SANTOS, 1998, p. 105).

Ainda hoje, o termo eutanásia é utilizado de forma genérica, para designar qualquer forma de morte provocada por terceiro, cuja finalidade seria a de abreviar a vida de outrem por um motivo piedoso (BARROSO, 2012).

Acredita-se que a palavra eutanásia foi utilizada, no mundo moderno, pela primeira vez, por Francis Bacon, no século XVII, ao referir-se a atitude do médico que, ao ser procurado pelo moribundo, nas hipóteses em que não há mais esperança, realiza um procedimento para dar ao paciente uma morte doce e tranquila (SIQUEIRA, 2004).

Mas a eutanásia é um procedimento médico antigo. Entre os povos mais primitivos sacrificavam-se os velhos, débeis e doentes, e se o fazia, muitas vezes, publicamente, numa espécie de ritual aceito culturalmente pelas tribos (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 a uma festa, onde ao final um veneno lhes era oferecido (PEREIRA, 2009).

O filme “A Balada de Narayama” conta a história de uma aldeia isolada do Japão, no final do século XIX, onde os idosos, por volta dos setenta anos, deveriam deixar a vila, ainda que estivessem saudáveis e lúcidos. A perda dos dentes era um sinal de que não poderiam mais contribuir para o próprio sustento, deste modo, logo se tornariam um peso para os familiares. Assim, os idosos eram levados até a montanha nevada de Narayama para perecer, deixando espaço para novas pessoas naquele clã tribal (CAETANO, 2009).

Na Índia antiga, aqueles que fossem acometidos de doenças incuráveis eram jogados no rio Ganges. Também de conhecimento histórico, foi o ocorrido na batalha da ilha de Elba (Egito), quando alguns soldados foram atacados pela peste, ficando gravemente doentes. Napoleão deter-

minou que os soldados tivessem a morte antecipada, a fim de não contaminarem os demais (PACHECO, 1996, p. 19).

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 o infanticídio de forma livre. 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).

É de notar que a história proporciona inúmeros exemplos de eutanásia, realizadas, é claro sob diferentes condições e situações. Contudo, é importante destacar que especialmente após o genocídio judeu, na Segunda Guerra Mundial, a eutanásia passou a ser vista sob uma nova perspectiva contra os direitos humanos (SANTOS, 2011, p. 80).

Para Sá (2005, p. 41), a eutanásia, a partir da racionalização e humanização dos direitos humanos contra as barbáries nazistas, passou a ser criminalizada, pois a vida passou a receber o conceito de proteção absoluta.

Nesse sentido, hoje o conceito de eutanásia, está relacionado à ideia de provocar dolosamente a morte de alguém. Mesmo tendo como objetivo colocar fim ao sofrimento intenso que o paciente está enfrentando, tal ato será criminalizado enquanto homicídio na maior parte dos países signatários dos tratados de direitos humanos.

Diferentemente da eutanásia, há a distanásia que, segundo o Dicionário Aurélio é conceituada como a “morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento” (“dis + thanasia”, morte lenta, com muito sofrimento, ansiosa). Ela ocorre quando o médico intensivista e os familiares persistem no tratamento de um paciente terminal, a empregar todos os meios terapêuticos possíveis, para alongar a vida, caracterizando a chamada “obstinação terapêutica” (PESSINI, 1996, p.31).

Pessini (1996, p. 31) define distanásia como a atitude médica que visa salvar a vida, mas, ao fazê-lo, provoca intenso sofrimento ao paciente terminal. Nessa conduta não se prolonga a vida, propriamente dita, mas se

evita a qualquer custo o desfecho esperado da doença, a morte.

Dogde (2009) explica o conceito de distanásia, qual seja:

A distanásia é o emprego de todos os meios terapêuticos possíveis, inclusive os extraordinários e experimentais, no doente agonizante, já incapaz de resistir, e no curso natural do fim de sua vida. Tais meios são empregados na expectativa duvidosa de prolongar-lhe a existência, sem a mínima certeza de sua eficácia, nem reversibilidade do quadro.

Entende-se que, na distanásia, ao invés de se permitir ao paciente uma morte natural, pode-se prolongar sua agonia, sem que haja uma expectativa de sucesso nos tratamentos empregados em termos de qualidade de vida (BORGES, 2005).

Mas não é qualquer prolongamento da vida que configura a distanásia. Só haverá distanásia nos casos de “futilidade médica”, quando o prolongamento não é capaz de promover qualidade de vida ao paciente. Pelo contrário, o preço do prolongamento da vida na distanásia é cruel e apenas traz degradação e sofrimento crônico, injustificável em face de dignidade e da própria defesa dos direitos humanos.

