

UNIVERSIDADE SANTO AMARO-SP

**Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito
Médico**

Andréa Biaggioni

**O SUJEITO DA MORTE: AUTONOMIA DA VONTADE DO MORITURO
COMO FUNDAMENTO PARA A MORTE COM INTERVENÇÃO**

São Paulo

2026

Andréa Biaggioni

**O SUJEITO DA MORTE: AUTONOMIA DA VONTADE DO
MORITURO COMO FUNDAMENTO PARA A MORTE COM
INTERVENÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Senso* da Universidade Santo Amaro-UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Direito.

Orientador: Professor Doutor Alysson Leandro Mascaro.

SÃO PAULO

2026

FICHA CATALOGRÁFICA

B471s

Biaggioni, Andrea

O sujeito da morte: autonomia da vontade do morituro como fundamento para a morte com intervenção / Andrea Biaggioni. - São Paulo, 2026.

100 p.

Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Santo Amaro, 2026.

Orientador: Prof. Dr. Alysson Leandro Mascaro.

Bibliografia incluída

1. Morte com Intervenção. 2. Dignidade da Pessoa Humana. 3. Bioética. I. Mascaro, Alysson Leandro. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

CDD 340

Elaborado pela Bibliotecária: Andréia Alessandra Alves – CRB: 8/7588

Andréa Biaggioni

**O SUJEITO DA MORTE: A AUTONOMIA DA VONTADE DO
MORITURO COMO FUNDAMENTO PARA A MORTE COM
INTERVENÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Senso* da Universidade Santo Amaro-UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Direito.

Orientador: Professor Doutor Alysson Leandro Mascaro.

São Paulo, 6 de fevereiro de 2026.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Alysson Leandro Mascaro

Prof^a. Dra. Alessandra Devulsky

Prof. Dr. Leandro Sarcedo

Prof. Dr. Sílvio Serrano Nunes.

Suplente

Aos meus pais, sempre, por tanto e todo amor.

Aos meus irmãos, companheiros de caminhada.

À minha filha, minha luz.

Meus agradecimentos ao Prof. Dr. Alysson Mascaro, não somente por sua inestimável orientação, mas por seu incentivo, seu acolhimento e sua confiança em meu trabalho; para além do intelectual brilhante, eu tive a honra de estar diante de um ser humano excepcional. Não há como agradecê-lo o suficiente pelo que fez por mim.

Ao prof. Dr. Georghio Tomelin, que acreditou que eu poderia contribuir intelectualmente para este notável programa de pós-graduação.

RESUMO

Este trabalho aborda a autonomia do indivíduo como parâmetro para a legalização da morte assistida, ou “morte com intervenção”, no ordenamento jurídico brasileiro. Preliminarmente, apresenta-se o termo *morituro* para designar o indivíduo que está prestes a morrer. Propõe-se, então, uma leitura sistêmica e integradora das normas constitucionais e do princípio bioético da Autonomia, para que se admita a legalização das condutas da eutanásia e do suicídio assistido. Neste contexto, entende-se que o princípio da Dignidade da Pessoa Humana deve ser considerado em sua dimensão autônoma e em consonância com o conceito de vida, próprio e particular, de cada ser humano, de acordo com sua vida biográfica; que a discussão acerca do caráter absoluto da indisponibilidade da vida como bem jurídico deve ser pautada em sua perspectiva relacional, enquanto norma destinada ao outro, não ao titular do bem sobre o qual se legisla; que o princípio bioético da Autonomia, incorporado em 2005 ao ordenamento jurídico nacional, remete ao paciente as decisões sobre seu tratamento, legitimando o *morituro*, enquanto sujeito de sua própria morte. Ilustrando a percepção do tema, em nível internacional, colacionam-se informações sobre os sistemas legais de alguns países que já enfrentaram o assunto, o atual *status* da lei brasileira, e se introduz a discussão sobre a natureza jurídica do consentimento do *morituro* na seara penal. Por fim, apresenta-se a recente decisão do Supremo Tribunal Federal, no Tema 1069, como modelo de reflexão, no que tange à questão da vida, enquanto bem jurídico absolutamente indisponível, e ao consentimento do paciente, enquanto excludente de ilicitude. Conclui-se que não há óbices constitucionais à legalização das condutas da eutanásia e do suicídio assistido, desde que tais fenômenos sejam interpretados a partir de uma perspectiva principiológica sistêmica e à luz da bioética, como aliás, sugerido e alinhavado, no Tema 1069 do Supremo Tribunal Federal

Palavras-chave: Morte com Intervenção. Dignidade da Pessoa Humana. Bioética.

ABSTRACT

This study addresses individual autonomy as a parameter for the legalization of assisted death, or “death with intervention,” within the Brazilian legal system. At the outset, the term *morituro* is introduced to designate the individual who is approaching death. The paper then proposes a systemic and integrative reading of constitutional norms and of the bioethical principle of Autonomy, with a view to admitting the legalization of euthanasia and assisted suicide. In this context, it is argued that the principle of the Dignity of the Human Person must be understood in its autonomous dimension and in harmony with each individual’s own and particular concept of life, as shaped by their biographical existence; that the debate concerning the absolute character of the unavailability of life as a legal good should be grounded in a relational perspective, insofar as such a norm is directed toward others, rather than toward the holder of the legal good being regulated; and that the bioethical principle of Autonomy, incorporated into the national legal order in 2005, assigns decisions regarding treatment to the patient, thereby legitimizing the *morituro* as the subject of their own death. To illustrate the international treatment of the issue, information is presented on the legal systems of certain countries that have already confronted the matter, the current status of Brazilian law, and the introduction of the discussion on the legal nature of the *morituro*’s consent within criminal law. Finally, the recent decision of the Brazilian Supreme Federal Court (STF), in Theme 1069, is examined as a framework for reflection regarding life as an absolutely unavailable legal good and patient consent as a ground for excluding unlawfulness. The study concludes that there are no constitutional impediments to the legalization of euthanasia and assisted suicide, provided that these phenomena are interpreted from a systemic, principle-based perspective and in light of bioethics, as suggested and articulated in Theme 1069.

Keywords: Death with Intervention. Dignity of the Human Person. Bioethics.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. HISTÓRIA SOCIAL DA MORTE NO OCIDENTE.....	14
1.1 Idade Antiga.....	15
1.1.1 Grécia.....	16
1.1.2 Roma.....	21
2.2 Idade Média Cristã.....	25
2.3 Idade Moderna.....	31
2.4 Idade Contemporânea.....	34
2.5 A Morte Voluntária.....	36
2. A MORTE COM INTERVENÇÃO.....	39
2.1 Terminalidade da Vida e suas Terminologias.....	39
2.1.1 Morituro.....	39
2.1.2 Eutanásia.....	41
2.1.3 Ortotanásia.....	44
2.1.4 Distanásia.....	47
2.1.5 Suicídio Assistido.....	48
2.1.6 Suicídio por <i>Completed Life</i>	49
2.1.7 Recusa de Tratamento ou recusa terapêutica.....	50
2.2 Eutanásia e Suicídio Assistido na Legislação Estrangeira.....	51
2.3 Eutanásia e Suicídio Assistido no Direito Penal Brasileiro.....	58
2.3.1 O Dilema do Consentimento do Morituro no Direito Penal.....	62
3. A CONSTRUÇÃO DA DIGNIDADE NA MORTE.....	67
3.1 A Constituição Federal e as Dimensões da Pessoa Humana.....	68
3.2. A Constituição Federal e a Vida como Bem Jurídico (in)Disponível....	70
3.3 Autonomia da Vontade enquanto Princípio da Bioética.....	74
3.4 Autonomia da Vontade: lei civil e deontologia médica.....	77
4. O TEMA 1069 DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL E SUAS REPERCUSSÕES NA MORTE COM INTERVENÇÃO.....	83
4.1 A questão da Transfusão de sangue dos fiéis Testemunhas de Jeová: <i>status quo ante versus</i> assunção da morte como possibilidade.....	83
4.2 A Mudança de Paradigma.....	86

4.3 A dificuldade de manter-se o <i>status quo</i> inaugurado pelo Tema 1069 do STF.....	88
CONCLUSÕES.....	90
REFERÊNCIAS.....	93

INTRODUÇÃO

A reflexão sobre a morte pode ser encetada através de várias perspectivas. Há estudos históricos, sociológicos, filosóficos sobre a morte, que tentam explicar o desconforto do ser humano frente à sua iminência. Em vão. O desconforto segue forte e denso.

Sandel (2013, p.23), em “Contra a Perfeição”, observa que a Ciência avança mais depressa do que a compreensão moral e que as pessoas lutam para administrar este mal-estar. Falar de morte causa desconforto; mas qual o motivo deste desconforto? A morte tornou-se o tabu do século XX (Schimitt, 2023, p.16; Vovelle, 1996, p.15) e não perdeu seu posto no século XXI.

Aliás, na contemporaneidade, a morte é a “nova categoria do obsceno” (Vovelle, 1996, p.18). Expurgada dos ambientes domésticos e mantida à distância das vidas, a morte foi institucionalizada, foi remetida aos hospitais, onde deve acontecer sem que possa contaminar, com a ideia da finitude, as consciências dos que remanesçam.

No campo jurídico não seria diferente, pois o Direito, apesar de ser produto do meio social em que existe, é sempre retardatário em relações às suas mudanças, especialmente no que concerne a seus aspectos culturais e religiosos; “a morte tem um ‘deslugar’ na vida contemporânea” (Fürst, 2023, p.188).

O pensamento jurídico sobre a morte ainda está distante do necessário, uma vez que a sociedade brasileira não garante, na prática, sequer o direito à vida; neste diapasão, a discussão sobre o direito à morte digna seria, no mínimo, anacrônica.

Em que pese a incapacidade do Estado brasileiro em promover políticas públicas adequadas e suficientes para o custeio e a manutenção da vida digna ao indivíduo, o fato, inafastável, é que a morte faz parte da vida. Neste sentido, o direito à vida é, inclusive, o direito à morte, ainda que esta perspectiva seja constantemente deconfirmada.

Não se legisla sobre a morte, senão indiretamente. A escassez de legislação e de jurisprudência neste sentido é um dos motivos pelos quais, quando da judicialização de demandas com contornos bioéticos, o próprio judiciário socorre-se das resoluções emanadas do Conselho Federal de Medicina (CFM) como parâmetro.

As Resoluções do Conselho, entretanto, não tem força legal; são elaboradas e destinadas aos médicos, como orientação ética de comportamento profissional.

Neste cenário, o presente estudo aborda a questão da autonomia do indivíduo para optar pela morte assistida, ou “morte com intervenção”, através de uma leitura sistêmica e integradora das normas constitucionais e do princípio bioético da Autonomia, pautada pela atualização e ressignificação dos valores da multicultural sociedade brasileira.

Contemplam-se os fundamentos jurídicos que poderiam validar a opção do indivíduo pela terminalidade da vida, que poderiam conduzir à legalização das condutas interventivas, ora vedadas pela lei penal.

A Dignidade da Pessoa Humana e a Autonomia da vontade são os alicerces da percepção do morituro como sujeito de sua própria morte; assim, a partir de uma interpretação que perpassa o direito positivo, os princípios bioéticos e a decisão exarada pelo Supremo Tribunal Federal, no Tema 1069, pretende-se oferecer uma interpretação possível e, por si, bastante, para o deslocamento do paradigma da “morte com intervenção” até agora vigente.

Ab Initio consigna-se que “Morte com intervenção”¹ é a expressão utilizada por Luís Roberto Barroso e Leticia de Campos Velho Martel, no artigo intitulado “A Morte como ela é: Dignidade e autonomia individual no final da vida”, publicado na Revista do Ministério Público do Rio de Janeiro. Destarte, uma terminologia bastante adequada ao presente propósito.

A metodologia de pesquisa adotada é a revisão bibliográfica. Trata-se de pesquisa qualitativa baseada em doutrina triada na literatura sobre o tema, em livros e artigos científicos, bem como na legislação, nacional e estrangeira.

Os artigos científicos utilizados estão indexados nas bases de dados das plataformas Scielo e Academia Edu, dentre outras, e foram escolhidos conforme sua maior aderência ao tema, com preferência aos mais recentes; por conta da profusão da literatura jurídica sobre o tema, bem como da análise estar focada na realidade jurídica nacional, o idioma de maior ocorrência foi o português.

Trata-se, no primeiro capítulo, da morte como fenômeno histórico, entendido enquanto aspecto inerente e específico de cada sociedade, considerando o binômio

¹ Termo utilizado por Barroso e Martel em “A Morte como ela é: Dignidade e autonomia individual no final da vida” In: *Revista do Ministério Público do Rio de Janeiro*. RJ: MPRJ, n.40, abr/jun/2011, p.103/139.

espaço-tempo. A partir de uma perspectiva histórica, foi apresentado o contexto da morte no ocidente, da antiguidade clássica aos dias atuais, em um viés narrativo crítico, utilizando como maestros Phillippe Ariès e Michel Vovelle, dentre outros clássicos. Ainda neste capítulo insere-se a temática da morte voluntária.

A terminologia da terminalidade da vida é a pauta do segundo capítulo, com a distinção entre os termos eutanásia, ortotanásia, distanásia, suicídio assistido e a questão vanguardista da *completed life*². A situação legal da eutanásia e do suicídio assistido em alguns países da Europa, Américas e África são tema deste capítulo, que aborda, também, o atual contexto jurídico no Brasil e a natureza jurídica do consentimento do morituro, enquanto legitimador da conduta alheia.

Introduz-se, no terceiro capítulo, a noção de “vida biográfica” em contraposição à “vida biológica” e suas repercussões na noção de morte digna; são apresentados os fundamentos jurídicos que alicerçam a autonomia do morituro para a escolha de uma “Morte Digna”, com a discussão do conceito de Dignidade da Pessoa Humana e suas repercussões na contraposição entre o exercício da autonomia da vontade e as limitações legalmente impostas ao direito do indivíduo de escolher sua forma de morrer; o capítulo traz, ainda, a questão da vida como bem jurídico (in)disponível.

No quarto capítulo faz-se a análise do Tema 1069 do Supremo Tribunal Federal, enquanto baliza para a viabilização da legalização da morte com intervenção, nos casos da eutanásia e do suicídio assistido.

O último capítulo é destinado às conclusões finais.

² *Completed life*. Tradução livre: Completude da vida

1. HISTÓRIA SOCIAL DA MORTE NO OCIDENTE

A história não é linear (Kellehear, 2013, p.21); ela se faz em descontinuidades, em desconstruções, em redefinições, readequações. E esse pressuposto revela-se ainda mais nítido quando se pesquisa sobre a morte, que é, em si, um “processo histórico” (Omena; Funari, p.78.), vez que sua percepção está inserida no imaginário de determinada coletividade em tempo e espaço definidos.

A divisão da História em períodos, ou “idades”, como denominadas para fins didáticos, tem como marcos acontecimentos relevantes que, do ponto de vista do poder político, inauguram uma nova era, com características sociais, econômicas, culturais, tecnológicas, que passam a se distinguir das demais.

A leitura histórica através da divisão clássica distingue o tempo conhecido em períodos; assim, a história antiga é marcada pelo aparecimento da escrita, em aproximadamente 4.000 a.C., e termina em 476 d. C, com a queda do Império Romano do ocidente; a partir de então, fala-se em Idade Média, que encontra seu ocaso em 1.453, com a queda da cidade de Constantinopla, tomada pelos turcos otomanos. A Idade Moderna, por sua vez, é finalizada por um dos acontecimentos mais relevantes na história da humanidade, a Revolução Francesa, em 1.789. A partir de então, vive-se a Idade Contemporânea.

Embora a divisão das eras históricas seja de conhecimento amplo e notório, a preocupação com sua exposição, aqui, se dá para que se tenha em mente que o tema tratado é antigo, antigo como o mundo povoado por humanos.

E desde sempre o homem preocupou-se com a morte. Como observa Morin (1970, p.36), a preocupação com a morte, a crença em uma espécie de imortalidade, está presente desde os primórdios da humanidade. No mesmo caminho, Elias (2001, p.11) para o qual as sociedades podem ser diferenciadas, não apenas pelos meios de comunicação ou por seus modelos de coerção, mas pela percepção da morte; embora natural e imutável, sua percepção é própria e específica em cada sociedade.

Outrossim, é mister frisar que as leituras acerca das civilizações do passado estão contaminadas, indelevelmente, pela ideologia e cultura do presente; por isso, muitas vezes, o estudo da história é estudo do passado pelas lentes do presente (Eyler, 2014, p.21).

Anota-se, ainda, que este capítulo objetiva, tão somente, apresentar breves considerações acerca da percepção sobre a morte, pinçadas dentre algumas culturas, nas diferentes etapas da humanidade.

Optou-se, pois, em seguir o caminho indicado pelos historiadores Fustel de Coulanges e Philippe Ariès, circunscrevendo o foco às civilizações clássicas, Grécia e Roma, e à Europa ocidental, em recorte metodológico e bibliográfico.

1.1 Idade Antiga

Incontri e Santos (2009, p.14/15) assinalam que a preocupação do ser humano com a morte precede a escrita; observam que a morte transcende o fato biológico, alcançando dimensões diversas, sejam “religiosa, social, filosófica, antropológica, espiritual e pedagógica”.

No mesmo sentido, Morin (1970, p.22/23) entende que a preocupação com a morte pode ser vista através de sepulturas, desde a época dos Neandertais.

Neste trabalho, toma-se o termo “Idade Antiga”, em perspectiva meramente didática, pois a condução de uma história da morte não conseguiria abarcar, em um único capítulo, tão vasto período e culturas tão diversas.

Elencou-se em recorte de pesquisa, como já indicado, as civilizações ocidentais clássicas, Grécia e Roma; todavia, como observa Giacoia (2005, p.13).

Nas principais civilizações da antiguidade, e a despeito de suas diferenças essenciais quanto ao significado ético-religioso da morte, esta se apresenta sempre como um limiar intransponível, uma fronteira que delimita uma região de sombras definitivamente inacessível para os vivos.

No mesmo sentido, o historiador Fustel de Coulanges (2023, p.18):

Por mais que recuemos na história da raça indo-européia, da qual as populações gregas e itálicas constituem ramos, sempre somos impelidos a observar que essa raça jamais julgou que após essa curta vida tudo estava terminado para o homem. As mais antigas gerações, bem antes do advento dos filósofos acreditam em uma segunda existência a suceder esta. Encaravam a morte não como uma dissolução do ser, mas como uma simples transformação da vida.

E, assim, talvez, seja a morte o maior, senão o único elo comum a toda a humanidade.

1.1.1 Grécia

O termo “grego” foi cunhado pelos romanos. Observa Eyer (2014, p.21) que o povo surgido a partir da contribuição dos povos cretenses, micênicos (aqueus) e dóricos, autodenominava-se heleno e, independentemente de fronteiras territoriais definidas, assim reconheciam-se porque compartilhavam a mesma língua, deuses, santuários, rituais e costumes.

O primeiro período de formação da Grécia é também denominado de “pré-homérico”; deu-se a partir do encontro entre povos indo-europeus, aqueus, jônios, eólios, dórios. E, em contato com os cretenses, adotaram sua escrita e organizaram-se em vários reinos liderados pela cidade de Micenas.

O período da realeza micênica era conhecido, até 1.950, somente através da *Ilíada* e da *Odisseia*, de Homero (Eyer, 2014, p.32); foi a partir da decodificação das plaquetas Linear B, que se desnudou uma sociedade centralizada em torno de um palácio, que mantinha registros burocráticos e contábeis do reino; a vida estava centrada na figura do rei, que concentrava todas as nuances de poder. No caso, o rei geria a vida palaciana sendo, ao mesmo tempo, todas as instâncias de poder (Eyer, 2014, p.30).

No século XII a.C., entretanto, a civilização micênica foi arrasada pela invasão dos dórios, o que motivou a dispersão da população helênica, ocasionando o fenômeno conhecido como a primeira diáspora grega.

O período seguinte, também denominado “Homérico”, viu a desconfiguração das estruturas da civilização micênica.

Para Eyer (2014, p.38/39), ao contrário do mundo micênico, que confundia o humano com o divino, na figura do rei, o período Homérico trouxe uma delimitação entre o mundo divino e o real. Os achados arqueológicos demonstram que os gregos começaram a incinerar seus mortos, em vez de embalsamá-los, o que, para a autora, sugere uma “separação entre o mundo dos vivos e o mundo dos mortos”.

O Período Arcaico, iniciado com a desagregação das pequenas comunidades gentílicas, desenvolve-se com as alianças entre os detentores de maiores áreas de terras e a formação de uma aristocracia rural. A reunião da aristocracia rural, ou seja,

das comunidades familiares detentoras de terras, possibilita a criação de frátrias e, posteriormente, das tribos. Estas tribos são a gênese da cidade-estado grega³.

O Período Clássico (séculos V - IV a.C.) responde pelo apogeu da cultura helenística. Pode-se dizer que teve início com as guerras entre as cidades gregas e os persas, as guerras médicas, que ameaçavam o comércio e a segurança das cidades gregas. Com o fim das guerras, a cidade-estado Atenas tornou-se líder da Confederação de Delos, organização composta por várias cidades-Estados.

A hegemonia política de Atenas sobre as outras cidade-estado gregas trouxe um período de grande econômica e desenvolvimento cultural para a cidade. A filosofia, o teatro, a escultura e a arquitetura encontraram seu auge.

Ensina Eyler (2014, p.26) que, a partir de Aristóteles e do Mito de Protágoras, poder-se-ia entender a pólis como a “criação humana por excelência”, que “garantiria a continuidade da espécie”, pelo respeito aos princípios da justiça e “a única forma de vida que poderia garantir a liberdade aos homens cidadãos”.

O Período Helenístico (séculos IV - I a.C.) inicia-se com a iniciativa de Esparta em impor-se perante as demais cidades do mundo grego; para tanto, Esparta compôs com outras cidades-Estados a Liga do Peloponeso e declarou guerra a Atenas em 431 a.C.; após quase três décadas de guerra, Atenas foi derrotada.

Frontisi-Ducroix (2017, p.54), convidado por Godelier (2017, p.09) para traçar “um resumo [...] das representações da morte e do tratamento do morto” na sociedade grega, assevera ser “impossível fazer, em algumas páginas, uma síntese completa da maneira como os gregos pensavam a morte”. No mesmo sentido, Voisin (2017, p.58), quanto à Roma Antiga. E esta é a primeira dificuldade daquele que se propõe a realizar um esboço histórico de um período de mais de dez séculos.

Frontisi-Ducroix (2017, p.54) opta por inventariar as crenças gregas “a partir de práticas e dos mitos formulados pelos poetas”. Tal metodologia é recorrente no estudo clássico, vez que a história possível é o resultado do quebra-cabeça montado a partir dos achados arqueológicos e das grandes epopeias, a Ilíada e a Odisseia.

A partir da mitologia, o autor estabelece algumas conexões com o imaginário de morte dos antigos gregos. A velhice e a morte seriam o resultado da abertura da caixa dos sofrimentos, por Pandora; ambas, indesejáveis. A deusa Aurora, que conseguiu o dom da imortalidade de seu amante, Títono, mas que, esquecendo-se de

³ Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/grecia-antiga>

garantir-lhe a juventude, acaba por descartá-lo. Outros exemplos extraídos dos mitos gregos, pelo autor, demonstram a aversão dos gregos à velhice e dificuldade em lidar com a morte.

Sobre o dualismo corpo/alma, o autor cita a Odisseia, para demonstrar a crença de que, após a morte do corpo, havia uma “sobrevida” (Frontisi-Ducroix, 2017. P.50):

Depois que Perseu decapitou a Medusa, a cabeça monstruosa ainda conservou toda a sua eficácia e, segundo a Odisseia, permaneceu nas mãos de Perséfone, esposa de Hades, que a utilizava para impedir que os humanos acedessem ainda vivos ao seu reino.

A morte de Pátroclo é evocada para demonstrar a importância dos rituais funerários, que eram fundamentais para preparar a entrada do morto no Hades. Os rituais possibilitavam a separação entre os mundos, para que ambos tivessem paz. Acreditava-se que, sem a ritualística prescrita, “as almas insatisfeitas poderiam voltar para atormentar o mundo dos vivos” (Frontisi-Ducroix, 2017, p.51).

O fantasma de Pátroclo tinha vindo pedir a seu amigo que o sepultasse o mais rápido possível, pois no Hades, as sombras dos defuntos já instalados não lhe permitiam entrar, impedindo-o de atravessar o rio. Essa era a função do ritual funerário, estritamente codificado, no qual as mulheres desempenhavam um papel importante (toaleta do morto, lamentações, gritos, gestos de luto...); operar a separação definitiva entre os dois mundos, a fim de assegurar a paz de uns e dos outros, pois privadas dos funerais, abandonadas na errância, as almas insatisfeitas eram suscetíveis de retornar para atormentar os vivos.

Eyler (2014, p.46) aponta o episódio da morte de Heitor para mostrar a importância dos ritos funerários:

[...] o corpo do morto, acreditavam os gregos, tornava-se impuro se não fossem feitos os rituais necessários. Pelos ritos funerários se assegurava aos vivos que o morto teria uma vida feliz no Hades. Antes disso, os mortos ficavam à porta do Hades. A morte de um membro da comunidade comprometia a todos e perturbava sua ordem.

Fustel de Coulanges (2023, p.19) relata que “quando se sepultava um corpo, acreditava-se, ao mesmo tempo, estar colocando ali no túmulo algo vivo”. Assim, enterrava-se com ele vestes, joias, objetos pessoais. A partir dessa “crença primitiva” deu-se a necessidade e a importância dos ritos funerários e da sepultura, em si.

O corpo permanecia ligado à alma, que encontrava sua morada subterrânea na sepultura. Caso contrário, a alma permaneceria errante, atormentaria os vivos, devastaria plantações (Coulanges, 2023, p.21).