O médico tem como obrigação aliviar as dores e o sofrimento e não o contrário (princípio bioético da não-maleficência), e sempre deve balizar-se pelos limites da dignidade humana (FRANÇA, 1988, p. 303).

Isso implica os procedimentos chamados ordinário, como a analgesia, a hidratação e a nutrição artificial. O mesmo não se diga com os “cuidados médicos extraordinários” de altíssimo custo e procedimentos penosos, como a ventilação mecânica, a radioterapia e a diálise renal, utilizados como “futile medicine”, pois não ofereceriam nenhum benefício ao paciente, constituindo-se no que se passou a chamar recentemente de distanásia, ou simplesmente encarnçamento terapêutico, ante a manutenção obstinada e precária de uma vida sem remissão e sem redenção. Essa obstinação terapêutica deve ser condenada, pois em outra coisa não se reveste senão num comportamento médico insistente que utiliza recursos desnecessários e efeitos inúteis, em face da impossibilidade de cura e sobrevida (FRANÇA, 1998, p. 303).

Pessini (1998, p. 33), em seu artigo “Distanásia: Até quando investir sem agredir”, entende que nos países desenvolvidos existe uma consciência mais pontual dos limites terapêuticos perante pacientes terminais. Há maior consenso ético entre limites, vantagens e desvantagens da intervenção médica, para se evitar a distanásia.

No sentido de evitar à distanásia, surgiu o ortotanásia (do grego orthós: correta, normal + thanatos: morte), considerada como “a boa morte”. É o procedimento médico que busca garantir a qualidade de vida do paciente terminal, evitando-se prolongamentos desproporcionais do processo de morrer e, assim, respeitando sua dignidade (SWIDEREK, 2007. 88).

Desse modo, a ortotanásia fixa-se na humanização do processo de morrer, no alívio do sofrimento e na limitação à aplicação de tecnologia terapêutica, quando essa, passe a ser desproporcional ao sofrimento causando ao paciente terminal, garantindo-lhe a melhor qualidade de vida nesse momento final (SWIDEREK, 2007. 88).

A ortotanásia é admitida no Brasil, estando prevista na Resolução 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 desproporcionalmente a vida do paciente e causando-lhe sofrimento desnecessário.

O artigo 1º da Resolução número 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 1805/2006).

Sá 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). (SÁ, 2005, p.134).

Assim, a ortotanásia não provoca a morte, ela apenas permite o curso natural da doença terminal, sem interferências médicas excessivas e inúteis, presentes na distanásia. Observa-se que, nesses casos, os tratamentos obrigatórios são apenas os cuidados paliativos, ou seja, aqueles que buscam amenizar as dores do paciente e produzir a melhor qualidade de vida possível nessas situações.

Villas-Bôas (2009), em seu trabalho de análise da ortotanásia e o direito penal brasileiro, entende que a restrição ao uso de recursos artificiais não tipifique 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 terminal e a família poderiam colaborar, sempre em busca da garantia da dignidade da pessoa humana.

Por seu turno, o suicídio assistido situa-se entre a eutanásia e a ortotanásia, pois sua realização depende do auxílio de terceiro, o médico, para que o sofrimento do paciente terminal chegue ao seu termo, com a antecipação do óbito pela ingestão de medicamentos voltados a produzir esse ato.

No suicídio assistido, quem requer e retira a própria vida é o paciente terminal, após requisitar conscientemente o auxílio de terceiro (médico), que faz a avaliação e prognóstico da doença terminal e da evolução do sofrimento causado por ela.

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

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 conseguiram 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.

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

Nos EUA, o médico Jack Kerkovian, conhecido como “Doutor Morte”, auxiliava a morrer as pessoas enfermas que lhe procuravam. Para tanto ele criou uma máquina que o próprio paciente terminal manipulava para se injetar um coquetel letal de fármacos. Ele nunca foi condenado pela invenção dessa máquina ou por ensinar a sua utilização.

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 - grifo nosso)

De maneira comparativa, a eutanásia, apesar de possuir também fins piedosos e ser realizada por terceiro, e esse indivíduo, sem autorização do paciente terminal, quem decide retirar a vida de outrem, por sua única decisão. Isso difere do suicídio assistido, quando é o paciente que, movido pela indignidade sofrida por sua condição terminal e por não ter condições de fazer tal ato sozinho, pede auxílio para dar cabo de sua vida moribunda.