Toda a antiguidade se persuade de que sem a sepultura a alma era infeliz e que mediante a sepultura ela se trona feliz para todo o sempre. Não era para revelar a dor que se realizava a cerimônia fúnebre, mas para assegurar o repouso e a felicidade do morto.

Os antigos gregos receavam antes a ausência de uma sepultura que sua morte (Coulanges, 2023, p.21), tanto que a privação de sepultura era instituída, por lei, como castigo (Coulanges, 2023, p. 23).

Como observa Viera Neto (2010, p.175), nesta perspectiva, “a alma não era um duplo ou uma parte do morto, era o próprio morto que passava a viver invisível em seu túmulo, cercado pelos mesmos bens dos quais se havia cercado durante a vida”.

Para Fustel de Coulanges (2023, p. 15),

Esta crença em almas vacantes, que perambulavam pela terra arruinando as plantações, assustando os rebanhos e trazendo as doenças às casas dos homens, muito cedo deve ter sido abandonada pela religião oficial das cidades-estado, quando o culto aos mortos converteu-se em um culto à humanidade pretérita divinizada.

Junto a esta visão mais antiga, que ligava a alma ao corpo após a morte, em que o morto permanecia no local de seu túmulo, firmou-se uma segunda, que imaginava uma região subterrânea, bem mais vasta que o túmulo, em que “todas as almas, longe de seus corpos, viviam juntas, sendo que tanto penas quanto recompensas eram distribuídas conforme a conduta que o homem tivera durante a vida” (Coulanges, 2023, p.22).

Há um episódio histórico, já no final do século V. a. C, que ilustra o respeito aos rituais mortuários, inclusive no que tangia aos mortos alheios. Durante uma das batalhas da Guerra do Peloponeso, tendo Atenas vencido, seus generais não concederam trégua ao inimigo para que resgatassem seus mortos. Os generais responsáveis foram, então, condenados à morte (Eyler, 2014, p.51).

Em relação à passagem, Fustel de Coulanges (2023, p.22) comenta que tais generais poderiam ser discípulos dos filósofos, distinguindo a alma do corpo “e, como não acreditavam que a sorte de um estivesse ligada à sorte do outro, [...] importava pouquíssimo que se decompusse na terra ou na água”.

A morte, aliás, é o tema central da filosofia. Através da história, os filósofos voltaram-se à sua reflexão; compreender a morte enquanto fenômeno sempre esteve no horizonte da humanidade.

Na antiguidade, no período clássico grego, vislumbra-se a dimensão da morte através de “Fedon”, diálogo criado por Platão sobre os últimos dias de Sócrates, no qual expõe a atitude daquele em relação à morte; para Sócrates, a morte seria a separação da alma, que permaneceria, e do corpo, que deixaria de existir.

Santos (2009, p.16) elabora um breve resumo acerca do pensamento socrático sobre o tema, apontando que (i) “a alma eterna é a única realidade substancial, que é incorruptível”; (ii) “o corpo é um instrumento da alma e eles estão em oposição dualística em relação um ao outro”; (iii) “a alma é essência eterna e, portanto, não está sujeita à morte”; (iv) “a alma está encerrada dentro do corpo”; (v) “a morte libera a alma ao seu local de origem”; (vi) “a alma, após a morte, migra através de várias vidas”; (vii) “a alma, quando purificada e livre de imperfeições, é livre para se associar com os deuses”.

Em Aristóteles, há pouca referência à morte em si, vez que “é concebida não como a finalidade da vida, mas como seu término, pois o *télos* da vida, para ele, é o melhor e não aquilo que ocorre em último lugar” (Puente, 2002, p.95).

Como bem observa Giacoia (2005, p.14), “os ritos fúnebres perpassam, portanto, a identidade social de coletividade; são características daquela formação e priorizam aquilo que para os seus vivos, é elementar”.

Na Grécia antiga, havia o costume da cremação dos corpos, que era entendida como uma forma de expiação daquilo que resistia matéria, para preparar a passagem do morto para sua outra condição de existência, seu novo *status*, sua “condição social” de morto e que a destinação das cinzas dos corpos distinguia, por sua vez, a qualidade do morto. Fosse um herói, então, sim, suas cinzas permaneciam guardadas, preservando a memória, a identidade do morto (Giacoia, 2005, p.16).

A denominada “bela morte” era aquela advinda da guerra, do campo de batalha e, esta sim, gerava a imortalidade de sua memória, pois individualizava o morto, tornando-o alguém digno de a ser lembrado (Giacoia, 2005, p.16)

Nesta perspectiva, para Giacoia (2005, p.14/15),

é fundamental observar que a maneira como uma determinada sociedade se posiciona perante a morte e os seus mortos

desempenha um papel decisivo na constituição e de sua própria identidade coletiva, na medida em que essa integração da morte e da relação com ela constitui um dos elementos mais relevantes para a formação de uma tradição cultural comum.

1.1.2 Roma

Em História da Morte no Ocidente, Ariès (2012, p.41) revela que, em Roma, a Lei da XII Tábuas proibia o enterro *in urbe*. Os cemitérios eram formados ao longo das estradas, como a via Appia; isso porque, na antiguidade, apesar da familiaridade com a morte, os romanos temiam a proximidade com os mortos; os queriam distantes. Honravam, sim, suas sepulturas, também com o objetivo de impedir que voltassem para importunar os vivos. Os mundos deveriam permanecer apartados.

Voisin (2017, p. 58/59), também instado por Godelier (2017, p. 09) para traçar uma síntese acerca das representações da morte, na Roma antiga, observa a dificuldade de se elaborar um relato histórico dos treze séculos da civilização romana.

Um lapso de tempo imenso sobre o qual nossas fontes documentais, distribuídas de modo bastante desigual em termos de qualidade e quantidade, não se permitem que se escreva uma história contínua sobre a morte.

[...] O Por outro lado, Roma não se limitava à Cidade das Sete Colinas, nem mesmo ao Lácio.

O autor adota, então, um recorte espaço-tempo para analisar alguns aspectos do fenômeno morte; sua abordagem cronológica fixou-se entre o século II a. C e II d. C, no espaço de Roma e seu entorno e, também, de Pompeia. (Voisin, 2017, p. 60). Relata que a religião romana era politeísta, com deuses individualizados, hierarquizados e desempenhando uma função peculiar. Destaca a “distinção” e o “entrelaçamento” entre as religiões particulares e a pública, observando que “uma não podia existir sem a outra” (Voisin, 2017, p.61) e, ainda, que a religião romana era fundada em um conjunto de ritos, não em dogmas ou na fé.

A morte de qualquer cidadão repercutia em sua família e na cidade em si. A obediência aos ritos era imprescindível pois, até que todos as etapas ritualísticas fossem completadas, a família era tida por impura e deveria se afastar de sua rotina. Em Roma, a morte tinha uma dimensão cívica e comunitária, que estava sempre em pauta, que organizava os funerais e os ritos a serem seguidos (Voisin, 2017, p.63).

Observa o autor que, com exceção da morte em combate, todas as mortes eram excepcionais (Voisin, 2017, p.63).

Os últimos momentos daquele que estava para morrer, que sabia que iria morrer, era um momento extremamente importante: a pessoa cobria a cabeça, penteava-se, trocava de roupa, falava suas últimas palavras; um costume que se estendeu até a antiguidade tardia (Voisin, 2017, p.65/66).

A importância dada aos últimos momentos remetia à ideia da morte como um reflexo da vida e, bem realizada, poderia forjar uma boa memória do morto para as futuras gerações ou, de outro modo, seu esquecimento. Na antiguidade romana não se vivia só e não se morria só. A vida e a morte eram públicas, pertenciam também à família, vizinhos, parentes e demais cidadãos (Voisin, 2017, p.68).

Voisin (2017, p.72) descreve um modelo daquilo que seriam as exéquias de um cidadão romano, pertencente à elite da cidade, a partir de fontes literárias e arqueológicas que puderam resistir ao tempo. Explica o autor que, após o último beijo no defunto, por um seu parente, e quando isso era possível, seus olhos eram fechados e se dizia seu nome, por diversas vezes, em voz alta. O corpo era colocado no chão, em contato com a terra, de joelhos, lavado, perfumado e vestido com uma toga branca; conforme o status social, suas insígnias distintivas acompanham o corpo.

Havia o costume, trazido da Grécia, de colocar uma moeda na boca do morto para pagamento da passagem, o “óbolo de Caronte” (Voisin, 2017, p.73). O corpo era, então, trasladado do quarto, com pés voltados para a porta de entrada para o átrio da casa, onde permanecia em meio a tochas, lamparinas, flores, em leito próprio para a exposição do corpo. No entorno do corpo, ficavam seus parentes, amigos, escravos, as carpideiras e os tocadores de instrumentos musicais. O morto era levado ao local de sua sepultura em trajes brancos. Apenas os indigentes eram sepultados com trajes pretos (Voisin, 2017, p.75).

Observa Voisin que, desde o momento da morte, a família e a casa do morto tornavam-se impuras. A família de luto era uma família funesta, cujos integrantes estavam contaminados pela “sujeira provocada pela morte de um dos seus”. Os membros da família deveriam ostentar essa qualidade, deixando de usar suas roupas habituais e deixando de cuidar de sua aparência.

Em contrapartida, as pessoas pobres, embora pouca informação haja sobre seus rituais de morte, eram provavelmente sepultadas conforme a lei Pozzuolli, em valas comuns, através dos serviços dos *vespillones* (Voisin, 2017, p.72).

O funeral, iniciado somente após 7 dias de exposição do corpo morto, era realizado em 3 fases, (i) o traslado do corpo até o local da sepultura, (ii) o sepultamento em si e (iii) o rito de purificação (Voisin, 2017, p.75).

O cortejo fúnebre era iniciado pelos músicos e carpideiras, seguidos das pessoas com candelabros e tochas, que antecediam a liteira, na qual estava o corpo morto, com o rosto coberto, em caixão aberto, geralmente. A liteira era transportada sobre os ombros de pessoas da família, em número par. Após a liteira, iam os amigos, clientes, parentes do morto. Interessante notar que, presentes na vida, os deuses romanos estavam ausentes do cortejo fúnebre.

O local da sepultura era fora da cidade. Nele dava-se a “transformação de um morto em um defunto, que podia receber as honras funerárias” (Voisin, 2017, p.79). Uma das dúvidas que se colocam é quanto à prática do enterramento ou da cremação do corpo. Para Voisin (2017, p.79), a alternância entre uma e outra forma indicaria a diversidade populacional, cultural e econômica da região, que persistiu em proporções desiguais, ao longo dos séculos.

Segundo Voisin (2017, p.79), em Roma e no Lácio a incineração dominou a prática ritualística do final da Idade do Bronze até o início da idade do Ferro, sendo substituída pelo enterramento; a partir do século II a. C., a prática da incineração ressurgiu com força, mas foi suplantada pelo enterramento nos séculos II e III d.C.

O autor entende que a crença dos romanos não interferia no modo como eram sepultados; que, a princípio, importava apenas que os ritos fossem seguidos e que os vivos e os mortos permanecessem separados (Voisin, 2017, p.79).

Junto à sepultura, realizava-se um banquete. Era oferecido o sacrifício de um animal à deusa Ceres que visava associar o morto, os celebrantes e a deusa, vez que compartilhavam do animal (Voisin, 2017, p.78).

[...] as vísceras eram servidas à deusa; o defunto recebia sua parte na pira funerária, quando se tratava de uma incineração, ou ao lado do túmulo, quando havia sepultamento; os familiares compartilhavam o restante da porca em uma mesa, provisória ou permanente, arrumada ao lado do túmulo. Nesse banquete, cada um lugar hierarquizado, de acordo com o respectivo status e, pela primeira vez, o defunto ficava totalmente apartado dos seus.

Após o banquete, ocorria a cremação, onde estivesse depositado o corpo: na vala, na liteira, ou no caixão, de olhos abertos; junto ao corpo, eram colocados pertences do defunto e, sobre a pira funerária, os presentes, que assistiam a cerimônia

em pé, lançavam presentes, roupas, perfumes e, até mesmo, carnes sacrificadas; depois, chamavam o defunto pela última vez e acendiam o fogo (Voisin, 2027, p.78).

Findo o processo de incineração, “os parentes mais próximos recolhiam em um lençol os ossos calcinados, depois lavavam e guardavam dentro de uma urna que, em seguida, era colocada no interior do túmulo” (Voisin, 2017, p.78). Após a sepultura ser coberta por terra, chamava-se o morto pelo nome, pela última vez e, então, era “pronunciada a palavra *ilicet* (contração de *ire licet*=pode partir)”

Voisin (2017, p. 82) destaca que “para o falecido, cujo cadáver havia se desligado, progressivamente de sua comunidade de origem significava deixar o mundo dos vivos e entrar no mundo dos Manes, com passagem facilitada pela deusa Ceres [...]”.

A partir de então, o túmulo passava a ser “a morada do defunto” e o local em que foi sepultado tornava-se um “local religiosos”, “apto a ser um local de culto” (Voisin, 2017, p.83).

A última etapa do funeral tangia à “transformação de uma família contaminada em uma família purificada”. De volta à casa, aqueles que participaram dos rituais funerários eram “purificados pela água e pelo fogo”, assim como a casa deveria ser desinfetada. Iniciavam-se, então, as “férias mortuárias”, que consistiam em um período de luto, de nove dias, seguido de um “banquete da novena”. A família poderia, então, reinserir-se em sua rotina social (Voisin, 2017, p.83).

Vislumbra-se, portanto, que os rituais funerários eram absolutamente necessários para que a família pudesse voltar a seus afazeres e convívio social. E para que os mortos fossem pacificados, vez que devidamente instalados em sua nova morada.

Importante, ainda, observar a localização dos túmulos nesta cidade antiga. Em 450 a. C, a lei das Doze Tábuas proibiu o sepultamento ou a incineração dos corpos dentro das cidades, por motivos sanitários. Assim sendo, os túmulos eram edificados fora dos limites urbanos, em campos, ao longo de estradas, ou mesmo dentro de propriedades rurais familiares, mas distantes das casas habitadas. O importante era observar “a linha religiosa e jurídica que delimitava o interior e o exterior da cidade, que separava o civil do militar e os vivos dos mortos” (Voisin, 2017, p.86).

A visibilidade do túmulo, sua arquitetura, os epítáfios nele inscritos indicam a necessidade de se assegurar a continuidade do morto entre os vivos. A necessidade de preservar sua memória (Voisin, 2017, p.91).

Para Voisin, os romanos pouco exercitavam a reflexão sobre a morte (2017, p.99):

No máximo, o que tem sido descoberto aqui e ali é uma ideia confusa e pouco articulada de uma vida após a morte. De modo, mais prático, seria honrar o defunto, garantir a perenidade de sua lembrança por meio da fidelidade de uma tradição, e a própria tranquilidade pelos gestos meticulosamente cumpridos.

O morto, seu espaço, seu túmulo, as festividades para lembrá-lo, estes, sim, eram importantes para os romanos. O morto em si, não o fenômeno da morte.

1.2. Idade Média Cristã

Tradicionalmente, a “Idade Média” foi dividida em dois grandes tempos, a “Alta Idade Média”, abrangendo os séculos V ao X, e a “Baixa Idade Média”, do século XI ao século XV. Hodiernamente, tal divisão foca-se em três fases, quais sejam, a “Primeira Idade Média”, iniciada com a dissolução do Império Romano e a formação do sistema feudal, até o ano 1.000 (século X), aproximadamente; a “Segunda Idade Média” ou “Idade Média Central”, que abrange o apogeu do sistema feudal, nos séculos XI ao XII, e a “Terceira Idade Média”, nos séculos XIV e XV, indicando o declínio do sistema, com suas crises e transformações sociais e políticas.

Pierre Chaunu (*apud* Vovelle, 1996, p.12) entende que “toda a sociedade se mede ou se avalia, de certa maneira, pelo seu sistema de morte”. Na idade média feudal, o elemento decisivo de organização política e social reside na religião. Há a nítida separação entre homem e natureza, pois o ser humano, detentor de uma alma, sagrada, não está sujeito à natureza, dessacralizada. A ética e a moral vão de encontro à natureza, vez que essa é corruptível; os corpos são corruptíveis, estão sujeitos ao pecado (Mascaro, 2020, p.98/103).

Michel Vovelle propõe uma história da morte através de 3 perspectivas, quais sejam, a morte sofrida, a morte vivida e os discursos sobre a morte.

A “morte sofrida” diz respeito à estatística da morte, que Schmitt (2017, p.154) denominou “demografia da morte”. Trata-se de perceber o fato concreto, o gráfico da mortalidade (Vovelle, 1996, p.13). Entender esse gráfico significa entender os parâmetros dessa sociedade. A morte não é igual para todos. As diferenças da morte

para homens, mulheres, crianças, jovens, velhos, cidade, campo, ocupação, pobres, ricos, permitem a avaliação da sociedade.

A “morte vivida” seria composta pelo conjunto de rituais e liturgias que permeiam do início ao fim do processo físico da morte. Práticas funerárias, gestos, ritos, luto, compõem um complexo sistema que reflete as percepções e sentimentos diante da morte em cada cultura. (Vovelle, 1996, p.13)

O “discurso sobre a morte” abrange o discurso inconsciente, em gestos involuntários, e discursos conscientes, organizados, sobre a morte, que se alteram, evoluem ao longo do tempo (Vovelle, 1996, p.14).

Jean Claude-Schmitt (2017, p.154) entende que o primeiro fator estrutural para o estudo da morte na Idade média é a demografia. Estima-se que, entre o século XI e meados do século XIII, morria-se aos 35 anos. A partir de então, esse número baixou ainda mais, chegando a uma expectativa de vida de 30 anos, em virtude de questões climáticas, que repercutiram em toda a Europa. E esse contexto deu-se antes mesmo do advento da peste negra, ocorrida entre 1.348 e 1.351. A Peste bubônica dizimou, em apenas três anos, um terço da população europeia, provocando o abandono das cidades e repercutindo nas relações sociais.

O segundo fator estrutural seria o cristianismo (Schmitt, 2017, p.156); para o autor, a morte está no centro do credo católico, que cultua morte e sacrifício, em viés religioso, e, também, social. Na idade média, a morte ocupava o centro da liturgia religiosa e “contribuía para estabelecer o poder da Igreja e dos padres sobre a sociedade” (Schmitt, 2017, p.157).

A morte [...] reside no coração da cristandade, entendida como um sistema de fé, mas também como sistema social.

A morte ocupa não apenas o centro do culto divino como, por essa mesma razão, justifica a proliferação dos altares e, conseqüentemente, de sua rede de igrejas, (monásticas, episcopais, paroquiais), bem como a supremacia dos padres na sociedade, uma vez que somente eles detêm o poder de celebrar o sacrifício divino. E isso não é tudo, para seguir o exemplo do Cristo, os mártires também se apressaram em escolher a morte para testemunhar sua fé [...].

O poder da Igreja tornou-se ainda mais forte a partir da Reforma Gregoriana. Os padres foram legitimados como os intermediários necessários entre o homem e Deus, ou como observa Schmitt (2017, p.157), “os intermediários obrigatórios entre os vivos e os mortos, os guardiães da passagem...[...]”.

A teologia cristã ensina a dissociação entre corpo mortal e alma imortal, tornando a morte um fenômeno onipresente no imaginário coletivo medieval. A vida do cristão medieval deveria pautar-se pela “preparação para a morte, que deverá abrir aos merecedores as portas da ‘verdadeira vida’, ou seja, da vida eterna” (Schmitt (2017, p. 157). Temendo a danação da alma, o fiel deveria orientar-se pela doutrina cristã, submetendo seu corpo, social e politicamente, para não perder sua alma.

Seria negligência, ademais, tecer qualquer consideração sobre a “História da morte no ocidente” sem citar os estudos de Philippe Ariès. Mil anos de história não são empecilho para o trabalho deste historiador, que entendeu que as transformações das atitudes humanas diante da morte são muito lentas e imperceptíveis a curto prazo; “os contemporâneos não a percebem porque o tempo que as separa ultrapassa o de várias gerações e excede a capacidade da memória coletiva” (Ariès, 2012, p.24/25).

Assim, o estudo da memória da morte se beneficiaria de um recorte histórico temporal bem maior. Observa Ariès que, para que não se deixe passar as mudanças havidas neste enorme interregno de tempo, Vovelle utilizou um modelo mais objetivo, pesquisando os testamentos da época. Ariès, por sua vez, admite que partiu de perspectiva mais “intuitiva, subjetiva”, a partir de documentos “heterogêneos”, que, entretanto, podem não refletir a realidade, vez que a realidade da minoria privilegiada pode não representar o sentimento comum.

Na primeira parte do clássico *História da Morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*, Ariès tratou das “atitudes do homem diante da morte”, subdividindo-as em (i) a morte domada, (ii) a morte de si mesmo. (iii) a morte do outro e (iv) a morte interdita, fornecendo uma visão historicizada do fenômeno.

Segundo Ariès, no século XI, acreditava-se na separação entre os bons, que entrariam no Paraíso cristão, e os maus, que sucumbiriam, “não sobreviveriam à sua morte, não despertariam, sendo abandonados ao não-ser” (p.48)

A denominada “morte domada” teria se estendido até o século XII. Com exceção da morte súbita e da morte decorrente da Peste, havia tempo para morrer; havia um aviso que era percebido pelo moribundo, “não se morre sem ter tido tempo de saber que vai morrer” (p.31). Esse aviso chegava por meios naturais, signos naturais, ou era produto da “convicção íntima” do indivíduo. O fato é que não se morria sozinho; “a morte era uma cerimônia pública, organizada pelo próprio moribundo, que a preside e conhece seu protocolo” (p.39).

A morte domada era familiar, ritualmente simples, próxima, atenuada, permitida livremente às crianças. Era um fenômeno vivido cotidianamente, atenuado e indiferente (p.40). A convivência entre vivos e mortos era normalizada.

A atitude mais antiga da morte medieval foi, também, a mais longa e a mais comum; remete-se à “resignação ao destino coletivo da espécie” (p.66).

Um dos indicadores desta desidentificação do ser humano seria o destino dos corpos, após a morte. Os defuntos restam sob tutela da Igreja católica. Os ricos eram enterrados em terreno santo, dentro das igrejas, no chão. Os pobres eram amontados em covas coletivas, uns por cima dos outros, só com a roupa do corpo; quando já cheias, as covas eram esvaziadas e os ossos eram levados para as carneiras das igrejas (p.46).

Importa, nesta vastíssima época, que os corpos estejam confiados à Igreja; ainda que não se saiba exatamente onde está a sepultura; ainda que não haja lápide ou mesmo inscrição para identificá-los. Conforme Ariès, “o cristianismo livrava-se dos corpos abandonando-os à Igreja, onde eram esquecidos” (p.21).

A partir dos séculos XI e XII, o cenário da “morte domada” começa a se modificar. Ariès elenca alguns fatores que, lentamente, vão distanciar o homem daquela atitude familiar com a morte e introduzi-la como a responsável pelo “reconhecimento da própria existência” pelo ser humano; tais fenômenos seriam (i) a representação do Juízo Final, no final dos tempos; (ii) o deslocamento do juízo final para o final da vida de cada indivíduo; (iii) os temas macabros e o interesse dedicado às imagens de decomposição física; (iv) volta à epígrafe funerária e recomeço de personificação das sepulturas.

A ideia de um julgamento individual contrapõe-se à noção anterior, dos tempos da “morte domada”, em que não se falava sobre condenação; “os mortos que pertenciam à Igreja e lhe haviam confiado seus corpos adormeciam e descansavam até o dia do grande retorno, quando despertariam na Jerusalém celeste, no Paraíso” (p.50/51). As pessoas boas eram aquelas que pertenciam à Igreja; as pessoas más eram aquelas que não pertenciam à Igreja e, portanto, seriam relegadas ao não-ser.

A existência de um julgamento introduz a noção de responsabilização pessoal pelos feitos em vida. Já não basta pertencer à Igreja, ser enterrado em seus arredores, perto dos santos. Cada homem será julgado conforme suas ações, e individualmente.

Vovelle cita Le Goff (1996, p.160) para lembrar que o desenvolvimento da ideia de purgatório deu-se por volta dos séculos XII e XIII; idealizado como um local

intermediário e transitório para as almas que, não sendo suficientemente boas, nem más o bastante, teriam uma oportunidade para se arrepender. Como o período no purgatório não era fixado em tempo concreto, a comercialização de indulgências proliferou, no final da baixa idade média, com o fim de diminuir para o fiel o tempo de castigos certos no purgatório. A indulgências vendidas pela igreja católica, aliás, estiveram dentre os motivos que ensejaram da Reforma Luterana.

Com o deslocamento do Juízo Final para o final da vida de cada um, em vez do final dos tempos, essa relação entre o homem e seus feitos, sua biografia, torna-se mais estreita (Ariès, 2021, p.53). E torna-se ainda mais relevante, a partir do século XIII (Schmitt, 2017, p.167), com as Ordens Mendicantes, que exerceram um papel importante na disseminação da onipresença da morte.

A ideia central é a de que a morte ideal do cristão não era a morte súbita; ao contrário, era preciso e preparar para morrer e, acima de tudo, pensar em confessar seus pecados a padre e receber de suas mãos o 'viático', sacramento indispensável ao êxito na passagem para a 'verdadeira vida'.

Ainda no século XIII, fomentou-se a necessidade da realização de testamento (Schmitt, 2017, p.167). Documento de caráter jurídico e espiritual, destinado a disposições de última vontade, regulava a transmissão de bens a familiares e, também, para outros assuntos de ordem imaterial; nele se inseriam pedidos de perdão, destinação de valores à caridade e, como não poderia deixar de ser, “estipulava a doação para a realização de dezenas ou centenas de missas nas igrejas dos religiosos dominicanos e franciscanos e na igreja paroquial” (p. 167).

Como bem observa Schmitt (2017, p.167):

A morte tornou-se um poderoso motor econômico fundada em uma troca codificada de bens materiais (as somas de dinheiro doadas às igrejas eram fixadas em moeda contábil) e de bens espirituais (as inumeráveis missas e preces feitas pela alma do defunto, algumas delas em perpetuidade.)

Já nos estertores da Idade Média, com o crescimento das ordens mendicantes, difundiu-se a prática da pregação que, paralelamente ao surgimento da gravura de madeira, representativa de alegorias da morte, aterrorizou a população com a “noção da perecibilidade” (Huizinga, 2021, p.246), o “apodrecimento do corpo” (p.245/9). Huizinga historiador que se debruçou sobre a história do período medieval, enfatizou

que “Nenhuma época impôs a toda a população a ideia da morte com tanta frequência e com tanta ênfase quanto o século XV” (p.245).

O terceiro elemento de alteração de parâmetros deu-se com a fixação da decomposição física, do perecimento do corpo, no imaginário coletivo, através da arte e da literatura (Ariès, 2012, p.57/58); esse seria um sinal de fracasso (p. 59). “A decomposição é o sinal do fracasso do homem, e nesse ponto reside, sem dúvida, o sentido do macabro, que faz desse fracasso um fenômeno novo e original”.

Para Ariès, entre os séculos XII e XV, três categorias de representações mentais aproximaram-se, ensejando a tomada de consciência de si mesmo, pelo ser humano, através do fenômeno da morte.

A preocupação com a individualização das sepulturas é o último fenômeno, segundo Ariès, que revela a mudança da atitude do homem medieval perante a morte. Diferentemente da antiguidade, em que a sepultura tinha um papel marcante na separação dos mundos, no final da idade média, a sepultura identificada, com nomes e outras inscrições, remetem à nascente ideia de consciência própria, da percepção de si mesmo.

Elias (2001, p.19) e Vovelle (1996, p.16), embora reconheçam a importância do trabalho de Ariès, discordam do historiador, quanto à tranquilidade do homem diante da morte na baixa idade média, argumentando que a morte nunca foi tranquilamente aceita, [...] “Não creio que alguma vez tenha existido um tempo em que a morte humana tenha podido ser natural, como pensa Philippe Ariès, isto é, aceita serenamente, sem medo nem apreensão”.

Elias entende que Ariès realizou um excelente trabalho descritivo, mas questiona suas fontes e suas interpretações; considera que a morte na Idade Média era mais dolorosa e podia ser mais violenta, bem como imprevisível: [...] a vida no Estados feudais medievais era [...] apaixonada, violenta e, portanto, breve e selvagem. Então, morrer significa também “tormento e dor”. Para Elias, Ariès acerta quando indica que o tem era “mais aberto e frequente” do que em nossos dias (p.12).

A leitura da morte por Ariès, embora pautada, como ele próprio revela, pela intuição e pela subjetividade, desenha um caminho necessário e incontornável para o estudo na morte na idade média.

Na filosofia, como na história medieval, a morte está atada ao cristianismo. Na essência da idade média cristã, a vida é apenas o trajeto para o encontro com Deus, através da morte. A morte se impõe como o momento decisivo, sagrado, de salvação

ou danação. Nada ocorre fora da vontade ou da permissão divina, inclusive o momento da morte. Essa compreensão reforça uma atitude de aceitação racional e religiosa, fundada na confiança na justiça e na misericórdia de Deus. A morte, ainda que temida, é integrada ao sentido global da criação e da história da salvação (Le Goff, 2007, p. 287/295).

1.3 Idade Moderna

De acordo com a divisão clássica, a Idade Moderna inicia-se com a queda de Constantinopla, em meados do século XV, em 1.453, e termina com a Revolução Francesa, já nos estertores do século XVIII, em 1.789; se, didaticamente, pode-se falar em idade moderna a partir da queda da cidade de Constantinopla, tomada pelos turcos otomanos, segundo Ariès, (2009, p.11) entretanto,

[...] a periodização da história política, social, econômica, e até cultural, não conviria à história das mentalidades. Todavia, há tantas mudanças na vida material e espiritual, nas relações com o Estado, depois com a família, que devemos abordar o período moderno como uma época à parte, autônoma e original, não esquecendo o que deve a uma Idade Média remanejada e tendo em mente que anuncia a época contemporânea sem, no entanto, ser a simples continuação de uma nem o esboço da outra.

De todo modo, os eventos ocorridos neste período histórico implicaram grandes transformações nas ordens política e econômica, até então talhadas na Europa medieval, e possibilitaram a chegada de uma nova ordem social e o surgimento do sistema capitalista. Dentre eles, destacam-se o mercantilismo, o fortalecimento da autoridade monárquica, o movimento Renascentista, as Grandes Navegações, a Reforma Protestante e o movimento Iluminista; tais eventos engendraram uma verdadeira mudança de mentalidade à qual está ligada a visão da morte.

O binômio mercantilismo-absolutismo está no centro da composição do quadro social moderno. O desenvolvimento comercial, a partir do século XV, o crescimento populacional, e seu conseqüente, o crescimento das cidades, foram determinantes para aumento do comércio, que engendrou a expansão marítima e colonialismo, nos séculos XV a XVIII, com o fenômeno das Grandes Navegações e exploração de novos territórios, para a execução da política mercantilista. O afluxo de capital ensejou a estruturação das nações em torno de um poder central forte e o absolutismo apagou o protagonismo da Igreja católica.

O Renascimento (séculos XIV/XVI), que advogava uma releitura antropocêntrica do mundo, valorizando o humanismo e a arte clássica, e a Reforma Protestante, no século XVI, que promoveu uma mudança religiosa desafiadora e enfraquecedora do poder da Igreja Católica, auxiliaram na quebra da antiga unidade cristã na Europa ocidental e foram determinantes para a transformação da percepção do fenômeno morte na perspectiva do homem moderno.

No mesmo sentido, o Iluminismo, corrente filosófica que valorizava o pensamento crítico e científico, bem como o uso da razão nas demandas de seu tempo, concorreu para a desagregação da visão medievalista da morte, apresentando um viés mais científico do que religioso.

Por fim, a Revolução Francesa, movimento revolucionário de combate ao estado absolutista francês, baseado em ideais iluministas, marca o fim da Idade Moderna e inaugura a Idade Contemporânea

A Idade Moderna é, assim, marcada pela transição da visão religiosa de mundo ao surgimento da ciência, do Iluminismo, das luzes da razão contra as trevas da fé. Retoma-se a valorização do corpo, do saber; cria-se uma ciência da natureza, que não significa retorno ao olhar antigo, mas um novo enfoque: o ser humano sobre a natureza.

Trata-se, também, da transição entre modos de produção, especificamente, do feudal para o capitalista, através da prática geoeconômica mercantilista, que alicerçou e alavancou o colonialismo europeu na África e nas Américas⁴.

Ariès, comentando a mudança de atitudes perante a morte na Idade Moderna, sugere que, entre os séculos XVI a XVIII, a ideia de morte foi associada ao erotismo, como meio de romper a com a ordem posta (p.100); “[...] uma nova aproximação, em nossa cultura ocidental, entre Tânatos e Eros” (2012, p.140). Observa que, na idade moderna, houve a problematização da morte, que foi sendo afastada “do mundo das coisas mais familiares” e tornou-se a inadmissível separação do outro, do ser amado, do amado (Ariès, 2012, p.100).

No imaginário, aliou-se ao erotismo para exprimir a ruptura da ordem habitual. Na religião, significou, mais que na Idade Média (que entretanto deu origem ao gênero), desprezo pelo mundo e imagem do nada. Na família, mesmo quando se acreditava na vida além da morte, ainda que num sentido mais realista, como uma verdadeira

⁴ A linha de desdobramentos históricos traçada nas páginas 31/32 é de ciência comum. Não está associada a nenhum autor ou texto específico, teceu-se a partir de leituras fragmentadas de manuais de História.

transposição da vida na eternidade-, a morte foi a separação inadmissível, a morte do outro, do amado. Assim, a morte pouco a pouco tomava uma outra forma, mais longínqua e, entretanto, mais dramática e mais tensa.

O uso do luto fechado permeia todo o século XVI e, no século XVII, a missa de corpo presente começa a se propagar. Entre os séculos XVI e XVII, a partir dos ideais fomentados pelos iluministas, os corpos mortos, nus, passam a ser objeto de curiosidade das incipientes pesquisas científicas (Ariès, 2012, p.100).

As atitudes do homem diante da morte, a partir de século XVIII, perpassam sua romantização, instaurando-se uma certa complacência com a ideia da morte. Paradoxalmente, há, também, um sentimento de ruptura com o mundo, em que a pessoa é arrancada da normalidade de sua vida e tragada, violentamente, para um outro mundo, “irracional, violento e cruel” (Caputo, 2023, p.15).

Neste contexto, “vai se projetando a laicização da morte, vislumbrada através da retomada dos sepultamentos nos cemitérios, que se tornam individualizados, identificados, no local exato”. (Caputo, 2023, p.15). E essa individualização torna-se mais visível, a partir do século XVIII, com os adornos dos túmulos, em que já se podem ver vitrais, fotos, estátuas, numa tentativa de “imortalizar a memória que se tem do morto”.

A transformação da sociedade, através de um viés individualista, alcançou o fenômeno da morte na idade moderna, disseminando-se em larga escala a partir de então. Para Elias (2001, p.68), a experiência da morte nas sociedades contemporâneas só pode entendida se considerado o impulso à individualização ocorrido no Renascimento.

Na filosofia moderna, a reflexão sobre morte desloca-se da leitura cristã medieval para a centralização no próprio ser humano, no sujeito da morte. Inauguram-se novas percepções do fenômeno, a partir da razão humana e de seus limites.

Destaca-se Schopenhauer, para o qual “a morte é uma espécie de ilusão. Isso porque só somos mortais aparentemente” (Sampaio; Loureiro; Pontes, 2021, p. 311); o problema da morte é encarado a partir de sua metafísica da vontade, entendendo que o medo da morte está diretamente ligado ao apego à vida e ao sofrimento inerente à existência. O filósofo sustenta que a morte não atinge a essência do ser, pois o indivíduo, enquanto manifestação fenomênica, é transitório, enquanto a vontade permanece. Nesse sentido, o temor da morte seria uma ilusão produzida pela identificação do sujeito com sua individualidade empírica. A reflexão sobre a morte,

para Schopenhauer, conduz inevitavelmente a uma crítica do sofrimento humano e à compreensão do pessimismo que marca a condição existencial (Sampaio; Loureiro; Pontes, 2021, p. 311).

1.4 Idade Contemporânea

A contemporaneidade é essencialmente múltipla e plural; da humanidade que a inaugura, em 1.789, quase nada restou ou, talvez, subsista a constante busca pelos ideais revolucionários franceses, de liberdade, igualdade e fraternidade; talvez, mesmo isso, em vão.

Com um pouco de ousadia, poder-se-ia estabelecer duas grandes etapas da história contemporânea. A primeira, da Revolução Francesa até a Segunda Guerra Mundial e, desta, até os nossos dias.

Segundo Foucault, “A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII” (2001, p.6), mas é partir do século XX, em especial a partir de 1.945, que se começa a identificar o fenômeno descrito por Ariès por “morte interdita”. Vários fatores contribuíram para este novo *status* da morte.

Um dos fatores essenciais para o surgimento deste novo modelo de morte foi a evolução da pesquisa científica, que ensejou o desenvolvimento da medicina. Começa a ser possível retardar a morte. Os medicamentos, os tratamentos, cada vez mais satisfatórios, cada vez mais acessíveis, incutem no imaginário coletivo a esperança de se postergar a morte. E, cada vez mais distante, a morte torna-se quase um acidente de percurso.

A partir da segunda grande guerra, as sociedades ocidentais voltam-se completamente para o sistema capitalista, apoiando-se naquilo que este enseja de mais perverso: a objetificação do ser humano.

Nesta toada, os processos de produção tornam-se mais complexos, fragmentam-se as relações sociais, os núcleos familiares são cada vez mais restritos.

Gradualmente, a morte vai sendo expurgada da vida cotidiana. O hospital torna-se o destino daqueles que estão em processo terminal; não se morre mais em casa. Os ritos fúnebres são encurtados, simplificados e restritos à família do morto; não se vela mais o defunto na sala de estar. A morte vai sendo institucionalizada, em hospitais, velórios em locais públicos, enterros em cemitérios seculares.

Norbert Elias entende que há algumas características da sociedade contemporânea que poderiam explicar a percepção da morte e seu grau de “recalcamento” nas sociedades mais desenvolvidas. (Elias, 2001, p.15)

A extensão da vida seria a primeira delas. A morte de uma pessoa de 20 ou 30 anos, em uma sociedade em que a média de vida é de 75 anos, é mais remota do que em uma sociedade em que a média de vida é de 40 anos. Naquelas sociedades, as pessoas conseguem manter a ideia da morte afastada por mais tempo. Como a expectativa de vida é maior, a preocupação com a morte pode esperar (Elias, 2001, p. 54). A ideia da morte tende a aguardar, reprimida, em algum canto da alma.

A “experiência da morte como um estágio final de um processo natural” seria a segunda característica explicativa do recalcamento da morte. Decorrente da evolução da medicina e das práticas higienizadoras, da pesquisa em medicamentos, da facilitação do acesso aos meios de tratamento, difundiu-se a noção de que, apesar de inevitável, a morte pode ser adiada. Há uma certa confiança na medicina, que atenua a insegurança e permite o afastamento do problema.

A terceira característica apontada por Elias seria o estágio de “pacificação” desta sociedade. Trata-se de pacificação interna, da percepção de que o processo de envelhecimento ocorrerá e que a morte será dele decorrente. A questão da violência interna não se coloca, ou é bastante mitigada nestas sociedades. O medo de morrer a partir da conduta criminosa de outrem é praticamente desconsiderado.

A quarta característica seria ao “alto grau e padrão específico de individualização”. Explica o autor que, nas sociedades industrializadas desenvolvidas, as pessoas se veem como seres individuais e independentes; o resto da humanidade está fora dela. Assim, “esse modo específico de experimentar a si mesmo [...] está intimamente ligado a um modo de experimentar, como antecipação de nossa própria morte [...] nosso próprio ato de morrer (Elias, 2001, p.61).

Na filosofia contemporânea, a reflexão sobre a morte afasta-se progressivamente das construções metafísicas sistemáticas e passa a privilegiar abordagens existenciais, éticas e políticas, nas quais o morrer é pensado a partir da experiência concreta, da historicidade e das relações de poder.

Para Heidegger, a morte constitui o elemento fundamental da existência humana; o autor compreende a morte como uma possibilidade sempre presente, que acompanha o ser humano ao longo de toda a vida. A consciência da finitude, longe de paralisar o indivíduo, permitiria uma existência mais autêntica, orientada por escolhas

conscientes e pelo reconhecimento da própria responsabilidade diante do tempo vivido. Assim, o “ser-para-a-morte” não é um acontecimento futuro, mas uma estrutura constitutiva do existir humano (Sampaio; Loureiro; Pontes, 2021, p. 311).

Foucault introduz uma leitura histórico-política da morte ao analisá-la no contexto do biopoder. A modernidade caracteriza-se por formas de poder que não apenas reprimem, mas administram a vida, decidindo quais existências devem ser protegidas e quais podem ser expostas à morte. Nesse quadro, o morrer deixa de ser apenas destino individual e passa a integrar dispositivos médicos, jurídicos e políticos de gestão das populações (Foucault, 2014, p. 135/145).

Importante colacionar que foi apenas na idade contemporânea que a medicina, como resultado de uma retumbante evolução tecnológica, fixou o momento da morte. E abre-se, aqui, um parêntese para esclarecer que, no Brasil, o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução nº 2.173/2017, estabeleceu um protocolo rigoroso para a constatação da morte, caracterizada pela perda completa e irreversível de todas as funções do encéfalo. Esse marco é visceral quando se busca a preservação da vida, via transplantes de órgãos.

Por fim, necessário relembrar que esta singela história da morte, pela qual se inicia o presente trabalho, busca demonstrar que, a despeito de sua inerência a toda a humanidade, os modos pensar, sentir e ritualizar a morte estão sempre ligados à dimensão da vida de cada sociedade, em determinado espaço e tempo. O processo da morte é, portanto, um processo histórico.

1.5 A Morte voluntária

Este trabalho debruça-se sobre a morte; especificamente sobre a morte com intervenção, por eutanásia e por suicídio assistido, condutas que, no imaginário sócio cultural ocidental, remetem ao estigma do suicídio.

Observa Dadalto (2025)⁵ que, na antiguidade clássica, a eutanásia seria um tipo de ritual que objetivava abreviar a vida de alguém que agonizava, lenta e dolorosamente. A história registra a ocorrência do fenômeno desde os tempos mais remotos. Ensina França que os espartanos tinham por costume lançar os recém-nascidos inaptos fisicamente e, também, os velhos, do monte Taijeto; em Atenas, o

⁵ Trata-se de audiolivro de Luciana Dadalto, narrado pela própria autora. Neste formato, não se indicam as páginas, conforme regra da ABNT.

próprio Senado decidia pela morte de velhos e dos doentes incuráveis (França, 2014, p.533).

Embora sempre presente, a reflexão sobre a eutanásia remete aos filósofos gregos. Platão, Sócrates e Epicuro justificavam a conduta no caso de uma doença que causasse intenso sofrimento. Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates a condenavam (Oliveira, 1994, p.66).

Em Roma, a “morte de si mesmo” era um direito de “foro íntimo, uma afirmação de autonomia e razão, e, enquanto tal, devia ser conscientemente assumido” (Oliveira, 1994, p. 93). O suicídio, segundo o autor, seria objeto de respeito, conforme a sua motivação, sinalizando uma certa abertura para sua compreensão e legitimação. Fala-se, ainda, da morte por misericórdia, autorizada pelos césores, no confronto entre os gladiadores (França, 1994, 533).

Na Idade média, conforme já visto, a preponderância da Igreja Católica na condução dos valores sociais, tornou a prática “ilegal, imoral e antiética” (Dadalto, 2025).

Foi apenas ao fim do século XVII que a questão da ‘morte de si mesmo’ passou a ser expressada pelo termo ‘suicídio’, sinal da evolução da discussão sobre o tema, segundo Minois (2018. p.4).

Ariès, Vovelle e Chaunu, referências no estudo da história da morte, dizem muito pouco sobre a morte voluntária. Minois (2018, p.1) credita esse vácuo à dificuldade de acesso às fontes e, também, ao mal-estar que ela provoca na sociedade, como “fator de fundo”.

Segundo Minois, a ausência de fontes se deve ao fato de que as pesquisas sobre a morte, majoritariamente realizadas em arquivos paroquiais e registros eclesiásticos, não poderiam encontrar dados sobre a morte voluntária, vez que proscrita pela Igreja. A pesquisa histórica sobre essa morte teria como fontes prováveis os registros judiciais, jornais, literatura. O “fator de fundo”, por sua vez, seria o “mal-estar” causado pela conduta de ‘morrer de si mesmo”, que carrega questões de ordem filosófica, princípios de ordem religiosa, moral e cultural, aos quais interessam o silêncio, a dissimulação, o ocultamento (Minois, 2028, p.4) e a negação.

Apesar de presente desde os primórdios da história da humanidade, a “morte de si mesmo” sempre impactou a sociedade por ser duplamente reprovável. Afronta a ideia da sacralidade da vida (Minois, 2018, p.4) e, ousa-se acrescentar, nega a função social do indivíduo.

No suicídio, o indivíduo exerce o poder de se retirar da sociedade, por motivos que lhe são particulares, inalcançáveis pela gerência do estado, ou do poder político dominante; foge aos dogmas e ao controle e, por isso, é um ato subversivo.

Necessário, por fim, citar Camus, que, em “O Mito de Sísifo, assevera que “só existe um problema filosófico realmente sério: o suicídio (Minois, 2018, p.3).

2. A MORTE COM INTERVENÇÃO

Iniciou-se este estudo com a abordagem da história da morte no ocidente, seguida pela breve introdução à morte voluntária. Pretendeu-se com este itinerário ilustrar a morte como questão essencial para a humanidade, motivo de profunda reflexão a ensejar diferentes percursos, sejam individuais ou coletivos

Neste capítulo, apresenta-se o conceito de morte com intervenção, os conceitos relativos à terminalidade da vida mediante intervenção de terceiro, esclarecem-se as terminologias ora utilizadas, aborda-se a legislação pertinente em alguns países da Europa, das Américas, Angola e Brasil.

Conforme exposto na Introdução, “Morte com intervenção” é a expressão utilizada por Luís Roberto Barroso e Letícia de Campos Velho Martel, no artigo intitulado “A Morte como ela é: Dignidade e autonomia individual no final da vida”, que indica a ingerência de terceiros no processo que conduz à morte.

2.1 A TERMINALIDADE DA VIDA E SUAS TERMINOLOGIAS

Neste tópico serão revisitados os conceitos de eutanásia, ortotanásia, distanásia, suicídio assistido, recusa de tratamento e limitação de tratamento, enquanto meios de “morte com intervenção”. Antes, porém, de pautar os conceitos supramencionados, apresenta-se, neste trabalho, a adoção do termo “morituro”, conforme adiante explanado.

2.1.1 Morituro

Propõe-se, neste estudo, o emprego do termo “morituro” para identificar a pessoa que está morrendo; aquela cuja morte é iminente, ou seja, aquela que está aguardando a própria morte, em função de doenças que não podem ser curadas no atual estado da técnica médica.

Advindo do latim clássico, o termo forma-se a partir de *mors* (morte), com a adição do sufixo do participio futuro do verbo (*turus*), aquele que há de morrer, que está destinado a morrer.

No latim clássico, o termo aparece em contextos literários e filosóficos indicando alguém prestes a morrer. No direito romano canônico, ganhou contorno jurídico, encontrado em testamentos e disposições de última vontade.

A notória frase latina *Ave, Cesar, morituri te salutant*⁶, atribuída aos gladiadores diante do imperador, antes dos combates, demonstra o uso do vocábulo (Elias, 2001, p.09).

Em italiano, o termo é corrente; *morituro*⁷ é *Che, chi sta per morire*, aquele ou aquilo que está para morrer; *Che, chi è destinato a morire*, aquele ou aquilo que está destinado a morrer.

O termo foi pensado como contraposição linguística lógica ao termo “nascituro”, utilizado no Direito Civil para identificar aquele que está para nascer. Trata-se de palavra presente na língua portuguesa, a qual o dicionário Priberam assim define: “Que ou aquele que há de morrer”, de origem latina: *moriturus*.

O termo “morituro”, embora tenha base etimológica e histórica, ainda não é disseminado na doutrina jurídica brasileira; nesta, assim como na literatura, é mais comum o uso do termo “moribundo”.

Em livro dedicado ao estudo da situação das pessoas que estão na iminência da morte, Norbert Elias produziu a obra *Über die Einsamkeit der Sterbenden*, cujo título foi traduzido para o português como “A Solidão dos Moribundos”; tal termo foi utilizado em total consonância com os dicionários de base da língua alemã⁸. Morfologicamente, *Sterbende* origina-se de *sterben* (morrer), sendo, em termos gramaticais, a forma substantivada do verbo; corresponde, portanto, ao particípio presente do verbo *sterben*. *Sterbende*, enquanto substantivo, pode ser identificado com seu correlato em português, “moribundo”.

Ocorre, entretanto, que todo projeto de tradução tem seu próprio escopo e deve ser construído conforme a expectativa de seu público alvo. Neste caso, temos que o texto principal traduzido, “Envelhecer e morrer”, foi resultado de uma palestra ministrada por Elias em um Congresso médico em Bad Salzufen, em 1983⁹. O texto poderia ser traduzido, portanto, considerando o ambiente técnico em que foi proferido,

⁶ Os que vão morrer te saúdam. Tradução: Plínio Dentzien. A Solidão dos Moribundos, 2001.

⁷ : [mo-ri-tù-ro]

⁸ <https://en.langenscheidt.com/german-portuguese/einsamkeit>

⁹ Informação veiculada n livro “A Solidão dos Moribundos”, 2001, p.6.

por “Sobre a solidão do morituro” ou, ainda mais adaptado ao contexto, “Sobre o isolamento do morituro”.

Pelo exposto, entende-se e se adota, aqui, o termo “morituro” como categoria técnica do Direito Civil, na esteira do já consignado por De Plácido e Silva, “Nascituro tem morituro como antítese” (De Plácido e Silva, 1984, p. 228).

Do mesmo modo que o nascituro, o morituro é sujeito de direitos, cujo exercício é assegurado nos termos da lei.

Superada essa breve explicação, passa-se à conceituação das espécies de morte com intervenção.

2.1.2 Eutanásia

O termo “eutanásia” teria sido cunhado apenas no renascimento, pelo filósofo inglês Francis Bacon, em 1623, na obra *Historia vitae et mortis* (Goldin, 2000), que considerava a eutanásia como um tratamento indicado àqueles acometidos de doenças graves e incuráveis, defendendo esta prática compassiva (Dadalto 2025).

A origem etimológica do termo cunhado por Francis Bacon é grega e significa “boa morte” ou “morte apropriada”, “morte piedosa, morte benéfica, fácil, doce, sem sofrimento e dor, boa morte [...]” (França, 2014, p. 531).

Cauduro (2007, p.19) explica que, etimologicamente, “eutanásia” compõe-se “do grego, ‘eu’, que significa bom/boa, e ‘thanatos’, equivalente à morte”; aduz que “eutanásia significa ‘boa morte’, ‘morte apropriada’, ‘morte tranquila’, ou seja, aquela em que a dor e o sofrimento são minimizados por palição adequada, na qual os pacientes não são abandonados ou negligenciados à própria sorte”.

Embora não usuais, os termos benemortásia e sanicídio são, também, utilizados para denominar a conduta, junto a outros mais frequentes, como homicídio piedoso, caritativo, consensual, compassivo, médico e misericordioso (Villas-Bôas, 2017, p.102).

O conceito de eutanásia, tampouco, é unívoco (Villas-Bôas, 2017, 102), vez que vem se desenvolvendo através do tempo e dos elementos integrantes da cultura que o formula.