Logo, o suicídio assistido ocorre quando, por decisão consciente em face de doença terminal, cuja deterioração 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)

Atualmente, o suicídio assistido é autorizado na Bélgica, Suíça, Holanda, cinco estados dos EUA e na Colômbia. Outros países estão debatendo ou já discutiram 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 Ramón, 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 verídico narra toda a batalha judicial, e mostra como o debate acerca do suicídio foi aflorado na Espanha. A suprema corte espanhola negou o direito ao suicídio assistido, por acreditar ser um caso de eutanásia, o que demonstra a clara dificuldade em se conceituar as diferenças básicas entre os institutos. Ramón acabou realizando o ato, com auxílio de amigos.

A Holanda 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 na Holanda não abriu caminho à arbitrariedade, o artigo 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 na Holanda 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 a eutanásia continuou a ser crime

na Holanda, o que houve foi a descriminalização do suicídio assistido de pacientes terminais.

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

A diferença em relação à 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.

A Suíça também autoriza o procedimento. A base legal do direito suíço está no artigo 115 do Código Penal suíço, que só considera a ocorrência de crime de auxílio ao suicídio se a motivação for egoísta de quem ajudou. Um motivo egoísta seria, por exemplo, alguém que auxiliasse uma pessoa a morrer com o objetivo de ficar com a herança (SANTOS, 2012, p. 24).

Atualmente existem três associações ativas, fornecendo o suicídio assistido na Suíça. A Exit, localizada na Suíça alemã, com sede em Zurique; 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 na Suíça no ano de 1984, com uma campanha da associação Right-to-die (“Exit-Deutsche Schweiz”). O raciocínio defendido foi no sentido de que a ajuda ao suicídio assistido deveria ser feita de maneira altruísta, logo, se como não haveria motivação egoísta, também não haveria implicação legal em ajudar doentes a cometerem suicídio (SANTOS, 2007, p. 133)

Com base nesse raciocínio jurídico, que acabou aceito pelas cortes suíças, desde 1998 existe, em Zurique (Suíça), a Dignitas, clínica especializada na assistência ao suicídio. Atualmente a Dignitas conta com mais de 5.500 filiados advindos de 60 países diferentes. Durante o tempo de atuação, mais de 1.700 pessoas já puderam realizar o suicídio assistido com segurança, com privacidade, e geralmente, na presença de familiares e amigos (DIGNITAS, 2014).

A Dignitas não auxilia a realização do suicídio de forma livre e sem requisitos. Existe todo um procedimento a ser seguido. Primeiro, a pessoa

que deseja o suicídio assistido entra em contato com a Dignitas, informando que deseja se submeter ao suicídio assistido. O primeiro contato pode ser realizado por email, telefone, correio ou reuniões pessoais. A pessoa deve realizar um pedido expresso e juntar a documentação médica a comprovar as questões relacionadas à sua doença terminal e seu prognóstico de saúde.

A Dignitas exige um relatório psicossocial da pessoa, informando a situação do paciente com os familiares e com o trabalho. Apenas após esses procedimentos iniciais é que o pedido será analisado. Nas vezes em que o pedido não é aceito, a Dignitas atua recomendando a terapia e/ou cuidados paliativos ao paciente.

A Exit, fundada em 1982, conta com aproximadamente 70.000 associados, voltada especialmente para cidadãos suíços ou pessoas residentes na Suíça (DIE ORGANIZATION, 2014).

A Exit também possui alguns critérios para que uma pessoa possa obter o suicídio assistido. O primeiro critério é que o pedido deve ser fundamentado em dados médicos confiáveis e revisados. 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 poderá ser 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 existem cinco estados federados que o autorizam atualmente. O primeiro deles foi o Oregon, em 1994, quando aprovou a Lei sobre a Morte Digna, a primeira legislação descriminalizante do suicídio assistido nos EUA. No ano de 1999, de acordo com dados oficiais, 33 pessoas que pleitearam o suicídio assistido tiveram suas solicitações atendidas. Dessas, 27 morreram após realizarem a ingestão das drogas letais fornecidas pelo estado. As outras 6 pessoas faleceram antes de terem o desejo atendido. Existem alguns requisitos para que uma pessoa realize o suicídio assistido no Oregon: ela precisa ser adulta, residir em Oregon, ser lúcida e capaz, e ainda deve estar em estado terminal de uma doença sem perspectiva de cura (GOLDIM, 2010).

O segundo estado a permitir o suicídio assistido nos EUA 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).

Há ainda o estado de Vermont, localizado na região nordeste dos Estados Unidos, que 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, 2014).