A partir da segunda grande guerra mundial, os avanços tecnológicos tocaram fortemente a medicina, que passou a ter um certo controle sobre a morte; ademais, o entendimento do paciente como sujeito de direitos, bem como o enfraquecimento do

paternalismo médico possibilitaram o crescimento da autonomia do paciente para decidir sobre seu corpo (Dadalto, 2025).

Observa Dadalto (2025) que, atualmente, os requisitos legais de cada país moldam um conceito de eutanásia; entretanto, tais requisitos podem ser assim subsumidos ao seguinte conceito: “eutanásia é a morte provocada, antecipada, por compaixão, diante do sofrimento daquele que se encontra, irremediavelmente, enfermo e fadado a um fim lento e doloroso”.

França (2014, p.535) ensina que a eutanásia pode ser entendida como a conduta voltada para abreviar a vida, para que ela chegue antes do esperado, conduta essa escorada na compaixão humana, diante do paciente terminal em sofrimento insuportável. Em sua explanação, coloca-se contra a legalização da conduta.

Dworkin (2019, p.251) aproxima aborto e eutanásia, considerando que ambas são permeadas pelas mesmas questões que se apresentam nos “dois extremos da vida”. Interessante a proposição do autor no sentido de que, no aborto, a escolha é feita antes do início da vida e, na eutanásia, “depois que tenha terminado” (p. 01); para o autor, portanto, já não há mais vida no momento em que a eutanásia encontra o morituro.

Roxin (2020, p.129) entende que a eutanásia seria o auxílio, solicitado por alguém gravemente doente, para que a ele se possibilitasse uma “morte compatível com a sua concepção de dignidade humana”.

A consideração da vontade presumida do morituro pelo interveniente configuraria, também, para Roxin, eutanásia. O autor faz uma distinção peculiar, não referendada pelos demais doutrinadores aqui colacionados, admitindo a existência de eutanásia em sentido estrito e eutanásia em sentido amplo. A primeira refere-se à conduta realizada já no contexto da iminência de morte, isto é, quando o processo já foi iniciado; a segunda, quando o tempo de vida do morituro ainda não tivesse se escoado, em momento em que ainda não há iminência da morte, mas há sofrimento insuportável e desejo de colocar fim à própria vida (Roxin, 2020, p. 130).

Moureira e Sá (2015, p.85) esclarecem que o termo vem sendo empregado para designar a ação médica que objetiva a abreviação da vida de pessoa doente, que se encontra em grave sofrimento, sem chance de cura, com seu consentimento. Entendem que se pode falar em eutanásia ativa direta, quando a intenção do agente é abreviar a vida do morituro, e em indireta, quando há intenção de aliviar o sofrimento, mas o modo como se age implica a abreviação da vida.

Observam Barroso e Martel (2011, p.106) que houve um estreitamento do conceito de eutanásia, que passou a referir-se, tão somente, “à forma ativa aplicada por médicos a doentes terminais, cuja morte é inevitável em um curto lapso”. Segundo os autores, os elementos integrantes do conceito são (i) “ação médica intencional”, (ii) para “apressar ou provocar a morte”, (iii) “com exclusiva finalidade benevolente” (iv) de “pessoa que se encontre em situação considerada irreversível e incurável, conforme os padrões médicos vigentes” e (v) submetida a “intensos sofrimentos físicos e psíquicos”.

Em que pesem os argumentos em sentido contrário, a eutanásia não é prática exclusiva do médico assistente ou de algum profissional da saúde, visto que a lei assim não o exige; pode ser praticada por qualquer pessoa, que será responsabilizada nas diferentes esferas jurídicas, se cabível

A classificação clássica da eutanásia é a que diferencia a conduta através da qual ela é realizada. A primeira supõe uma ação intencional do interveniente, no sentido de colocar fim à dor do morituro, que lhe suprime a vida, a denominada eutanásia ativa direta; a eutanásia ativa indireta seria a modalidade em que, visando-se proporcionar meios paliativos ao morituro, ocorre, como colateral, a abreviação da vida daquele. A segunda é realizada através de uma conduta omissiva; o interveniente nega ao morituro o acesso aos medicamentos ou meios de tratamento garantidores da continuidade da vida. (Especciatto, Segatto, 2013).

Villas-Bôas (2017, p.109/115) fala em classificação (i) quanto à forma de atuação do agente, em eutanásia ativa e passiva; (ii) quanto à intenção do agente, em eutanásia direta e indireta; (iii) quanto à vontade do paciente, em eutanásia voluntária, involuntária e não voluntária. Os dois primeiros itens desta classificação correspondem à classificação acima esposada; o terceiro item, entretanto, foca-se na perspectiva do paciente.

No primeiro caso, ambas as condutas intentam promover a morte do paciente para poupá-lo da dor ou sofrimento, seja pela ação, seja pela omissão. Um exemplo de eutanásia ativa seria a aplicação de injeção letal no paciente morituro; na eutanásia passiva, a abstenção de um tratamento ou medicamento, que seriam meios proporcionais de suporte do paciente, que poderiam ainda sustentar a vida (Villas-Bôas, p.110). No segundo momento, a eutanásia direta seria aquela em que existe a intenção de abreviar a vida, de causar a morte; na indireta, o intento não é a causação da morte, que ocorre como efeito colateral de conduta adotada para beneficiar o

paciente. O terceiro caso cinge-se à capacidade do paciente no momento da tomada de decisão; é voluntária se a decisão é tomada pelo paciente capaz de consentir; é involuntária, quando a decisão é informada por parentes do paciente, em situação em que aquele não tenha condições de decidir; seria não-voluntária nos casos em que, apesar de não haver consentimento do paciente ou de seu responsável legal, a eutanásia é realizada. Neste último caso, entretanto, há homicídio, vez que consentimento não existe (Villas-Bôas, 2017, p.113).

Do exposto, entende-se que a eutanásia, enquanto meio de morte digna, comporta diferentes contextos, podendo ser considerada em situações de pacientes terminais, pacientes em estado vegetativo irreversível, tetraplégicos ou, mesmo, pacientes com doenças que infligem dor descomunal. Entende-se, aqui, que pessoas que suportem um imenso desconforto psíquico deveriam, também, ter acesso aos mesmos meios, conforme começa a se discutir no Canadá (Coelho, Gaiard, Lemmens, 2025).

A conduta ativa ou omissiva do terceiro, agente do crime, conforme a lei penal, é alicerçada no pedido do morituro, enquanto capaz e consciente, vez que não encontra mais dignidade nas condições da vida a que está submetido. O motor da conduta, repisa-se, é a solidária humana que se compadece da dor alheia.

No Direito Penal brasileiro, a eutanásia implica a responsabilização do interveniente pelo crime de homicídio, tipificado no art. 121 do Código Penal, conforme se verá adiante. Entende-se, aqui, entretanto, que somente a realização da conduta contra o alvedrio do morituro poderia subsumir-se à hipótese supracitada.

2.1.3 Ortotanásia

O termo origina-se do grego, de *orthos* (normal) e *thanatos* (morte) (Moureira, Sá, 2015, p.87).

Fürst (2023:187) entende que a Ortotanásia é

a morte que ocorre conforme a realidade esperada; um evento que é imprescindível à vida, em que o foco não é o mais o combate à doença ou à morte, mas de se aceitar que a vida termina e que isso pode acontecer da forma mais serena possível.

Trata-se, pois, da aceitação de um evento natural que se nos impõe.

Segundo Goldim, a ortotanásia seria “a atuação correta frente a morte”. O autor a entende como “a abordagem adequada diante de um paciente que está morrendo” (2004).

Para França (2014, p. 535), a ortotanásia configura-se pela suspensão de tratamentos, medicamentos ou mesmo meios artificiais de manutenção vida relativos a paciente terminal, em coma irreversível, em morte encefálica e grave comprometimento da “coordenação da vida vegetativa e da vida de relação”.

Dantas (2023, p.278) entende a ortotanásia como

a suspensão, diminuição ou retirada de medicação, equipamentos ou procedimentos que sirvam para prolongar artificialmente a vida de um doente, abreviando-lhe o sofrimento”. Com isso, permite-se que “a vida siga seu caminho natural até a extinção.

Para Barroso e Martel (2011, p.107), “trata-se da morte em seu tempo adequado, não combatida com os métodos extraordinários e desproporcionais utilizados na distanásia, nem apressada por ação intencional externa, como na eutanásia”. Os autores trazem, aqui, um elemento identificador da ortotanásia, que a diferencia da eutanásia passiva, qual seja, o uso de meios extraordinários e desproporcionais para a manutenção da vida. Na mesma esteira do afirmado por Dantas, a ortotanásia “é uma aceitação da morte, pois permite que ela siga seu curso”.

Anotam, ainda, Barroso e Martel (2011, p.107) que os denominados cuidados paliativos estão associados à ortotanásia; trata-se de meios adequados para conter o sofrimento do morituro, que podem incidir em duplo efeito: em alguns casos, o emprego de determinada substância para aplacar a dor pode conduzir à morte mais rapidamente, embora não seja esse o intuito do profissional ou a recomendação da medicação.

Godinho (2017, p.136) considera a ortotanásia a verdadeira morte digna, vez que diz respeito à utilização de meios proporcionais e adequados para garantir que o paciente tenha uma morte a seu tempo, momento certo. O autor oferece um conceito bastante didático, a seguir transcrito:

Na ortotanásia, a morte é mera decorrência natural de uma vida que efetivamente chegou ao fim, abandonando-se a vã tentativa de tentar curar a doença e evitar a morte, sem que se abandone o paciente a quem são dedicados cuidados médicos, que evitem dores e sofrimentos, mediante o abandono de tratamentos inúteis.

Digno de nota o apontamento de Simonelli (2016, p. 14), no sentido de que a morte, diante dos avanços tecnológicos, tornou-se antinatural; nesta lógica, há complexidade na definição da ortotanásia como morte natural, “na medida em que morrer não possui mais qualquer naturalidade” (p. 15).

A ortotanásia encontra respaldo constitucional no art. 5º, inciso III da Constituição da República Federativa do Brasil, em que se garante o direito individual de “não ser submetido a tratamento desumano ou degradante”.

Importante destacar a diferença entre a eutanásia passiva e a ortotanásia. A primeira supõe a abreviação da vida do paciente, mediante a omissão ou interrupção de medicamentos ou suportes proporcionais, ou seja, aqueles que, se utilizados, ainda poderiam manter a vida do paciente; há nexos de causalidade entre a conduta e a morte. A Ortotanásia, por sua vez, pressupõe que os tratamentos omitidos sejam apenas os extraordinários, os desproporcionais, que não influiriam na continuidade ou abreviação da vida do paciente (Godinho, 2017, p.135).

Entende Fürst (2023, p. 190) que a regulamentação da Ortotanásia, no âmbito do Conselho Federal de Medicina, foi necessária para pontuar a licitude e garantir ao médico a excludente de ilicitude configurada no estrito cumprimento do dever legal. Aliás, a publicação da Resolução deu-se após amplo debate na sociedade, que se consolidou no Simpósio sobre Terminalidade da Vida, em 2005 (Fürst, 2023, p.190). Frisa-se, aqui, entretanto, que uma resolução administrativa tem eficácia apenas na esfera de atribuições do órgão emissor.

A propósito, em maio de 2026, o Ministério Público Federal propôs Ação Civil Pública, em face do Conselho Federal de Medicina, requerendo a revogação da Resolução ou, subsidiariamente, que houvesse pedido judicial para a realização da ortotanásia. A liminar foi concedida e seus efeitos suspensos; entretanto, em alegações finais, o Ministério Público Federal reconsiderou seu posicionamento. Por fim, em 2020, a ação foi julgada improcedente e a conduta considerada atípica (Fürst, 2023, p.192).

Godinho (2017, p.145) pontua que a Resolução deveria ter consignado expressamente que os tratamentos que podem ser suspensos são somente aqueles considerados desproporcionais, fúteis, cuja supressão não implica a abreviação da vida do paciente; esse cuidado evitaria que a norma pudesse ser interpretada no sentido de abranger a eutanásia passiva.

A respeito da Ação Civil Pública proposta pelo Ministério Público Federal, que, depois, reconsiderou sua posição, Fürst (2023, p.193) observa que, quando os princípios da Bioética são utilizados para a construção do raciocínio jurídico, como o foram nas alegações finais da Ação Civil Pública, eles podem conduzir à compreensão dos complexos problemas contemporâneos.

2.1.4 Distanásia

O termo é também originário do grego, *dys* (mau, anômalo) e *thanatos* (morte) (Moureira; Sá, 2015, p.87).

A distanásia encontra-se no polo oposto da ortotanásia; pode ser entendida como prolongamento artificial da vida, com emprego de meios, mormente os tecnológicos, para distanciar o paciente da morte, ainda que o processo lhe traga dor e sofrimento.

França (2014, p.535) entende a distanásia “como o tratamento insistente, desnecessário e prolongado de um paciente terminal, que não apenas é *insalvável*, mas também submetido a tratamento fútil”.

Para Goldim (2004), a distanásia pode ser entendida como “Morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”

Há autores que utilizam, como sinônimos de distanásia, os termos “obstinação terapêutica” e “futilidade médica”, relacionando-os ao prolongamento da vida, através de meios que não curam, nem tratam a enfermidade do paciente morituro, mas lhe impõem a continuidade de uma situação que, sem artifícios tecnológicos, seria insustentável.

Neste sentido, observam Bottega e Campos (2011, p.39) que, na distanásia empregam-se meios, recursos e técnicas para adiar a morte, ainda que a situação do paciente seja irreversível ou, mesmo, artificial. Assim, a “obstinação terapêutica” ou a “futilidade médica” podem postergar a morte, mas à custa de sofrimento lento e insuportável ao paciente. Trata-se, pois, não do prolongamento da vida, mas do processo da própria morte.

Barroso e Martel (2011, p.107) pontuam que a distanásia compreende a tentativa de evitar, retardar, a morte do paciente, com a utilização inclusive de meios extraordinários, mesmo que essa conduta venha causar sofrimentos ao paciente e que, mesmo assim, não obste sua morte, vez que esta é “iminente e inevitável”.

São, ainda, Barroso e Martel (2011, p.107) que diferenciam os termos “obstinação terapêutica” ou “futilidade médica”, argumentando que o primeiro refere-se “ao comportamento médico de combater a morte de todas as formas, como se fosse possível curá-la”, e que o segundo refere-se “ao emprego de técnicas e métodos extraordinários e desproporcionais de tratamento, incapazes de ensejar a melhora ou cura, mas hábeis a prolongar a vida, ainda que agravando o sofrimento.”

Cuida-se também de lembrar que os procedimentos que compõem a denominada “Distanásia” são vedados pelo Conselho Federal de Medicina, conforme o disposto no art. 41 da Resolução CFM nº 2.217/2018.

Art. 41_ Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Repudiada pela deontologia médica, a distanásia não é ilegal; aliás, é oportuno considerar que o crescimento exponencial da tecnologia na área da medicina pode induzir, no imaginário coletivo, a noção de que a manutenção da vida biológica poderia ser retardada até o momento em que a ciência terá desenvolvido uma terapia adequada para a enfermidade. A negação da morte, tão presente nas sociedades contemporâneas, materializa-se, assim, através da prolongação do processo da morte, escanteando o sofrimento do morituro.

2.1.5 Suicídio assistido

O termo refere-se à conduta de terceiro que auxilia outrem a colocar fim à própria vida. A causação da morte é realizada através da ação do próprio sujeito que opta por morrer. O terceiro intervém para, de algum modo, fornecer meios hábeis à consecução da ação.

Nesta perspectiva, entendem Barroso e Martel (2018, p.109) que, no suicídio assistido, “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 colocando à disposição do paciente os meios e condições necessárias à prática”.

Observa Haddad (2021, p.60) que o suicídio assistido pode ser visto como a materialização do credo bioético de Potter, especialmente nos quesitos crença e

compromisso número 4. A propósito, poder-se-ia incluir, sem sombra de dúvida, também o item 5:

Aceito a finalidade da morte como uma parte necessária da vida. Afirmando minha veneração pela vida, minha crença na fraternidade humana e minha crença de ter uma obrigação para com as gerações futuras da humanidade.

Não há, necessariamente, a participação de um médico no suicídio assistido; caso o interveniente seja o médico, denomina-se “suicídio medicamente assistido” (Haddad, p. 61)

O auxílio ao suicídio é prática ilegal, tipificada no art. 122 do Código Penal brasileiro, com penas que variam de 2 a 6 anos, no caso de consumação da morte. Trata-se de uma maneira simplista de resolver questão complexa, espelhando a forma como a sociedade brasileira furta-se ao diálogo sobre a morte.

2.1.6 Suicídio Assistido por *Completed Life*

Recentes são as discussões sobre a terminalidade da vida baseada no cansaço de viver e na possibilidade de se ver amparado nesta decisão.

Em obra vanguardista, Sylvia de Souza Haddad (2021) expõe e discute a autonomia para o suicídio assistido de pessoas idosas que, mesmo sem apresentar doenças graves, incuráveis e terminais, optam por morrer com dignidade, pois entendem que já completaram seu ciclo, sua história de vida. A escolha por “quando” e “como” se vai morrer é desdobramento do princípio bioético da autonomia da vontade e desdobramento do direito à vida, vez que a morte é um processo biológico que a integra.

A capacidade da sociedade brasileira de dialogar sobre vida e morte, sob uma perspectiva dessacralizada e lógica, chega somente até a questão da Ortotanásia. Ainda há muita resistência à discussão sobre suicídio assistido e eutanásia; e estas práticas, na maior parte das legislações, têm como requisitos (i) uma doença terminal, (ii) incurável, que (iii) causa sofrimento insuportável. Em muitas leis estrangeiras, o sofrimento deve ser o físico, não constituindo o sofrimento mental, psicológico, como requisito para um ou outro ato.

Neste estado de coisas, o estudo sobre suicídio assistido por cansaço existencial, no Brasil, pode parecer inoportuno e inócuo; entretanto, vozes de vanguarda começam a se ouvir. Que sejam bem-vindas.

2.1.7 Recusa de tratamento ou recusa terapêutica.

A Resolução nº 2.232/2019, do Conselho Federal de Medicina, estabeleceu normas éticas para regulação da recusa, pelo paciente, de meios, medicamentos e tratamentos sugeridos pelo médico assistente no enfrentamento da enfermidade. Regulou, também, a denominada “objeção de consciência” do médico, nestas circunstâncias. Em sua exposição de motivos, o Conselho Federal de Medicina frisa a relevância da autonomia do paciente, destacando o desenvolvimento legal e a evolução histórica do tema no Brasil.

A recusa de tratamento consiste na possibilidade de escolha do paciente de se submeter ou não ao(s) procedimento(s) indicados pelo médico assistente; ou seja, cinge-se à autonomia do paciente, aliás, fundamentada, também, no art. 15 do Código Civil brasileiro; tal decisão pressupõe o direito à informação do paciente, bem como o dever de informar do profissional.

O art. 1º da Resolução determina que o paciente tem o direito de ser respeitado por seu médico assistente, que lhe deve informar sobre riscos e consequências previsíveis dos tratamentos, ou seja, diagnóstico, prognóstico e tratamentos possíveis. O paciente, então, poderá escolher qual caminho trilhar, desde que seja “maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente no momento da decisão”. Os requisitos acima elencados seriam retomados durante o julgamento do Tema 1069, pelo STF, ao tratar da questão da transfusão alogênica de sangue, no âmbito da religião Testemunhas de Jeová.

A opção pelo modelo autônomo, na relação médico e paciente, tem por fundamento o valor individual e intrínseco daquele que decide, segundo Dantas (2023, p.466); o paciente tomará suas decisões com base em suas ideias, religião, anseios, enfim, conforme o prisma que lhe permite sua formação enquanto ser humano.

A recusa do paciente pode ser realizada antes e durante o tratamento e deve ser instrumentalizada através de um documento, o TCI (termo de consentimento informado) e pode ser relativa a todo e qualquer tratamento ou vinculada a determinados procedimentos; neste caso, é denominada “limitação

consentida de tratamento” ou “suspensão de esforço terapêutico”. (Barroso e Martel, 2011, p.108).

Desdobramento lógico da recusa terapêutica, a limitação consentida de tratamento proporciona ao paciente a opção acerca dos procedimentos que não quer que sejam utilizados pela medicina. Dentre eles, há a retirada de suporte vital (RSV), a não oferta de suporte vital (NSV), correspondentes à retirada ou à não disponibilização de mecanismos artificiais de manutenção da vida, e as ordens de não ressuscitação ou não reanimação (ONR).

A autonomia do paciente encontra, pois, sua máxima expressão no direito de recusa do paciente (Dantas, 2023, p.468).

Pautados os termos acima, necessários para a delimitação do tema, passa-se à exposição da legislação estrangeira permissiva das condutas do suicídio assistido e da eutanásia.

2.2 Eutanásia e Suicídio Assistido na Legislação Estrangeira.

Dentre as modalidades apontadas, as mais polêmicas são, certamente, a eutanásia e o suicídio assistido; tais condutas, tipificadas pelo Código Penal brasileiro, encontram disciplina divergente nas legislações a seguir contempladas.

Retomando conceitos anteriormente apresentados, considera-se Eutanásia a conduta de abreviar a vida de alguém que padece de enfermidade incurável e terminal, em estado de profundo sofrimento físico e psíquico, a seu pedido, ancorada em motivo humanitário, ou seja, por compaixão.

A conduta comissiva materializa-se tanto no ato intencional de suprimir a vida do morituro, quanto no efeito rebote, de oferecer-lhe meios paliativos que tenham a morte como consequência. A conduta omissiva configura-se no momento em que o interveniente nega ao morituro o acesso aos medicamentos ou meios de tratamento proporcionais, não extraordinários, mas aptos a garantir a continuidade da vida.

O suicídio assistido configura-se com o auxílio, material ou intelectual, para que o próprio morituro abrevie sua vida, nas mesmas situações descritas para a eutanásia. A interrupção da vida pelo cansaço existencial, denominada suicídio por *completed life*, traduzível também por “completude de vida”, começa a ser pautada em alguns países, encontrando disciplina na Holanda, como será apontado a seguir.

A Suíça foi o primeiro país a legalizar o suicídio assistido, vez que, desde a década de 1.980, a interpretação do art. 115 do Código Penal Suíço permite o suicídio assistido (Haddad, 2021, p.61); desde que a motivação do interveniente seja altruísta, a conduta é impunível; surpreendentemente, a eutanásia continua a ser criminalizada (Moureira; Sá, 2017, p.206/207).

Há clínicas no país que instrumentalizam o suicídio assistido, sendo mais conhecidas a *Exit*¹⁰ e a *Dignitas*. A primeira, fundada em 1.982, aceita apenas pacientes nacionais e estrangeiros residentes permanentemente no país. A *Dignitas*¹¹ foi fundada em 1.998 e aceita também pacientes estrangeiros. Em ambas, há a assistência de um profissional da saúde que disponibiliza a medicação para uso do paciente.

Nos Estados Unidos da América, a conformação confederativa autoriza a autonomia legislativa e cada estado tem competência para dispor sobre o tema, independentemente dos demais. A eutanásia é permitida apenas em alguns estados; no Oregon, em 1.997, com a “Lei de Morte com Dignidade”; em 2.009, Washington, com a “Lei de Morte Digna”; em Montana, através de decisão judicial; em Vermont, em 2.013, com o Ato 39, referente a “Escolhas do Paciente e Controle no Fim da Vida”; no Colorado, em 2.016, através da “Proposição 106”; em 2.019, através das respectivas leis, nos estados de Nova Jersey, Maine e Havaí; e na Califórnia, em 2.025, com a “Lei sobre opção de fim de vida” (Haddad, 2021, p.61).

Na Holanda, a eutanásia e o suicídio assistido estão tipificados; entretanto desde 2.002, a *Termination of Life on Request and Assited Suicide Act*.¹², alterou os artigos 293 e 294 do Código Penal holandês (Moureira; Sá, 2017, p.204).

Em síntese, pode-se dizer que a eutanásia e os suicídio assistido não são puníveis, desde que se atenda aos seguintes requisitos: (i) seja praticada por médico, (ii) que este médico tenha se certificado de que o pedido do paciente foi precedido de reflexão; (iii) que foi voluntário; (iv) que o sofrimento do paciente é insuportável e sem chance de melhora; (v) tenha exercido adequadamente seu dever de informação sobre as condições do paciente e seu prognóstico; (iv) que esteja certo de que não há outro meio terapêutico a ser utilizado; (vii) que um outro médico tenha examinado o

¹⁰ Disponível em: <https://www.exit.ch/> Acesso 16/01/2026.

¹¹ Disponível em: <https://dignitas.ch/> Acesso 16/01/2026.

¹² Lei de Interrupção da Vida mediante Solicitação e do Suicídio Assistido. Tradução live de: *Termination of Life on Request and Assited Suicide Act*.

paciente e exarado seu parecer no mesmo sentido; (viii) tenha praticado a eutanásia ou o suicídio assistido com cuidado profissional (Moureira; Sá, 2017, p.205).

Uma particularidade do regime holandês é a possibilidade de que a eutanásia e o suicídio assistido sejam realizados para pessoas a partir dos doze anos de idade, desde que possuam capacidade de compreensão da situação e que o procedimento seja autorizado pelos pais ou responsáveis.

No caso de menores entre 16 e 18 anos, é possível a realização de ambos os procedimentos, desde que o paciente tenha capacidade e que seus pais consentam; caso o paciente não tenha o discernimento necessário para manifestar sua vontade, os procedimentos só serão possíveis se houve anterior manifestação de vontade neste sentido e expresso consentimento de seus pais ou representante legal (Moureira; Sá, 2017, p.206).

Há, em trâmite, o projeto de lei nº 35.534, denominado *Completed Life Bill* ou *Dignified End of Life Bill*¹³ sobre a descriminalização do suicídio assistido fundado na noção do cansaço de viver. O projeto foi proposto em 2.020, por *Pia Dijkstra*, parlamentar holandesa (Haddad, 2021, p.51) e discute a possibilidade de se permitir que pessoas idosas, a partir dos 75 anos, que consideram suas vidas “completas”, possam solicitar suporte para acabar com a própria vida, ainda que não sejam doentes terminais. Até o presente momento, o projeto ainda não foi transformado em lei, mas continua em debate.

Na Bélgica, a eutanásia e o suicídio assistido foram legalizados em 2.002, com a *Loi relative à l'euthanasie* ou *The Belgian Act on Euthanasia*¹⁴(Moureira; Sá, 2023, p.207). De fato, há a despenalização do delito de homicídio, condicionado à obediência à lei da eutanásia.

Conforme o art. 3º da Lei, são requisitos para a realização do procedimento, sem a consequente responsabilização penal do médico: (i) dever médico de informar o paciente acerca de diagnóstico, opções de tratamento, consequências, e sua condição, tratamentos, prognósticos; (ii) manifestação voluntário do paciente (iii) sofrimento físico e mental do paciente, que seja contínuo; (iv) consulta a outro profissional médico, que confirme o diagnóstico e a natureza grave e incurável da enfermidade;(v) deve, ainda, ser assegurado ao paciente a livre discussão do tema.

¹³ Projeto de Lei do Fim de Vida Digno. Tradução livre de: *Completed Life Bill* ou *Dignified End of Life Bill*.

¹⁴ Lei relativa à eutanásia. Tradução Livre de: *Loi relative à l'euthanasie*.

Há três textos que fundamentam a garantia à autonomia para morrer, na Bélgica. São as leis relativas à eutanásia, aos cuidados paliativos e direitos do paciente. Como observa Carvalho (2023, p.288), delas decorre a busca pelo respeito aos princípios bioéticos, pois se impõe ao profissional da saúde o dever de prestação de cuidados e terapias, conforme a individualidade e autonomia do paciente, sem quaisquer distinções.

Em 2.014, a Bélgica foi o primeiro país a permitir os procedimentos para menores de idade, sem limite mínimo, se capazes de discernimento e com consentimento parental. Há, ainda, a necessidade de estarem em sofrimento físico insuportável, devido a doença terminal intratável (Moureira; Sá, 2023, p.208).

Para Carvalho (2023, p.290), a legislação belga espelha a alteração da relação entre médico e paciente, transformada, ao longo do século XX, em direção ao protagonismo do paciente. Aduz que que tal protagonismo é tão elevado que o paciente tem o direito não só de aceitar ou não o tratamento, mas o direito de contar com o auxílio para a realização do procedimento.

Em Luxemburgo, a eutanásia e o suicídio assistido são legais desde 2.009, por meio da Lei nº 4.909, *Proposition de loi sur l'euthanasie e l'assistance au suicide*¹⁵ (Haddad, 2021, p.63); podem dela se valer os maiores de 18 anos, capazes, portadores de doença grave e incurável, que estejam em sofrimento físico ou psíquico insuportável. Deve haver consentimento voluntário, refletido e reiterado.

No Canadá, a eutanásia e o suicídio assistido são legais desde 2.016, conforme o denominado MAiD (*Medical Assistance in Dying*)¹⁶, a partir dos 18 anos.

Em 2.021, incluiu-se o sofrimento psíquico em pauta e seguem as discussões sobre a possibilidade de que o suicídio assistido seja descriminalizado quando o único suporte seja a questão psicológica.

É bastante interessante a abordagem de Coelho, Gaiind e Lemmens (2025, 330/380) acerca da *Medical Assistance in Dying*, no Canadá, para os casos nos quais a doença mental é o único motivo no qual se baseia o pedido. Segundo os autores, a alteração legislativa de 2.021, atualmente postergada para início apenas em 2.027, que previu a possibilidade de acesso à *MaiD* para pessoas com transtornos mentais, como condição única para sua obtenção, tem sido justificada pelas autoridades

¹⁵ Projeto de lei sobre a eutanásia e o suicídio assistido. Tradução livre de: *Proposition de loi sur l'euthanasie e l'assistance au suicide*.

¹⁶ Assistência Médica na Morte. Tradução livre de: *Medical Assistance in Dying*

públicas canadenses em uma pretensa exigência constitucional, decorrente da jurisprudência da Suprema Corte do Canadá, em especial de *Carter v. Canada*. Os autores analisam se tal ampliação é constitucionalmente exigida pela Carta Canadense de Direitos e Liberdades, sustentando que não há, até o momento, qualquer reconhecimento judicial de um direito constitucional à *MaiD* nessas hipóteses, tampouco uma imposição inevitável, nesse sentido, pelos tribunais canadenses.

Para os autores, a Constituição canadense não impõe ao legislador a obrigação de autorizar a *MaiD* quando a doença mental for a única condição subjacente ao pedido de acesso à *MaiD*; entendem que, ao contrário, os tribunais têm reconhecido ampla margem de conformação legislativa para estabelecer regimes restritivos, sobretudo diante da complexidade médica, social e ética envolvida. Assim, a expansão da *MaiD* nessas hipóteses deve resultar de deliberação democrática fundamentada, e não de uma suposta exigência constitucional inexistente.

O caso canadense ilustra como a discussão sobre a descriminalização da eutanásia e do suicídio assistido encontra-se em nível muito mais profundo, quando comparado ao Brasil, demonstrando a real preocupação com uma questão que repercute, diretamente, na saúde pública.

Na Alemanha, o suicídio assistido foi legalizado através de decisão do Tribunal Constitucional, em 2020, que invalidou disposição em sentido contrário existente no Código Penal e reconheceu o direito individual de autodeterminação em relação à própria história de vida e de morte. Aliás, a Corte Constitucional Alemã entendeu que o direito abrange não apenas os indivíduos acometidos de doenças terminais e incuráveis, mas a todos, “em qualquer fase da existência” (Haddad, 2021, p. 63)

Na Espanha, a eutanásia e o suicídio assistido são legais desde 2021, para pacientes a partir de 18 anos, com doença grave, incurável e sofrimento crônico, intolerável. O Sistema Nacional de Saúde integra a rede de apoio e deve garantir a realização do procedimento (Espericueta, 2025).

A promulgação da Lei Orgânica nº 3/2021, descriminalizou a prática da eutanásia em hipóteses estritamente regulamentadas, ampliando o alcance do consentimento excludente de tipicidade em relação à vida enquanto bem jurídico penalmente relevante (Sarcedo, 2025, p. 4/5).

Na Nova Zelândia, a eutanásia e o suicídio assistido são legais desde novembro de 2021, após referendo popular, em 2020¹⁷, no qual 65% da população votou a favor da legalização. Na Austrália, a morte assistida é permitida em todos os estados¹⁸. Em ambos os países, a permissão toca apenas os doentes terminais.

Em Portugal, a eutanásia foi aprovada em 2023, a partir dos 18 anos, após várias revisões e veto presidencial, e entrou em vigor em 2024. Deve ser precedida pela avaliação de uma equipe de profissionais, em casos de intenso sofrimento e doença ou lesão incurável¹⁹.

Observa Haddad (2021, p.62) que, em 2020, houve a aprovação de 5 projetos de lei, pelo Parlamento de Portugal, para a legalização da “morte medicamente assistida”, sendo unificados em texto e enviados à sanção presidencial; posteriormente remetido ao Tribunal Constitucional, em 2021, confirmou-se que “a morte medicamente assistida não viola o princípio constitucional de proteção à vida, ressaltando, inclusive, que o direito de desenvolvimento da personalidade confere o poder de tomar decisões sobre sua vida e morte”.

Na Áustria, o Tribunal Constitucional decidiu pela inconstitucionalidade da expressão ‘prestar-lhe ajuda’ inserida no art. 78 do Código Penal, que proibia a assistência em todas as situações de suicídio assistido. Desta forma, o suicídio assistido foi regulamentado, tornando-se legal a partir de 2022 (Haddad, 2021, p. 63).

Na França²⁰, o projeto de lei que descriminaliza a eutanásia e o suicídio assistido foi aprovado, em maio de 2025, pela Assembleia Nacional. O texto ainda vai ser analisado e votado pelo Senado. Depois, volta à Assembleia para votação final, com debates previstos para 2026.

No projeto de lei em comento, maiores de 18 anos, que sofram com doenças incuráveis e sofrimento físico ou psicológico intolerável, podem solicitar assistência para morrer, através do suicídio assistido ou da eutanásia.

¹⁷ Disponível em: <https://www.dignityindying.org.uk/assisted-dying/assisted-dying-around-the-world/new-zealand/> Acesso: 18/01/2026

¹⁸ <https://www.dignityindying.org.uk/assisted-dying/assisted-dying-around-the-world/australia/> Acesso: 18/01/2026

¹⁹ Diário da República. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>, Acesso 15/01/2026.

²⁰ Migalhas. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-direito-medico-e-bioetica/433528/eutanasia-na-franca-e-o-contraste-com-a-legislacao-penal-brasileira>.

Na América do sul, a Colômbia²¹ foi o primeiro país a descriminalizar a eutanásia, em 1.997. A Corte Constitucional decidiu que os médicos que praticam eutanásia em pacientes terminais, com consentimento informado, não podem ser responsabilizados penalmente. Em 2.021, a Corte eliminou o requisito “doença terminal”, permitindo que o procedimento fosse realizado também em pacientes com doenças graves e incuráveis, ainda que não terminais. Em 2.025, a Portaria nº 1.216 estabeleceu diretrizes formais para a realização do procedimento.

O suicídio assistido foi despenalizado em 2.022, mediante os mesmos critérios da eutanásia.

O segundo país a descriminalizar a morte assistida na América do Sul foi o Equador²², em 2.014. A Corte Constitucional do país deliberou sobre o tema, apresentando um parecer favorável ao pedido de uma paciente acometida de esclerose lateral amiotrófica (ELA). Com os votos da maioria dos magistrados presentes, declarou-se “a ‘inconstitucionalidade condicionada’ do artigo 144 do Código Orgânico Integral Penal”, que penalizava a eutanásia.

Em 15 de outubro de 2.025, o Senado uruguaio aprovou o projeto que legaliza a eutanásia e o suicídio assistido no país; segue como único país, na América do Sul, a fazê-lo pela via legislativa, visto que, na Colômbia, a questão foi tratada em sede judicial, pela Corte Constitucional.

O texto do projeto de lei *Muerte Digna* foi aprovado, após 5 anos de tramitação legislativa, mas ainda está pendente de regulamentação. Dados da consultoria Cifra indicaram que 62% dos uruguaios seriam favoráveis à lei²³.

Pela nova lei, assegura-se aos pacientes, doentes em estado terminal, o direito de abreviar vida, em condições seguras e apropriadas. Abre-se essa possibilidade para pessoas maiores de idade, uruguaias ou residentes no país, mentalmente capazes, acometidas de doença incurável, ou que estejam em sofrimento físico ou psíquico insuportável, através de pedido que ser voluntário, expresso e reduzido a termo escrito, na presença de testemunhas²⁴.

²¹ BBC News Brasil. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/cr12n0yvy0ro>. Acesso 15/01/2026.

²² BBC News Brasil. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/cr12n0yvy0ro>

²³ BBC News Brasil. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/cr12n0yvy0ro>

²⁴ Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/quentes/442691/enquanto-uruquai-legaliza-eutanasia-brasil-se-afasta-do-debate>. Acesso em 3/01/26

Um contraponto interessante é a legislação angolana. Não há um consenso entre os especialistas em direito penal a respeito da penalização da conduta. Alguns entendem que a tipificação de homicídio engloba a conduta; outros entendem que não se encaixaria no tipo penal, vez que haveria consentimento da vítima. A discussão segue no âmbito doutrinário.

Na África do Sul, embora a questão seja objeto de discussão, as condutas continuam sob a égide da ilegalidade (Fundisiwe, 2023).

2.3 Eutanásia e Suicídio Assistido no Direito Penal Brasileiro

A morte com intervenção implica, obviamente, a participação de um sujeito interveniente, a fim de que o paciente morituro possa lograr êxito em seu intento.

E é justamente sobre o interveniente que recairá a persecução penal, vez que a lei penal brasileira, apesar de entender pela indisponibilidade da vida humana, não tipifica a autolesão. A tentativa de suicídio e a autolesão corporal não são puníveis. Neste aspecto, atende-se às teorias utilitaristas, com a permissão da disponibilidade da vida humana *manu* própria (Prado, 2017, p. 60).

Na legislação brasileira, não há tipo penal autônomo para a eutanásia. Cabe, então, entender em quais hipóteses a lei penal é aplicável ao interveniente, seja médico, familiar, amigo, enfim, àquele que se compadece do sofrimento do outro a ponto de colocar em risco a própria liberdade.

O Código Penal tipifica, no art. 121, a conduta de “matar alguém”, cominando pena e 6 a 12 anos de reclusão ao homicídio simples; o § 1º remete à possibilidade de que o juiz, ao final do procedimento, possa reduzir a pena, de um sexto a um terço, caso a conduta seja ensejada “por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima”²⁵.

Aliás, na própria Exposição de Motivos do Código Penal consta que o motivo de relevante valor moral é “motivo que, em si mesmo, é aprovado pela moral prática, como, por exemplo, a compaixão ante o irremediável sofrimento da vítima (caso do homicídio eutanásico)”.

Conforme o Código Penal, por AUTONOMIA DA VONTADE DO MORITURO COMO FUNDAMENTO PARA A MORTE COM INTERVENÇÃO tanto, a eutanásia,

²⁵ Código Penal brasileiro. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso 25/01/2026.

seja ativa ou passiva, é conduta típica e sujeita a penalização, tratada, entretanto, como causa especial de diminuição de pena. Segundo Prado (2017, p. 63),

O motivo de relevante valor moral é aquele cujo conteúdo revela-se em conformidade com os princípios éticos dominantes em uma determinada sociedade. Ou seja, são os motivos nobres e altruístas, havidos como merecedores de indulgência. Tal aferição deve ser balizada por critérios de natureza objetiva, de acordo com aquilo que a moral média reputa digno de condescendência.

Por fim, anota-se que a denominação “homicídio privilegiado” não é legal, mas doutrinária; trata-se, como visto, de causa de diminuição de pena a ser obrigatoriamente votada pelo Tribunal do Júri, nos termos do art. 483, IV, do CPP, sob pena de afronta aos princípios constitucionais da ampla defesa e da soberania dos veredictos.

Na mesma égide, a da indisponibilidade *manu* alheia da vida, o art. 122 do CP, tipifica a conduta de induzir, auxiliar ou participar de suicídio.

Art. 122. Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou a praticar automutilação ou prestar-lhe auxílio material para que o faça: (Redação dada pela Lei nº 13.968, de 2019)

Pena - reclusão, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos. (Redação dada pela Lei nº 13.968, de 2019)

§ 1º Se da automutilação ou da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave ou gravíssima, nos termos dos §§ 1º e 2º do art. 129 deste Código: (Incluído pela Lei nº 13.968, de 2019)

Pena - reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos. (Incluído pela Lei nº 13.968, de 2019)

§ 2º Se o suicídio se consuma ou se da automutilação resulta morte: (Incluído pela Lei nº 13.968, de 2019)

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos. (Incluído pela Lei nº 13.968, de 2019)²⁶.

Veja-se que as condutas descritas nos artigos 121 e 122 distinguem-se pela prática dos atos executórios, realizados por terceira pessoa, no primeiro caso, e pela própria vítima, no segundo.

No que tange às condutas do art. 122, há que se diferenciar as hipóteses de instigação e induzimento da hipótese de auxílio ao suicídio.

Induzir significa atuar no sentido de criar no imaginário do outro uma ideia que, nele, não existia. Para Prado (2017, p.76), induzir “consiste em fazer brotar no espírito de outrem a ideia suicida”.

²⁶ Código Penal Brasileiro. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso: 25/01/26

Instigar significa fomentar uma ideia já existente. Afirma Prado (2017, p.76) que “A decisão final - o suicídio – é motivada pela conduta daquele que, de forma consciente e voluntária, reforça o propósito suicida”.

Quanto à indução, entendem Moureira e Sá (2017, p.203) que “não se trata do exercício deliberado de um direito, mas de uma persuasão. Esse terceiro será o primeiro a propor, suscitar, propagar alguma ideia suicida no sujeito”. Quanto à instigação “ação do terceiro tem natureza secundária, pois ele robustece ou revigora um propósito deliberado pelo próprio agente titular do direito” (2017, p.203).

O induzimento e a instigação são formas de persuasão e fomento, respectivamente, que contaminam a capacidade de consciência da vítima e interferem na voluntariedade do ato. O interveniente, neste caso, age no sentido de convencer a vítima a se matar.

Quando se fala em auxílio ou participação, o interveniente em nada interfere na vontade do outro; pelo contrário, age para que aquele atinja seu objetivo, que é o de morrer com dignidade. Na verdade, são condutas muito diferentes, pois o interveniente não contamina, de modo algum, a vontade da vítima; apenas age no sentido de fornecer algum elemento material para a consecução do intento alheio, intento esse, consciente, voluntário e, sobretudo, alheio.

A lei penal, entretanto, não diferencia essas condutas; aliás, tratando-se de crime misto alternativo, a realização de um ou mais elementos do tipo implica a imputação de uma única pena ao agente, que pode ser majorada, caso se considere ‘a pluralidade de ações como circunstância judicial indicadora de maior culpabilidade’ (Prado, 2017, 77).

Não há, no art.122 do CP, a necessidade de que o interveniente seja médico. Qualquer pessoa que pratica essas condutas é passível de punição.

Em âmbito nacional, a legalização da eutanásia foi aventada através do Projeto de Lei nº 4.662/81²⁷. Dispunha o art.1º que,

É permitido ao médico assistente o desligamento dos aparelhos médicos de um paciente em estado de coma terminal ou na omissão de uma medicação que iria prolongar uma vida vegetativa, sem

27

https://www.google.com/search?q=projeto+de+lei+4662%2F81+pdf&oq=projeto+de+lei+4662%2F81&gs_lcrp=EgZiaHJvbWUqBwgBECEYoAEyBggAEEUYOTIHCAEQIRigAdIBCjl4ODQ0ajBqMTWoAgiwAqHxB. Acesso 01/2025.

possibilidade de recuperar condições de vida sofrível, em comum acordo com os familiares.

O PL foi rejeitado já na Comissão de Constituição e Justiça (CCJ). Tramita, atualmente, o PL nº 6.715/09, que propõe a inserção de novo artigo no Código Penal.

Art. 136-A. Não constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados ao paciente terminal, deixar de fazer uso de meios desproporcionais e extraordinários, em situação de morte iminente e inevitável, desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.

§1º A situação de morte iminente e inevitável deve ser previamente atestada por 2 (dois) médicos.

O mais recente Anteprojeto de Código Penal, PL nº 236/2012, do Senado Federal, tipifica a eutanásia, nos seguintes termos:

Art. 122_ Matar, por piedade ou compaixão, paciente em estado terminal, imputável e maior, a seu pedido, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável, em razão de doença grave:

Pena: prisão de 2 a 4 anos

§ 1º O juiz deixará de aplicar a pena avaliando as circunstâncias do caso, bem como a relação de parentesco ou estreitos laços de afeição do agente com a vítima.

Exclusão de lícitude

§ 2º Não há crime quando o agente deixa de fazer uso de meios artificiais para manter a vida do paciente em caso de doença grave irreversível, e desde que esta circunstância esteja previamente atestada por dois médicos e haja consentimento do paciente, ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão.

Em suas considerações ao PL 236/12, Fürst (2023, p.195) enfatiza que a legislação “ignora o desenvolvimento dos debates feitos pela sociedade civil [...]”.

Moureira e Sá (2015, p.193) tecem algumas observações muito pertinentes sobre o anteprojeto; dentre elas, estão a ausência de referência ao sofrimento psíquico do paciente como elemento do tipo, a indefinição do que seria um “sofrimento físico insuportável” e, ainda, a falta de detalhamento quanto à manifestação de parentes no que tange ao § 2º do art. 122.

No tocante à legislação em vigor, Moureira e Sá (2017, p.211) entendem que o suicídio assistido, tal qual estabelecido no art. 122 do código Penal, poderia ser considerado fato atípico, como “causa constitucional de exclusão da tipicidade”, com fundamento nos princípios da Dignidade da Pessoa Humana, art. 1º, inciso III, e no

princípio da Igualdade, art. 5º, caput, ambos da CRFB, desde que convergentes os seguintes requisitos: (i) “o sujeito passivo deve padecer de enfermidade terminal que lhe cause sofrimento; (ii) “o sujeito ativo que auxilia deve ser um médico ou uma junta médica”; haver (iii) “consentimento livre e esclarecido do sujeito passivo”.

2.3.1 O dilema do consentimento do morituro no direito penal.

A legalização da eutanásia e do suicídio assistido passa, necessariamente, pela análise do consentimento do paciente morituro. Destarte, o consentimento do titular do bem jurídico, especialmente no contexto das relações médico-paciente, deve ser o eixo orientador da interpretação da norma penal no caso da morte com intervenção, como expressão da autonomia individual e da dignidade da pessoa humana; tal reflexão torna-se cada vez mais importante no direito penal, sobretudo no contexto do aumento das intervenções médicas e dos avanços técnico-científicos, que colocam em xeque as categorias das dogmáticas tradicionais. (Sarcedo, 2025, p.1)

Conforme demonstra Sarcedo (2025, p. 1/2), há crescente incidência do direito penal sobre a relação médico-paciente, evidenciando uma tensão estrutural entre a rigidez do princípio da legalidade estrita e a dinâmica axiológica inerente à prática da medicina, influenciada por debates bioéticos cada vez mais extensos e profundos e pela crescente valorização da autonomia do indivíduo.

Nesse contexto, faz-se necessária a releitura do conceito de bem jurídico penalmente tutelado, de modo a adequá-lo às exigências constitucionais da dignidade da pessoa humana e da autonomia da vontade (Sarcedo, 2025, p. 1/2).

Segatto (2007, p.47) e Sousa (2014), na mesma esteira, submetem a leitura da questão da (in)disponibilidade da vida, enquanto bem jurídico, ao princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. Trata-se, assim, da adoção de um viés essencialmente constitucional, que dialoga e pode conduzir à legalização das condutas.

Veja-se que a dissociação entre a noção de bem jurídico penalmente tutelado (no caso, a vida e a integridade física do indivíduo), dos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da autonomia existencial contrariam a Constituição Cidadã naquilo que lhe é mais caro, a tutela dos direitos fundamentais do ser humano. Além disso, pode-se dizer que essa leitura arrefece a natureza do direito penal, enquanto a *ultima ratio* do sistema.

Cabe colacionar o entendimento de Casabona (2012, p.23) sobre a intervenção do Direito Penal no âmbito da genética e da biotecnologia

[...] deve reger-se de acordo com os princípios fundamentais que foram sendo apurados ao largo do século XX, porém tal e qual são concebidos para atender às necessidades atuais. Isto é, respeitar a função que se deve outorgar a este setor do ordenamento jurídico na atualidade, incluindo-se, com isso, a observação dos princípios que limitam sua presença e que justificam sua intervenção _delimitar seu papel já é respeitar seus limites_, como são, entre outros, os princípios da intervenção mínima, da subsidiariedade e da *ultima ratio*.

Parece óbvio que a autonomia do indivíduo, em vida e na morte, deve ser interpretada à luz das disposições constitucionais, mormente o art. 1º, inciso III; ocorre, entretanto, que a lei penal, datada de 1940, ainda tipifica as condutas de eutanásia e de suicídio assistido e, por certo, o consentimento do morituro não se insere como causa de exclusão tipicidade ou de ilicitude no Código Penal brasileiro.

Em linhas básicas, pode-se definir “tipicidade” como a subsunção da conduta de alguém ao tipo penal descrito na lei; isto é, o crime existe desde que o agente tenha realizado todos os elementos da descrição típica, ou incorra na aplicação de norma de extensão, como na hipótese de tentativa (art.14, II do CP).

Zaffaroni e Pierangelli (2004, p.431/432) adotam a posição doutrinária de Max Ernst Mayer, que entende a tipicidade como um indício, uma presunção *juris tantum* da antijuridicidade; para este autor, a tipicidade poderia se comparada à fumaça e a antijuridicidade ao fogo.

Por sua vez, ilicitude ou antijuridicidade é a contrariedade ao direito, não apenas ao direito penal; “[...] porque a antinormatividade pode ser neutralizada por uma permissão que pode provir de qualquer parte do direito[...].” (Pierangelli, Zaffaroni, 2004, p. 539). A antijuridicidade, ou ilicitude, pode ser traduzida como “o choque da conduta com a ordem normativa, entendida não só como ordem normativa, mas como uma ordem normativa e de preceitos permissivos” (p.540).

Conforme expõe Sarcedo (2025, p. 3/4), a doutrina penal tradicional, sobretudo no Brasil, dedica atenção insuficiente ao consentimento do titular do bem jurídico, limitando suas considerações às hipóteses de excludentes de ilicitude e/ou de tipicidade e restringindo sua eficácia a situações que envolvem apenas os bens considerados plenamente disponíveis; tal perspectiva reduziria o papel do titular do bem jurídico e reforçaria a concepção publicista do direito penal, que acaba por

legitimar intervenções médicas, mesmo contra a vontade expressa do paciente, sob o argumento da indisponibilidade absoluta da vida. Esse entendimento, segundo o autor, revela nítido traço de paternalismo penal, incompatível com a centralidade da autonomia individual nos Estados Democráticos de Direito.

Em análise comparada dos ordenamentos jurídicos brasileiro, espanhol e português, o autor apresenta as correntes doutrinárias mais relevantes acerca da natureza jurídica do consentimento, na relação médico-paciente, e seus efeitos legais, colocando em evidência soluções normativas significativamente distintas; tais correntes são a monista, defendida por Claus Roxin, a dualista, por Manuel da Costa Andrade, e a terceira, do modelo tripartido, de Luzón Peña (Sarcedo, 2025, p.3).