Na América do Sul, cabe especificamente o exemplo da Colômbia, onde a descriminalização do suicídio assistido ocorreu após decisão da corte suprema daquele país, que julgou inaplicável o art. 326 do Código Penal colombiano, quando tal ato for realizado por profissional médico a pedido e com consentimento explícito do paciente terminal (ARAÚJO, 2010, p. 115).

Estes são alguns exemplos de países que, manifestadamente, aceitam o direito de morrer pelo suicídio assistido, mas todos limitam essa possibilidade a pacientes terminais, cujo progresso da enfermidade estejam ou venham a causar, em curto espaço de tempo, sofrimento degradante, cruel e indigno.

2. O SUICÍDIO ASSITIDO NO BRASIL

O tópico anterior apresentou exemplos de países onde o suicídio assistido foi incorporado à temática do direito de morrer. Um estudo publicado em setembro de 2014, pela Organização Mundial da Saúde demonstrou que o suicídio se tornou uma epidemia de proporções globais, mata mais de 800 mil pessoas por ano e 75% dos casos são registrados em países emergentes e pobres (ONUBR, 2014).

O Brasil é o oitavo país no mundo com maior número de casos de suicídio, mais de 11.800 em 2012 (OMS, 2014). Esses dados demonstram a necessidade de se debater o suicídio assistido no ordenamento brasileiro, em face do dogma jurídico da proteção absoluta da vida que, nessas estatísticas, não foi capaz de evitar o desfecho da morte desejado por parte dos indivíduos em sofrimento psíquico ou físico.

Para o debate sobre o assunto, a análise dos limites da vida humana demanda, antes de tudo, a consideração de outros valores constitucionais, como a dignidade e a sadia qualidade de vida.

Segundo o qual a vida humana é um valor relativo, existente e digno de proteção enquanto mantenha um determinado nível de qualidade, representado pela capacidade do indivíduo de relacionar-se com os demais seres humanos e de assumir seus próprios atos. Hodiernamente, busca-se uma aproximação entre ambas tendências, tomando como referência básica a sacralidade da vida humana, com vistas a evitar uma paulatina degradação de sua proteção, mas considerando também que a qualidade de vida pode solucionar situações limites nas quais uma concepção rigorosa de intangibilidade da vida humana mostra-se impotente (CARVALHO, 2001, p. 112).

Após a Segunda Grande Guerra Mundial, a proteção e a valorização da vida humana tornaram-se proeminentes, levando o direito à vida a assumir uma relevância histórica ainda a maior na cultura ocidental (MARTEL, 2010, p. 304). Um dos exemplos mais expressivos dessa relevância está na Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), que determina em seu artigo 3.º, que “toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”.

Outro exemplo dessa égide é o Pacto de São José da Costa Rica, editado pela Organização dos Estados Americanos, no ano de 1969, ao estabelecer em seu artigo 4.º, inciso primeiro, sobre o direito à vida: “esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente”.

Uma observação sobre o direito à vida é que “o reconhecimento do direito à vida pelas constituições tem, antes de tudo, um valor simbólico, porquanto é um direito inerente ao ser humano, que para existir não necessita seu reconhecimento expresso”. (SWIDEREK, 2007, p. 24)

No Brasil, o direito à vida nem sempre esteve presente nas Constituições, apenas com Constituição Federal da República de 1988, em seu art. 5º, é que o direito à vida foi tutelado de forma expressa (SÁ, 2012, p. 70).

Embora o direito brasileiro apenas faça menção à proteção da vida

na Constituição de 1988, desde 1830 o direito brasileiro atribui pena a quem praticar homicídio (SÁ, 2012, p. 70).

Silva aborda o conceito de vida, tal como está no art. 5º, da Constituição Federal. Para o autor, a vida não deve ser considerada apenas no seu sentido biológico:

Mas na sua acepção biográfica mais compreensiva. Sua riqueza significativa é de difícil apreensão porque é algo dinâmico, que se transforma incessantemente sem perder sua própria identidade, até que muda de qualidade, deixando, então, de ser vida para ser morte. Tudo que interfere em prejuízo deste fluir espontâneo e incessante contraria a vida. (SILVA, 1996, p.194).

Em relação ao morrer, existem dois conceitos distintos de morte: a “cerebral”, indicada pela cessação da atividade elétrica do cérebro, tanto na corteza quanto nas estruturas mais profundas; e a “circulatória”, caracterizada pela parada cardíaca irreversível à massagem do coração e às demais técnicas usualmente utilizadas (CROCE, 2004, p. 430).