A teoria monista sustenta que toda manifestação válida de consentimento deve conduzir à exclusão da tipicidade, por inexistir desvalor da ação ou do resultado quando o próprio titular dispõe do bem jurídico. E, considerada essa perspectiva, o bem jurídico é compreendido como projeção direta da autonomia individual, cabendo exclusivamente ao sujeito definir os limites do que lhe é prejudicial, desde que respeitados os marcos constitucionais (Sarcedo, 2025, p.5/6). A teoria monista conecta o princípio da dignidade da pessoa humana à autonomia do indivíduo para escolher, livremente, o destino do bem jurídico do qual é titular, desde que se trate de bens jurídicos disponíveis.

Nesta perspectiva, se a lei penal protege um bem jurídico contra a vontade de seu titular, ou seja, se há consentimento do titular para que o terceiro aja contra o bem jurídico tutelado, então não há que se falar em ofensa ao bem jurídico. O consentimento, neste caso, antecipa a análise, afastando a configuração do crime, sem que se precise chegar ao juízo de ilicitude.

A teoria dualista, defendida Manuel da Costa Andrade, distingue a natureza jurídica do consentimento do titular do bem jurídico de acordo com sua disponibilidade e estrutura do tipo penal.

Essa teoria diferencia acordo (ou concordância) de consentimento em sentido estrito; embora ambos envolvam aceitação do titular do bem jurídico, eles operam em planos diferentes do delito.

O acordo ocorre quando a própria descrição do crime pressupõe a ausência de consentimento da vítima; se a vítima concorda, o fato nem chega a ser típico. Ocorre em crimes em que a lei protege diretamente a liberdade de vontade ou a propriedade, como, por exemplo, no crime de constrangimento ilegal (art. 146, CP). Nestes casos,

a discordância da vítima faz parte do tipo penal; se há concordância, desaparece o próprio injusto típico. Havendo acordo, o consentimento exclui a tipicidade.

No consentimento, o fato continua típico, mas deixa de ser ilícito. O bem jurídico é disponível e seu titular autoriza uma lesão que efetivamente ocorre, como por exemplo, na cirurgia estética. Nesta situação, o fato é típico, porém antijurídico.

Em Portugal, positivou-se o consentimento como causa de exclusão da ilicitude, na Parte Geral do Código Penal, e, na Parte Especial, regulamentou-se minudentemente seus efeitos. As intervenções médico-cirúrgicas são tratadas como condutas atípicas quando realizadas com o consentimento válido do paciente. Trata-se, pois, de opção legislativa que consagrou a teoria dualista do consentimento, conferindo maior segurança jurídica à atuação médica e ao exercício da autonomia do paciente (Sarcedo, 2025, p.5/6).

O modelo tripartido, defendido por parcela minoritária da doutrina, notadamente no direito espanhol, enxerga a possibilidade de produção de efeitos distintos do consentimento, conforme a natureza do bem jurídico envolvido. Essa construção busca conciliar a autodeterminação individual com a tutela de bens dotados de relevância comunitária ou indisponibilidade relativa, admitindo soluções diferenciadas que variam entre a atipicidade, a exclusão da ilicitude ou a irrelevância penal do consentimento fático (Sarcedo, 2025, p.6/7).

Na Espanha, com a promulgação da Lei Orgânica nº 3/2021, descriminalizou-se a prática da eutanásia em hipóteses estritamente regulamentadas, ampliando o alcance do consentimento excludente de tipicidade em relação ao bem jurídico “vida” (Sarcedo, 2025, p.4/5).

No Brasil, como já exposto, o tema ainda é pouco estudado; o consentimento do morituro não se insere no rol das causas de exclusão da ilicitude do Código Penal, sendo compreendido, se tanto, como causa supralegal de exclusão da tipicidade ou da antijuridicidade.

Ensinam Pierangelli e Zaffaroni (2004, p.541) que a existência da denominada “causa supralegal” remete ao Código Penal alemão de 1.871, cujas carências levaram os doutrinadores à elaboração de uma teoria das “causas de justificação supraleais”. Abandonadas no país de origem, entendem os autores que, no Brasil, são desnecessárias, vez que o Código Penal brasileiro incluiu, como excludente de ilicitude, no art. 23, inciso III, segunda parte, o exercício regular de direito; esta causa

de justificação remeteria a “disposições permissivas encontráveis em outra parte da ordem jurídica”, não havendo que se falar, portanto, em causas supralegais.

Ademais, entendem os autores que a adesão do Brasil à Declaração Universal dos Direitos Humanos e a conformação da questão aos princípios constitucionais possibilitam a resolução de questões incidentais sem a necessidade de se pautar as qualquer causa supralegal de excludente de ilicitude (Pierangelli, Zaffaroni, 2004, p.542).

Por fim, importante ressaltar o posicionamento de Sarcedo (2025, p.7), pela adequação da inclusão do consentimento do paciente dentre as causas de excludente de ilicitude admitidas pelo Código Penal. Neste caso, deslocar-se-ia o foco para a vontade do paciente e sua autonomia existencial.

De fato, tarda essa alteração, necessária e salutar.

3. A CONSTRUÇÃO DA DIGNIDADE NA MORTE.

A morte tomou o lugar do sexo, enquanto tabu, no século XX. E assim prossegue. Pode-se entender que, dentre os motivos deste novo *status* da morte, estejam o desenvolvimento da medicina e a evolução da tecnologia, que permitem o alargamento da expectativa de vida do ser humano. Viver mais, entretanto, não pressupõe necessariamente viver melhor, ou mesmo viver bem; até porque, o significado de “viver bem” é uma construção pessoal, composta por elementos culturais, sociais, etários, de gênero, educacionais, religiosos, filosóficos, além de outros, personalíssimos.

Ensina Dadalto (2025) que o prolongamento da vida, advindo das inovações tecnológicas aplicadas à medicina, integrou ao conceito temporal de vida a ideia da qualidade. Os novos meios de tratamento repercutiram, assim, na formação pessoal de um conceito próprio e individual de vida, possibilitando um olhar além da vida biológica, “alterando as discussões bioéticas sobre a autodeterminação para morrer”. (Dadalto, 2025). O conceito de vida passa a englobar, além da vida biológica, a preocupação com a vida biográfica, que é aquela que vale a pena ser vivida, conforme a identidade de cada indivíduo.

A dignidade na morte é, na mesma medida, produto de construção individual acerca da dignidade da vida e, assim, deveria ser legalmente considerada.

A seguir, contemplam-se os fundamentos que poderiam validar a opção do indivíduo pela terminalidade da vida; que poderiam conduzir à legalização das condutas interventivas, ora vedadas pela lei penal.

Como já exposto, no Brasil, atualmente, a morte digna é representada, tão somente, pela Ortotanásia, posto que lícita e ética, conforme a lei penal e a deontologia médica.

Em que pesem as opiniões em contrário, a humanização do processo de morrer não deveria estar restrita apenas pelo acesso aos cuidados paliativos, representados pela ortotanásia, mas deveria ser lida e reinterpretada em consonância com o conceito de dignidade inerente a cada indivíduo (Dadalto, 2025).

Norbert Elias (2001, p.16), em seu ‘A Solidão dos Moribundos’, afirma que [...] “um dos problemas mais gerais de nossa época” é a “nossa incapacidade de dar aos moribundos a ajuda e afeição de que, mais do que nunca, precisam quando se

despendem dos outros homens” e isto ocorre “exatamente porque a morte do outro é uma lembrança e nossa própria morte”.

3.1 A Constituição Federal e as Dimensões da Dignidade da Pessoa Humana.

O princípio da Dignidade da Pessoa Humana é princípio constitucional inscrito, expressamente, no art. 1º, inciso III, da Constituição Federal da República de 1988.

Observa Barroso (2024, p.14) que o desenvolvimento da noção de dignidade da pessoa humana não foi linear; o conceito atual, alicerçado nos ideais iluministas, ganhou contornos mais perceptíveis com Kant, através da noção de que o indivíduo é um fim em si mesmo, ou seja, não serve a nenhuma utilidade ou propósito alheio (Barroso; Martel, 2011, p.117). Segundo Barroso, poder-se-ia definir o marco histórico, decisivo para a noção atual de dignidade da pessoa, o período pós Segunda Grande Guerra mundial, cujos horrores ensejaram o repúdio às formas totalitárias de poder e vilipêndio do ser humano (2024, p. 14).

No período pós-guerra, foram as constituições da Alemanha, em 1949, de Portugal, em 1976, e da Espanha, em 1978, que mais influenciaram a elaboração da Constituição de 1988 (Sousa, 2014, p.03), no que tange aos direitos fundamentais e à eleição da pessoa como o centro irradiador da norma. Observa o autor que, no momento em que coloca a pessoa humana como elemento central do sistema normativo, a Constituição cria um limite e um “dever de prestação”; neste sentido, constitui uma sociedade pluralista, que se firma como potencial garantidora da convivência harmônica entre as diferenças de seus integrantes, bem como do livre desenvolvimento da personalidade destes, concebendo e tratando a pessoa como fruto de “um processo histórico em evolução, que traz consigo suas vivências e, no presente, traça para si as metas que haverão de guiar sua existência”. (Sousa, 2014, p.03). Esse transcurso “constrói a ideia pessoal de existência digna, a partir de uma eleição subjetiva dos valores que hão de norteá-la. Constrói um projeto existencial como reflexo de sua personalidade”. (Sousa, 2014, p.03).

Veja-se que o mero deslocamento dos direitos fundamentais do cidadão, do art. 153, na constituição anterior, para o art. 5º, na Constituição Federal de 1988, já indica a linha adotada pelo legislador, no que concerne às prioridades das, então novas, normas constitucionais; a inserção, no texto constitucional, da expressão “princípios fundamentais”, revela a ideologia política que perpassa o sistema e que define seu

mandamento nuclear (Segatto, 2007, p.47). Nesta esteira, pode-se entender uma nova ordem de compreensão do sistema jurídico (Segatto, 2006, p.45):

[...] há de se compreender o novo sistema jurídico constitucional como ordem jurídica receptiva a valores suprapositivos, nos quais as ideias de justiça e de realização dos direitos fundamentais vêm a desempenhar papel central. Nesse sentido, a dignidade da pessoa humana passa a ser elemento fundante do Estado Democrático de Direito[...].

O princípio da dignidade da pessoa humana está estreitamente ligado à noção de “morte com intervenção”. A constituição não assegura apenas o direito à vida, mas à dignidade da vida. Nesta esteira, todos os direitos, garantias e remédios constitucionais asseguram ao indivíduo que sua existência deverá ser pautada pelo respeito aos direitos de primeira, segunda e terceira gerações (Karel Vasak, *apud* Silva, 1986); ou seja, respeito às liberdades negativas, que limitam o poder do Estado, às positivas, que impõem deveres do Estado e às de solidariedade, que remetem ao bem-estar social. E, neste contexto de proteção à vida digna, caberia defender-se o direito à morte digna.

Barroso e Martel (2011, p.119) indicam um caminho para a leitura do princípio da dignidade da pessoa humana que conduz à interpretação dos limites da aceitação da morte com intervenção. Para os autores, há que diferenciar a “dignidade como autonomia” da “dignidade como heteronomia”. Neste sentido, entendem que a dignidade humana significa a autonomia privada, no plano material, que é decorrente também dos direitos de igualdade e liberdade (p. 117).

Integram a dignidade humana, em sua dimensão autônoma, (i) capacidade de autodeterminação, (ii) reunião de condições para efetivamente exercer essa autonomia, (iii) universalidade e (iv) inerência da dignidade humana (p.117).

Em suma, os autores entendem que o indivíduo deve ter o poder de decidir sobre sua vida pessoal, sobre a construção de sua personalidade, hábitos e decisões de cunho existencial, desde que não ofendam direitos alheios; deve ter suprido o “mínimo existencial” para que possa, livre de coações morais, financeiras, religiosas; que seja respeitada por todos, independentemente de seu *status* na sociedade (p. 119).

Quanto à dignidade por heteronomia, entendem os autores que a espécie “traduz uma visão da dignidade ligada a valores compartilhados pela comunidade,

antes que a escolhas individuais” (2011, p.122). A perspectiva heteronômica refere-se, portanto, a valores da comunidade, funcionando no sentido de “construção externa à liberdade individual” (p.122). Trata-se, assim, de movimento de contenção da autonomia do indivíduo em prol da coletividade, o que pode ensejar a adoção de políticas paternalistas e moralistas (p.122).

Pontuam, ainda, os autores, a tendência autonomista do sistema jurídico brasileiro, em que prevalece a liberdade individual em detrimento das metas coletivas. (p. 132). E, no mesmo sentido, a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, com predominância da ideia de autonomia em seus julgados (p.129).

Concluem os autores (p. 129) que “a dignidade como autonomia legitima diferentes modalidades de morte com intervenção, desde que o consentimento seja genuíno, informado e livre de privações materiais” e, ainda, que, considerando-se a noção da dignidade como autonomia, como ideia prevalente na morte por intervenção, a escolha do paciente, seja por ortotanásia, eutanásia ou suicídio assistido, deve ser admitida (p.133). Tais premissas sustentam, por certo, toda a construção que se engendra neste trabalho.

Por fim, cabe consignar que, para os autores, a discussão sobre a ortotanásia seria, por ora, mais produtora, vez que a entendem compatível com a Constituição Federal e a legislação nacional. (p.133).

Paradoxal, entretanto, que os autores construam um alicerce teórico acerca da autonomia para morrer com dignidade, no qual incluem a possibilidade das opções pela eutanásia e pelo suicídio assistido, mas que considerem contraproducente sua discussão, anuindo, ainda que indiretamente, com a permanência da ortotanásia como a única opção do morituro.

Não seria impertinente lembrar, aqui, que o princípio constitucional inscrito no art. 5, III, da Constituição da República Federativa do Brasil, que veda a aplicação de tortura e a imposição de tratamento degradante, e é corolário do princípio da dignidade da pessoa humana, deve ser lido e interpretado, na seara médica, sempre em função da vontade do sujeito dos direitos, o paciente.

3.2 A Constituição Federal e a Vida como Bem Jurídico (in)Disponível.

O direito à vida, pautado na Constituição da República, promulgada em 1988, integra o rol de direitos e garantias individuais do cidadão, que fazem parte dos temas

submetidos à cláusula pétreia, do art. 60, § 4º. Daí, possivelmente, tenha se fortalecido o dogma da indisponibilidade absoluta do direito à vida.

Na literatura jurídica brasileira firmou-se um certo consenso no sentido de que a tutela do direito à vida é absoluta e oponível à vontade de seu titular; ou seja, contra e apesar da vontade do sujeito do direito. Este consenso estrutura-se, ora através de uma perspectiva teleológica, ora de uma perspectiva utilitarista. E, neste contexto, simplesmente nega-se validade jurídica ao consentimento emitido pelo próprio titular do direito (Sousa, 2014, p.02).

Vista sob um viés teológico, é facilmente identificável a opção do legislador infraconstitucional ao tratar a vida como bem jurídico indisponível. A sociedade brasileira tende a aceitar as diferentes culturas que coexistem no país, decorrência de sua formação pluralista, multifacetada e multicultural. Desta forma, há maior flexibilidade na aceitação de modos de vida estruturados em aspectos culturais originalmente diversos. O mesmo talvez não ocorra diante da morte, em virtude, especialmente, de crenças religiosas.

O IBGE, em censo de 2022, confirma a essência religiosa dos cidadãos brasileiros, identificando que 56,7% dos brasileiros declaram-se católicos apostólicos romanos, 26,9% declaram-se evangélicos, 1,8% declaram-se espíritas, 1,0% declaram-se das religiões de matriz africana; as pessoas que não professam religião alguma compõem apenas 9,3% da população brasileira.

Com a adesão de 57% dos brasileiros, a Igreja Católica é enfática ao repudiar a morte com intervenção, especialmente a eutanásia, vez que considera que a vida é benção divina e que a morte só pode ser fruto dos insondáveis designios de Deus. Alguns documentos expressam essa orientação do “dever de viver”, dentre eles a Declaração sobre Eutanásia, trazida pela Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé, de 1980 e a Encíclica *Evangelium Vitae*, de 1995 (Moureira; Sá, 2015, p.121).

A conduta de “deixar morrer”, no sentido de deixar de empregar meios que apenas prolonguem dolorosamente a vida do morituro, ou seja, a ortotanásia, não é rechaçada pela Igreja Católica. A Resolução nº 1.805/2006, emitida pelo Conselho Federal de Medicina, vai ao encontro, portanto, da moral católica. Não por acaso, é a única maneira de se morrer dignamente no Brasil atualmente.

Sob a perspectiva utilitarista-paternalista, o ser humano é visto e tratado como um mero integrante do corpo social, seu valor é definido conforme sua função, sua utilidade, no contexto da sociedade em se insere. A questão da vida e da morte

pertence ao Estado, que a regulamenta em prol da coletividade; esta perspectiva, apesar de ter ensejado políticas de aniquilamento de populações vulneráveis no correr da história, serviu, também, como “elemento estruturante da defesa da vida como valor absolutamente indisponível”. (Sousa, 2014, p.03/04).

Esse viés paternalista inclui, ainda, a ideia de que o Estado entende, ainda melhor que o próprio indivíduo, o que é bom para sua vida (Dworkin, 2003, 272).

Na esteira da postura de Sousa (2014, p.70), pode-se inferir que a leitura da vida como direito indisponível implica sua garantia ou sua supressão, conforme a dinâmica política empregada. Em tempos de políticas humanistas, funciona como limite à atuação arbitrária do Estado e de heterolesões; em tempos de totalitarismos, pode ensejar a supressão a vida, sob o argumento da sua obstrução à consecução dos fins do Estado.

Lanuza (*apud* Sousa, 2014, p. 03) destaca que as razões que levam à consideração da vida como valor absolutamente indisponível estão condicionadas aos valores constitucionais de uma sociedade, em determinado tempo e espaço. Assim, as leis penais devem perfilhar-se a tais valores e assim devem ser interpretadas. No mesmo sentido Sarcedo (2025, p.14), ao salientar que o bem jurídico tem “dimensão dinâmica”, fundamentado na dignidade da pessoa humana, “com seu compromisso de garantir a autorrealização dos indivíduos”.

Sob esta ótica, poder-se-ia inferir que a interpretação atual acerca da indisponibilidade absoluta da vida está em dissonância com a Constituição de 1988, em termos formais e materiais, vez que contrasta com o princípio da dignidade da pessoa humana (Sousa, 2014, p.07).

Anacrônica, também, a parte especial do Código Penal Brasileiro. Datada de 1940, foi outorgada sob a égide da Constituição de 1937, inauguradora do Estado Novo de Getúlio Vargas; nela, havia sérias restrições aos direitos individuais. A Parte Geral, por sua vez, foi alterada em 1984; mais moderna, mas, ainda assim, anterior à Carta de 1988. Em que pese a recepção das antigas regras pela nova ordem jurídica, houve necessidade de várias adequações ao novo texto constitucional; entretanto, o fator preponderante, que alicerça a nova leitura da art. 121 e 122 do Código Penal, deve estar na sistematização dos princípios constitucionais e na ressignificação dos valores sociais.

Sousa (2014, p.6) entende que a questão da (in)disponibilidade do direito à vida, e o princípio da dignidade da pessoa humana ao qual se vincula, deve ser lido

sob um viés “consentâneo com a coexistência de direitos de igual relevância”, não havendo lugar para conceber-se, isoladamente, mesmo o direito à vida. “Há de ter-se em consideração que ‘dignidade da pessoa se configura como princípio dinâmico que articula e sistematiza todos e cada um dos direitos fundamentais’” (Valle Muñiz, 1989, p.166, apud Sousa).

A função do Estado, enquanto garantidor da ordem e da paz social, não se firma em prol da coletividade, subtraindo dos indivíduos direitos que dizem respeito tão somente à sua própria personalidade, à sua história própria, à sua vida biográfica (Sousa, 2014, p.6)

O direito à vida, consignado como direito fundamental na Constituição da República, como observado por Sousa (2014, p.8), deve ser entendido enquanto norma de caráter relacional que se destina ao Estado e a terceiros e não ao titular do bem sobre o qual se legisla: “A função, pois, é de garantia ante heterolesões. Tão-somente”. Note-se que a lei penal não tipifica a autolesão, nem a tentativa de suicídio.

A limitação da liberdade do indivíduo, neste caso, significaria a imposição do dever de viver, da continuidade da vida, enquanto um mero processo biológico, reificando o indivíduo, vez que o afastaria de sua vida e identidade biográficas (Sousa, 2014, p.13)

Ademais, sendo o direito penal a *ultima ratio* do sistema, a aplicação da norma penal somente se legitimaria, se e quando, necessária; no caso de condutas alheias que repercutissem negativamente na esfera de direitos do sujeito e, ainda assim, no caso de não haver seu consentimento.

Ressalta-se que o direito estabelecido no art. 5º, caput, da Constituição de 1988, retrata a face positiva do direito à vida; dele não se pode presumir a afirmação ou a proibição de disposição da própria vida, que deve ser pensada com fundamento da autodeterminação do indivíduo (Sousa, 2014, p.13).

Nesta perspectiva, a função da norma é proteger o titular do direito à vida contra as lesões causadas por terceiros, contra a sua vontade. Essa concepção, baseada em uma interpretação sistêmica e contemporânea da Constituição da República lança uma nova luz sobre a questão, pois desvincula o direito à vida do dever de viver.

Na prática, entretanto, a atual interpretação constitucional ainda não veda, ao contrário do que aponta Sousa (2014, p.6), uma leitura paternalista; as questões ainda são resolvidas sob a perspectiva da “despersonalização deste bem ‘altamente

peçoal' e à afirmação de um dever de viver" (2014, p.6). Por isso, é necessária uma leitura que conduza à ressignificação dos valores sociais relevantes.

3.3 Autonomia da Vontade enquanto Princípio da Bioética.

O discurso sobre os direitos inerentes àquele que está aguardando a própria morte, o morituro, em função de doenças que não podem ser curadas no atual estado da técnica médica, inicia-se pela compreensão da bioética como ciência e como parâmetro para a tomada de decisões.

A preocupação contemporânea com a ética na medicina está ligada à história das atrocidades perpetradas pelo homem, em especial, a partir da Segunda Guerra Mundial (1939/1945).

Desde as experiências promovidas pelos médicos nazistas, durante a segunda guerra mundial, passando por fatos insólitos como o "estudo" sobre a cárie, na Suécia (1946/1951), os "estudos" sobre a hepatite, em *Willowbrook* (1955) e sobre a Sífilis, em *Tuskegee* (1932/1973), ambos nos Estados Unidos; tais experimentos tiveram, em comum, a manipulação médica, desconsentida, sobre grupos humanos subjugados politicamente, como no primeiro caso, ou meramente vulneráveis, seja econômica, seja socialmente, nos demais casos.

Diante deste cenário, surge a preocupação com a ética nas pesquisas com seres humanos. A Bioética inicia-se como uma reflexão sobre a necessidade de proteção da população vulnerável, mas acaba por trazer um novo olhar sobre as possibilidades da intervenção da medicina nos corpos e vidas das pessoas, tendo como parâmetro a dignidade do ser humano.

O pioneiro no neologismo "Bioética" foi o alemão Fritz Jahr, em 1926, com sua revisão bibliográfica publicada na revista científica *Kosmos* (Fürst, 2023, p.89), sob o título *Bioethik: eine Übersicht der Ethik und de Beziehung des Menschen mit Tieren und Pflanzen*²⁸.

Observa Fürst (2023, p.89/93) que, àquela altura, a questão eugênica já seria conhecida e que a intenção de Jahr ao criar o termo Bioética teria sido a de "proteger o ser humano, independentemente de sua origem" e que "o neologismo 'bioética' nasce como razão crítica ao desenvolvimento biotecnológico irrefletido e

²⁸ Bioética: um panorama da ética e das relações entre pessoas, animais e plantas. Tradução Livre de: *Bioethik: eine Übersicht der Ethik und de Beziehung des Menschen mit Tieren und Pflanzen*

instrumentalizado inadequadamente por ideologias como forma de sobrevivência de todas as espécies”.

De fato, atribui-se a Van Rensselaer Potter a “paternidade do neologismo ‘bioética’” (p. 93), através do artigo “Bioética: ponte para o futuro”, no qual desenvolveu reflexões sobre o futuro da humanidade, propondo e fomentando uma leitura interdisciplinar entre as ciências biológicas e humanas.

O surgimento do novo termo deu-se num contexto de escândalos envolvendo pesquisas científicas, em especial o “estudo” de Tuskegee, que foi determinante para a implantação da “Comissão Nacional para Proteção Assuntos de Pesquisas Biomédica e Comportamental com seres Humanos”. A Comissão, que passou a ser permanente em 1.978, foi então denominada “Comissão Presidencial para o estudo de temas bioéticos”; integrada pelo professor Beauchamp, elaborou o “Relatório Belmont”, “pioneiro no uso sistemático de princípios para ética em pesquisa biomédica com seres humanos” (p.107).

Ensina Fürst que, com o Relatório Belmont, a Bioética “ganha dimensão e forma corpo doutrinário”, lançando seus princípios fundamentais, quais sejam, “respeito às pessoas, beneficência e justiça” (p.108).

Na mesma época da elaboração do relatório Belmont, o professor Beauchamp escreveu sua obra “Princípios da ética Biomédica” (1979), em coautoria com James Childress, desenvolvendo quatro princípios, que passaram a ser os princípios da Bioética. São eles os princípios da Autonomia, da Beneficência, da Justiça e da Não Maleficência.

Desde então, a nova ciência tem se desenvolvido e se disseminado, gerando e fomentando reflexões acerca das interações entre pacientes e profissionais da saúde, bem como acerca de questões culturais e sociais que envolvem a finitude dos seres humanos; e tenta pavimentar, como idealizou Van Potter, uma ponte para um futuro que inclua as interações entre pessoas, animais e meio-ambiente, como vislumbrou Fritz Jahr.