O legislador brasileiro optou por definir o critério da morte com base na Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.480 de 1997, que postula a ausência de atividade cerebral para a decretação do fim da vida (WUSCH; SCHIOCCHE, 2011, p. 139).

Com a evolução da medicina e da tecnologia dos equipamentos hospitalares surgiram novas questões sobre esse conceito, na transposição da vida em morte. A partir do momento em que se possa manter artificialmente as funções vitais por meio de máquinas, evitando-se a ocorrência de morte cerebral, a proteção absoluta à vida ainda seria a mesma?

Sá faz uma ponderação:

Tem-se que não se pode privilegiar apenas a dimensão biológica da vida humana, negligenciando a qualidade de vida do indivíduo. A obstinação em prolongar o mais possível o funcionamento do organismo de pacientes terminais não deve mais encontrar guarida no Estado de Direito, simplesmente, porque o preço dessa obstinação é uma gama indizível de sofrimentos gratuitos, seja para o enfermo, seja para os familiares deste. 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).

Essa análise é da opinião de que o direito à vida não é absoluto, ele é dimensional e requer um olhar sobre qual eixo, dimensão, está o foco da abordagem. No Brasil, existem situações, como na decisão do Supremo Tribunal Federal, sobre o direito ao aborto de fetos anencéfalos, que comprovam que o direito à vida não é absoluto (STF, 2012).

No mesmo sentido, conforme exposto por Martel (2010, p. 307), os tribunais, por diversas vezes se manifestaram afirmando que os “direitos e garantias individuais não têm caráter absoluto.” E que, não há no sistema constitucional brasileiro, direitos ou garantias que se revistam de caráter absoluto (MS nº. 23.452/RJ. Rel. Min. Celso de Mello. 16/09/1999, STJ HC 56.572/SP. Rel. Min. Arnaldo Estevez de Lima. Quinta Turma. DJ 15/05/2006).

Tornou-se voz corrente na nossa família do Direito admitir que os direitos fundamentais podem ser objeto de limitações, não sendo, pois, absolutos. Tornou-se pacífico que os direitos fundamentais podem sofrer limitações, quando enfrentam outros valores de ordem constitucional, inclusive outros direitos fundamentais (MENDES, 2008, p. 240).

O direito brasileiro faz na própria Carta Constitucional de 1988 uma restrição ao direito à vida, ao permitir a instituição da pena de morte em caso de guerra declarada.

E também em enunciados normativos infraconstitucionais encontra-se a moderada admissão de intervenções com o direito à vida, em suas posições subjetivas, dada a aceitação da legítima defesa e do estado de necessidade. São exemplos de intervenções não expressamente autorizadas pela Constituição, mas reputadas plausíveis e cuja constitucionalidade ou

recepção não foi alvo de contendas. Aqui, tem-se uma ponderação legislativa e/ou judicial que torna permissível uma agressão a posições subjetivas do direito à vida em nome de posições subjetivas de outros direitos (MARTEL, 2010, p. 308).

O que se objetiva debater é que a vida humana deve ter uma proteção especial, mas isso não implica que o direito à vida por todos os eixos de sua análise dimensional devem ser protegidos de maneira absoluta. A própria ordem jurídica e seus tribunais tem se manifestado por sua limitação, em certas situações especiais. Nesse sentido, o direito à vida pode ser relativizado por outros princípios a ele colidentes no caso concreto. Um deles é a dignidade da pessoa humana, que, assim como a vida, deve acompanhar toda a existência do sujeito, desde o nascimento até a morte.

Dworkin (2009, p. 337) analisa que o direito de uma pessoa ser tratada com dignidade é o direito a que os outros reconheçam seu valor existencial intrínseco, a partir de suas necessidades humanas e personalíssimas essenciais.

A dignidade é substrato, fundamento essencial para essa materialização da vida, como “fundamento e justificação” dos direitos fundamentais e dos direitos humanos, a capacidade que cada indivíduo tem de decidir sobre os caminhos e por suas próprias escolhas. (MARTEL, 2010, p. 155).

Dworkin ainda trabalha a dignidade humana ligada à ideia de liberdade:

Ainda que possamos sentir que nossa própria dignidade está em jogo nas atitudes que os outros tomam diante da morte, e que às vezes possamos desejar que os outros ajam como nos parece correto, uma verdadeira apreciação da dignidade argumenta decisivamente na direção oposta – em favor da liberdade individual, não da coerção; em favor de um sistema jurídico e de uma atitude que incentive cada um de nós a tomar decisões individuais sobre a própria morte [...] (DWORKIN, 2009, p.342).