Princípio da Bioética, a autonomia do paciente na tomada de decisões sobre seu tratamento e, em última análise, sobre sua própria existência, funciona como legitimador do morituro, enquanto sujeito de sua própria morte.

Em termos legais, a Declaração Universal sobre Bioética e direitos Humanos (UNESCO/Paris)²⁹ incorporou, em 2005, o princípio da autonomia ao ordenamento jurídico nacional. A autonomia do paciente, morituro ou não, está atrelada à informação adequada, isto é, à informação clara, objetiva, inteligível e suficiente, conforme disposto nos artigos 5º e 6º.

Artigo 5 – Autonomia e Responsabilidade Individual Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia.

Artigo 6 – Consentimento a) Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito

A Bioética representa, atualmente, um campo de estudo que propicia a reflexão acerca das novas questões que se impõem à sociedade, seja quanto às relações médico-paciente, à evolução técnica, aos modelos éticos, ou às transformações sociais que conduzem à alteração da norma jurídica.

Segundo Sarcedo (2025, p. 11//2), a incorporação efetiva dos princípios bioéticos, principalmente os princípios da autonomia, da beneficência e da não maleficência, seria condição indispensável para a adequada compreensão das consequências penais do consentimento na prática médica contemporânea.

A consideração dos princípios bioéticos poderia, ainda, contribuir para a superação do paternalismo penal e o reconhecimento do protagonismo do paciente, imperativos para a construção de um direito penal da medicina compatível com a dignidade da pessoa humana, com os direitos fundamentais e com as exigências ético-jurídicas da sociedade atual (Sarcedo, 2025, p. 12).

²⁹ <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>

3.4. A Autonomia da Vontade: lei civil e deontologia médica

Constitucionalmente, o direito à autonomia está alicerçado no art. 5, inciso II, que estabelece que “ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”; também o direito à informação tem fundamento constitucional no art. 5º, inciso XIV, em que se assegura a todos o acesso à informação.

No Código Civil Brasileiro³⁰, a autonomia do paciente é revisitada no capítulo referente aos direitos da personalidade:

Art. 13. Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes.

Parágrafo único. O ato previsto neste artigo será admitido para fins de transplante, na forma estabelecida em lei especial.

Art. 14. É válida, com objetivo científico, ou altruístico, a disposição gratuita do próprio corpo,

Parágrafo único. O ato de disposição pode ser livremente revogado a qualquer tempo.

Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Apesar da existência dos princípios constitucionais e das disposições da legislação infraconstitucional, o fato é que a matéria é, ainda, bastante lacunosa.

Na esteira dos princípios bioéticos, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina ocupam um espaço lacunoso deixado pela ausência de legislação pertinente, lançando premissas de atuação ética que atingem todos os profissionais; muitas vezes, entretanto, são elas os únicos parâmetros para decisões judiciais. Tratando-se, entretanto, de regras administrativas, diretamente afetas ao Conselho Federal de Medicina, cabe ressaltar que têm natureza infralegal e, portanto, eficácia mitigada.

A Resolução CFM nº 2.217/2018 (Código de Ética Médica) remete-se à autonomia da vontade do paciente, nos seguintes termos:

Art. 22. É vedado ao médico:

³⁰ Código Civil Brasileiro. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso: 25/01/25.

I_ Deixar de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente ou morte.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 31: Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte

Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

Frise-se que o art. 22, da Resolução CFM nº 2.217/18, Código de Ética Médica, consta do capítulo referente aos “Direitos Humanos”. A posição no texto já sinaliza sua importância e atrela sua interpretação ao princípio da Dignidade da Pessoa Humana, o que significa uma leitura pautada pela priorização do paciente (Biaggioni; Tiosso Jr, 2022, p.25-29).

O princípio da informação está inscrito no art. 5º, inciso XIV, da Constituição da República, e encontra disciplina em regras infraconstitucionais. No campo da saúde, tal princípio manifesta-se, entre outros dispositivos, no art. 7º, inciso V, da Lei nº 8.080/1990, que rege o Sistema Único de Saúde, bem como no art. 3º da Lei nº 8.078/1990, o Código de Defesa do Consumidor, o qual reconhece a existência de relação de consumo entre médico e paciente sempre que a prestação do serviço ocorrer de forma remunerada (Biaggioni; Tiosso Jr, 2022, p.25-29)

Nesse contexto, a Resolução nº 2.217/2018 e a Recomendação nº 01/2016, emanadas pelo do Conselho Federal de Medicina, desempenham papel relevante ao concretizar o direito à informação e à autodeterminação do paciente. Em especial, a Recomendação CFM nº 01/2016.

A supracitada Recomendação disciplina o procedimento de obtenção do consentimento livre e esclarecido, compreendido como o processo decisório pelo qual o paciente, ou seu representante legal, manifesta sua concordância consciente, após receber informações adequadas, claras e suficientes sobre os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos propostos, cuja prestação informativa é de responsabilidade do médico (Biaggioni; Tiosso Jr, 2022, p.25-29).

O consentimento do paciente pressupõe que este se encontre em condições adequadas para compreender as informações que lhe são transmitidas, exigindo-se, para sua validade, estado de consciência e capacidade suficientes para a manifestação legítima da vontade. Ademais, a voluntariedade configura requisito essencial do consentimento, o qual deve ser prestado de forma livre e isenta de vícios, podendo ser invalidado quando decorrente de erro, coação física ou moral, ou dolo, especialmente quando fundado na prestação de informações incorretas ou incompletas (Biaggioni; Tiosso Jr., 2022, p. 25–29).

O consentimento informado não se caracteriza como um ato pontual ou meramente formal, mas como um processo contínuo de comunicação e diálogo entre médico e paciente, orientado à promoção de escolhas conscientes, refletidas e adequadas no âmbito da assistência à saúde. Nesse contexto, o Termo de Consentimento Informado (TCI) assume a função de instrumento formal de documentação desse processo, devendo conter informações suficientes, claras e relevantes para que o paciente, ou seu representante legal, compreenda o quadro clínico apresentado e possa exercer, de maneira efetiva, sua autodeterminação em relação aos procedimentos médicos propostos (Biaggioni; Tiosso Jr., 2022, p. 25–29).

Nos termos da Recomendação do Conselho Federal de Medicina nº 1/2016, o TCI deve apresentar descrição pormenorizada do diagnóstico, do tratamento ou procedimento indicado, de suas etapas e duração, bem como dos possíveis efeitos colaterais, riscos previsíveis ou prováveis, possibilidade de sequelas e prognóstico. O grau de detalhamento das informações deve ser compatível com a natureza e a complexidade da intervenção médica proposta. Ademais, o documento deve ser redigido em linguagem clara, objetiva e acessível ao leigo, utilizando fonte e tamanho que favoreçam a legibilidade e a compreensão, sendo recomendadas, para esse fim, as fontes Arial ou Times New Roman, em tamanho 12.

Para o adequado cumprimento do dever de informar, o TCI deve conter, como regra, elementos essenciais, tais como: a identificação completa do paciente e do médico assistente; a denominação do procedimento proposto; seus benefícios, contraindicações e riscos previsíveis; a probabilidade de complicações, inclusive risco de morte ou de sequelas; as alternativas terapêuticas disponíveis; as medicações a serem utilizadas e seus respectivos riscos; bem como a possibilidade de recusa do tratamento e suas eventuais consequências. Devem constar, ainda, a possibilidade de revogação do consentimento a qualquer tempo, o custo do tratamento quando

inserido em relação de consumo, a declaração do paciente acerca da veracidade das informações prestadas ao médico e as assinaturas das partes envolvidas, preferencialmente com rubrica em todas as páginas do documento (Biaggioni; Tiosso Jr., 2022, p. 25/29).

Ressalta-se, por fim, que a aceitação ou recusa do tratamento pelo paciente deve ser necessariamente precedida de esclarecimento efetivo, adequado e completo por parte do médico, inclusive no que se refere à existência de alternativas terapêuticas, sob pena de caracterização de vício ou defeito no dever de informação, com potenciais repercussões éticas, civis e penais.

De fato, seria não só pertinente, mas necessária, a discussão sobre letramento do profissional da saúde, especialmente do médico assistente. Deste modo, o dever de informar que lhe é atribuído teria respaldo muito mais robusto e repercutiria, direta e beneficentemente, para a efetiva consecução das regras da Recomendação CFM nº 1/2016.

Nota-se, ainda, que a denominação do termo “Consentimento livre e esclarecido” (TCLE), na Recomendação CFM 1/2016, é equivocada; o consentimento livre e esclarecido (TCLE) é o documento que materializa a autorização para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a o art. 101 da Resolução nº2.217/18, bem como na Resolução CFM nº466/12. Na realidade, a Recomendação 1/2016 regulamenta o ‘Termo de Consentimento Informado’ (TCI), que configura as balizas do direito à informação, pavimentando a autodeterminação do paciente (Biaggioni; Tiosso Jr, 2022, p..25-29 e Biaggioni, Meneghin, 2025, p.07)

Outras Resoluções do Conselho Federal de Medicina ressaltam a autonomia do paciente. No preâmbulo da Resolução CFM nº 1.805/06, sobre Ortotanásia, ressalta-se, também, a autonomia do paciente, esclarecendo-se que,

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

A Resolução nº 1.995/2012, sobre Diretivas Antecipadas de Vontade, caminha, ainda, neste sentido; define em seu art. 1º, serem as diretivas antecipadas de vontade:

o conjunto de desejos, **prévia e expressamente manifestados pelo paciente**, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

A autonomia da vontade na recusa terapêutica é abordada na Resolução nº 2232/19, que dispõe,

A recusa terapêutica é um direito assegurado ao paciente, desde que este seja maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente no momento da decisão. Diante da recusa, o médico deve informar os riscos e as consequências previsíveis de sua decisão ou ainda propor outro tratamento disponível.

Trata-se do reconhecimento do direito do paciente de se recusar a se submeter a determinado tratamento médico, como expressão direta da autonomia da vontade, princípio fundamental da bioética e do direito contemporâneo da saúde. Para que essa decisão seja juridicamente e eticamente válida, exige-se o preenchimento de determinados pressupostos, notadamente: a capacidade do indivíduo, a consciência e lucidez no momento da tomada de decisão e a prestação de informação adequada, clara e suficiente por parte do médico assistente.

Nesse contexto, incumbe ao profissional médico, no exercício de suas atribuições, assegurar o consentimento informado, o que compreende, entre outros deveres: (i) a exposição das alternativas terapêuticas disponíveis; (ii) a explicitação dos riscos, efeitos adversos e possíveis intercorrências associadas a cada opção; e (iii) a apresentação dos respectivos prognósticos, de modo a possibilitar ao paciente uma decisão livre, esclarecida e consciente (Biaggioni; Tiosso Jr, 2022, p.25-29).

A Resolução consagra, também, o direito à escusa de consciência, assim disciplinada no art. 8:

A objeção de consciência é o direito do médico de se abster do atendimento diante da recusa terapêutica do paciente, não realizando atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Evidentemente, o exercício desse direito condiciona-se à existência de outro profissional habilitado para dar continuidade ao atendimento, sob pena de se configurar abandono do paciente e conseqüente infração ética. (Biaggioni; Tiosso Jr, 2022, p.25-29).

O direito à recusa terapêutica ficou em evidência na recente decisão do Supremo Tribunal Federal, sobre o direito dos adeptos da religião Testemunha de Jeová de não se submeterem à transfusão de sangue alogênica.

As Resoluções supracitadas demonstram a imprescindível ligação entre o direito à informação e à autodeterminação do paciente. A partir da informação fornecida pelo médico, o paciente poderá optar pelo tratamento, total ou parcial, ou rejeitá-lo; poderá, inclusive, iniciá-lo e suspendê-lo, a qualquer tempo.

Infere-se, assim, que o diálogo entre os fundamentos aqui apresentados conduziria à priorização da vontade do paciente, morituro ou não, na terapêutica por si escolhida, inclusive na opção pela morte assistida.

Neste cenário, necessária a releitura do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, (i) em sua vertente autonomia, decorrente da primeira dimensão dos direitos humanos, de não ingerência do Estado na esfera privada, (ii), da ressignificação da vida enquanto bem jurídico indisponível, conforme valores individuais calcados na vida biográfica do indivíduo, e (iii) a consideração dos princípios bioéticos, que permitem, com mais celeridade que o direito positivado, o acompanhamento, e as eventuais soluções, de questões surgidas diuturnamente no ambiente médico e hospitalar.

Aliás, como bem observa Sarcedo (2025, p.2/3), a bioética assume papel mediador relevante, ao permitir uma aproximação entre a prática da medicina, em constante evolução, e a dogmática penal positivada, rígida, viabilizando interpretações mais harmônicas, mais consentâneas com o protagonismo decisório do indivíduo sobre integridade física e sobre sua própria existência.

Por fim, e por certo, o direito constitucional à informação insere-se como elemento fundamental para a garantia da validade da autonomia do paciente, sinalizado pelo consentimento, por sua vez, materializado no termo de consentimento informado (TCI). O reconhecimento do consentimento, além da esfera legal civil e da deontologia médica, seria o ajuste final, necessário para a legitimação das intervenções médicas (Sarcedo, 2025, p. 10).

4. O Tema 1069: a decisão do Supremo Tribunal Federal sobre a Autonomia da vontade do Paciente.

O conceito de morte digna é multifacetado. Considerando-se ser o Brasil um Estado Democrático de Direito, cabe ao indivíduo a construção livre de sua personalidade e de sua história. Assim sendo, o conceito de morte digna existe e pertence a cada pessoa, que o constrói a partir de suas vivências, configurando-se em cada imaginário individual, ainda que inserido em uma comunidade cultural homogênea; mesmo que a consciência da finitude seja universal, o modo de vivenciá-la é único e pessoal. E essa reflexão ganha sentido quando se trata da autonomia para a decisão sobre a terminalidade da vida. A cada um cabe a decisão de como viver e de como morrer.

4.1 A questão da Transfusão de sangue dos fiéis Testemunhas de Jeová: *status quo ante* versus assunção da morte como possibilidade.

Em estudo datado do final do ano 2000, Fabiana Costa Lima de Sá elencou algumas decisões do antigo TACCrIm/SP e do TJ/SP relativas ao direito de recusa de transfusão de sangue dos membros da religião “Testemunhas de Jeová”, demonstrando que, àquela altura, “a idéia dominante nos nossos Tribunais, no caso de incompatibilidade entre o direito à vida e à liberdade religiosa, é a de dar preferência ao direito à vida em detrimento da liberdade religiosa” (Sá, 2000, p. 323/328).

Até recentemente, priorizava-se o direito à vida em detrimento do direito à liberdade religiosa, aplicando-se a lição de Alexy (1986, p.93/94), como técnica de solução de conflitos entre princípios constitucionais.

As colisões entre princípios devem ser solucionadas de forma completamente diversa. Se dois princípios colidem - o que ocorre, por exemplo, quando algo é proibido de acordo com um princípio e, de acordo com o outro, permitido-, um dos princípios terá que ceder. Isso não significa, contudo, nem que o princípio cedente deva ser declarado inválido, nem que nele deverá ser introduzida uma cláusula de exceção. Na verdade, o que ocorre é que um dos princípios tem precedência em face do outro sob determinadas condições. Sob outras condições a questão da precedência pode ser resolvida de forma oposta. Isso é o que se quer dizer quando se afirma que, nos

casos concretos, os princípios têm pesos diferentes e que os princípios com o maior peso têm precedência.

Em setembro de 2024, o Supremo Tribunal Federal decidiu, por unanimidade, no recurso extraordinário nº 1212272, cujo relator foi o eminente Ministro Gilmar Mendes, que os fiéis da religião Testemunhas de Jeová podem recusar procedimento médico que exija transfusão sanguínea, desde que maiores e capazes.

Discutiu-se, no recurso, “o direito de autodeterminação das testemunhas de Jeová de submeterem-se a tratamento médico realizado sem transfusão de sangue, em razão de sua consciência religiosa”, consagrando-se as teses definidas no Tema 1069.

O recurso em exame foi interposto por uma paciente que desejava se submeter a uma cirurgia cardíaca, sem transfusão de sangue. O hospital, entretanto, exigiu a assinatura de um termo de permissão de transfusão de sangue, caso necessário. A paciente recusou-se e propôs ação requerendo que o hospital realizasse a cirurgia sem a assinatura do documento, vez que não se submeteria à cirurgia nestas condições. O pedido foi negado pelo juiz *a quo* e pela Turma Recursal, o que a levou até o STF, questionando a decisão em sede de recurso extraordinário.

A decisão exarada pelo Supremo fixou o elemento autonomia da vontade vinculado à convicção religiosa do paciente, “ainda que presente risco iminente de morte do paciente”. Colaciona-se a ementa:

CASO EM EXAME 1. Trata-se de recurso extraordinário interposto contra acórdão da Turma Recursal da Seção Judiciária de Alagoas, que negou provimento a recurso e, em consequência, manteve decisão que impediu o paciente, testemunha de Jeová, a submeter-se a procedimento cirúrgico sem a obrigatoriedade de assinatura de termo de consentimento para eventual realização de transfusão de sangue. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 2. A questão em discussão consiste em examinar a possibilidade de paciente submeter-se a tratamento médico disponível na rede pública sem a necessidade de assinatura de termo de consentimento para eventual realização de transfusão de sangue, em respeito a sua convicção religiosa. III. RAZÕES DE DECIDIR 3. Uma vez reconhecido que a liberdade religiosa protege o agir de acordo com a própria fé e que a autodeterminação permite aos indivíduos dirigirem a própria vida, tomando desde as decisões mais elementares às mais fundamentais, o Estado deve assegurar às testemunhas de Jeová adultas, conscientes e informadas o direito de não se submeterem a transfusões de sangue, desde que isso não afete o direito de terceiros. 4. **A autodeterminação e a liberdade de crença, quando houver manifestação livre, consciente e informada de pessoa capaz civilmente em sentido contrário à submissão a tratamento,**

impedem a atuação forçada dos profissionais de saúde envolvidos, ainda que presente risco iminente de morte do paciente. 5. A atuação médica em respeito à legítima opção realizada pelo paciente não pode ser caracterizada, a priori, como uma conduta criminosa, tampouco há que se falar em responsabilidade civil do Estado ou do agente responsável em razão de danos sofridos pela ausência de emprego de meios não aceitos pelo paciente. IV. DISPOSITIVO E TESE 6. Recurso extraordinário julgado prejudicado. Teses de julgamento: “1. É permitido ao paciente, no gozo pleno de sua capacidade civil, a recusa, por motivos religiosos, de submeter-se a tratamento de saúde. A recusa, por razões religiosas, a tratamento de saúde é condicionada à decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente, inclusive, quando veiculada por meio de diretivas direto médico, disponibilizado a todos pelo sistema público de saúde, com a interdição da realização de transfusão sanguínea ou outra medida excepcional, caso haja viabilidade técnico-científica de sucesso, anuência da equipe médica com a sua realização e decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente.(grifo nosso)

As teses firmadas pelo Plenário do Supremo Tribunal Federal no âmbito do recurso extraordinário submetido ao regime da repercussão geral encontram fundamento constitucional na Emenda Constitucional nº 45/2004, a qual introduziu o § 3º ao art. 102 da Constituição Federal. No plano infraconstitucional, a matéria é disciplinada pelo Código de Processo Civil, especialmente em seu art. 1.035, bem como pelo Regimento Interno do Supremo Tribunal Federal, nos artigos 323 a 325, que regulamentam o procedimento de reconhecimento e julgamento da repercussão geral.

Desse modo, para o regular conhecimento do recurso extraordinário exige-se que a controvérsia nele veiculada apresente relevância jurídica, econômica, política ou social, que transcenda os interesses subjetivos das partes envolvidas no processo, conforme expressamente previsto no art. 1.035, § 1º, do Código de Processo Civil.

Cumprido destacar, ainda, que as decisões proferidas sob a sistemática da repercussão geral possuem eficácia expansiva, produzindo efeitos ultra partes, de modo a vincular e orientar o julgamento de todos os processos em curso no âmbito do Poder Judiciário que versem sobre idêntica questão constitucional.

Na decisão em pauta, o Tribunal fixou três balizas subjetivas para a licitude da conduta, quais sejam, (i) paciente maior (ii) capaz e (iii) informação pelo profissional médico. Por fim, como condição de acesso a eventuais meios alternativos disponibilizados pelo SUS, o Tribunal fixou uma baliza objetiva: (iv) deve existir

evidência médica de adequação e sucesso do procedimento alternativo ³¹ (Biaggioni; Marcos).

A validade da manifestação da vontade do paciente passa, portanto, pela capacidade de entender a situação, voluntariedade da escolha e consciência plena, no momento da tomada de decisão; e está indelevelmente vinculada ao direito de informação do paciente e ao dever médico de informar; essa conexão não é meramente formal, mas deve atingir o objetivo certo de possibilitar ao paciente que forme sua convicção, para aceitar ou recusar um tratamento terapêutico, firmada em informações claras, objetivas e precisas sobre diagnóstico, prognóstico e tratamentos possíveis para a enfermidade.

Conclui-se, portanto, que, cumpridos os requisitos estabelecidos, o paciente está apto a decidir seu destino, ou seja, aceitar, recusar ou escolher tratamento médico diverso.

Resta claro, assim, que a opção pela recusa de tratamento terapêutico, ainda quando essa recusa implique a própria morte, é uma conduta assegurada ao paciente.

Trata-se, ainda, de se considerar lícita a conduta do médico que, a despeito da não administração de meio hábil a curar o paciente, deixa de fazê-lo, o que, em tese, implicaria a configuração de eutanásia passiva.

Neste contexto, considerado o reconhecimento da repercussão geral à questão, a recusa à transfusão de sangue alogênica, fundamentada em convicção religiosa, que pode até mesmo implicar a morte do indivíduo, passa a ser opção lícita. O paciente tem o direito de morrer dignamente e o médico poderá assisti-lo, orientá-lo e realizar apenas cuidados paliativos. Assim agindo, o médico assistente não realiza a conduta a do art. 122, §1º do CP, em sua modalidade omissiva, que passa a ser atípica.

4.2 A Mudança de Paradigma

³¹ A autonomia do paciente na recusa da transfusão de sangue: posição do STF na perspectiva dos direitos humanos, numa sociedade tecnológica. Resumo aceito pela Comissão Organizadora do 13º Seminário Interdisciplinar de Sociologia e Direito. PPGSD/UFF. Site do evento: <http://seminariointersociologiaedireito.uff.br>. Apresentado em 2/12/2024.

O Brasil é um país laico. Ainda que a República Brasileira seja laica, não é ateia, pois professa, em seu preâmbulo, a crença em Deus.

Historicamente, sempre prevaleceu o direito à vida em ponderação com o direito à crença religiosa, no caso da judicialização envolvendo fiéis testemunhas de Jeová.

Ao alterar o paradigma histórico de decisões judiciais, o STF acena com a adoção de uma perspectiva aparentemente progressista da terminalidade da vida, vez que reconhece ao ser humano, capaz e adequadamente informado, o direito de decidir se quer se submeter a um procedimento médico, inclusive quando a recusa implicar sua morte. Percebe-se, portanto, que o STF superou a clássica questão da ponderação dos princípios constitucionais, de Alexy, cujo uso é apontado como “descriterioso”, pelos tribunais brasileiros, segundo Streck (2017, p.43).

Interessante notar que esta decisão foi proferida em um contexto de garantia de direitos religiosos, aos quais se faz menção expressa:

[...] 4. A autodeterminação e a liberdade de crença, quando houver manifestação livre, consciente e informada de pessoa capaz civilmente em sentido contrário à submissão a tratamento, impedem a atuação forçada dos profissionais de saúde envolvidos, ainda que presente risco iminente de morte do paciente.

Veja-se que a questão da recusa terapêutica fundada em motivos religiosos poderia ensejar farta discussão, vez que escanteia o direito à vida, privilegiando o direito individual a crenças religiosas. Neste contexto, poder-se-ia questionar a existência de vícios de consentimento na declaração de vontade do paciente; no caso, o consentimento do paciente poderia ter sido perpassado por influências pré-iluministas, em que a questão do divino é tão arraigada que não permite racionalização. Ademais, a religião, qualquer que seja ela, poderia ser considerada uma instância de poder e, nesta perspectiva, funcionar como um desserviço, um anteparo à percepção da informação lógica. Além disso, a influência da família, do grupo social, poderia, ainda, representar uma espécie de coação e, assim, o consentimento do paciente estaria viciado.

Consideradas essas ingerências na vontade do paciente, em casos em que sua recusa ao procedimento poderia causar sua morte, poder-se-ia dizer que as decisões jurisprudenciais antigas estariam em maior consonância com a defesa de direitos do indivíduo; estariam a protegê-lo de interferências alheias; estariam considerando a

absoluta indisponibilidade da vida, enquanto bem jurídico, aliás, exatamente como vêm sendo pautadas as leituras atuais acerca da eutanásia e do suicídio assistido.

O STF, entretanto, reconheceu ao fiel o direito de optar pela morte, escorado exclusivamente em sua crença religiosa, desde que presentes manifestação livre, consciente e informada de pessoa capaz civilmente, que validem sua autodeterminação.

Ainda que exarada no contexto dos direitos religiosos, não há espaço para que a decisão seja lida apenas em seu sentido estrito; é necessário dessacralizá-la, pautando-se a descriminalização de todos os intervenientes que auxiliam alguém a manter sua dignidade, inclusive na hora da morte; se o fiel pode optar pela morte, mesmo havendo procedimento terapêutico que o cure, é corolário lógico que qualquer pessoa poderia optar pela eutanásia ou “suicídio assistido”, quando acometida de doença incurável e incapacitante, de acordo com sua vontade e consciência.

Observe-se que a conduta do médico que deixa de administrar o sangue alogênico ao paciente configura eutanásia, na modalidade omissiva, vez que o médico deixa de utilizar recurso apto a reter a vida do paciente.