Sarlet elaborou um conceito para dignidade humana:

Assim sendo, temos por dignidade da pessoa humana a qua-

lidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, nesse sentido, 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 (SARLET, 2008, p.63).

A dignidade humana, como vista, deve permear toda a vida do sujeito de direito. Desse modo, ela é elemento essencial da caracterização da qualidade de vida, cuja conotação requer essa caracterização: “vida digna”. Uma vez sem dignidade, não seria direito obrigar alguém ao sofrimento, muito menos a uma situação degradante, cruel ou próxima da tipificação do crime de tortura.

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 penal protege a vida enquanto bem jurídico essencial desde a formação embrionária, mas, como visto, não de maneira absoluta, pois, com exemplo, o aborto é admitido, em certos casos, por fundamento legal e jurisprudencial.

Após o nascimento, o direito protege ainda mais a vida, prevendo no art. 121 do Código Penal a 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).

Não obstante, há excludentes de ilicitude como visto, quando o crime é cometido para salvar a própria vida do agressor, seja em legítima defesa ou por estado de necessidade. Logo, uma relativização é inerente ao bem vida e está presente no ordenamento jurídico em várias situações específicas.

Nos casos de eutanásia, cometidos por compaixão, a chamada “morte piedosa”, a vida continua protegida, mas o agente agressor teria sua pena reduzida, uma vez que o § 1º do art. 121 do código penal, apresenta hipóteses de diminuição da pena.

Nesse sentido, a eutanásia é um tipo de “homicídio privilegiado”. 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, 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 (BITENCOURT, 2011, p.69).

Para Prado (2010, p. 96), motivo de relevante valor moral é aquele cujo conteúdo revela-se em conformidade com os princípios éticos dominantes em uma determinada sociedade. Seriam, portanto, os motivos nobres, altruístas, havidos como merecedores de indulgências. Aqui se enquadraria a eutanásia enquanto “morte piedosa”, movida por compaixão quanto ao sofrimento da vítima, no caso, um paciente terminal, que perdeu sua sadia qualidade de vida.

O relevante valor moral liga-se aos interesses individuais, particulares do agente, entre eles 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).

A relevância desse valor, social ou moral, é avaliada de acordo com a sensibilidade média da sociedade e não apenas segundo a sensibilidade maior ou menor do sujeito ativo, embora não se possa esquecer que a relevância do valor social ou moral é subjetiva e não puramente objetiva. (BITEN-

COURT, 2011, p. 69)

De outra forma, o suicídio é entendido como a deliberada destruição da própria vida (PRADO, 2010, p. 94). No mesmo sentido, suicídio pode ser entendido como a morte de si mesmo CASSORLA, 1985, p. 9).

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 antijurídico, em razão da proteção do bem jurídico vida. 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).

Se o fato consumou-se, 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).

Assim, no direito penal o suicídio não é considerado uma conduta criminalizada, demonstrando mais uma vez uma flexibilização do dogma absoluto da vida no direito brasileiro.

Mas isso só não acontece em relação ao auxílio ao suicídio, que ainda permanece tipificado. O artigo 122 do Código Penal assim 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 na eutanásia, enquanto crime de homicídio privilegiado, no suicídio assistido, o indivíduo que cometeu o ato não é punido, se sobreviver à tentativa, mas sim quem o auxiliou a provocar a destruição da própria vida (PRADO, 2010, p. 96).

Com isso, cria-se uma situação peculiar e criticável, uma vez que, caso a tentativa não seja consumada, que a tentou não responderá por nenhum crime mas, quem o auxiliou, responderá conforme o art. 122 do Código Penal, mesmo atuando em prol do desejo e pelo sofrimento mani-

festado pelo paciente terminal.

Se a ação de matar-se ou a sua tentativa não são crimes, a colaboração para essa conduta tampouco deveria ser penalmente punível?

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).

O detalhe está em, quem auxilia ao suicídio responde por um crime tipificado exatamente por essa conduta, e não como partícipe de outro crime. Logo, sua atividade não é acessória, mas considerada principal, o que é questionável, pois sua ocorrência deve-se a pedido específico de paciente terminal em agonizante sofrimento por sua doença.

Nesse sentido, ao auxiliar para que um desfecho (morte) que ocorrerá de qualquer forma, em curto prazo, uma vez que a enfermidade terminal está em curso, qual o bem jurídico estaria protegido nessa situação? O tempo restante, mesmo sem dignidade ou qualquer sadia qualidade de vida, até o desfecho natural do curso da doença (morte), que será certo nesse caso?

“O ordenamento jurídico vê no suicídio um fato imoral e socialmente danoso, que deixa de ser penalmente indiferente quando concorrer com a atividade da vítima outra energia individual provinda da manifestação da vontade de outro ser humano” (BITENCOURT, 2011, p. 125).

Desse modo, no fundo, há uma opção moral do legislador pátrio de outrora, a ser questionada atualmente em face do princípio da dignidade e da autonomia da pessoa humana, no reconhecimento de que uma ordem plural não pode ser movida em face de uma ideologia ou religiosidade dominante, contra a esfera íntima de um paciente terminal, que busca auxílio qualificado para se suicidar, sem ter que recorrer à clandestinidade.

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).

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).

E aqui se tipificariam várias condutas médicas, mesmo que tenha agido somente ao informar o paciente terminal sobre o melhor método para antecipar o desfecho morte, em situações extremas. E mesmo em condições de sofrimento degradante, cruel e contínuo, perante as quais, qualquer tribunal de direitos humanos condenaria a conduta por tortura em outras situações, o suicídio assistido seria apenado.

Assim, se levado em consideração o direito brasileiro, o suicídio assistido é proibido e colocado indevidamente no mesmo rol de crimes contra a vida que a eutanásia. Por outro lado, fica livre e passível de ocorrer o contrário, a distanásia, que poderia ser configurada enquanto crime de tortura e está encoberta pelo estrito cumprimento do dever legal do médico.

Com isso, não há uma ponderação voltada à dignidade humana no Brasil, predominando apenas o valor mítico da capacidade do médico e dos equipamentos hospitalares no prolongamento mágico e obstinado da vida, sem que isso signifique a vontade ou o respeito essencial aos direitos de autonomia do paciente terminal ou mesmo, o seu direito a não prolongar seu sofrimento pela perda irrecuperável de sua sadia qualidade de vida.

Como visto, na experiência internacional não é isso que se verifica nos países mais progressistas, pois ao se tratar do suicídio assistido, os países europeus (Bélgica, Holanda e Suíça), os EUA e a Colômbia, colocam

o médico enquanto partícipe ativo não criminalizável. Essa diferença é fundamental no debate atual sobre a tratativa do assunto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto a eutanásia deve ser entendida como o ato consciente e inequívoco de provocar a “morte piedosa” de outrem por compaixão, pondo fim aos sofrimentos de um doente incurável, na distanásia ocorre o contrário, com o médico utilizando todos os meios terapêuticos possíveis para prolongar a vida do paciente, mesmo que tais condutas causem sofrimento intenso, a despeito de sua obstinação terapêutica.

Por sua vez, a ortotanásia é considerada a morte ao tempo certo, admitida pelo Direito e pelo Conselho Federal de Medicina do Brasil. Basicamente, a ortotanásia permite que o médico limite ou suspenda procedimentos e tratamentos que apenas prolonguem artificialmente a vida do paciente terminal, deixando que a morte siga seu curso natural.

Por fim, o suicídio assistido deveria ser conduzido ao modo da ortotanásia, uma vez que é o paciente quem decide pelo final da própria vida, contando com o auxílio ou assistência de terceiros, desde que seja portador de uma doença terminal e esteja sob um intenso sofrimento, degradante e cruel.

Atualmente o Código Penal brasileiro proíbe esse tipo de morte piedosa proposta na prática do suicídio assistido, mas a sociedade está passando por alterações em prol da dignidade e da qualidade de vida e o direito penal precisa acompanhar essas mudanças.

A autonomia da personalidade ganha cada vez mais relevância na medida em que as tecnologias hospitalares avançam na capacidade de manter a vida quantitativamente, a qualquer custo. O Direito deve assegurar que o final da vida ocorra da forma mais digna e qualitativa possível, com cuidados e buscando amenizar o sofrimento enfrentado pelo paciente terminal.

A proibição do suicídio assistido só contribui para ocultar a realização desses casos envolvendo pacientes terminais, que o fazem na clandestinidade, dentro da cifra negra dispersa no grande número de casos de suicídio ocorridos no Brasil a cada ano.

A dignidade humana é um dos princípios fundamentais da Constituição Federal do Brasil, e tal princípio proíbe que pacientes sejam sub-

metidos a tratamentos desumanos e degradantes. A Constituição Federal valoriza a liberdade e autonomia do homem. O ser humano, em especial o enfermo, não pode ter sua liberdade, dignidade e autonomia limitadas, mesmo quando estiverem em situações de vulnerabilidade como essa, com a perda irrecuperável de sua sadia qualidade de vida.