Tenha-se em vista que a decisão do STF garante ao paciente, que possui um tratamento apto a restabelecer sua saúde, o direito à morte digna. Não parece decorrer de um sistema constitucional sistemático e lógico que haja o reconhecimento da legalidade da conduta do interveniente no primeiro caso, onde ocorre a eutanásia omissiva, e a ilicitude das condutas nos casos de eutanásia e suicídio assistido, se a premissa é a mesma, a autonomia da vontade. Afinal, na decisão em comento, o STF não pondera o direito à vida em relação ao direito à liberdade religiosa, mas trata de fixar a questão da autonomia da vontade e do consentimento informado como fundamentos do direito de morrer dignamente.

4.3 A dificuldade de manter-se o *status quo* inaugurado pelo Tema 1069 do STF.

Um possível exemplo da dificuldade a ser enfrentada nas lides cotidianas é o resultado pautado pelo acórdão do TJSP, em 3 de dezembro de 2025, cuja ementa colaciona-se:

INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS - PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ - RECEBIMENTO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE - LIBERDADE DE CRENÇA - RISCO IMINENTE DE MORTE QUE

ACABOU SE CONCRETIZANDO - PREVALÊNCIA DO DIREITO À VIDA – SERVIDORES QUE AGIRAM NO ESTRITO CUMPRIMENTO DO DEVER LEGAL - RESPONSABILIDADE AFASTADA -- O ordenamento jurídico pátrio assegura ao paciente o direito de recusar determinado tratamento médico, dentre o qual se inclui o de receber transfusão de sangue - Há casos, contudo, em que a proteção do direito à liberdade de crença defronta-se com outro direito fundamental, norteador de nosso sistema jurídico-constitucional, a saber, o direito à vida - Nesse aspecto, quando se estiver diante de um cenário em que há iminente risco à vida, havendo recurso terapêutico capaz de reverter o quadro clínico, o Estado e, por conseguinte, seus agentes, devem atuar para impedir a morte do paciente, mesmo que contrário à sua vontade – Paciente de dezoito anos, portadora de aplasia medular, também conhecida como anemia aplástica, que se encontrava em estado crítico - A ministração de transfusão de sangue em indivíduo Testemunha de Jeová por médico da rede pública de saúde configura estrito cumprimento do dever legal, o que afasta o dever de responsabilização por eventuais danos morais sofridos pela genitora/pleiteante - Ausente lastro probatório de excesso na conduta dos agentes públicos - Descabida a pretensão de condenação ao pagamento de indenização - Sentença reformada – Recurso provido para julgar a pretensão improcedente.

(TJ-SP - Apelação Cível: 1017941-45.2019.8.26.0562 Santos, Relator.: Percival Nogueira, Data de Julgamento: 03/12/2025, 8ª Câmara de Direito Público, Data de Publicação: 08/12/2025)

No caso supra, houve voto divergente de um dos desembargadores da 8ª Câmara de Direito Público, no qual constou a seguinte observação:

No caso, a paciente, mulher, maior, lúcida e capaz, manifestou reiteradamente sua recusa às transfusões, atendendo aos requisitos constitucionais e jurisprudenciais, para exercício da autonomia da vontade. Paciente que assinou termo de recusa e, por diversas vezes, demonstrou livre vontade de não receber o tratamento objetado. Corpo clínico que procedeu à amarração de pés e mãos da paciente, que foi sedada. Trouxeram a polícia ao leito da paciente para a obrigar. Grave violência física e moral sofrida.

Três meses após o julgamento do Tema 1069, pelo STF, em sede de repercussão geral, a autora teve seu pedido de indenização contra o Estado de São Paulo julgado improcedente pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

A paciente, apesar do procedimento que recusou, mas que lhe foi imposto à força, morreu. Antes disso, entretanto, foi atada e sedada. Não lhe foi assegurado o direito constitucional de morrer com dignidade e, nem mesmo, reconhecido o direito à consequente indenização por sua violação, pleiteada por sua mãe, por dano ricochete.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Uma ponte para o futuro?

A história revela o esforço humano para entender o processo da morte, desde os primórdios da vida. E assim se construíram as religiões, numa tentativa de ‘re-ligação’ com Deus.

A partir de meados do século XX, entretanto, todos os esforços passaram a ser concentrados na negação da morte. A morte foi banida do ambiente privado, foi institucionalizada. Esse anseio social pelo apagamento da morte reflete e afirma a incapacidade humana de aceita-la como inevitável fim.

Elias (2001, p.23), ao comparar a vida medieval à vida contemporânea, ressalta que aquela pode ter sido mais curta, mais violenta, mais dolorosa e incontrolável, mas, nela, a morte era menos solitária; no processo de morrer, havia a participação de outros seres humanos.

O enorme avanço tecnológico experimentado nos últimos 50 anos, que tocou visceralmente a ciência médica, veio ao encontro dessa fantasia humana de imortalidade. Tudo parece possível, tudo parece alcançável. E, em uma sociedade tecnicamente apta a dar suporte quase infinito à vida, a opção pela morte é sacrílega, é subversiva, ainda quando não haja vida digna a ser vivida, ainda quando o paciente já seja um morituro.

“Uma ponte para o futuro”, a obra de Van Potter que inaugurou o debate sobre a Bioética, pretende estabelecer um diálogo “entre as ciências e as humanidades” e, neste diálogo, busca soluções para questões cada vez mais complexas que se colocam no caminho da humanidade. A questão da terminalidade da vida insere-se nesta esfera.

Trata-se da necessidade de considerar os princípios bioéticos nas decisões jurídicas atinentes ao bem-estar físico e psíquico do ser humano, pois o Direito caminha muito atrás das ideias, da evolução cultural e dos costumes.

Do mesmo modo que ninguém é a favor do aborto, grande parte da sociedade é favor de sua legalização, para que cada mulher decida sobre si; do mesmo modo que ninguém quer adoecer, ninguém quer sofrer, ninguém quer morrer, grande parte da sociedade entende que a legalização da morte com intervenção significa a materialização do conceito de uma morte digna.

Defende-se, aqui, a não ingerência do Estado na escolha do indivíduo, maior e capaz, de seu modo de morrer. Neste caminho, em prol da legalização do apoio e

conforto que os profissionais da saúde devem poder oferecer aos pacientes morituros, entende-se necessária a conjugação de alguns fatores fundamentais.

Em primeiro plano, impõe-se a releitura do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, tendo em conta a evolução dos valores de uma sociedade tão heterogênea e pluricultural, como a brasileira; essa releitura repercutiria na ressignificação da vida, enquanto bem jurídico disponível, aferível conforme os valores biográficos do indivíduo e no reconhecimento do consentimento informado como excludente de ilicitude. Perpassa essa necessária ressignificação, a consideração dos princípios bioéticos, mormente o princípio da autonomia, que permitem, com mais celeridade que o direito positivado, o acompanhamento e as eventuais soluções de questões surgidas diuturnamente no ambiente médico e hospitalar.

Infere-se, pois, que o ordenamento jurídico permitiria que se colocasse em pauta a questão da legalização da eutanásia e do suicídio assistido, visto que não há óbice de natureza constitucional; todavia, as condutas permanecem ainda distantes da legalização, em que pese o PL 2012, há treze anos em trâmite.

Neste cenário, a decisão do STF, no Tema 1069, é extremamente importante, pois supera o modelo da ponderação entre princípios constitucionais e introduz a autodeterminação como fator preponderante nas questões referentes ao foro íntimo do indivíduo. Veja-se que, conforme a decisão, ainda que haja meios técnicos e idôneos a salvaguardar a vida do paciente, é garantido ao indivíduo o direito de morrer, se isso estiver em consonância com sua ideia de dignidade; e a conduta do interveniente não será ilícita.

A considerar as experiências dos vizinhos sul americanos, Colômbia e Equador, países majoritariamente católicos, que chegaram à legalização das condutas através de decisões de suas Cortes Constitucionais, parece mais viável que a descriminalização venha, também no Brasil, através do judiciário.

Em países que legalizaram a eutanásia, houve a confluência de alguns fatores que pavimentaram o caminho; dentre eles, estariam o aparecimento de casos concretos levados ao judiciário, que mobilizam a opinião pública; a atuação de associações em defesa da eutanásia para a informação da população; e, por fim, “a construção gradual de jurisprudência ou de normas subsidiárias mais permissivas, ampliando as possibilidades de ação dos médicos”, conforme aponta Andrade (2020, p.133).

Não há resposta simples, mas é possível pensar que, a partir da decisão do Supremo Tribunal Federal, abriu-se um caminho para a inclusão da morte nos assuntos da vida. Incipiente, estreita. Paradoxalmente, mas não surpreendentemente, talvez ainda demore décadas para que, de fato, haja a descriminalização da eutanásia e do suicídio assistido no Brasil.

Faz-se, enfim, necessário focar o olhar no sujeito da morte; naquele que opta pela morte, de uma perspectiva digna, em consonância com sua vida vivida, como o ser humano histórico, personalizado e único, que foi e é; esta pessoa merece escolher como vai sair de cena e merece o direito de ser amparado material e emocionalmente durante todo o processo de sua morte.

Por fim, é necessário compreender que aquele que ampara, que é empático e que auxilia materialmente o sujeito a se livrar da dor, física ou emocional, não pode ser tratado como agente de crime; deve poder apoiar o primeiro, sem sanções, sem prejuízo da própria liberdade.

No Brasil, o poeta Antônio Cícero, membro da Academia Brasileira de Letras (ABL), nos aproximou da temática, em 2024, quando veio a público sua morte, através do procedimento de morte assistida realizado na Suíça, através da Associação *Dignitas*. O poeta foi protagonista de sua vida; entretanto, para ser sujeito de sua própria morte precisou recorrer à lei Suíça. E pouquíssimos brasileiros poderiam fazer o mesmo.

REFERÊNCIAS

- ALDO, Gabrielle. Grande **Dizionario Italiano**. Ed. Hoepli. Disponível em: https://grandidizionari.hoepli.it/Dizionario_Italiano/parola/M/morituoro.aspx?query=morituoro. Acesso em 11/01/26.
- ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. 5ª ed. São Paulo: Malheiros, 1986.
- AMADO, Carina; PAULO, Aleta Simão. **Legislação Angolana sobre a Eutanásia: atitude profissional perante a eutanásia**. Luanda, 2024. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/861828818/Atela-Simao-Paulo-Legislacao-angolana-sobre-a-eutanasia>. Acesso: 15/01/2026.
- ANDRADE. Otávio Morato. **O "direito de morrer"**: aspectos da legalização da eutanásia no âmbito internacional. De Jure | ISSN 1809-8487 | v. 19 | n. 35 | jul.-dez. 2020 | p. 114-137. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Otavio-Andrade/publication/349422598_The_Right_to_Die_aspects_of_international_legalization_of_Euthanasia/links/68adef006327cf7b63d97fae/The-Right-to-Die-aspects-of-international-legalization-of-Euthanasia.pdf. Acesso 15/01/1026.
- ARIÈS, Philippe. **História da morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.
- ARIÈS, Philippe; DUBY, Georges. **História da Vida Privada**. São Paulo: Editora Swartz, 2009. Disponível em https://gruops.google.com.br/digital_sources.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. Disponível em: <https://www.apm.org.br/uruquai-aprova-eutanasia-em-quais-outros-paises-da-america-latina-procedimento-e-permitido/> Acesso em 15/01/2026.
- BARROSO, Luís Roberto. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo. A Construção de um Conceito Jurídico à luz da Jurisprudência Mundial**. Belo Horizonte: Forum, 2024.
- BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida**. Revista do Ministério Público do Rio de Janeiro, n. 40, p. 103-139, abr./jun. 2011.
- BBC News Brasil. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/crl2n0vjy0ro>. Acesso 15/01/2026.

BEZERRA, Juliana. **Grécia Antiga**: sociedade, política, cultura e economia. Toda Matéria, [s.d.]. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/grecia-antiga/>. Acesso em: 21 jan. 2025.

BIAGGIONI, Andréa; MARCOS, Maria José. **A autonomia do paciente na recusa da transfusão de sangue: posição do STF na perspectiva dos direitos humanos, numa sociedade tecnológica**. Resumo aceito pela Comissão Organizadora do 13º Seminário Interdisciplinar de Sociologia e Direito. PPGSD/UFF. Site do evento: <http://seminariointersociologiaedireito.uff.br>. Apresentado em 2/12/2024.

BIAGGIONI, Andrea; MENECHIN, Carlos Cristiano. **A vontade do paciente e seus consectários**: autodeterminação, dever de informação, autoinformação e direitos da personalidade. In Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana, Curitiba, v.23, n.5, p. 01-16. 2025.

BIAGGIONI, Andrea; TIOSSO JR., Antenor. **O Termo de Consentimento Informado e sua dinâmica na relação médico-paciente**. In: Revista da Associação Pauista de Medicina Regional santo André, n. 158, p.25-29, nov-dez 2022. p.25-29 p.25-29. Disponível em ampsantoandre.org.br.

BORDAS, Wally; LECLAIR, Agnès. **L'Assemblée nationale adopte la loi légalisant le suicide assisté et l'euthanasie**. Disponível em <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/l-assemblee-nationale-adopte-la-loi-legalisant-le-suicide-assiste-et-l-euthanasie-202505272.173/2017>.

BOTTEGA, Clarissa; CAMPOS, Luíz Sávio Fernandes de. **Considerações sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia e a bioética**. Universidade de Cuiabá, v. 13, n. 2, p. 39-62, jul. 2011. Acesso em: 6 jun. 2025.

BRASIL. **Código Civil Brasileiro**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso 12/2024.

_____. **Código Penal Brasileiro**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso 12/2024.

_____. **Código de Processo civil Brasileiro**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/113105.htm. 12/2024.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso: 01/2025.

BUENO, Andressa Aline Bernardo; FASSARELA, Cíntia Sílvia. Eutanásia: discutindo a relatividade da bioética. [S.l.: s.n.], [s.d.]. ISSN 1982-6451. Acesso em: 6 jun. 2025.

BUIJSEN, Martin. **Euthanasia in the Netherlands**: Who decides about the end of life? Erasmus University Rotterdam. Disponível em <https://www.eur.nl/en/news/euthanasia-netherlands-who-decides-about-end-life?> Acesso 8/01/2026.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Disponível em: https://www.google.com/search?q=projeto+de+lei+4662%2F81+pdf&oq=projeto+de+lei+4662%2F81&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqBwgBECEYoAEyBggAEEUYOTIHCAEQIRi gAdIBCjI4ODQ0ajBqMTWoAgiwAgHxB. Acesso 01/2025.

CAPUTO, Rodrigo F. **O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico**. Revista Multidisciplinar da UNIESP, p. 73-80.

CARVALHO, Carla Vasconcelos. **Direito à Morte Digna na Bélgica**. In: Tratado Brasileiro Sobre o Direito Fundamental à Morte Digna. Coordenadores: Dadalto, Luciana; Godinho, Adriano Marteleto; Leite, Jorge Salomão. São Paulo: Editora Almedina, 2017.

CASABONA, Carlos Maria Romeo. **Genética, Biotecnologia e Ciências Penais**. Salvador: JusPodium, 2012.

CAUDURO, Joseane. **O conceito e eutanásia em Ronald Dworkin**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Caxias do Sul, 2007. Disponível em: Acesso em: 18 jul. 2025.

COELHO, Ramona; GAIND, K. Sonu; LEMMENS, Trudo. **Unravelling MAiD in Canada**. Imprint McGill-Queen's University Press, 2025 ISBN 9780228024521 Permalink <https://books.scholarsportal.info/uri/ebooks/ebooks9/degruyter9/2025-03-31/1/9780228024521>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação CFM 1/2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf. Acesso em 13 mar 2025.

_____ **Resolução CFM no 1.995, de 09 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil/D.O.U., Brasília, 31 ago 2012. Disponível em <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>>. Acesso em 13 mar 2025.

_____ Resolução CFM no 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil/D.O.U., Brasília, 01 nov. 2018. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>>.

Acesso em 13 mar 2025.

_____ Resolução CFM nº 1.805/06. Dispõe sobre a Ortotanásia Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso 18/01/2026.

CORVISIER, André. **História Moderna**. São Paulo: DIFEL, 1980.

COULANGES, Numa Denis Fustel de. **A Cidade Antiga**. 5. ed. São Paulo: Edipro, 2023.

DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. Audiobook. Auto Narração. 7ª ed. Belo Horizonte: Editora Foco. 2025.

DANTAS, Eduardo. **Direito Médico**. 7. ed. São Paulo: JusPodium, 2023.

DADALTO, Luciana; GODINHO, Adriano M.; LEITE, G. S. (Coord.). **Tratado brasileiro sobre o direito fundamental à morte**. São Paulo: Almedina, 2017.

DIÁRIO DA REPÚBLICA. Disponível em: Diário da República. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>. Acesso 15/01/2026

DICIONARIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA. 2008-2025. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/EUTAN%C3%81SIA>. Acesso em: 21/01/2025.

DIGNITAS. Disponível em: <https://dignitas.ch/> Acesso em 16/01/2026.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da Vida. Aborto eutanásia e Liberdades Individuais**. São Paulo: Martins Fontes, 2019.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

ESPECIATTO, Ian Matozo, SEGATTO, Antonio Carlos. **Novos Paradigmas da Eutanásia no Neoconstitucionalismo. Recobrimento da Dignidade do Paciente**. XXII Encontro nacional do COEDI, 2013.

ESPERICUETA, Luis. **Eutanásia e suicídio assistido em Espanha e Portugal: comparação jurídica**. Revista Bioética, vol.33, Brasília, 2025. On-line version ISSN 1983-8034. Disponível em:

[BIO_33.3_3842_ESP_Eutanasia+y+suicidio+assistido+en+Espana+y+Portugal+comp+aracion+legal](https://www.bioetica.com.br/revista/33/3/3842_ESP_Eutanasia+y+suicidio+assistido+en+Espana+y+Portugal+comp+aracion+legal). Acesso em 18/01/2026.

EXIT. Disponível em <https://www.exit.ch/>. Acesso em 16/01/2026.

- EYLER, Flávia Maria Schlee. **História antiga**: Grécia e Roma – a formação do Ocidente. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2014.
- FERREIRA, Patrícia Fortes Attademo; COSTA, Maíra Batista. **Eutanásia**: a indulgência da sociedade perante a morte. *Revista Jurídica Cesumar - Mestrado*, v. 13, n. 2, 2013.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014, p. 135–145.
- FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 5. ed. São Paulo: Forense, 2001.
- FRANÇA, Genival Veloso. **Direito Médico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.
- FRONTISI-DUCROIX, Françoise. **A morte na Grécia Antiga**. In: GODELIER, Maurice (Org.). *Sobre a morte*. São Paulo: Sesc São Paulo, 2017.
- FUNARI, Pedro Paulo Abreu; OMENA, Luciane Munhoz de (Orgs.). **As experiências sociais da morte: diálogos interdisciplinares**. Jundiaí: Paco Editorial, 2017.
- FUNDISIWE, Cynthia Ntsebesh. **The legalization of physician-assisted suicide - a South African constitutional perspective**. LLM, University of Johannesburg, 2023. Disponível em <https://hdl.handle.net/10210/512638>. Acesso: 24/01/2026.
- GALVÃO, Pedro. **Dicionário de filosofia moral e política**. Instituto de Filosofia da Linguagem, [s.l.: s.n.], [s.d.]. Acesso: 01/2025.
- GANZELLA, Marília Guidi. **Eutanásia e Morte Assistida na França**: Um contraste com a realidade penal no Brasil. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-direito-medico-e-bioetica/433528/eutanasia-na-franca-e-o-contraste-com-a-legislacao-penal-brasileira>.
- GODINHO, Adriano Marteleto. **Ortotanásia e Cuidados Paliativos: O Correto Exercício da Prática Médica no Fim da Vida**. In: *Tratado Brasileiro Sobre o Direito Fundamental à Morte Digna*. Coordenadores: Dadalto, Luciana; Godinho, Adriano Marteleto; Leite, Jorge Salomão. São Paulo: Editora Almedina, 2017.
- GOLDIM, José Roberto. **Breve histórico da eutanásia**. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/euthist.htm>. Acesso em: 18 jul. 2025.
- HADDAD, Sálvia de Souza. **Suicídio assistido por *completed life***: o cansaço existencial como base para o direito ao suicídio assistido. São Paulo: Editora Foco, 2021.

- HECK, Diana Milena. **Um percurso histórico e literário sobre a morte**. CIELLI – Colóquio de Estudos Científicos e Literários, ISSN 2177-6350, 2012.
- HUIZINGA, Johan. **O outono da Idade Média**. 2. ed. São Paulo: Penguin-Companhia das Letras, 2021.
- IBGE, 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43593-censo-2022-catolicos-seguem-em-queda-evangelicos-e-sem-religiao-crescem-no-pais>. Acesso em: 29 jul. 2025.
- INCONTRI, Dora; SANTOS, Franklin Santana. **A arte de morrer: visões plurais**. 2. ed. São Paulo: Editora Comenius, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022: católicos seguem em queda, evangélicos e sem religião crescem no país**. Agência de Notícias
- KAHN, Axel; LECOURT, Dominique. **Bioética e Liberdade**. Entrevista realizada por Christian Godin. Aparecida: Ideias e Letras, 2007.
- KELLEHEAR, Allan. **Uma história social do morrer**. São Paulo: Unesp, 2013.
- LE GOFF, Jacques. **O nascimento do Purgatório**. Tradução de Maria Fernanda Gonçalves de Azevedo. Lisboa: Estampa, 2007.
- LOUREIRO, Fernanda de Lima; PONTES, Renata de Sá Barreto; SAMPAIO, Artur Ramos Ferreira. **A Morte e a Filosofia**. In: Tanatologia: Desmistificando a morte e o Morrer. Pereira, Gerson Odilon (Org.) São Paulo: Sarvier, 2020.
- MASCARO, Alysson L. **Filosofia do direito**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2023.
- MASCARO, Alysson L. **Direito e medicina, sociedade e natureza: sobre a relação entre ciências humanas e naturais**. Revista de Direito da Saúde Comparado, v. 1, n. 1, p. 98-103, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.56242/direitodasaudecomparado>.
- MIGALHAS. **Enquanto Uruguai legaliza eutanásia, Brasil se afasta do debate**. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/quentes/442691/enquanto-uruguai-legaliza-eutanasia-brasil-se-afasta-do-Debatehttps://www.migalhas.com.br/quentes/442691/enquanto-uruguai-legaliza-eutanasia-brasil-se-afasta-do-debate>. Acesso: 05/01/2026.
- MOUREIRA, Diogo Luna; SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Autonomia Para Morrer. eutanásia, suicídio, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos**. 2ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.
- OLIVEIRA, Franciso. **Suicídio na Roma Antiga**. Mathesis. 1994, p.65/93. Disponível em: www.ojs_admin.mathesis365.com.br. Acesso 15/01/2026.

- PIERANGELI, José Henrique; ZAFFARONI, Eugênio Raul. **Manual de Direito Penal Brasileiro**. Parte Geral. 5ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.
- POTTER, Van Rensselaer. **Bioética: ponte para o futuro**. São Paulo: Loyola, 2016.
- PRADO, Luís Regis. **Curso de direito penal brasileiro**. Parte especial, v. II. 15. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2017.
- PUENTE. Fernando Rey. **A Morte como término, mas não como finalidade da vida em Aristóteles**. Síntese, Belo Horizonte, v. 29, n. 93, 2002.
- ROXIN, Claus. **A Apreciação Jurídico-Penal da Eutanásia**. In: Direito Penal da Medicina. Estellita, Heloisa; Siqueira, Flávia. (Org.). São Paulo: Marcial Pons, 2020
- SANDEL, Michael J. **Contra a Perfeição**. Ética na Engenharia Genética. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2013.
- SARCEDO, Leandro. **Consequências penais do consentimento e a prática médica contemporânea: cotejo entre os modelos de Brasil, Espanha e Portugal**. *Revista de Direito e Medicina*, v. 18, jan./jun. 2025. DTR\2025\4212.
- SCHMITT, Jean Claude. **A morte na Idade Média cristã**. In: GODELIER, Maurice (Org.). Sobre a morte. São Paulo: Sesc São Paulo, 2017.
- SCHMITT, Juliana. **Três lições da história da morte**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2023.
- SCHOPENHAUER. Arthur. **Sobre a Morte**. 2ª edição. São Paulo: WMF Martins Fontes Ltda., 2023.
- SEGATTO, Antonio Carlos. **Princípios Constitucionais e dignidade da Pessoa Humana como condicionantes à concretização dos Direitos Fundamentais**. In: Revista de Ciências Jurídicas. UEM, vol.5, n1, jan-jun, 2007. pág. 45-61. Disponível em Acesso em 19/12/2025.
- SILVA, Virgílio Afonso da. **A evolução dos direitos fundamentais**. In: A teoria geracional dos direitos do homem, n. 6, p. 541-558, 2005. Disponível em: <https://constituicao.direito.usp.br/wp-content/uploads/2005-RLAEC06-Evolucao.pdf> Acesso: 23 novembro 2024.
- SOUSA, Carlos Otávio Reis de. **Por uma reflexão constitucional-penal da disponibilidade da própria vida em um contexto eutanásico**. Direito UNIFACS– Debate Virtual-Qualis A2 em Direito, n. 174, 2014. Disponível em: <<https://revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/3405>>. Acesso: 22/12/2025.

VIEIRA NETO, Ivan. **A religião funerária na Grécia Antiga**: concepções a respeito da alma e da vida no além. *Aletheia: Revista de Estudos sobre Antiguidade e Medievo*, v. 1, jan./jul. 2010. ISSN 1983-2087. Acesso em: 18 jan. 2025.

VOVELLE, Michel. **A história dos homens no espelho da morte**. In: *A morte na Idade Média*. Coord(s). Braet, Hermann; Verbeke, Werner. São Paulo: Edusp, 1996.