O debate sobre a admissão da antecipação da morte, por meio do suicídio assistido, seria, portanto, uma forma de se manter a dignidade humana, e mais, em garantir, com a descriminalização do instituto, políticas públicas para a efetividade do princípio da autonomia da personalidade ao final da vida.

Embora no direito comparado essa prerrogativa seja aceita em vários países, o Brasil ainda precisa ampliar o debate sobre o assunto, avançando nessas questões da Bioética da sustentabilidade terminal da personalidade, para as quais não existem respostas ou opções melhores, apenas aquelas unguidas pelos próprios pacientes terminais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Roberto Chacon. A lei relativa ao término da vida sob solicitação e suicídio assistido e a Constituição Holandesa. Brasília: *Revista CEJ*, 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: 02 de julho de 2014.

ARAÚJO, Walkiria Benedeti Cardozo. Termo em consentimento em eutanásia. *Dissertação* (Mestrado em Direito Negocial). Programa de Pós Graduação em Direito Negocial. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Leticia 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/mote-ela-dignidade-autonomia-individual-final-vida>>. Acesso em: 03 de julho de 2014.

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

BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de direito penal: Dos crimes con-*

tra a pessoa. Parte 2. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2011

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

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

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 1.805/2006.* Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 14 de agosto de 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Acórdão da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. n. 54. Relator: MELLO, Marco Aurélio Mendes de Farias. Publicado no DJ de 22-12-2012. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>> Acesso em: 20 de maio de 2015.

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

CONVENÇÃO AMERICANA DOS DIREITOS HUMANOS. *Pacto de São José da Costa Rica,* 1969. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm>>. Acesso em: 10 de julho de 2014.

COUTO, Rodrigo Carrizo. *Mitos e realidades sobre o suicídio assistido na Suíça.* Disponível em: <<http://www.swissinfo.ch/por/eleitor-rejeita-restri%C3%A7%C3%B5es-a-suic%C3%ADdio-acompanhado/30240852>>. Acesso em: 02 de julho de 2014.

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

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

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

DIE ORGANIZATION EXIT. *Verein*. Disponível em: <<http://www.exit.ch/wer-ist-exit/verein>>. Acesso em: [16 de agosto de 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 de agosto de 2014.

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

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

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FOLHA DE BOA VISTA. *Yanomami na Imprensa*. Disponível em: <<http://www.proyanomami.org.br/v0904/index.asp?pag=noticia&id=3980>>. Acesso em: 23 de julho de 2014.

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

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 de junho de 2014.

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

MARTEL, Letícia de Campos Velho. *Direitos Fundamentais Indisponíveis – Os limites e os padrões do consentimento para a autolimitação do direito fundamental à vida*. Tese (Doutorado em Direito Público) – Programa

em Pós-graduação em Direito Público, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 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: 02 de julho de 2014.

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

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. *Declaração universal de direitos humanos*. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/11cndh/site/pndh/sis_int/onu/convencoes/Declaracao%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos-%201948.pdf>. Acesso em: 10 de julho de 2014.

MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato N. *Manual de Direito Penal II*. Parte especial. São Paulo: Atlas, 2009.

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: RT, 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 de setembro de 2014

PACHECO, Maria Theresa de Medeiros. Eutanásia. *Revista Saúde, Ética & Justiça*, São Paulo, Volume 01, n. 01, 1996.

PEREIRA, Barbara Martins, ALARCÓN, Pietro de Jesús Lora. *A vida humana e dignidade: a polêmica eutanásia*. ETIC – Encontro de Iniciação Científica. Vol. 05, nº. 05, 2009. Disponível em: <<http://intertemas.unitedo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1997/2167>>. Acesso em: 15 de setembro de 2014.

PESSINI, Léo. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Revista Bioética*. São Paulo, Volume 4, n. 01, 1996.

PRADO, Luiz Regis. *Curso de direito penal brasileiro*. Volume 2. Parte especial. 9.ed. São Paulo: RT, 2010

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 escolher 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 de junho de 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 de julho de 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-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 31-41, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 de agosto de 2014.

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

VEJA. Novo México autoriza médicos a abreviar vida de pacientes terminais. *Revista Veja*, 14 de janeiro de 2014. Disponível em: <<http://direito->

departir.blogspot.com.br/2014/01/novo-mexico-autoriza-medicos-abreviar.html>. Acesso em: 02 de julho de 2014.

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

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

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. A ortotanásia e o direito penal brasileiro. *Revista Bioética*. Vol. 16, nº 01. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/56/59>. Acesso em 14 de agosto de 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*. Vol. 16, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.furg.br/juris/article/viwe/3424>>. Acesso em: 07 de julho de 2014.